

**CONSTRUÇÃO SOCIAL DA
DEMANDA POR CUIDADO:**
revisitando o direito à saúde, o
trabalho em equipe, os espaços
públicos e a participação

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro
Vice-reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

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: **Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza**

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 Martins (UFPE)
Roseni Pinheiro (UERJ)
Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Saúde Participativa

CEPESC Editora

Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900
Telefones: (xx-21) 2334-0235 ramal 152
Fax: (xx-21) 2334-0152
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).

Roseni Pinheiro
Júlio Strubing Müller Neto
Fátima A. Ticianel
Maria Angélica dos Santos Spinelli
(ORGANIZADORES)

**CONSTRUÇÃO SOCIAL DA
DEMANDA POR CUIDADO:
revisitando o direito à saúde, o
trabalho em equipe, os espaços
públicos e a participação**

1a. Edição

CEPESC • IMS-UERJ • ABRASCO

Rio de Janeiro - 2013

Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação

Roseni Pinheiro, Júlio Strubing Müller Neto, Fátima A. Ticianel e Maria Angélica dos Santos Spinelli (organizadores)

1ª edição / outubro 2013

Copyright © 2013 dos organizadores

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Revisão, preparação de originais e supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

A 758 Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação / Roseni Pinheiro, Júlio Strubing Müller Neto, Fátima A. Ticianel, Maria Angélica dos Santos Spinelli, organizadores. – Rio de Janeiro: UERJ/IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2013

304 p.

ISBN - 978-85-89737-80-7

1. Assistência Integral a Saúde. 2. Direito à Saúde. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Humanização da Assistência. 5. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Pinheiro, Roseni. II. Müller Neto, Júlio Strubing. III. Ticianel, Fátima A. IV. Spinelli, Maria Angélica dos Santos. V. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

Apresentação9
ROSENI PINHEIRO

Revisitando “D. Violeta”, nos caminhos do Cuidado 15
JOSÉ RICARDO DE C. M. AYRES

PARTE 1 – DEMANDA POR CUIDADO: DIREITO À JUSTIÇA, INVISIBILIDADE SOCIAL E ÉTICA NA PRODUÇÃO DO COMUM NO SUS

Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade 33
ROSENI PINHEIRO, FRANCINI LUBE GUIZARDI, FELIPE RANGEL S. MACHADO E RAFAEL DA SILVEIRA GOMES

Judicialização talvez possa salvar o SUS55
FELIPE DUTRA ASENSI

Procesos de vulnerabilidad e invisibilidad social: experiencias biográficas de jóvenes en torno a las violencias en barrios populares de Buenos Aires67
PABLO FRANCISCO DI LEO

Desafios éticos para a consolidação do SUS81

DÁRIO FREDERICO PASCHE

Um outro olhar sobre a construção social
da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde 89

ALDA LACERDA E VICTOR VINCENT VALLA

**PARTE 2 - INCUBADORAS DA INTEGRALIDADE:
CONTRIBUIÇÕES REFLEXIVAS PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE,
TRABALHO EM EQUIPE E PESQUISA-EXTENSÃO NO SUS**

Incubadoras da integralidade e trabalho em equipe:
exercícios formativos. Incubadora: do que estamos falando? 105

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS, FÁBIO HEBERT DA SILVA E RAFAEL DA SILVEIRA GOMES

Dispositivos de transformação da formação em saúde:
desafios da construção cotidiana e caminhos trilhados 129

LILIAN KOIFMAN, GILSON SAIPPA OLIVEIRA E VERÔNICA SILVA FERNANDEZ

Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções
e ações com o destaque para o contexto da Amazônia Legal 147

RODRIGO SILVEIRA E ROSENI PINHEIRO

A orquestração do trabalho em saúde:
um debate sobre a fragmentação das equipes 173

RAFAEL DA SILVEIRA GOMES, FRANCINI LUBE GUIZARDI E ROSENI PINHEIRO

Na terceira margem da compreensão de itinerários
terapêuticos em saúde materno-infantil e saúde mental
no SUS de Juazeiro-BA: apontamentos contextuais e
metodológicos de uma pesquisa-extensão 187

BARBARA E. B. CABRAL, ANA PATRÍCIA SILVA ARAÚJO, ANISIANO PEREIRA ALVES FILHO,
GLEICE DE OLIVEIRA CORDEIRO E GLÓRIA MARIA PINTO COELHO

**PARTE 3 - INTEGRALIDADE NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO:
ESPAÇO PÚBLICO, GESTÃO COMUNICATIVA E REDES NO SUS**

Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde211
Inesita Soares de Araújo e Janine Cardoso

Gestão comunicativa e democrática para a integralidade
e humanização do cuidado em saúde: desafios225

ELIZABETH ARTMANN E FRANCISCO JAVIER URIBE RIVERA

Formação e implementação de políticas no SUS: um convite
à reflexão sobre alguns pressupostos dessa relação 241

FRANCINI LUBE GUIZARDI

Integralidade, ação comunicativa e
desenvolvimento gerencial em municípios de Mato Grosso:
uma avaliação na perspectiva dos participantes265

ALINE PAULA MOTTA, JULIO S. MÜLLER NETO E FÁTIMA A. TICIANEL

Entre tramas e redes: cuidado e integralidade285

ALUISIO GOMES DA SILVA JR., CARLA ALMEIDA ALVES E MARCIA GUIMARÃES M. ALVES

Sobre os autores299

APRESENTAÇÃO

Construção social da demanda por cuidado: construindo o *amor mundi* da integralidade

Amor Mundi:

*Trata do mundo que se forma como tempo-espaço,
assim que os homens estão no plural [...] em que
construímos nossas casas, nos instalamos querendo
deixar algo permanente.*

*O mundo ao qual pertencemos, por que **somos** no plural,
em que permanecemos eternamente estrangeiros porque
também somos no singular,
cuja pluralidade, e somente ela, nos permite estabelecer nossa
singularidade*

Hannah Arendt

Neste ano de 2013, quando se completam 25 anos do Direito à Saúde no Brasil, é imperativo realizarmos movimentos reflexivos que fomentem o debate no campo da Saúde Coletiva acerca dos desafios, avanços e obstáculos à efetivação do princípio da integralidade em saúde como o exercício vivo do Direito Humano ao Cuidado. Trata-se de uma estratégia ética, epistemológica e política de revisitar o debate ocorrido em 2005, no âmbito do V Seminário Nacional do Projeto Integralidade, realizado na UERJ, cuja discussão gerou textos inéditos reunidos em coletânea. Iniciávamos, naquele momento, a pavimentação do solo epistemológico da segunda fase do Projeto Integralidade como

eixo estruturante das atividades de pesquisa, ensino e extensão do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), certificado, em 2004, como Grupo de Pesquisa do CNPq.

Imbuídos desse entendimento, apresentamos esta coletânea como uma *démarche para* um novo ciclo de reflexões e releituras acerca dos eixos paradigmáticos que orientam a produção bibliográfica, tecnológica e cultural deste grupo de pesquisa. Esses eixos, nucleados pelos temas do direito à saúde, do trabalho em equipe e da participação, surgem no momento atual como reinscrições de significados de experiências históricas (por que não ético-políticas?) sobre a construção social das demandas por cuidado na contemporaneidade.

Apoiados na ideia da indissociabilidade das funções essenciais da universidade – ensino-pesquisa-extensão –, o LAPPIS adota metodologias inclusivas para construir essa produção, sendo a principal delas a “devolutiva” que objetiva compartilhar, sempre que possível, com a sociedade, o que é produzido – por exemplo, durante os seminários nacionais do Projeto Integralidade, agora em versão itinerante. Assim como nas edições anteriores do Seminário Nacional de Integralidade, a “devolutiva” deste projeto-movimento, que vem contando com a participação de pesquisadores do grupo LAPPIS e convidados(as) das diferentes regiões do país e de outros países da América Latina, assume a solidariedade do conhecimento como princípio educativo permanente assentado na garantia de interlocução e diálogo entre pesquisadores(as) nacionais e internacionais do campo da Saúde Coletiva, integrando funções essenciais de ensino, pesquisa e extensão.

Assumindo essa perspectiva, realizamos em Cuiabá, nos dias 13 a 16 de agosto de 2013, o XIII Seminário Nacional do Projeto Integralidade, sobre o tema central *Construção Social da Demanda por Cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Nesta edição, realizada em parceria com o Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (NDS/ISC/UFMT), propomos uma programação “orgânica”, dividida em atividades que plasmam o caráter indissociável das funções essenciais da universidade,

visando garantir maior integração e intercâmbio de experiências dos diferentes nichos acadêmicos e tecnológicos envolvidos nesse ciclo.¹

Vislumbramos reafirmar, assim, o compromisso de lograr o objetivo gestado no V Seminário Nacional do Projeto Integralidade, que consistia na *produção de conhecimento emancipatório e transdisciplinar, reconhecendo a diversidade dos contextos sociopolíticos, históricos, culturais e econômicos existentes e a necessária pluralidade de desenhos analíticos destinados à compreensão das experiências de integralidade em saúde* (PINHEIRO; MATTOS, 2005). Neste momento, a necessidade de reafirmação se adensa, pois vivenciamos um contexto do Estado brasileiro bastante preocupante quando presenciamos cotidianamente ameaças às conquistas sociais, plasmadas na Constituição Federal na garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, inscrita no Sistema Único de Saúde (SUS) como política de saúde defendida pela sociedade brasileira.

Reafirmamos ainda o pressuposto que nos orientou sobre a ideia de integralidade como sendo um termo polissêmico e polifônico, reunindo diferentes significados, sentidos e vozes resultantes da interação democrática dos sujeitos no cotidiano de suas práticas e dos saberes na relação entre oferta e demanda por cuidado. Sua definição legal é ampliada² pela perspectiva dos usuários, que vocalizam a ação integral frequentemente associada ao tratamento digno e respeitoso,

¹ A novidade ficou por conta da oferta de minicursos por pesquisadores(as) das diferentes instituições envolvidas, assim como membros do Lappis. Como prática recorrente nos Seminários de Integralidade, realizamos uma *Ágora*, reunindo apoiadores(as) institucionais e de humanização - neste caso, da Região Centro-Oeste - para discutir a temática central do seminário. Com isso, foram oferecidas atividades reunindo autores(as) e pesquisadores(as) para conferências e mesas-redondas, com temas de relevância política e acadêmica, transversais à temática central do seminário, incluindo a tenda Paulo Freire de Educação Popular em Saúde, espaço de construção compartilhada do conhecimento, permeado pelas ideias dos círculos de cultura desenvolvidos na pedagogia freireana. Além disso, foram realizadas reuniões técnico-científicas, como a VIII Reunião do Conselho Consultivo e Executivo da BVS Integralidade, como parte do plano de trabalho junto à OPAS/BIREME/OMS e à Rede BVS Brasil do ICICT/Fiocruz.

² Essa definição aponta para a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso dos níveis de complexidade.

com qualidade, acolhimento e vínculo. Desta forma, entendemos a produção do conhecimento científico:

[...] como empreendimento humano, que não deve recusar o desafio de compreender as transformações das experiências em saúde de forma aberta, na diversidade de suas contribuições disciplinares, no sentido de articulá-las, reconhecendo as diferenças como questão intrínseca da condição humana. Nesse sentido, compreendemos de modo crítico e reflexivo que a construção social da demanda em saúde é um dos nexos constituintes da integralidade em saúde. Reconhecer que a demanda em saúde é construída social e historicamente significa reconhecer que sua configuração atual reflete uma luta política, que diversos sujeitos tensionam e disputam em torno do entrelaçamento de necessidades e poderes. Significa dizer que o resultado dessa luta não está a priori definido. Significa dizer que nela se expressa um potencial de transformação da realidade, a partir da experiencição fecundante dos sujeitos em suas práticas cotidianas em diversos territórios, constituindo novos espaços e ampliando o sentido da vida. (PINHEIRO; MATTOS, 2005 - Apresentação).

Como construção e prática social, a demanda por cuidado se apresenta como fio da meada de um reposicionamento epistemológico que exige a realização de percursos analíticos mediados por redes multicêntricas de pesquisa-extensão-ensino sobre as práticas de integralidade. O diálogo entre os processos históricos e as experiências vividas tem origem no movimento de Reforma Sanitária brasileira; e a demanda, por sua vez, se constrói na luta pela *garantia do direito à saúde como direito humano à cidadania na oferta do cuidado, no apoio ao trabalho em equipe com profissionais qualificados, capazes, com seus conhecimentos e práticas, de reconhecer a alteridade dos usuários e a participação dos sujeitos com seus diferentes modos de ser e ter saúde, visibilizados em distintos espaços públicos.*

Inspirados pela perspectiva do método indiciário, oferecemos nesta coletânea 16 textos, sendo dez inéditos, organizados em três partes, a saber: “Demanda por cuidado: direito à justiça, invisibilidade social e ética na produção do comum no SUS”; “Incubadoras da integralidade: contribuições reflexivas para formação em saúde, trabalho em equipe

e pesquisa-extensão no SUS”; e “Integralidade na humanização do cuidado: espaço público, gestão comunicativa e redes no SUS”. Antes de iniciar a leitura dessas três partes, convidamos o leitor a acompanhar o professor José Ricardo Ayres nos caminhos do Cuidado na revisita à D. Violeta, num texto que é um dos verdadeiros clássicos produzidos sobre integralidade por esse reconhecido pesquisador e companheiro de lutas pela integralidade.

Na primeira parte, reunimos textos que buscam apresentar reinscrições de significados sobre demanda em saúde, acentuando a ideia de cuidado pela reconfiguração dos conceitos de demanda, necessidade e oferta de práticas de integralidade e aportes metodológicos fundamentados na aplicação da teoria da dádiva na análise de práticas de saúde. Aportamos, ainda, resultados de reflexões sobre a práxis da justiça, enaltecendo os desafios éticos na consolidação do SUS e o papel constituinte que as análises biográficas podem exercer na superação desses e outros desafios impostos pelos processos de vulnerabilidade social.

Na segunda parte, apresentamos a proposição metodológica “Incubadora da Integralidade” como dispositivo de acionamento de sinergias entre as funções de pesquisa, extensão e ensino, com foco na concepção de Educação Permanente em Saúde, tendo como conceito estruturante a Integralidade no Cuidado. O trabalho em equipe é refletido a partir das análises de experiências concretas acerca das possibilidades de ressignificações dos processos formativos, sendo o “trabalho em equipe de saúde” o constructo teórico-conceitual e metodológico de novas práticas educativo-pedagógicas na qualificação dos profissionais de saúde.

A terceira parte traz como foco central de análise reflexões teórico-práticas sobre a integralidade na humanização do cuidado em saúde, indicando como nexos constituintes da construção social da demanda por cuidado: a) capacidade de circulação polifônica da comunicação para efetivar práticas de integralidade de fato eficazes; b) gestão comunicativa como estratégia de democratização institucional; e c) a importância das redes como espaço público de reativação de circuitos e dinâmicas sociais. Esses nexos deslindam uma gramática civil que

pode se apresentar em distintos espaços públicos, revelando uma composição de entendimento acerca de valores e crenças resistentes na luta pelos direitos culturais à participação dos sujeitos da saúde, reiterando seu caráter polifônico.

Desejamos oferecer ao leitor, com esta coletânea, alternativas concretas para (re)pensar e agir sobre os nexos constituintes e constitutivos da construção social da demanda por cuidado. Construção que se forja no efetivo exercício de práticas e relações, no qual os sujeitos possam se reconhecer em suas experiências no ensino, na pesquisa e nos serviços. Visamos dar concretude às ações que se destinam a materializar uma política de saúde de produção de vida, em que a ideia de cuidado seja concebida como um termo plural, ético e democrático, centrado nos usuários que buscam os serviços de saúde.

Boa leitura!

Revisitando “D. Violeta”: nos caminhos do Cuidado

JOSÉ RICARDO DE C. M. AYRES

Nenhuma coisa que seja onde a palavra faltar.
Stefan George, *A Palavra*, 1919

Em 2003, escrevi um texto, publicado alguns meses depois (AYRES, 2004),¹ que ficou conhecido como o “texto da D. Violeta”, porque esse era o nome (fictício) de uma pessoa (real) que eu atendi no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP, atendimento tomado como fio condutor da discussão empreendida no artigo.² Chamou-me a atenção, ao longo

¹ Também publicado, assim como outro trabalho aqui citado (Ayres, 2007), em uma coletânea de artigos sobre o quadro conceitual do Cuidado, editado pelo LAPPIS-IMS/ UERJ (Ayres, 2009).

² Reproduzo aqui o relato de caso: “*Sai do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso, fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, mas, por alguma razão, nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo, tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um*”

desses anos, a capacidade que o texto teve de estabelecer interlocução sobre os temas ali tratados. Passados dez anos, sinto que há diversos aspectos que reclamam maior esclarecimento ou aprofundamento, seja pelas interpretações recolhidas, seja por maior compreensão de minha parte ou, o que engloba e relaciona as razões anteriores, como decorrência da breve *história efetual* do texto (GADAMER, 2004).

A percepção dessa necessidade de esclarecer ou aprofundar alguns temas tratados no trabalho de 2003 parece não ser só minha.

inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, sentar-me e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: “Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente diferente”. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro(?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse. Para espanto da minha aborrecida paciente, não comecei com o tradicional “Como passou desde a última consulta?”. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: “Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar”. Minha aturdida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado – que o característico humor acentuava – iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa – o grande sonho, seu e do marido, construída com o labor de ambos, engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficara finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil – a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito “literário” como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram, de fato, encontros que aconteciam a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali.” (Cf. AYRES, 2004, p. 17-18).

Recentemente, uma colega docente disse-me, em tom amistoso, mas que me soou quase como um desafio, algo como: “Você precisa fazer D. Violeta falar de novo!”. Assim, como um retorno aos diálogos por ele suscitados, como resposta à minha colega docente e, especialmente, como uma espécie de homenagem a “D. Violeta”, que tanto tem ensinado sem sequer suspeitar disso, construo essas reflexões como uma revisita à minha “impaciente paciente”.

Aqui, porém, D. Violeta, já tornada “personagem” por força de uma peça literária, ainda que de caráter acadêmico, terá radicalizada essa sua condição. Se no texto de 2003 ela já era uma “criação”, uma vez que sua presença era completamente mediada por minha construção narrativa, aqui o exercício poético da linguagem radicalizará essa dimensão “ficcional”, pois agora é uma D. Violeta imaginária que nos conduzirá, a mim e a você, leitor, por uma reflexão acerca de temas do Cuidado, da humanização e da integralidade em saúde. Eu havia perdido o contacto com D. Violeta já antes de escrever o trabalho de 2003. Não posso agora pedir de sua presença em mim mais que a força generosa e vital que ela emprestou ao artigo original. Por isso, busco-a aqui tão somente para apoiar esse novo exercício de prática teórica em um recurso retórico que, quem sabe, consiga amenizar a aridez das abstrações conceituais, facilitando seu retorno mais potente às práticas de atenção à saúde.

É uma entrevista imaginária o que realizaremos. Deixo ao leitor criar o cenário do encontro. No mesmo consultório da Unidade Básica? Em uma sala da Faculdade de Medicina? Na sala de estar da acalentada casa de D. Violeta? Onde mais? Também o leitor definirá quem entrevista quem, se achar que isso é relevante, pois, na verdade, o que interessa mesmo é a *dialética de pergunta e resposta* (GADAMER, 2004), o fluir da linguagem que, na sua ação presentificadora (HEIDEGGER, 2003), cria nossas possibilidades de experimentar a realidade do mundo, do outro e de nós mesmos.

* * *

D. Violeta: Nossa, quanto tempo! E, ao mesmo tempo, tão pouco!

JR: É verdade! Nesses dez anos muita coisa aconteceu, no mundo, no Brasil, na saúde... E no entanto ainda estamos aqui conversando.

D. Violeta: Nas nossas histórias... escritas ou não...

JR: E nas escritas, uma delas nos vinculou tão fortemente!

D. Violeta: Por que será?

JR: A experiência! A força da experiência como resultado e, ao mesmo tempo, possibilidade de nossa abertura ao mundo e à compreensão, dele e de nós próprios, como nos ensina Gadamer (2004). A experiência que nos uniu naquele início de tarde no Centro de Saúde Escola foi muito forte. Tão forte que a conversa que tivemos foi capaz de, parafraseando o filósofo Paul Ricoeur (1987), *transcender seu evento como significação*; essa experiência, presentificada discursivamente, abriu novas possibilidades de acesso ao sentido do ato de Cuidar, esse que sempre procuro grafar com c maiúsculo, para acentuar a identidade de um conceito reconstrutivo (AYRES, 2009).

D. Violeta: Mas o texto deu margem a muitas diferentes leituras...

JR: Isso, em si, não é ruim, quero dizer, a diversidade de leituras, não acha?

D. Violeta: Sim, claro, mas apenas na medida em que não dificulte às pessoas participarem da experiência, compreender o que ela significou. Que as pessoas percebam diferentes aspectos, que pensem de novas formas o que ali se deu, acho normal...

JR: ... Isso é a abertura própria à linguagem, como também nos ensina Gadamer (2004).

D. Violeta: ... Pois é, mas talvez muitos não cheguem onde talvez quiséssemos que chegassem.

JR: Por exemplo...

D. Violeta: Por exemplo: será que todos entenderam o que você quis dizer com “projeto de felicidade”?

JR: Sinceramente, acho que não, ou melhor, estou certo que não.

D. Violeta: Também tenho esta impressão. Acho que o mal-entendido mais frequente é achar que o sonho da casa para viver

com meu marido era o meu projeto de felicidade e, porque o perdi, fiquei sem nenhum projeto, infeliz.

JR: É, de fato não se trata disso. Mas a casa teve lugar destacado na compreensão de quem era você, D. Violeta, ou não?

D. Violeta: Sim, claro, mas achar que a casa era, em si, o projeto de felicidade, se bem entendi, seria reduzir muito o ponto de vista pretendido. Eu diria que a casa foi um plano, uma aposta compartilhada, um horizonte que enchia de esperança e força nosso duro cotidiano. Só quando frustrado esse plano, pela morte repentina de meu companheiro, revelou-se, pela ausência – dele e do compartilhamento da casa – o significado de nossas vidas, de um modo que talvez nunca fosse percebido se não fosse a frustração daquele plano.

JR: Eis aí um bom caminho para desfazer o mal-entendido!

D. Violeta: Como assim?

JR: O projeto de felicidade, tal como pretende fazer-se ouvir como conceito, ou talvez seria melhor dizer como um existencial, no sentido heideggeriano (HEIDEGGER, 1995), diferencia-se de um plano, de uma meta, de um propósito concreto, justamente porque só é percebido como aquilo que não se deixa reduzir às coisas nomeadas, mas que se revela no ato de as nomearmos, de darmos identidade a fatos, pessoas, circunstâncias, atribuindo-lhes valor, significados, lugares nas narrativas que produzimos. Pode parecer difícil e exótica essa proposição, mas é simples como o que a senhora acabou de expor – o que não quer dizer que deixe de ser complexa. A casa, o compartilhamento, a história de um casal de imigrantes pobres, tudo isso configura um quadro, como uma pintura, que, claro, não retrata exaustivamente a realidade, mas justamente na relação que estabelece entre aquilo que mostra e o que deixa de mostrar, do que ilumina e do que deixa à sombra, expressa algo único que faz daquela realidade uma presença compreensível, compartilhável com o outro. A Dona Violeta não é “a” viúva, seu projeto não “é” a casa...

D. Violeta: ...Muito menos a escritora revelada, como já vi interpretarem...

(risos)

JR: ... Certamente que não... Mas foi a viuvez, a casa, o marido, a imigração, tudo isso em relação que abriu para a minha compreensão as possibilidades do ser mais próprio da D. Violeta, a quem, até então, eu olhava de longe, de fora, como um objeto, como uma “paciente”. Ao revelar essas possibilidades, o projeto de felicidade, entendido na perspectiva do *cuidado* como existencial, permitiu construir formas concretas do Cuidado como ação de saúde. Claro, não foi uma D. Violeta única, total e definitiva que apareceu ali, mas a D. Violeta que pôde encontrar um Cuidador na sua Unidade Básica de Saúde nas circunstâncias temporais em que se deram essa procura e essa possibilidade de encontro. Fique claro, também, que Heidegger ainda não estava lá, naquele momento, nem o *Dasein*, nem seus existenciais. Toda a brilhante construção desse controverso filósofo veio depois como possibilidade de compreender aquela experiência de Cuidar da saúde, e estender essa compreensão a outras situações com fecundidade semelhante.

D. Violeta: Mas você disse algo que me chamou a atenção. Disse que o meu projeto de felicidade só se deu a perceber por sua negação. Então, no Cuidado é preciso perder para ganhar?

JR: Não, não creio que isso seja assim sempre, embora, sem dúvida, é quando um modo de andar a vida é obstaculizado que se percebe as normas que o regem silenciosamente, já nos ensina Canguilhem (1982). O que se concebe como saúde não é independente daquilo que se experimenta como obstáculo concreto aos nossos projetos de felicidade, àquilo que nos move existencialmente (AYRES, 2007), embora nós, profissionais de saúde, estejamos sempre buscando uma definição geral do que seja saúde (AYRES, 2002).

D. Violeta: Quanta pretensão!

JR: É, pois é... A questão é que, quando pensamos em saúde, já nos encontramos em um território de negação de sofrimentos ou de virmos a encontrá-los. São danos, doenças, limitações, riscos e vulnerabilidades que queremos afastar de nós. Porém, identificamos e negamos os sofrimentos e as perdas quando nos lançamos rumo a nossas possibilidades, da mesma forma que o *cuidado* (*Sorge*), personagem alegórico recolhido por Higino, os experimenta ao

construir a existência a partir de seu encontro com o húmus do leito do rio. *Tellus* (matéria) e Júpiter (espírito) são possibilidades e obstáculos à livre criação do *cuidado*, como nos mostra a alegoria (HEIDEGGER, 1995). Aberturas e limites para o nosso ser no mundo estão, portanto, em indissociável relação com nossa existência. Por isso, parece-me que a busca dos projetos de felicidade como norteadores de nosso Cuidar em saúde poderá trilhar tanto o caminho da negatividade quanto o da positividade, dependendo tão somente das circunstâncias em que se dão os encontros de Cuidado. Em quaisquer das vias, sempre estarão lá convites e interdições quando se está em um mundo de finitudes e transformações, onde o eu está sempre em convívio com o outro, com a alteridade, onde a mais sólida certeza pode ser contrariada pelo devir dos acontecimentos e o novo pode ser produzido contra todas as expectativas.

D. Violeta: Faz sentido.

JR: No seu caso, nós de algum modo fomos ao encontro do seu projeto de felicidade pela via da negação, não é verdade? Foi a frustração da “casa compartilhada” que nos permitiu estabelecer uma relação de Cuidado, não acha?

D. Violeta: Penso que sim. Talvez pelo fato de ser isso mesmo o que eu precisava lhe dizer: “O que está me lançando agora rumo à minha existência mais própria é buscar compreender o que me move”. É uma carência, talvez possamos chamar assim, e, nesse sentido, foi pela negatividade, por essa falta de algo que se perdeu, que se fez possível compreender minha necessidade de Cuidado (com C maiúsculo!).

JR: Certamente.

D. Violeta: Mas isso não quer dizer que eu precisasse, necessariamente, de um psicólogo!

JR: Decerto que não!

D. Violeta: Então por que tantos dos que leem e discutem seu artigo acham que o que eu precisava era de um psicólogo? Nada contra os psicólogos, não me entenda mal, mas esta pressa em interpretar minha necessidade de atenção à saúde como tratamento psicológico

me espanta. Mal comparando, seria o equivalente a achar que necessita de um cardiologista alguém que reclama doer-lhe o peito de saudade!

JR: Acho ótima a analogia! Isso renderia uma longa discussão, mas, sendo bem sintético, acho que tem a ver, de um lado, com a necessidade que nós, profissionais de saúde, temos de decompor analiticamente em objetos bem delimitados toda a realidade que buscamos conhecer e dominar. Assim, se tem a ver com sofrimento mental, deve ter alguma categoria “psi” que dê conta de apreender e controlar. De outro lado, as condições concretas em que operam os processos de trabalho em saúde, especialmente em situações de exclusão social, tornam quase que uma condição de sobrevivência isolar as queixas da totalidade de sentido que adquirem no cotidiano das pessoas, das condições materiais e das experiências intersubjetivas que marcam seu viver. Fica mais “fácil”, entre muitas aspas, objetivar e desmembrar os sofrimentos em abstratos julgamentos de normalidade/anormalidade de formas e funções e seus mecanismos causais ou probabilísticos, e distribuir responsabilidades da intervenção técnica sobre eles aos diversos *experts*.

D. Violeta: Nesse cenário não me espantaria que uma dor de saudade acabasse mesmo em um cardiologista!

JR: Não duvide mesmo! Resistir a essa fragmentação técnica não significa, por outro lado, que cada profissional de saúde deva ser um superpoderoso “sabe-tudo”. Há um ponto de equilíbrio a ser perseguido aí. A dificuldade é entender que a perspectiva do Cuidado não propõe um profissional de saúde que domine todos os campos de saber da saúde e todas aquelas tecnologias disponíveis – isso é trabalho para equipes. O que é preciso considerar é que temos novas possibilidades de compreender e agir em saúde na atualidade. Depois da revolução científica, e a versatilidade tecnológica que produziu, dos giros filosóficos contemporâneos, que nos mostraram novas possibilidades de compreender o humano, do que as ciências sociais e humanas já nos mostraram sobre as aberturas e limitações das interações humanas, da experiência dos Direitos como modo de produzir o comum em meio à diversidade, depois disso tudo não me parece razoável que os desafios da atenção à saúde sejam entendidos

apenas como fazer mais e melhor do mesmo! É preciso reconstruir o cuidar a partir do Cuidar, ou quaisquer outros nomes que sejam dados a essa busca de potencializar com nossas práticas de saúde o nosso projetar-se compartilhado rumo aos nossos projetos de felicidade.

D. Violeta: Um desses nomes é a “humanização”?

JR: Sim, é um deles, desde que não se entenda que humanizar a atenção em saúde seja se transformar no profissional “bonzinho”, que apenas acolhe com educação e simpatia as experiências e vivências das pessoas, como uma espécie de sinalização de respeito e boa vontade, mas que não terão quaisquer implicações efetivas para o núcleo técnico do seu trabalho.

D. Violeta: Olha que educação e simpatia já seriam muito bem-vindos! Se bem que eu não seja exatamente a melhor pessoa para falar em simpatia. (risos)

JR: A senhora, a seu modo, já conquistou a simpatia de meus leitores!

D. Violeta: Mas prossiga, você falava de humanização.

JR: Sim. Humanizar é recontextualizar o que as ciências e as técnicas abstraem como objeto de conhecimento e intervenção. É trazê-los de volta à vida, isto é, procurar junto com as pessoas o significado de suas necessidades de atenção à saúde à luz das situações concretas, valores e interesses que as movem em seus cotidianos. Talvez a diferença entre o conceito de Cuidado e o de humanização seja menos da ordem de suas implicações para a orientação das ações do que do acento retórico que adquirem nos diferentes discursos reconstrutivos que circulam hoje na saúde.

D. Violeta: A retórica da humanização aponta para a reconstrução do núcleo técnico do trabalho em saúde pela via de um compromisso ético e político, e a retórica do Cuidado chega às implicações éticas e políticas da humanização pelas características próprias ao trabalho em saúde. Podemos sintetizar assim?

JR: Assim me parece.

D. Violeta: Voltando ao Cuidado na situação de nosso encontro, e considerando esta perspectiva, entendo que nós não estávamos cuidando menos da minha pressão alta quando falávamos de minha

casa e meu marido. Da mesma forma que já estávamos lidando com minha história quando tratávamos da hipertensão, mesmo sem saber.

JR: Sim. Só que, enquanto a relação entre elas não estava clara para nós, nem a sua hipertensão nem a sua história recebiam de nós a atenção que mereciam, ficando “do lado de fora” do consultório.

D. Violeta: E de certa maneira eu também.

JR: Como disse?!

D. Violeta: Eu também ficava do lado de fora do consultório, junto com minha história. Quem entrava era meu corpo, ou nem ele, não é mesmo? Que é o nosso corpo sem nossa história? Não há o humano sem um ou outro.

JR: Daí o termo humanização. Com efeito, o Cuidado pressupõe o compromisso com a humanização e a humanização reclama o Cuidado.

D. Violeta: Percebo. Mas você diz que o Cuidado e a humanização são propostas de futuro, que só se colocam na medida em que uma série de transformações foi acontecendo no mundo, nas ciências, nas tecnologias, nas filosofias, nas instituições, nas práticas... Então não faz sentido falar em “recuperar” a prática humanizada, “voltar” a cuidar, como muitas vezes se ouve também.

JR: Concordo. No meu modo de ver, esse modo de colocar a questão é um equívoco. É claro que existem referências passadas, experiências já vividas que guardam laços com o Cuidado e a humanização. Heidegger (1995) e Gadamer (2004) já souberam muito bem argumentar sobre a inexorável relação de nossa existência, do nosso compreender e do nosso projetar-se rumo ao futuro com o nosso passado. Há laços técnicos e éticos dessas propostas com experiências já vividas. Mas há que se reconstruí-las justamente porque essas experiências apontam insuficiências e insatisfações, tanto técnicas quanto éticas e políticas. Eu pergunto à senhora, já houve, acaso, uma atenção à saúde mais humanizada no passado? Em alguma outra época já tivemos mais condições de Cuidar do que hoje?

D. Violeta: Entendo seu ponto, mas penso que há o que se aprender do passado.

JR: Ah, sim! Aprender sim, mas não repetir. Podemos recuperar, por exemplo, a capacidade de ouvir e conhecer seus doentes do velho médico de família, o que não quer dizer que se um deles fosse “teletransportado” do passado para o presente ele faria uma atenção à saúde suficientemente boa. O que se necessita ouvir e o que se deve fazer hoje é muito diferente do que era em seu tempo.

D. Violeta: Então, nem repetir as práticas do passado, nem colocar o interesse pela pessoa humana como uma espécie de verniz da relação, uma etiqueta.

JR: ... Sim, a chave para a humanização e o Cuidado me parece ser reconhecer e fortalecer as relações entre os horizontes tecnocientíficos das ações e políticas de saúde com seus horizontes práticos, isto é, os significados, valores, interesses, afetos, tudo que diz respeito ao viver cotidiano das pessoas. Dito de outra forma, é buscar na compreensão dos projetos de felicidade pessoais e coletivos o que pode dispor de modo criativo e emancipador as relações entre *êxitos técnicos* possíveis e *sucessos práticos* desejados (AYRES, 2009).

D. Violeta: Eis aí outra fonte de mal-entendidos.

JR: A qual mal-entendido a senhora se refere? Já de saída eu lembro a dificuldade das pessoas discernirem entre o técnico e o prático, que em nossa cultura se tornaram quase sinônimos! A distinção que uso aqui remete à tradição aristotélica, que nomeia como *tékhnē* a dimensão da racionalidade humana que se relaciona com a criação de artefatos, com a intervenção produtiva sobre o mundo a partir do conhecimento de suas regularidades, e como *práxis* a racionalidade que lida com os “assuntos humanos”, o ético, o político, a virtude, a construção da Vida Boa na *pólis*. Neste caso, não trata das regularidades e da reprodutibilidade, mas da contingência e da singularidade (GADAMER, 2004). Só que esta distinção não pode ser lida como independência, muito menos como antagonismo, já que nas ações de saúde qualquer procedimento técnico terá sempre implicações práticas (SCHRAIBER, 1997).

D. Violeta: Mas tenho visto o inverso também. Vejo as pessoas tratarem esses termos como se fossem aspectos independentes e até

antagônicos. Percebo proposições como: contra uma atenção à saúde centrada no êxito técnico, que venha o sucesso prático! No sucesso prático estaria o humano, no êxito técnico... o que haveria? No modo como elas colocam a questão, é como se houvesse uma espécie de mal, de desumanização intrínseca à técnica.

JR: Não! Isso seria colocar a perder toda a aposta no Cuidado como modo de melhorar a atenção à saúde. Usando nossa metáfora do consultório, seria como deixar a própria atenção à saúde do lado de fora do “consultório”.

D. Violeta: Seria, no limite, não haver consultório, não é? Sim, porque a técnica só foi “inventada” na saúde para responder a necessidades de pessoas inteiras, com seus corpos e suas histórias.

JR: Pessoas inteiras... é uma boa expressão, quero voltar depois a ela. Mas acho que seu ponto é preciso. O problema a ser superado pela proposta do conceito de Cuidado ou pelas políticas e ações de humanização, do modo como as entendo, não é a ausência da perspectiva do sucesso prático, ou algum tipo de conflito insanável entre êxito técnico e sucesso prático. Ao contrário. O problema central é a indistinção entre ambos.

D. Violeta: Indistinção?

JR: Sim. As perspectivas de alcançar determinados êxitos na aplicação das ciências e das técnicas na saúde só puderam ser construídas e legitimadas socialmente porque respondem a algum tipo de necessidade e interesse humano, ou não existiriam como prática social. A questão é que os sucessos práticos que subjazem aos êxitos técnicos das ações de saúde acabaram por ser “absolutizados”, por serem tomados como imanescentes e sempre adequados, por serem generalizados e, nesta generalização, tornados *intransparentes*. Acontece que o mundo da prática não tem nada de absoluto: são sempre histórica e socialmente construídos os sucessos ou insucessos práticos, e os juízos que os tomam enquanto tal são completamente dependentes do contexto e das circunstâncias concretamente vividas. Quando isso não é percebido, as tecnociências são aplicadas acriticamente nas práticas de saúde, desconsiderando ou mesmo reprimindo, até com violência, as necessidades concretas

de cuidado das pessoas. Podemos relacionar esse processo ao que, tratado em um plano mais abstrato, Habermas (2012) denominou de *colonização do mundo da vida pelo mundo sistêmico*.

D. Violeta: Então, a questão é saber, em cada situação, o que podem e o que não podem as tecnociências, e o que convém e não convém às pessoas. É mais ou menos o que defende seu dileto filósofo Gadamer (2006), quando aponta para a necessidade de enxergar para além do caso particular de aplicação dos conhecimentos gerais das tecnociências o caso singular de quem demanda o cuidado aqui e agora.

JR: Perfeitamente! Tanto no plano mais fino das relações interpessoais quanto na dimensão mais generalizadora dos processos coletivos e institucionais é necessário buscar ativamente distinguir e relacionar, relacionar sem confundir, os polos técnico e prático das ações de saúde, tomando como horizonte para isso os *projetos de felicidade*.

D. Violeta: Conceito também controverso!

JR: Nossa, nem me fale! Tenho discutido bastante essa construção por aí. Costumo brincar que não se deve confundir projeto de felicidade com “planejamento para ser alegre”. Todo viver tem sempre uma dimensão de planejamento, de tentativa de antecipar-se ao futuro, e de buscar a alegria, que é uma espécie de refresco da alma. Mas projeto de felicidade é algo diverso. Diz respeito ao devir de uma existência que a cada vez se toma para si como possibilidade, dando sentido ao eu, ao outro e ao mundo.

D. Violeta: O que não exclui planejamento e alegria, mas não exclui tampouco o inesperado e o sofrimento, como nosso próprio encontro demonstrou.

JR: Verdade. Outro questionamento que tenho recebido é quanto à definição que assumo em nosso artigo – acho que posso me referir a ele assim – de humanização e Cuidado como um “*compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana, e democraticamente validados como Bem comum*” (AYRES, 2004, p. 19). Seria lícito vincular as respostas das ações de saúde aos projetos de felicidade apenas quando democraticamente validadas como Bem comum? Não

seria essa formulação aprisionadora de potências humanas, tolhendo a liberdade humana de projetar-se rumo a novas possibilidades? Essa é uma questão rica de implicações, que merece ser analisada com mais vagar. Um bom início seria considerar que aqui falamos de valores e não de desejos. O desejo remete mais imediatamente ao exercício da liberdade e às imponderabilidades do existir, mas me parece que, dado que somos seres sociais, o trânsito do desejo à busca de sucesso prático sempre buscará a forma de um valor publicamente defensável (HABERMAS, 2003) e daí à sua institucionalização necessitará, em nossas formações ocidentais contemporâneas, passar pelo reconhecimento público na forma do Direito (HONNETH, 2003). Por outro lado, no cotidiano das práticas, estamos sempre subvertendo normas, em maior ou menor grau, e se não o fizéssemos, como seria possível reconstruir nossos valores, nossas práticas institucionais, nossos sistemas de Direitos? É razoável aceitar, portanto, que, nesta perspectiva, o Cuidado e a humanização, como propostas reconstrutivas, possam se configurar também como resistência ou subversão de valores institucionalizados – sem esquecer que, se apostamos na democracia, a busca de validação pública desses novos valores como Direitos será um caminho inevitável.

D. Violeta: Realmente, há muito que se pensar e conversar aqui, mas, infelizmente, já é hora de encerrarmos nossa conversa.

JR: É mesmo! Não queria, porém, concluir nossa conversa sem retomar uma expressão que a senhora utilizou há pouco.

D. Violeta: Sim?!

JR: A senhora se referiu a “necessidades de pessoas inteiras, com seus corpos e suas histórias”. Achei forte essa construção e muito interessante para apontar outro aspecto indissociável das propostas de Cuidado e humanização: a integralidade. Pessoas inteiras, com corpos que têm histórias e histórias que se constroem com seus corpos, acho que até hoje não encontrei melhor expressão para remeter ao significado de integralidade na atenção à saúde.

D. Violeta: Essa é outra área de muitas dúvidas e confusões também.

JR: Sim, e tem sido tratada frequentemente como o oferecimento às pessoas de todos os recursos de atenção à saúde de que o Sistema Único de Saúde pode dispor.

D. Violeta: Ou como a resposta a todas as necessidades de saúde das pessoas.

JR: Há, evidentemente, nessas formulações, para além de seu descolamento das condições concretas em que se dão as práticas de saúde, certo essencialismo de contrabando.

D. Violeta: Acho que você se refere à ideia de que, sob esta interpretação do princípio da integralidade, acredita-se que seja possível estabelecer, desde algum ponto de vista último e definitivo, uma espécie de cardápio das necessidades de saúde das pessoas, de um modo único e exaustivo.

JR: Exatamente isso! Em contraste, entendo que a integralidade é a busca de incorporar de fato a perspectiva do Cuidado nas práticas, é o assumir radicalmente a diversidade de sentidos e abertura de possibilidades configurados nas situações particulares em que corpos e histórias, de indivíduos e populações, reclamam a técnica para a construção de seus projetos de felicidade.

D. Violeta: Concordo. Haveria também muito que explorar aqui, mas precisamos mesmo interromper a conversa. Não esgotamos tudo que haveria a discutir, mas sinto que alcançamos uma maior compreensão do Cuidado.

JR: Ou uma maior capacidade de dialogar sobre ele...

D. Violeta: Mas... espere! Há alguém que está seguindo nossa conversa, alguém que nos lê nesse momento. Que estará pensando? Que terá a dizer sobre tudo o que temos conversado?

JR: Que o diga! É sua vez. Como diz Gadamer (2004), no processo de verdadeira compreensão nunca se pode pretender ter a última palavra.

Referências

- AYRES, J.R.C.M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.
- _____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.
- _____. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.16-29, 2004.
- _____. Uma concepção hermenêutica da saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 43-62, 2007
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- GADAMER, H-G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- _____. *Verdade e método I*. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 2004.
- HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.
- _____. *Teoria do agir comunicativo*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- HEIDEGGER, M. *A caminho da linguagem*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- _____. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- RICOEUR, P. *Teoria da interpretação*. Lisboa: Edições 70, 1987.
- SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no exercício do trabalho em medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 1, n. 1, p. 123-140, 1997.

PARTE 1

Demanda por cuidado: direito à justiça, invisibilidade social e ética na produção do comum no SUS

Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade

ROSENI PINHEIRO
FRANCINI LUBE GUIZARDI
FELIPE RANGEL S. MACHADO
RAFAEL DA SILVEIRA GOMES

Se o determinismo persistir, dificultará sempre o desenvolvimento do espírito crítico e da criatividade entre aqueles que lutam pelas transformações na sociedade.

Gramsci

Introdução

As análises no campo da saúde tradicionalmente têm como foco de atenção a realização de estudos macroinstitucionais,¹ voltados para o exame da “política setorial em termos de disjuntivas e oposições – público *versus* privado; setor estatal *versus* setor privado; centralização *versus* descentralização; democracia representativa *versus* democracia direta – e não em termos de suas articulações e rearticulações.² Outros trabalhos já se dedicaram a identificar as formas como os processos de descentralização / desconcentração foram sendo conduzidos em diferentes estados e municípios.³

Todavia, o número de estudos que buscaram esmiuçar a relação dos usuários com os serviços de saúde (profissionais e gestores), no

¹ O número de trabalhos ultrapassa seguramente o espaço deste artigo; no entanto, destacamos os seguintes autores: Almeida (1995); Cordeiro (2001); Levcovitz (1997); Levcovitz, Lima e Machado (2001) e Noronha e Soares (2002).

² Vide os autores: Cohn (1992); Viana (1996) e Teixeira (1995 e 1999).

³ Nos últimos cinco anos, ocorreu um *boom* de livros, periódicos, dissertações sobre o tema, e alguns se encontram nas referências citadas neste trabalho.

que concerne à demanda em saúde e, sobretudo, os modos como são constituídas as demandas em saúde no cotidiano das instituições e como integram a pauta das políticas de saúde, ainda é bastante reduzido.⁴ Ressalta-se aqui a realização de alguns trabalhos nessa direção: Cohn (1992), Canesqui (1992), Camargo Jr. (1997 e 2003), Pinheiro (2000, 2001 e 2003) e Luz (1997, 2001, 2003a).

Com isso, abre-se uma brecha na produção do conhecimento em saúde, no que diz respeito à importância de se ampliar essa linha de investigação e de se adotar alternativas teórico-metodológicas capazes de apreender as demandas em saúde de forma contextualizada e historicamente situada. Demanda que se constrói cotidianamente, fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduo, profissional e instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país (PINHEIRO, 2000, 2001a e 2003b).

Os modelos explicativos habitualmente utilizados para definir as demandas no campo da saúde apoiam-se, na maioria das vezes, em referenciais da economia e do planejamento em saúde, que acabam por reduzir sua noção a uma “manifestação individual” decorrente de uma circunstância anormal vivida pelo usuário, ou seja, a doença (IUNES, 1995, p. 17). No entanto já constatamos, em estudos anteriores, que ao se olhar a doença em estudos sobre demandas apenas pela lógica econômica,

[...] há uma grande possibilidade de a análise recair muito mais na naturalização das relações entre saúde e sociedade, do que na busca do reconhecimento e da compreensão dos motivos da formação das demandas por saúde no contexto social, político, cultural em que estão inseridos. Ora, estamos diante de uma sociedade verdadeiramente medicalizada, onde as pessoas são vistas como doentes em potencial. Ou seja, prevenir a doença de um indivíduo, assim como tratá-lo de um mal específico pode ser visto como uma *ação natural*, que tende a desconsiderar os aspectos socioculturais

⁴ Com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), intensificou-se muito a realização de pequenos estudos sobre demandas, a partir do cadastramento obrigatório das famílias, que são realizados pelos agentes comunitários. Esses estudos, na maioria das vezes, são quantitativos e se baseiam nas observações dos profissionais acerca do motivo ou, melhor dizendo, da queixa principal apontada pelos usuários dos serviços.

(até mesmo políticos) como elementos explicativos de utilização dos serviços de saúde de saúde pela população, assim como a formação de suas demandas. (PINHEIRO, 2003a, p. 23).

Diferentemente desses modelos, em nossas análises buscamos evitar a divisão peculiar entre demanda e oferta, pois essa visão impede que a relação/interação entre as duas categorias seja vista, o que reproduz o caráter dicotômico e até estático que a economia clássica pretende imputar às mesmas. Com isso, os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar seus componentes *separadamente*, de modo que a demanda seja relacionada apenas aos usuários ou consumidores, e a oferta seja ligada somente aos serviços (fornecedores) com seus componentes (profissionais de saúde e gerentes). Há nessa forma de elaboração teórica estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado, *via consumo*, acabam por manter uma distinção entre as categorias demanda e oferta, pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e seus agentes vão para o outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos (PINHEIRO, 2001).

É possível perceber que as abordagens teóricas do pensamento econômico (destacam-se aqui a corrente neoclássica e a economia política), que tanto subsidiam a maioria dos estudos de demandas no planejamento em saúde, não são suficientes para abarcar seus elementos constituintes como categoria analítica. Tais abordagens têm na subjetividade o principal limite para apreender a realidade na complexidade de suas relações, dada sua perspectiva de naturalização dos fenômenos, em razão da qual não há preocupação em estabelecer como objeto de investigação a compreensão dos processos que os produzem (PINHEIRO, 2000, 2002 e 2003b). Nesse sentido, embora a estruturação do campo da saúde também seja fruto de um ordenamento social, provocado pelo aprofundamento do capitalismo (LUZ, 1997), existem relações de produção desses fenômenos que extrapolam a visão dessas teorias, e que não têm como ser discutidas a partir delas, dada a configuração de seus objetos. Como diz Santos (1991, p. 35), a ciência moderna é parte da economia, mas também da política, sociologia e da história da modernidade.

Analisando os resultados de nossas pesquisas, nas quais o cotidiano das instituições de saúde é o *locus* da investigação, identificamos que os elementos constituintes da demanda em saúde surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional (PINHEIRO, 2000). Observamos que esses elementos se encontram relacionados a diferentes visões, mas coerentes, entre saúde, doença e cura. Contudo, ao se falar em atender os “problemas de saúde”, entendidos pelos profissionais e gestores como demandas expressas dos usuários dos serviços, logo se observam os limites e dificuldades de elaborar respostas capazes de solucioná-los de fato (PINHEIRO, 2001). Nota-se que as respostas dadas apresentam clara distinção entre “soluções terapêuticas” e “soluções sociais”, como se ambas fossem excludentes e confinadas a áreas de conhecimento isoladas.

Ficou evidente que as demandas dos usuários nos serviços, identificadas como “problemas de saúde”, requerem modelos explicativos que não possuem similaridade com os modelos utilizados para elucidar as doenças – ao mesmo tempo em que esta constitui o elemento central da racionalidade da prática médica, que é hegemonicamente exercida nos serviços de saúde. Camargo Jr. (2003) contribui para essa constatação, ao analisar essa racionalidade (da biomedicina), que realiza, em sua prática diária, o esforço sistemático de objetivar a doença do sujeito, descolando-a da pessoa enferma.

É interessante observar que os modelos explicativos predominantes para definir demandas (sejam pautados na racionalidade econômica, sejam pautados na racionalidade biomédica) apresentam um traço em comum: a redução do sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem, cujas respostas só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados advindos das duas racionalidades. Parece-nos que os “problemas de saúde”, ao serem definidos a partir de critérios objetivos e quantificáveis, têm nas doenças a face concreta como “reais necessidades de saúde” da população – portanto, os “reais” motivos dos usuários para procurarem os serviços de saúde.

Então, nessa perspectiva, as demandas em saúde não configurariam necessidades de saúde, a não ser quando identificadas por um interlocutor qualificado, que determinaria “em nome do conhecimento técnico (por que não científico?)” sua mais adequada conformação – a doença – e assim ofereceria a melhor forma de responder a elas? Seriam essas racionalidades, que condicionam a leitura das demandas e a definição de suas respostas, aportes suficientes à criação de dispositivos institucionais que garantam o direito constitucional à saúde?

Considerando as características das políticas de saúde do Estado brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) – que busca cumprir a prescrição legal de garantir o direito à saúde como direito de cidadania –, discutiremos neste trabalho o modo como podem ser constituídas as demandas no cotidiano das instituições de saúde e sua relação com a construção do direito à saúde, entendendo seus elementos como nexos constituintes das práticas de integralidade em suas fronteiras, ou seja, na produção do cuidado em saúde. Para tanto, utilizaremos aqui as noções de liberdade e necessidades como movimentos reflexivos de compreensão dessa relação, cujas implicações, efeitos e repercussões na produção de saúde desafiam a formulação e implementação de políticas sociais mais justas em nossa sociedade.

Liberdade de ser e ter saúde (vida): a voz da demanda na construção do direito à saúde

A saúde como direito humano é uma conquista social reconhecida internacionalmente como um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. “Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que o leve a viver uma vida digna” (Convenção de 2000 do Comitê Internacional de Desenvolvimento Econômico Social e Cultural, 2000 apud NOGUEIRA; PIRES, 2004).

Isto significa entender o direito à saúde como prática social inerente à condição humana, que exige a garantia de elementos fundamentais para sua concretização, que sintetizamos da seguinte forma: o direito à saúde é ter acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade,

nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e a informação sejam meios de sua produção e reprodução social.⁵

A assertiva é corroborada pela perspectiva de um conjunto de trabalhos que têm apontado o direito à saúde como o amálgama entre os princípios de igualdade e equidade, que, incorporando critérios, permitiriam aplacar a pobreza e a vulnerabilidade social (COHN, 2003; BODSTEIN, 2003; LUZ, 2003). Contudo, os desafios que se apresentam na implementação das conquistas sociais têm sido transformá-las em práticas concretas no cotidiano das pessoas, das instituições de saúde e nos serviços prestados à população.

No Brasil, protagonizamos uma experiência inovadora de construção de direitos de cidadania, ao adotarmos políticas sociais universais na Constituição Federal, em 1988, nas quais a saúde ganha destaque. Observamos avanços jurídicos expressivos em dois aspectos. O primeiro diz respeito ao estabelecimento da relevância pública dos serviços de saúde *vis-à-vis* outras modalidades de oferta de bens sociais; o segundo se refere à institucionalização de um arcabouço jurídico-normativo com princípios doutrinários e operacionais (universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação da comunidade), mediante a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Dessa forma, configurou-se uma definição jurídico-normativa e organizativa da política de saúde do Estado brasileiro – o SUS.

Identificamos nessa construção que, assim como a saúde, outros direitos sociais vêm sendo conquistados, fruto da luta cotidiana travada pela sociedade civil nos espaços públicos em torno da ampliação da noção de igualdade. Luta que envolve movimentos sociais, segmentos da sociedade civil organizada e agentes públicos, em diferentes espaços públicos, cuja atuação pavimenta a construção *de novas demandas*, numa postura afirmativa de direitos, que inclui não somente direitos sociais, mas a reivindicação de *direitos culturais*.

Parece-nos que estaríamos presenciando uma nova formação de cidadania, na qual os direitos culturais “não seriam dirigidos apenas ao Estado, mas o reconhecimento, pela própria sociedade,

da legitimidade social desses direitos” (COELHO; NOBRE, 2004, p. 29). Com base nessa concepção, Nobre (2004) propõe a tese do surgimento de uma nova de cidadania:

[...] na qual a promoção da igualdade deve ser concomitante à promoção de um cidadão que não seja um mero cliente do Estado, mas que também questione a própria lógica da ação estatal e que encontre formas de participação das decisões e novas formas de promoção da igualdade. Isto significaria ampliar os mecanismos de participação e decisão nas diversas instâncias de deliberação e de decisão do Estado. (NOBRE, 2004, p. 31).

A nova cidadania incluiria não somente os Estados Nacionais, mas os novos arranjos internacionais e transnacionais, nos quais a participação da sociedade nas esferas públicas se destina ao reconhecimento de suas reivindicações como parte de uma maneira de viver que quer ser reconhecida por todos os outros cidadãos (NOBRE, 2004, p. 30).

Tal tese pode ser consubstanciada pela afirmação de Dahrendorf (1992 apud BODSTEN, 2003), quando diz que a igualdade, assim como os direitos humanos, têm seu espaço jurídico na cidadania, terreno compartilhado de modo a permitir que todos os indivíduos tenham a *liberdade* de serem diferentes. De outro lado, Telles (1999), baseando-se nos escritos de Arendt, ressalta que a noção de direitos não diz respeito às necessidades, interesses ou demandas individuais. Faz referência, antes de tudo, a uma forma de sociabilidade política e, nesse caso, o direito só pode existir no exercício efetivo de direitos. Ou seja, para garantir direito no Estado Moderno, torna-se necessário criar e ampliar espaços públicos, nos quais as regras de sociabilidade sejam fundamentadas na democracia e suas instituições sejam permeáveis aos valores democráticos. Afinal são esses valores que sustentam a crença da liberdade e da igualdade, como requisitos básicos ao exercício democrático e à defesa da cidadania, cujos sujeitos sociais se organizam para reivindicar direitos (BODSTEN, 2003).

Com esses espaços, os movimentos sociais ampliam os canais de vocalização de suas demandas, que, no efetivo exercício do *direito a outros direitos*, qualificam sua estratégia política de inclusão social, na

⁵ Essa síntese resulta da leitura do documento da OMS e das análises de Nogueira e Pires (1997).

medida em que, por um lado, fazem surgir novos sujeitos, identidades e interesses, e de outro, forjam uma *gramática civil* capaz de a um só tempo coletivizar e socializar suas reivindicações, institucionalizando-as no interior do Estado.

É justamente a partir desse exercício da cidadania e da afirmação de novos direitos que se redefinem as relações sociais e o próprio espaço público dentro da ordem democrática. Na modernidade, tal espaço se configura como arena política que tem a capacidade de inspirar e reinventar significados novos para a igualdade, a liberdade e para o próprio sentido do público.

Direito e democracia são mais do que valores liberais ou virtualidades e potencialidades. Sua concretude e sua inscrição nas relações sociais vêm da sua vinculação indissolúvel ao processo de conformação de sujeitos e atores políticos. Direito e democracia não podem ser colocados como ideias desencarnadas, como exterioridades sem sujeitos. (BODSTEIN, 1997, p. 189).

Quando observamos a experiência brasileira na construção do direito à saúde, assim como da própria política de saúde – o SUS – no Estado brasileiro, podemos identificar um processo de ampliação e multiplicação de sujeitos, identidades e interesses, que conformam um novo patamar na relação entre Estado e sociedade, cujas transformações se dão, muitas vezes, na capilaridade do nível das relações cotidianas institucionais.

Luz (2003) destaca essa dimensão específica da organização do poder social (as instituições) como base estratégica do poder do Estado, ao mesmo tempo de participação (ou exclusão) da sociedade na ordem política das nações modernas. Para melhor compreender essa dimensão, a autora ressalta a importância do pensamento de Gramsci com sua noção de

[...] *Estado ampliado*, na relação da *cultura* e a *sociedade civil* [que] tratou das relações entre instituições e os movimentos sociais como estratégicos para transformar os conteúdos do Estado e suas políticas, levando à construção de uma nova *hegemonia*, numa dinâmica ao mesmo tempo política e cultural, pois transforma *valores*, além de criar estratégias e formas inovadoras de ação. (LUZ, 2003, p. 25 - grifos nossos).

Com essa forma analítica, torna-se possível considerar, de um lado, a composição complexa do Estado e, do outro, a diversidade da sociedade civil, que não apenas pode estar nos dois espaços ao mesmo tempo, como pode ser os *dois ao mesmo tempo* (LUZ, 2003).

Os conselhos e as conferências de saúde, como espaços institucionais de participação da sociedade civil na elaboração e execução das políticas de saúde – ou seja, como arenas políticas – também constituem espaços de disputas de canais de vocalização de demandas em saúde, no sentido de defini-las como prioridades políticas, assim como de participar da decisão sobre o modo de operacionalizá-las. Em que pesem as contradições e conflitos decorrentes do jogo de interesses coletivos e particularistas que desafiam sua capacidade deliberativa de decidir sobre as questões da saúde nas três esferas de governo, esses espaços (conselhos e conferências) podem ser uma forma de inclusão *política e cultural* de setores da sociedade civil até então afastada da vida pública, no sentido da efetiva participação no Estado e afirmação da cidadania (LUZ, 2003). Mas isso dependerá ao menos de dois fatores, não excludentes entre si, quais sejam: a cultura política local e os estilos de gestão das instituições de saúde adotados por seus governantes (PINHEIRO, 1995, 2000 e 2002; GUIZARDI, 2002 e 2004).

Ferla e colaboradores enfatizam que implementar as conquistas sociais na Constituição brasileira de 1988 ainda requer capacidade de superar obstáculos e implantar inovações no cotidiano das estruturas de governo, nas relações entre as esferas de governo e destas com a sociedade. Os autores apontam a necessidade de se exercer no limite a criatividade de combinar forças técnicas, políticas e administrativas existentes e a realidade de cada local – com os aspectos da necessidade, tal como expressa pelos usuários (PINHEIRO, 1995, 2000 e 2002; GUIZARDI; PINHEIRO, 2004). Por meio dos indicadores, a razão técnica analisa o planejamento, com a gerência dos serviços e com as práticas dos trabalhadores (PINHEIRO, 2001) – em arranjos dinâmicos que, a partir de cada conquista realizada, pressionam e organizam as condições de avanços (FERLA et al., 2002).

Isto significa adotar uma postura crítica quanto às normas rígidas, os modelos fixos e fluxos centralizados que caracterizam os modos tradicionais de organização das políticas de saúde, vigentes há décadas

no sistema nacional de saúde brasileiro. São modos que têm nos “modelos ideais” seu *modus operandi*, que buscam diagnosticar as “demandas”, traduzindo-as em “reais necessidades”, as quais devem ser respondidas por critérios técnicos, objetivos, cujos resultados sejam quantificáveis, muitas vezes negando as “práticas eficazes” decorrentes da interação dos sujeitos envolvidos no cotidiano das instituições de saúde (PINHEIRO, 2003b). São modelos que se prestam mais a conservar e a reproduzir a concentração do poder institucional, inclusive com a dominação simbólica de saberes técnicos (ditos científicos), de interesses econômicos ou de grupos corporativos, tornando as instituições impermeáveis às práticas e valores democráticos.

Nesse sentido, concordamos com a proposição de Ferla et al. (2003), de que os desenhos da atenção à saúde em cada local, com respeito às especificidades e heterogeneidade regional, requerem uma

[...] clara opção política dos governos de fortalecer, de forma orgânica, as capacidades gestoras de desenvolvimento de mecanismos institucionais que incorporem a crescente participação de atores do controle social, responsáveis pelo monitoramento do uso dos recursos de acordo com o interesse público, mas também pela configuração adequada das ações e dos serviços a serem oferecidos em cada local. (FERLA et al., 2003, p. 48).

Ao longo de 15 anos, já identificamos inúmeras experiências de efetivação do SUS com potência inovadora, apresentando diferentes e progressivos padrões de integralidade e equidade, fruto de interações democráticas de sujeitos em suas práticas no cotidiano da gestão, do cuidado e do controle social (PINHEIRO, 2001 e 2002b). É justamente nessa potência inovadora que encontramos os nexos constituintes das práticas de integralidade, pois nela reside uma postura de escuta ativa das demandas, por meio de vozes que têm por implicação ética a produção da saúde como direito de cidadania. Essa escuta se faz com o reconhecimento da legitimidade da alteridade com os usuários, sendo exercida como prática emancipatória dos sujeitos que interagem na produção de saúde.

Acreditamos que na produção do direito à saúde há polifonia de diferentes demandas, por meio das quais os movimentos civis em

determinadas áreas têm avançado de forma avassaladora e inovadora. Talvez os movimentos de luta dos portadores de HIV/AIDS e de mulheres sejam aqueles que melhor tipificam o exercício de “hegemonia civil” (GRAMSCI, 2000), na qual os valores e crenças alargam a dimensão de cidadania na direção cultural de construção coletiva de novos direitos. Isto implica que cada indivíduo seja um cidadão e exerça no limite sua *condição humana* (ARENDT, 1995) – ou seja, do *ser político*, cuja liberdade de expressar suas demandas faça parte das práticas cotidianas institucionais, as quais criem e recriem novos espaços públicos (como verdadeiras *ágoras*), produtores de novos padrões de sociabilidades e novas humanidades.

Com esse primeiro movimento reflexivo, propomos a tese de que a demanda e o direito à saúde devem ser concebidos como concepções renovadoras de sentidos, significados e vozes de sujeitos, identidades e interesses em uma dada sociedade e um determinado momento histórico. Portanto, devem ser libertadas de qualquer resíduo essencialista quanto a seus conteúdos teóricos e práticos (GRAMSCI, 2000). Não se quer dizer, com isso, que demanda e direito à saúde, assim concebidos, excluem os conflitos e contradições existentes na relação com o Estado. Ao contrário, com essa compreensão poderíamos dar visibilidade aos mesmos, como ações inerentes ao próprio agir político, ou seja, a própria condição humana (ARENDT, 1995). Assim, demanda e direito configuram-se como práticas sociais com correspondências em diferentes planos políticos e institucionais, como exercício democrático e legítimo de afirmação de cidadania, no sentido da igualdade e liberdade em contextos sociais, históricos e culturais, no quais a diferença se coloca como direito definitivo.

Necessidade de saúde: a demanda determinada e organizada na atividade do trabalho como gestão de direitos à saúde

O segundo movimento reflexivo deste trabalho aborda o tema das necessidades de saúde, a partir de uma “taxinomia” (CECILIO, 2001) que nos permita utilizá-la como *analisador* dos modos de constituição das demandas e dos elementos que se relacionam com a construção do direito à saúde.

Cecilio (2001) faz uma primeira aproximação desse exercício analítico, ao propor as necessidades de saúde como conceito estruturante capaz de ampliar a definição da integralidade da atenção em saúde. Como analisador, segundo o autor, as necessidades em saúde apresentariam “uma potencialidade que ajudaria trabalhadores, equipe, serviços e redes de serviços a fazer a melhor escuta das pessoas que buscam cuidado em saúde, tomando as necessidades centro de suas intervenções e práticas” (CECILIO, 2001, p. 113). Afirma ainda que o desafio seria conseguir fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores em seus cotidianos, de forma a permitir fazer *mediações* entre a incontornável complexidade do conceito (necessidades de saúde) e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada (CECILIO, 2001, p. 114).

Interessa-nos agora explorar essas *mediações*, cuja discussão foi sistematizada de forma interessante por Eduardo Navarro Stotz, em sua tese de doutorado – *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito*, defendida em 1991. Realizando apurada revisão teórica sobre o tema, o autor defende a utilidade de se estabelecer uma taxinomia de necessidades de saúde, capaz de responder a um duplo objetivo: servir como conceito descritivo e operacional, sem deixar de exprimir a dialética do individual e do social (STOTZ, 1991).

São diferentes as abordagens teórico-conceituais que tratam do tema das necessidades em saúde. Contudo, tomamos a taxinomia de necessidades de saúde adotadas por Cecilio e Matsumoto (2005) como ponto de partida da discussão. Taxinomia que busca “dialogar” com distintos enfoques e perspectivas desenvolvidas por diferentes autores, a partir de diferentes matrizes teóricas, sistematizando-as em um quadro de ideias de autores e/ou escolas e/ou modelos de atenção com produções voltadas diretamente para o tema. Nesse quadro foram agrupados quatro conjuntos de ideias, assim nomeados: a) necessidades de boas condições de vida; b) garantia de acesso a todas tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; c) necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipes; e d) necessidade de

autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (CECILIO, 2001; CECILIO; MATSUMOTO, 2005).⁶

No primeiro conjunto, de um lado, são reunidas definições de autores de uma matriz mais funcionalista, que enfatizam os fatores externos e ambientais, que *determinam* os processos saúde-doença; de outro, ressaltam definições de cunho marxista, que destacam o modo de viver como tradução de diferentes necessidades de saúde, *determinadas* pelo lugar que os indivíduos ocupam nos processos produtivos nas sociedades capitalistas, que *determinariam* os modos de adoecer e morrer.

No segundo, estão as ideias que se referem às necessidades de saúde como garantia do acesso e de consumo de tecnologias, tanto a ser ofertado pelas ações de caráter coletivo, como as de caráter individual, provenientes do atendimento da demanda espontânea por atendimento clínico. Nessas definições, a epidemiologia e a clínica constituíram o conjunto de conhecimentos que se complementariam para identificação das necessidades, mas sem deixar de considerar as demandas – expressão de aspirações da sociedade por direitos sociais.

Os autores propõem, no terceiro conjunto, o fortalecimento do vínculo como aspecto essencial da prática clínica, cuja eficácia será resgatada pelo restabelecimento “da arte da fala e da escuta entre pacientes e profissionais, entre equipe e família, entre instituições e sociedade”. Além disso, destaca-se o cotidiano do trabalho como o espaço privilegiado de constituir essa eficácia, e a coletivização da gestão dos serviços, como estratégia de garantir acesso dos usuários às ações de saúde e às múltiplas opções tecnológicas (sejam elas leves ou leves-duras), para enfrentar os diferentes problemas de saúde.

Por último, o quarto conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, sendo a informação e a educação partes do processo de sua construção. A autonomia implicaria possibilidade de reconstruir sujeitos e sentidos, e essa resignificação teria peso efetivo no seu modo

⁶ Procuramos de forma sintética resumir os quatro conjuntos de ideias dos autores; contudo, sugerimos a leitura do artigo de Cecilio (2001).

de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades de forma mais ampla possível.

É interessante notar que apenas o quarto conjunto de ideias apresenta uma proposição explícita de definição de necessidades de saúde com o “olhar” centrado no usuário. Contudo, é importante perceber que a ideia de necessidade não deve carregar qualquer visão essencialista ou decorrente de certo espontaneísmo dos sujeitos envolvidos, que desconsidera a luta de saberes e poderes (por que não luta política?) pela hegemonia na organização das práticas no cotidiano das instituições de saúde. A forma vigente de organização das práticas nas instituições de saúde é centrada nos profissionais/equipes cujos conhecimentos produzidos (saberes e práticas) muitas das vezes reduzem as demandas a “reais” necessidades de saúde e determinam, de forma exclusiva, os modos de responder a elas.

De outro lado, parece-nos clara, em todas essas ideias, a existência de um amálgama ou mesmo de uma transversalidade entre necessidades e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-la. Por outro lado, nessa perspectiva as necessidades não são naturais nem iguais, pois desiguais são os saberes e práticas produzidos no processo de trabalho em saúde, cuja fragmentação, marca de sua forma de organização, configura limites e desafios para relacioná-las com as demandas em saúde, ainda mais numa perspectiva de direitos. Com isso, o processo de trabalho exige uma problematização acerca de sua tensão essencial – o poder do saber na saúde.

Analisando experiências de iniciativas municipais e estaduais no SUS voltadas para a garantia do direito à saúde, podemos observar que a questão do *poder do saber* (FOUCAULT, 2000) incide de forma imperativa nos processos de trabalho, de formação, assim como da gestão e do planejamento em saúde, cuja tensão era modulada pelas inovações praticadas pelos sujeitos no cotidiano das instituições de saúde. Inovações que produzem saberes embebidos de crítica, fruto de uma ação participativa, multicultural,

[...] capaz de romper com a ditadura unitária de conhecimentos, dos efeitos centralizadores do poder vinculado à instituição e ao funcionamento do discurso hegemônico da racionalidade científica moderna e, por extensão, na saúde – a racionalidade médica moderna. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p. 26).

A partir daí, retomamos a ideia de necessidades de saúde proposta no quarto conjunto, que aponta para um nítido movimento de inversão do privilégio da ótica biomédica como único padrão legítimo para sua definição. Passa-se a legitimar também a ótica do usuário (usuário-centrado) e, como tal, tem na informação e na educação na saúde campos de compreensão e construção das necessidades por meio do reconhecimento das demandas como aspirações sociais inerentes ao processo de constituição do direito à saúde.

Apostamos nesse entendimento, que permite reconhecer elementos da demanda como necessidade, na medida em que aquela expressa a dimensão visível e real do sofrimento humano e do direito da pessoa à saúde. Portanto, a definição de necessidades não deve ser desconsiderada pela ênfase dada ao caráter social da doença e sua hipervalorização na formulação e gestão das políticas públicas de saúde. Tal reconhecimento exige mudanças estratégicas na produção do cuidado em saúde, que inclui mudanças na formação e na gestão do trabalho em saúde. Nesse sentido, não basta disponibilizar os conhecimentos formais adquiridos nos núcleos específicos de conhecimentos que subsidiam as normas e práticas institucionais das categorias profissionais e os gestores na saúde. Para transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde, não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 50). Nesse sentido, gerir o trabalho em saúde rumo à integralidade da atenção e do cuidado em saúde requer uma reflexão crítica acerca das características dos processos ali desenvolvidos, os quais explicitam as fragmentações presentes nas práticas individuais dos profissionais e os modos de sua organização nos serviços de saúde, seja na identificação das necessidades, seja nas formas de responder a elas.

Segundo Marx (2000), o trabalho consiste em processos cujos elementos simples são a atividade orientada a um fim ou trabalho mesmo, seu objeto, seus meios pelos quais caracteriza um modo de produção, que cria também suas próprias relações de direito, formas de governo e de conhecimentos. Considerando essa noção, o trabalho em saúde pode ser concebido como uma co-produção constituída por um coletivo (equipe), cujo objeto das atividades é o usuário e não

a doença, o núcleo central da racionalidade que norteia as ações e conhecimento científico dos profissionais nos serviços de saúde. Definir como objeto do trabalho em saúde o usuário significa conceber os aspectos subjetivos, e não somente os objetivos, que o caracterizam como sujeito social portador de aspirações, desejos e histórias de vida.

Essa perspectiva exige uma análise polifônica das atividades do trabalho em saúde, na qual o coletivo de trabalhadores assume uma conformidade “orgânica” cujas relações e interações entre profissionais, usuários e gestores nos serviços produzem “encontros” de outros “encontros”, nos quais valores, crenças – enfim, experiências de vida – ganham circulações e constituem subjetividades, afetando o modo como objetivamos as pessoas em sujeitos nas instituições de saúde (SCHWARTZ, 2004). Esses encontros atuam como campo de *mediações* entre demandas e necessidade, cuja eficácia das ações requer complexas negociações, nas quais o papel da *gestão* é imperativo. Assim, gestão do trabalho em saúde configuraria gerir *instâncias negociantes* (SCHWARTZ, 2004, p. 30), nas quais os valores de *eficácia* e *eficiência* são ressingularizados pelas pessoas, como destaca o autor:

Não se cuida mais das pessoas da mesma maneira após ter tido a experiência da maternidade, ou da doença em seu próprio corpo. Do mesmo modo, certas patologias soam diferentemente de acordo com a história familiar do agente de cuidado. (AUDOURD apud SCHWARTZ, 2004, p. 30).

Quando se pensa na produção do cuidado em saúde, em que as práticas de integralidade em saúde se colocam à prova, a gestão do trabalho na saúde apresenta o desafio aos seus coletivos, que é compreender suas atividades (situações) “sem excluir as possibilidades de uma modificação, ou até uma renúncia de um ponto de vista pessoal. O ato de compressão supõe um combate, cujo móvel consiste numa modificação e num reconhecimento recíproco” (BAKHTIN, 1985, p. 382). Uma relação dialógica deve ser estabelecida entre demandas e necessidades, cujas negociações produzam efeitos de polifonia de práticas eficazes de integralidade na produção do direito à saúde.

Mais uma vez, portanto, o caminho de compreender as demandas em relação à construção do direito à saúde requer considerar a linguagem como uma das mais importantes *mediações* na produção do que se reconhece como necessidades. Isto porque as necessidades em saúde são forjadas na polifonia dos encontros da atividade do trabalho em saúde, no embate de muitas vozes sociais que se colocam como enunciadoras de demandas. Quando essas vozes se deixam escutar, o processo de produção das necessidades tende a ganhar dialogicidade. As demandas podem ser então compreendidas como solicitações dirigidas aos serviços de saúde, no sentido do direito. Sua definição como necessidade seria um efeito do diálogo entre os saberes técnicos e populares, posto que não se trata de incorporá-las diretamente, já que também elas são socialmente construídas, muitas vezes configuradas num processo histórico de medicalização. Nesse sentido, seria preciso desconstruir o caráter naturalizado que a necessidade tem nas teorias do campo da saúde, para afirmá-la como construção compartilhada, desde que o diálogo seja efetivamente possível.

Assim, compreendemos a produção das necessidades como nexos constituintes de práticas de integralidade, em que saberes são núcleos figurativos de poderes, da consubstancialidade e circularidade das demandas como expressão de busca de direitos à saúde. Ou seja, as necessidades de saúde requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural, social e de compreensão da saúde e da doença, assim como oportunidades de construção de propostas de caminhos para mudanças da clínica. São definidas por coletivos de saúde, no quais a capacidade escuta se constitui a partir do efetivo exercício da capacidade de escuta, sem alteridade com os usuários e liberdade de escolha terapêutica pelos mesmos.

Demanda e direito à saúde: liberdade, necessidade e poder. Considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade em saúde

Neste trabalho convidamos o leitor a realizar um percurso dialógico entre teorias e noções oriundas dos campos da filosofia, sociologia, política e saúde, como movimentos reflexivos de compreensão dos

modos como as demandas são constituídas e sua relação com a construção do direito à saúde.

Partindo das noções de liberdade e necessidade, buscamos qualificar a demanda como categoria analítica, propondo-a como um constructo social, em que o exercício da cidadania e a afirmação dos direitos produzem o cidadão, o sujeito social da saúde, como portador da crítica ao instituído. Pensar as demandas em saúde como modo de construir social e historicamente os direitos sociais exige o reconhecimento das relações e interações como exercício da *liberdade* (para alguns, democracia), entendida segundo Hanna Arendt (2004) – ou seja, liberdade no sentido da política, cuja democracia constitui a principal condição de exercício. Política como inerente à própria condição humana, cujos sujeitos exprimem seus desejos, lutas e intencionalidades (SANTOS, 1999) e as *necessidades* e os *poderes* se entrelaçam, disputam e tensionam permanentemente a relação entre os objetos e os atos humanos, sem contudo separá-los.

Nesse sentido, conceber o trabalho em saúde como princípio educativo pode ser um caminho interessante de se pensar e concretizar transformações. Por meio do ensino, pesquisa e serviços, podemos produzir saúde a partir de um conjunto de práticas que considerem as seguintes questões: a alteridade com os usuários permitindo uma nova estética da clínica; uma clínica baseada em pessoas e não somente em doenças; a autonomia dos usuários mediante diferentes articulações com os usuários, respeitando a liberdade de escolha da terapêutica; e aumento da permeabilidade do controle social, que inclua o contato com instâncias de controle social, articulações de usuários, associações de pacientes portadores ou não de problemas especiais, mobilização dos estudantes em projetos de suporte acadêmico à rede e/ou populações especiais e/ou de conhecimento da organização do sistema de saúde.

Por fim, compreende-se a categoria – *demanda* – como *produção de saberes e práticas* em permanentes disputas, que envolvem diferentes sujeitos nos diversos espaços/territórios onde estão inseridos. Por isso entendemos a integralidade como uma ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos,

significados e vozes, e assume como tarefa e objetivo garantir a vida no seu sentido mais amplo.

Referências

- ALMEIDA, C. *As Reformas Sanitárias nos anos 80: crise ou transição?* Tese (Doutorado em Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1995.
- _____. *O que é política*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2004.
- AUDOUARD, M. F. *Le travail infirmier au quotidien*. Diploma universitário (DU). APST, Universidade de Provence, 1991.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e a filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- BODSTEIN, R. C. A cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n. 2, abril 1997.
- _____. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01*. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus: SUS - o maior Sistema Público de Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS*. Brasília, v. 1, n. 1, 2002.
- _____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Feral, 1988.
- CAMARGO JR, K. R.; COMTE, F. T.; MARTINEZ, D. S. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais no Rio de Janeiro. In. LUZ, M. T. *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental Contemporânea*, p. 15-26. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 168).
- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANESQUI, A. M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPINOLA, A. W. et al. *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez, 1992. p. 175-205.
- CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, C. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: _____. *Gestão em rede: tecendo os fios da integralidade*. Caxias do Sul: Educs, 2005 (no prelo).

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 113-126.

COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

COHN, A. Estado e sociedade e as configurações do direito à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, 2003a.

_____. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p. 312-326.

_____. *Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ayuri, 1991

CORDEIRO, H. A. Descentralização, universalidade e equidades nas reformas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001

COSTA, A. A. R.; DODGE, R. E. F. O Ministério Público e o direito à saúde. *Conjunt. Saúde*; v. 20, mai-jun, 1995.

DAHRENDORF R. *O conflito social moderno*. São Paulo: Edusp, 1992.

FERLA, A. A. h. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os governos. In: TAVARES, L. (Org.). *Tempos de Desafio: política democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002.

FIORI, J. L.; KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 1-42.

FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (Coleção *Ditos e Escritos* II).

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

_____. *Caderno do Cárcere*. V. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GUIZARDI, F. L. *Participação política e os caminhos da construção do direito à saúde: a experiência da Pastoral da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. et al. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-41, 2004.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M (Orgs.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuições para gestão da saúde*. Brasília: IPEA. 1995.

LEVCOVTZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVTZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

_____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003a.

_____. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

_____. Sobre as relações entre Estado e sociedade civil, transformações no campo da saúde a partir do referencial das ciências sociais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, 2003b.

MARX, K. *Para a crítica da economia política do capital*. O rendimento e suas fontes. São Paulo: Nova Cultural, 2000 (Coleção *Os Pensadores*).

NOBRE, M. Participação e deliberação da teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 21-40.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997.

NORONHA, J. C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Cadernos de Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2002.

NYGREN-KRUG, H. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial de Saúde. In: _____. *Saúde e Direitos Humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*, São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

_____. *Conselhos de saúde: o direito e o avesso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

_____. et al. *Novas práticas de gestão especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde*. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Casa da Palavra, 2002.

_____. *Da defesa do aço à defesa da vida: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. *Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano*. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

SANTOS, B. A. *Ciência*. In: CARRILHO, M. M.; SÁ, G. *Dicionário do Pensamento Contemporâneo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1991. p. 23-43.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999.

SCHWARTZ, Y. *Trabalho e gestão: níveis, critérios e instâncias*. In: FIGUEIREDO, M. et. al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho*. Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

STOZ, E. N. *Necessidades de saúde*. Mediações de um conceito (contribuições das ciências sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais no planejamento em saúde). Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, S. F. *Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina*. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 4, p. 243-50, 1995.

_____. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.

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

VIANA, A. L. *Abordagens metodológicas em políticas públicas*. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

Judicialização talvez possa salvar o SUS

FELIPE DUTRA ASENSI

Tribunais, promotorias, defensorias e outros espaços do mundo do direito têm sido frequentemente objeto de estudo pelos cientistas sociais e juristas no Brasil. Dentre tantos motivos, isso ocorre porque tais instituições têm exercido maior protagonismo e se apresentam como oportunidades políticas de reivindicação e efetivação de direitos no país. A progressiva constitucionalização que os direitos sociais passaram na década de 1980 no Brasil, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez com que tais direitos fossem cada vez mais submetidos ao crivo dessas instituições para a obtenção do mandamento de efetivação. A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem versado sobre diversos serviços públicos, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças.

Este artigo busca aprofundar minuciosamente a discussão recente sobre a possibilidade de a judicialização contribuir para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a partir da análise de Sonia Fleury (2012). Busca-se refletir criticamente a respeito da contribuição do Judiciário para efetivação do direito à saúde e analisar os seus eventuais limites estruturais.

No Brasil, foi constituído um modo de sociabilidade em que a centralidade do Estado influenciou decisivamente a forma através da qual os atores sociais concebem o seu direito e o reivindicam. Hoje em dia, isto pode explicar, por exemplo, a forte judicialização dos

direitos, de um lado, e a crescente participação social em espaços institucionais estatais, de outro. Esta centralidade do Estado no Brasil foi fundamental para a constituição de uma cultura política de reivindicação da saúde pelas vias formais estatais, recebendo cada vez mais destaque o Judiciário.

O cenário da efetivação do direito à saúde, nos dias de hoje, passa não somente por uma relação estanque e episódica entre a sociedade, que figura como demandante, e o Estado, que é o responsável pela política (Executivo) ou por resolver conflitos (Judiciário). De fato, as instituições jurídicas têm cada vez mais se debruçado sobre as questões de saúde, e isto pode ser pensado como uma “faca de dois gumes” para o SUS. Por um lado, as instituições jurídicas podem potencializar e qualificar as deliberações nos espaços de participação – inclusive participando deles – e contribuir para a intensificação das estratégias de efetivação do direito à saúde. De outro, tais instituições podem contribuir para o “apequenamento” ou “sufocamento” dos mecanismos participativos ou podem promover um relativo “abalo” na gestão continuada do SUS.

Portanto, a judicialização talvez possa salvar o SUS, mas há que se ter cautela se a atuação cada vez mais crescente dos juízes em todos os casos realmente contribui para o SUS em termos sistêmicos. Ao se conceder um medicamento ou se deferir um exame, os juízes estão efetivamente salvando o SUS ou apenas o direito à saúde individual de um determinado cidadão? O que é judicializado corresponde a todas as dimensões do direito à saúde ou a uma parcela deste direito? Há algum tipo de viés no perfil dos litigantes em saúde ou a judicialização é desenvolvida por todos os cidadãos?

No Brasil, observa-se o fortalecimento da intervenção judicial nos mais diversos domínios da vida social e política, inclusive no âmbito da saúde. Na análise de Marcos Castro, houve três grandes e inter-relacionados fatores que contribuíram para a expansão do Judiciário no país, quais sejam: a) “a crescente mobilização social, canalizada através do processo judicial, contra as reformas políticas que buscaram superar o populismo econômico dos governos passados” (CASTRO, 1997, p. 242); b) “a performance mais assertiva e ativista dos juízes” (idem); c) “as mudanças institucionais introduzidas pela Constituição

de 1988 também foram um elemento crucial para ampliar o poder judicial no Brasil” (idem). Esse conjunto de variáveis possibilitou o fortalecimento judicial e o afastamento de argumentos baseados no minimalismo do ato de julgar em saúde. O próprio Constituinte brasileiro estabeleceu a previsão constitucional de que toda e qualquer demanda pode ser submetida à apreciação do Judiciário, o que alçou este Poder à qualidade de ator privilegiado no processo de resolução de conflitos e efetivação de direitos.¹ Deste modo, no país “não existe o *‘persistent neglect of courts’* (desprezo persistente dos tribunais), que é motivo de fortes críticas em outras regiões do mundo” (TAYLOR, 2007, p. 230). O protagonismo judicial foi tão significativo a ponto dos tribunais poderem ampliar o “leque de atores que podem influenciar a implementação de políticas públicas, mesmo depois de elas serem aprovadas por amplas maiorias legislativas”² (idem, p. 234).

Basicamente, observa-se no Judiciário brasileiro um *boom* de processos judiciais para a efetivação da saúde que superou o quantitativo de 240.000,³ somente em 2011. Um exemplo paradigmático de julgado foi a decisão da Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, no Supremo Tribunal Federal, cujo relator foi o Min. Gilmar Mendes. O caso concreto diz respeito a uma jovem de 21 anos de idade, que é portadora de uma patologia denominada Nemann-Pick Tipo C. Trata-se de uma doença neurodegenerativa rara, que foi comprovada clinicamente e por meio de exame laboratorial pela autora. Dentre outras implicações, os autos indicam que essa doença causa uma

¹ A este respeito, vale ressaltar o chamado princípio da inafastabilidade, disposto no artigo 5º, XXXV, da CRFB de 1988, *in verbis*: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 1988).

² É interessante como passam a surgir diversas discussões e pesquisas sobre o Judiciário na América Latina, com especial enfoque para o Brasil. Diana Kapiszewski e Matthew Taylor fizeram um inventário de discussões sobre o assunto: “Nós situamos a literatura pesquisada neste artigo em três categorias: uma que foca as interações judiciárias com outros aspectos do governo; uma segunda que examina o grau de influência do Judiciário nos resultados da política pública; e uma última que provê uma análise classificatória e descritiva dos tribunais e instituições jurídicas” (KAPISZEWSKI; TAYLOR, 2008, p. 743).

³ Este dado foi divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em pesquisa nacional sobre o Judiciário brasileiro realizada em 2011, com a finalidade de monitorar as ações judiciais em saúde. Os dados foram disponibilizados no site do CNJ, apesar de, pessoalmente, eu acreditar que o volume de processos judiciais em saúde é muito maior do que este divulgado.

série de distúrbios neuropsiquiátricos, tais como movimentos involuntários, ataxia da marcha e dos membros, disartria e limitações de progresso escolar e paralisias progressivas. Nos autos também consta que os sintomas da doença teriam se manifestado quando a autora tinha apenas cinco anos de idade. A ação foi instruída com protocolos médicos emitidos pelos profissionais de saúde da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, em que afirmam que o uso do medicamento Zavesca poderia possibilitar um aumento de sobrevivência da autora e a melhoria de sua qualidade de vida. Inclusive, há prova nos autos de que este seria o único medicamento capaz de conter o avanço da doença e de aumentar as chances de vida da paciente com alguma qualidade. A família da paciente, em função do alto custo do tratamento (R\$ 52.000,00 por mês), declarou não possuir condições financeiras e ingressou com ação judicial diante da negativa do Estado em satisfazer o direito à saúde da autora. Segundo o relator Min. Gilmar Mendes,

[...] o fato é que o denominado problema da “judicialização do direito à saúde” ganhou tamanha importância teórica e prática, que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo. Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão entre os elaboradores e os executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e além das possibilidades orçamentárias (MENDES, 2010, p. 9).

Esse julgado, dentre tantos outros, revela que a intervenção judicial na saúde pode produzir resultados significativos no processo de efetivação deste direito. Inclusive, conforme ressalta o Min. Gilmar Mendes em seu voto, é possível que os problemas de eficácia social desse direito se devam muito mais a questões ligadas à “implementação e à manutenção das políticas públicas de saúde já existentes – o que implica também a composição dos orçamentos dos entes da Federação – do que à falta de legislação específica. Em outros termos,

o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados” (idem, p. 17). Neste caso concreto, o voto foi no sentido de se deferir o pedido da autora, que foi o entendimento firmado pelo próprio Supremo Tribunal Federal em outros julgamentos. A legitimidade da atuação do Judiciário em matéria de direito à saúde no Brasil autoriza este Poder, inclusive, a determinar a prisão de gestores públicos quando quaisquer de suas ordens são descumpridas ou quando há negligência na observância dos deveres de probidade administrativa.

Em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou audiência pública para debater os desafios relacionados à efetivação do direito à saúde no Brasil, sobretudo no que concerne à concessão de medicamentos. O STF recebeu a presença de dezenas de especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do sistema único de saúde,⁴ nos dias 27, 28 e 29 de abril, e 4, 6 e 7 de maio de 2009.⁵ Os resultados foram bastante promissores, servindo como parâmetro decisório de ações presentes e futuras do Judiciário.

Uma análise cuidadosa do perfil dos participantes selecionados para a audiência pública pode revelar que o cenário da participação em saúde, mesmo em instituições jurídicas, pode trazer desafios.⁶ O perfil dos participantes da Audiência Pública foi o seguinte: a) predominância significativa da presença da União, restando aos municípios, por exemplo, a presença de apenas dois participantes; b)

⁴ Foram, ao todo, mais de cento e quarenta pedidos de participação recebidos pela Presidência do STF, mas, devido à limitação temporal, 53 pessoas participaram (convidados e inscritos aprovados). Estas pessoas tiveram a oportunidade de expor seus argumentos de maneira contrária ou favorável. Ressalte-se que foi a audiência pública do STF com maior número de expositores, considerando o comparecimento nas demais: onze na referente à ADPF 101 (pneus reciclados), trinta e nove na ADPF 54 (fetos anencéfalos), 43 na ADPF 186 (cotas raciais nas universidades públicas) e trinta na ADIN 4103 (Lei Seca). A audiência pública de saúde também foi a que teve maior número de dias de sessões. Foram necessários seis dias para acomodar os cinquenta e três participantes e contemplar as discussões.

⁵ Todos os resultados, relatórios e vídeos da Audiência Pública podem ser acessados no link: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>

⁶ Para uma análise criteriosa a respeito da audiência pública de saúde, ver Ajouz e Valle (2012).

participantes oriundos das regiões Norte e Nordeste possuem uma sub-representação, pois contaram com apenas um participante, enquanto os demais participantes eram oriundos, predominantemente, das regiões Sul e Sudeste; c) predominância dos representantes do governo no âmbito da audiência, sobretudo de comparado com o número de representantes da sociedade civil; d) apenas cinco dos 53 participantes eram usuários do sistema de saúde, que se fizeram presentes, principalmente, por meio de associações de defesa do direito à saúde, tais como: hipertensão arterial pulmonar, mucoviscidose, doenças reumáticas e mucopolissacaridose; e e) ausência de representantes do Poder Legislativo entre os 53 participantes.

Em 2010, como resultado da influência direta da audiência pública, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) – órgão administrativo destinado ao controle e à transparência administrativa e processual do Judiciário mediante ações de planejamento, coordenação, controle administrativo e aperfeiçoamento no serviço público da prestação da Justiça – publicou a Recomendação nº 31. Esta recomendação teve como objetivo orientar os tribunais na adoção de medidas que subsidiem os magistrados para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

A exposição de motivos da recomendação, que foi elaborada por um grupo de trabalho constituído no interior do CNJ, elenca a razão de sua aprovação e publicação: a) o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Judiciário e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais; b) a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas; c) os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei nº. 6.360/76 c/c a Lei nº. 9.782/99, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes; d) as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde.

Deste modo, o CNJ dispôs que os tribunais devem, dentre outras medidas, celebrar convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliá-los na apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais. Além disso, determinou que os magistrados: a) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; b) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; c) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; d) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, além de incorporar o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados; e e) promovam visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

O teor da referida recomendação constitui avanço significativo em termos de efetivação do direito à saúde, pois confirma o dever do Estado em prestar assistência em saúde em todos os níveis de complexidade no Brasil, incluindo as dimensões curativa e preventiva. Apesar disso, dentre os diversos dispositivos elencados na recomendação, é possível identificar duas bandeiras fundamentais do movimento sanitário e do próprio SUS que não se refletiram necessariamente em seu texto: a densificação da participação social e a busca pela eliminação da hierarquia entre os profissionais de saúde. A prevalência do gestor na definição de quais medicamentos são eficazes ao tratamento, inclusive devendo ser “ouvido” previamente pelo magistrado, associado à própria prevalência dos “médicos” e

“farmacêuticos” para a incorporação dos saberes e práticas clínicas no interior da decisão judicial, permite afirmar que muito ainda deve ser percorrido pelo Judiciário em matéria de SUS.

Neste sentido, apesar de ter o potencial significativo de salvar o SUS, o Judiciário possui desafios internos para lidar com as demandas de saúde. Como decorrência, com frequência este Poder pode atuar muito mais na efetivação do direito à saúde do que propriamente na consolidação do SUS como um todo. Vejamos alguns desafios que se impõem:

- Como resultado do *boom* processual, observa-se uma predominância de ações judiciais de feição individual nos diversos tribunais brasileiros, inclusive na seara da saúde. As demandas coletivas em saúde, por conta dos requisitos de legitimidade jurídica para propositura e do desenvolvimento dificultoso do processo judicial, são excepcionais e, com frequência, mais demoradas.
- A cultura política de reivindicação do direito à saúde é fortemente centrada na figura do magistrado. Por esta razão, os mecanismos extrajudiciais – apesar de, em alguns casos, serem relativamente formais, tais como a arbitragem, autocomposição, etc. – ainda possuem uma incipiente utilização, exceto quando desenvolvidas pelas demais instituições jurídicas, tais como o Ministério Público. Como afirma Matthew Taylor, de um lado, “os tribunais ativaram uma resolução pacífica das disputas políticas e incorporaram os grupos de oposição, tais como os partidos políticos e organizações sociais” (TAYLOR, 2005, p. 419) e, de outro, “a forma pela qual o sistema do tribunal opera exclui uma grande parcela da cidadania de consumir a *commodity* da justiça” (idem).
- Em função dos obstáculos culturais e socioeconômicos de acesso à justiça, é possível observar que a judicialização é colonizada predominantemente por um perfil de classe média e classe média alta. De modo algum é possível afirmar que a judicialização é uma estratégia frequente em todas as classes sociais, tampouco se expressa da mesma forma nas diversas

regiões do Brasil, especialmente nos municípios em que a Defensoria Pública encontra fortes desafios de funcionamento.

- A reprodução de uma visão medicalizada da saúde também pode ocorrer, principalmente com a sobrevalorização do saber médico e farmacêutico no processo decisório judicial. A pouca participação de outros profissionais da saúde no cotidiano da decisão pode ajudar a reproduzir a ideia de saúde como ausência de doença, e não como um complexo biopsicossocial.
- O protagonismo do Judiciário pode influir negativamente no funcionamento desses espaços. Ao invés do cidadão ingressar numa lógica participativa de longo prazo e com foco na construção da política pública de saúde para todos, ele pode eleger a vida judicial para que, por meio de tutelas de urgência, obtenha a prestação jurisdicional rapidamente para a sua demanda individual.⁷ Se comparado aos Conselhos e Conferências, o Judiciário pode ser visto pelos cidadãos como uma estratégia mais rápida, menos custosa e que requer menos esforços físicos e psicológicos em matéria de saúde.
- A decisão judicial pode produzir um impacto financeiro e orçamentário significativo, especialmente para pequenos municípios. Isso ganha especial destaque porque o perfil da litigação brasileira – em função do desconhecimento pelos advogados das regras e repartições de responsabilidades do SUS – tende a adotar como alvo o município, mesmo quando o medicamento é de responsabilidade do estado ou da União. Com o deferimento judicial de alto impacto orçamentário, pode ocorrer uma influência significativa do Judiciário na “saúde financeira” dos entes da federação. Exames, tratamentos e medicamentos, principalmente se forem excepcionais, trazem em seu bojo, quando deferidos judicialmente, a necessidade de fornecimento sem necessariamente haver um planejamento de governo. Independentemente disto ser bom ou ruim, o fato

⁷ Para uma análise a respeito da predominância da litigação individual e imediatista em saúde no Brasil, ver Borges e Ugá (2010).

é que a judicialização da saúde no Brasil tem reconfigurado drasticamente as responsabilidades dos Poderes para o estabelecimento de políticas públicas que atendam aos critérios de universalidade, integralidade e descentralização.

- A predominância da dimensão curativa na judicialização, que versa sobre a concessão de medicamentos, deferimento de exames, etc. A dimensão preventiva, tais como a vacinação de doenças específicas, campanhas, etc., é praticamente inexistente no cenário judicial brasileiro.

Na medida em que o Judiciário se fortalece no Brasil e assume o protagonismo na efetivação do direito à saúde, estaria este Poder necessariamente salvando o SUS? Talvez sim, talvez não. O protagonismo das instituições jurídicas – e, em especial, do Judiciário – não esteve isento de contradições no Brasil, mas isso é um processo compreensível. O que se observa, na verdade, é uma “faca de dois gumes” na relação entre Estado, sociedade e instituições jurídicas no processo de efetivação do direito à saúde e de consolidação do SUS. Uma questão é certa: apesar dos desafios, é melhor com ele do que sem ele!

Referências

AJOUZ, I.; VALLE, V. A concretização do direito fundamental à saúde – passos orientados pela audiência pública nº 04 no Supremo Tribunal Federal. In: ASENSI, F.D.; PINHEIRO, R. (Orgs). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2012.

BORGES, D. da C.L.; UGÁ, M.A.D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos – as decisões de 1ª instância mas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CASTRO, M.F. de. *The courts, law, and democracy in Brazil*. New York: UNESCO, 1997.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012.

KAPISZEWSKI, D.; TAYLOR, M. Doing courts justice? Studying judicial politics in Latin America. *Perspectives on politics*, v. 6, n. 4, p. 741-768, 2008.

MENDES, G.F. *Voto no julgamento da Suspensão da Tutela Antecipada nº 175 no Supremo Tribunal Federal*. STF: Brasília, 2010.

TAYLOR, M. Citizens against the State: the riddle of high impact, low functionality courts in Brazil. *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 25, n. 4, p. 418-438, 2005.

_____. O judiciário e as políticas públicas no Brasil. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, v. 50, n. 2, p. 229-257, 2007.

Procesos de vulnerabilidad e invisibilidad social: experiencias biográficas de jóvenes en torno a las violencias en barrios populares de Buenos Aires

PABLO FRANCISCO DI LEO

En este trabajo presento resultados de dos proyectos de investigación finalizados recientemente en los que, a partir de relatos biográficos contruidos con jóvenes en diversos barrios vulnerabilizados del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), se analizan sus procesos de individuación (DI LEO; CAMAROTTI, 2013).¹ En distintos pasajes de las entrevistas y de sus relatos la mayoría de los jóvenes² entrevistados hicieron referencia a diversas situaciones de violencia, señalándolas como muy significativas en sus historias personales o en sus vidas. Aquí me centraré en mi análisis de dichas experiencias. Con dicho fin, en la primera sección reseño algunas herramientas conceptuales para el despliegue de los vínculos entre violencias y juventudes. A continuación, desarrollo las principales categorías construidas a partir del estudio de los relatos de jóvenes en torno a las violencias. Finalmente, buscando aportar al campo teórico-político de la salud colectiva y la integralidad, propongo una articulación de las experiencias de violencias presentadas con los procesos de

¹ Proyectos: a) UBACyT 2010-2012, código 20020090200376, financiado por la Universidad de Buenos Aires (UBA), director: Pablo Francisco Di Leo, codirectora: Ana Clara Camarotti; b) PICT 2010, código 0621, financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT), investigador responsable: Pablo Francisco Di Leo. Sede de ambos proyectos: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

² Teniendo conciencia de la orientación androcéntrica del español, en este capítulo utilizo el género masculino en los plurales sólo para facilitar su lectura, sin olvidar por ello sus implicancias simbólicas y políticas.

vulnerabilidad y las principales formas de invisibilidad o negación del reconocimiento social vividos por jóvenes en barrios populares.

Violencias y juventudes: algunas definiciones y dimensiones

Las *violencias* remiten a múltiples (de ahí su uso en plural) y complejos fenómenos históricos, sociales, culturales y psicológicos en los que individuos, grupos o instituciones –por separado o simultáneamente– tienden a generar la reducción de seres humanos a la condición de objetos, es decir, se les niega su condición de sujetos, volviéndolos dependientes, sin autonomía y, en el extremo, negándoles las condiciones mínimas de existencia (REINOSO; THEZÁ, 2005b; AGUILERA RUIZ; DUARTE QUAPPER, 2009). Si bien esta definición es bastante amplia y abstracta, permite incluir una serie de fenómenos y relaciones sociales que tienen en común el estar dirigidas a la cosificación de individuos o grupos, disminuyendo o negando sus posibilidades de actuar, pensar y/o vivir. Desde este enfoque, según Klaudio Duarte Quapper (2005), es posible desplegar el problema de los vínculos entre violencias y juventudes a partir de tres grandes dimensiones interrelacionadas:

- *Estructural*: las violencias –tanto en sus formas simbólicas como materiales– están presentes en la constitución de todo orden social y permiten su reproducción. Las transformaciones estructurales generadas en los países de la región por los regímenes sociales de acumulación neoliberales provocaron que una gran parte de la población –fundamentalmente niños y jóvenes– disminuya sus posibilidades de acceso a recursos materiales y simbólicos fundamentales para constituirse como sujetos plenos en la actual etapa de la modernidad. En este contexto, la condición juvenil en nuestras sociedades se encuentra signada por las vulnerabilidades y las desigualdades. En los sectores de menores ingresos confluyen: una baja asistencia escolar inicial, una temprana salida del sistema educativo en la mayoría de los jóvenes antes de los 18 años; una dificultosa inserción laboral, manifestada en su mayor precariedad e

inactividad; una temprana toma de responsabilidades familiares –sobre todo en las mujeres. Por el contrario, entre los jóvenes de los sectores de mayores ingresos se manifiesta una acumulación virtuosa de oportunidades: la asistencia a establecimientos educacionales se extiende por mayor tiempo; tienen un mayor acceso a los consumos y producciones culturales; la inactividad se reduce sistemáticamente entre los 16 y 28 años; la decisión de conformar una familia se dilata hasta pasados los 20 años (CEPAL; UNFPA, 2011).

- *Institucional*: pueden consistir tanto en acciones como en ausencias de acción de las instituciones públicas. Por ejemplo, en nuestro país, este tipo de violencia se pone de manifiesto en las actuales tensiones presentes en las relaciones entre jóvenes y escuela. El sistema educativo argentino se caracteriza hoy por la fragmentación y la desigualdad. La demanda de masificación de la escolarización se traduce, en muchas ocasiones, en una inclusión de los jóvenes en fragmentos diferentes del sistema, reproduciendo en las instituciones educativas, a través de diversas mediaciones, las desigualdades sociales. En mi investigación doctoral en escuelas secundarias públicas de la Ciudad de Buenos Aires, identifiqué la presencia dominante de los tipos de clima social *desubjetivante e integracionista-normativo* que, al centrarse en normas, autoridades y saberes naturalizados, contribuyen a los procesos de cosificación de las instituciones y las subjetividades, profundizando las distancias entre la escuela y los procesos de subjetivación juveniles (DI LEO, 2010).
- *Situacional*: refiere a las situaciones específicas en las que se materializan las violencias estructurales e institucionales y cuyos efectos aparecen en el imaginario y en las corporeidades de los sujetos como más tangibles e inmediatos. La heterogeneidad de los marcos socioeconómicos, de los procesos de socialización y de subjetivación hace que hoy las violencias sean vividas de maneras muy diversas por los distintos grupos de jóvenes, estando mediadas por sus posiciones en el espacio social, sus

condiciones de género y los soportes afectivos, simbólicos y materiales con los que cuentan (ARAUJO; MARTUCCELLI, 2012). Por ende, si bien en ciertos aspectos las violencias se expresan en el nivel individual, como una incapacidad de desarrollar instrumentos de resolución pacífica de conflictos y de satisfacción de las gratificaciones personales, las mismas se configuran en determinados contextos estructurales, institucionales y de sociabilidad (REINOSO; THEZÁ, 2005b).

Partiendo de las particularidades y articulaciones entre sus dimensiones estructurales, institucionales y situaciones, es posible tomar a las violencias como analizadores socioculturales con los cuales aproximarnos a los procesos de individuación, es decir, los nexos que se establecen entre lo individual y lo social en un determinado contexto espacio-temporal, en este caso, en las experiencias biográficas de jóvenes en barrios populares (AGUILERA RUIZ; DUARTE QUAPPER, 2009).

Violencias familiares

En sus relatos biográficos varios jóvenes narran situaciones de violencia –vivas especialmente durante su infancia o adolescencia–, generadas por distintos familiares cercanos, significándolas como acontecimientos que marcaron irreversiblemente sus vidas. Las principales formas en las que se corporizan estas violencias –en general, de manera combinada– son: abandonos, violencias físicas, abusos sexuales y/o privaciones de necesidades básicas. Estas situaciones son recordadas y narradas como giros existenciales en las biografías de los jóvenes. La profundidad de estas heridas en sus cuerpos y subjetividades debe enmarcarse en la centralidad que sigue teniendo –aún con sus heterogeneidades y tensiones– la institución familiar en los procesos de individuación (ARAUJO; MARTUCCELLI, 2012). En estas experiencias de humillación física y psicológica, los sujetos viven la negación de uno de los soportes constitutivos de sus identidades: el *reconocimiento afectivo o amor* de las personas más cercanas, con las que tienen lazos de dependencia, tanto para subsistir como para construir su seguridad en uno mismo o autoconfianza (HONNETH,

1997).³ Este tipo de situaciones límite expresan la dimensión más profunda, existencial, de las violencias: exponen de la manera más cruda la *vulnerabilidad del yo* frente a los *otros* –en estos casos, las personas a las que los niños y adolescentes se encuentran entregados desde su nacimiento, en los inicios de sus procesos de individuación– en virtud de su existencia corporal (BUTLER, 2010).

Los jóvenes entrevistados que vivieron durante sus infancias y adolescencias este tipo de experiencias de violencias, negación del reconocimiento afectivo, fueron demandando, encontrando o construyendo nuevos soportes existenciales a partir de distintos –y en algunos casos simultáneos– caminos: escapando o siendo llevados de sus hogares a otras casas de familiares, con quienes pudieron establecer nuevas relaciones afectivas significativas; constituyendo vínculos de confianza con adultos fuera de sus familias, principalmente docentes, referentes de iglesias o vecinos; formando nuevos núcleos familiares (incluyendo o no la maternidad-paternidad) a edades tempranas –especialmente las mujeres–, vividos como verdaderos refugios afectivos; ingresando o fortaleciendo su pertenencia a grupos y redes de sociabilidad barriales asociadas, en algunos casos, a consumos de drogas y/o a prácticas de violencia física; llevando adelante, a

³ Según Axel Honneth (1997), en los procesos de construcción de sus identidades los sujetos requieren del *reconocimiento* de los otros, por lo que su negación los moviliza a la lucha. El autor identifica tres grandes formas de reconocimiento, con sus correspondientes manifestaciones de menosprecio:

- a) *Afectivo o amor*: la permanente búsqueda de construcción y mantenimiento de la confianza en las relaciones afectivas constituye la base de los procesos de subjetivación y de constitución de la *seguridad ontológica o autoconfianza*. Su negación extrema se pone de manifiesto en la humillación física, la tortura o la violación, que privan al sujeto de su autonomía en su relación consigo mismo, destruyendo su confianza básica en el mundo.
- b) *Jurídico-moral*: aquí el individuo lucha por ser considerado titular de los mismos derechos y estatus moral que los demás sujetos, construyendo así su *autorrespeto*. Cuando es privado de derechos o excluido socialmente, el sujeto siente que se le niega el status de integrante pleno de su comunidad: experimenta la *injusticia*, el *autoritarismo* o la *falta de respeto*.
- c) *Ético-social o solidaridad*: sintiéndose socialmente valorado y apreciado en sus particularidades, sus capacidades, su forma de vida, su *ethos*, el sujeto puede construir su *autoestima*. Su negación se manifiesta en las sanciones y discursos que valoran negativamente ciertas prácticas o formas de vida, definiéndolas como “ilegítimas” o “socialmente peligrosas”.

pesar de las dificultades, proyectos laborales, educativos, culturales o deportivos. Un dato para resaltar de estos relatos es la ausencia casi absoluta de referencias a intervenciones de agentes o instituciones estatales –a excepción, en algunos casos, de la escuela– dirigidas a detectar, asistir o resolver estas graves situaciones de violencias y abandonos. De esta manera, por omisión, las instituciones estatales participan en la reproducción o profundización de los procesos de vulnerabilidad vividos por estos sujetos.

Inseguridades barriales y policiales

Para muchos jóvenes, los crecientes niveles de violencia y delitos en el barrio constituyen uno de los factores que les generan sufrimientos –a sí mismos o a personas cercanas–, ponen en peligro sus vidas y corroen sus vínculos. Diversas investigaciones realizadas recientemente en Argentina, coinciden en que en los barrios vulnerabilizados, durante las últimas décadas, se retroalimentan tres grandes procesos que propician el crecimiento del *sentimiento de inseguridad* en sus habitantes. En primer lugar, los denominados “barrios de emergencia” o “villas” tienen los mayores niveles relativos de victimización por delitos violentos –34% mayor que el promedio en el resto de la sociedad. Un segundo factor es que la ocurrencia de episodios delictivos en estos contextos tiene un fuerte impacto en las redes de sociabilidad barrial, lo que magnifica su impacto en los sentimientos de inseguridad de sus habitantes. Un tercer fenómeno es la escasez, ausencia o desconfianza de las regulaciones e instituciones estatales –especialmente el poder policial–, lo que convierte a las redes de sociabilidad barrial –basadas principalmente en vínculos familiares– en casi los únicos soportes del orden social. Por ende, cuando se producen conflictos, crisis o rupturas en dichas redes, se profundizan en sus integrantes los sentimientos de inestabilidad subjetiva e incertidumbre hacia el futuro (KESSLER, 2009; MÍGUEZ; ISLA, 2010).

Las violencias protagonizadas por agentes policiales se presentan en los relatos de algunos jóvenes como una de las experiencias más repetidas y graves vividas en diversos tiempos y espacios de sus vidas cotidianas. Sus vínculos con la policía se encuentran marcados por la discriminación, el acoso, la desmesura, la arbitrariedad y el abuso en

el ejercicio del poder. Los operativos policiales se presentan en varias ocasiones con una espectacularidad y agresividad desmedidas, dirigidas principalmente a demostrar su mayor fuerza física y simbólica frente a diversas manifestaciones de identificación y organización popular, como las movilizaciones de hinchadas de equipos de fútbol.

La relación conflictiva de la policía con los jóvenes es un fenómeno generalizado en los barrios vulnerabilizados del AMBA, convirtiéndose para muchos de ellos en la principal generadora de sentimientos de inseguridad (KESSLER, 2009; MÍGUEZ; ISLA, 2010). Según el estudio de María Epele (2010), la presencia policial en estos barrios se modifica radicalmente desde la década de 1990, adquiriendo mayor penetración e intensidad por el aumento de delitos –especialmente vinculados a la circulación y consumo de drogas– y a la participación de agentes y ex agentes en actividades ilegales. Las experiencias cotidianas de persecuciones, apremios y abusos policiales y judiciales van eslabonándose en verdaderas *cadena punitivas* que marcan las biografías de muchos jóvenes y van generalizando la convicción de que la policía tiene poco que ver con la ley, convirtiéndose en una banda más, mejor armada y con más poder (KESSLER, 2009; DAROQUI; LÓPEZ; GARCÍA, 2012).

Sin embargo, muchos jóvenes manifiestan el carácter arbitrario e ilegítimo del poder policial en: las denominaciones despectivas que les asignan a la institución y a sus oficiales; sus significaciones en torno a su accionar, asociándolo a los abusos, la discriminación y la violencia ilegítima; diversas formas de enfrentamiento verbal y/o físico, cuando se encuentran en la calle, el barrio o la cancha con sus agentes. Las reacciones y denuncias de muchos jóvenes frente a este tipo de accionar de las instituciones estatales responsables de la seguridad pueden leerse como luchas por el *reconocimiento jurídico-moral*, disputas dirigidas a ser considerados como titulares de los mismos derechos y estatus moral que los demás integrantes de la sociedad.

Miradas que lastiman

La mayoría de los jóvenes entrevistados relatan distintas experiencias de discriminación, vividas especialmente cuando atraviesan espacios públicos fuera de sus barrios. Muchas de estas situaciones son

protagonizadas por adultos o agentes de instituciones públicas (escuela, policía, gendarmería) y se originan por cuestiones étnicas, estéticas o de indumentaria (vestimenta deportiva, viseras, zapatillas, etc.). La discriminación también se manifiesta en diversas situaciones de la vida privada, especialmente cuando los jóvenes están iniciando relaciones con personas ajenas al barrio. En varias ocasiones la estereotipación por lugar de residencia se combina con los orígenes étnicos o nacionales –especialmente de algunos países de la región como Paraguay, Bolivia o Perú.

La *estereotipación* consiste en un proceso cotidiano de naturalización de las diferencias entre individuos o grupos, que va marcando una distancia simbólica y, en algunos casos, física, entre *yo-nosotros* y *ellos-los otros*. La *discriminación* responde a una *lógica elusiva*, dirigida a esquivar o saltarse las propias insuficiencias para denostar a los otros, adhiriendo a tipos sociales construidos culturalmente, a los que se les adscriben como naturales ciertos rasgos socialmente negativizados y justificando, directa o indirectamente, diversos tipos de violencias sobre aquellos que los poseen (BELVEDERE, 2002; REINOSO; THEZÁ, 2005a).

Tal como surge de recientes estudios en distintos contextos urbanos de Argentina, los jóvenes que viven en barrios vulnerabilizados –especialmente cuando circulan por espacios habitados por la clase media o alta–, constituyen el grupo más estigmatizado, identificándolo como una “amenaza al orden” y como la principal “fuente de inseguridad” (KESSLER, 2009). Como se indicó en la sección anterior, este proceso de estigmatización –en el que participan los muchos medios de comunicación masiva e instituciones educativas– es reforzado por la acción policial y judicial, que elige a este grupo de jóvenes como el principal objeto de controles, hostigamientos y detenciones judiciales o no (MÍGUEZ; ISLA, 2010; DAROQUI; LÓPEZ; GARCÍA, 2012). Estas formas de violencia simbólica movilizan a muchos jóvenes a luchar por el *reconocimiento ético-social*. Estas luchas no solo consisten en reacciones violentas inmediatas sino que en algunos casos las prácticas de discriminación –especialmente cuando son protagonizadas por adultos o agentes de instituciones públicas, como escuelas y policía– son desnaturalizadas y denunciadas, definiéndolas como “violencias” e “injusticias”.

Articulando violencias, procesos de vulnerabilidad e invisibilización social

Las violencias se presentan –con distintas significaciones, valoraciones e intensidades– en diversos momentos biográficos de jóvenes en barrios populares. La puesta en relato de estas experiencias constituye una valiosa herramienta para visibilizar el carácter dinámico, procesual y multidimensional de las violencias y sus vínculos con los *procesos de vulnerabilidad*. Mediante esta última categoría, tal como se viene utilizando en el campo de la salud colectiva, es posible aportar a la visibilización de grupos o individuos en procesos de fragilización social, política o jurídica, pasando de una perspectiva estática y muchas veces estigmatizante e individualista –a la que lleva muchas veces el concepto de *grupo de riesgo* atribuido a los jóvenes, sobre todo de sectores populares– a otra que ponga el acento en su carácter dinámico y relacional (DELOR; HUBERT, 2000; AYRES, 2002; 2011).

Los sujetos atraviesan, en distintos momentos de sus biografías, diversas situaciones de vulnerabilidad, definidas por el cruce entre sus características personales, sus vínculos intersubjetivos y las condiciones institucionales y estructurales –políticas, económico-sociales, culturales– que configuran su mundo. Si bien la vulnerabilidad es constitutiva de la condición humana, su intensidad tiene importantes variaciones según las características y articulaciones entre las situaciones individuales, vinculares y estructurales. El carácter dinámico y relacional de los procesos de vulnerabilidad hace que sólo puedan abordarse a partir del análisis empírico de las trayectorias vitales.

Retomando trabajos recientes de Paulo Henrique Martins (2009), José Ricardo de C. M. Ayres (2011) y Bethania Assy (2012), a partir de las experiencias de jóvenes presentadas podemos aportar a una redefinición de la categoría de violencias, articulándola con los procesos de vulnerabilidad y las principales formas de *invisibilidad social* o *negación del reconocimiento*, presentes en sus biografías:

- a) *Reconocimiento afectivo*: las violencias de familiares cercanos son vividas por los jóvenes como acontecimientos, giros existenciales, que marcan irreversiblemente sus identidades. Al ponerlos en palabras o por escrito, objetivan sentimientos de duelo, ruptura de

vínculos, negación del reconocimiento, pérdida de soportes afectivos que marcaron para siempre su sentido del yo. En estas situaciones extremas se hace evidente aquello que muchas veces los discursos dominantes en torno al individuo moderno ignoran u ocultan: la dimensión corporal y el carácter co-constitutivo de los otros en la producción de las subjetividades. Por el hecho de ser cuerpos, todos somos dependientes, vulnerables hacia las acciones, violencias u ausencias de los otros, pero estas situaciones de vulnerabilidad adquieren intensidades más profundas en sus contextos, debido a la ausencia o debilidad de otros soportes sociales o institucionales más allá de los familiares.

- b) *Reconocimiento jurídico-moral*: en distintos momentos de sus vidas los jóvenes experimentan la negación de sus derechos como ciudadanos a partir de: obstáculos y fragilidades en el acceso a la educación, el trabajo, los servicios de salud, las actividades culturales y deportivas, entre otras; sentimientos de inseguridad, generados por los altos niveles de victimización por delitos violentos y profundizados por su fuerte impacto en las redes de sociabilidad barrial; ausencias, abusos de poder, injusticias y estigmatizaciones protagonizados por agentes de las pocas institucionales estatales con las que se relacionan en sus vidas cotidianas: escuela, policía, poder judicial. Frente a estas formas de invisibilidad social muchos jóvenes demandan –mediante tácticas y luchas corporales y/o simbólicas– ser respetados como individuos con los mismos derechos que los demás.
- c) *Reconocimiento ético-social*: en los diversos escenarios sociales e institucionales en los que desarrollan sus vidas, los jóvenes están permanentemente atentos a las señales, tanto discursivas como corporales, de aprobación, estigmatización o humillación de los otros. En el primer caso, los sujetos se sienten respetados, valorizados, ontológicamente confirmados, reforzando su autoconfianza y habilitando mayores márgenes de libertad y autonomía. En la situación contraria –especialmente cuando la discriminación o el desprecio es protagonizado por otros significativos como familiares,

parejas, amigos o agentes de instituciones públicas–, los jóvenes experimentan la negación del reconocimiento como individuos y miembros plenos de la comunidad, disminuidos en sus derechos, libertades y autonomía. Estas vivencias los movilizan a luchar, con sus palabras y sus cuerpos, por ser reconocidos y valorados por sus particularidades generacionales, de género, estéticas, étnicas, barriales y grupales. Las distintas formas de menosprecio, abusos y abandonos generadas por instituciones estatales resultan especialmente graves en términos político-simbólicos, ya que contribuyen –por acción u omisión– a los procesos de vulnerabilidad e invisibilización social de estos sujetos.

De esta manera, en los relatos biográficos de los jóvenes se ponen de manifiesto tanto las regularidades como las heterogeneidades en las características, articulaciones y tensiones entre sus experiencias, soportes vitales y luchas por el reconocimiento con las que van construyendo sus identidades individuales y colectivas. En un proceso que necesariamente es tanto teórico como práctico, sociológico como político, esta herramienta puede aportar a la visibilización de sus procesos de vulnerabilidad, negación y lucha por reconocimiento social, desplazando las definiciones sustancialistas del individuo, actualmente dominantes en los campos de la salud y la educación.

Retomando las reflexiones de Roseni Pinheiro (2007; 2010), en la medida en que desde las prácticas y políticas de salud se propicie la escucha y el diálogo con las experiencias narrativas juveniles se abren nuevas posibilidades para constituir el *cuidado como valor*: acciones cuyos sentidos se dirigen hacia la comprensión de la salud como *derecho de ser*. Con esta última categoría la autora, retomando a Hannah Arendt (1993), pone en el centro de la integralidad el derecho a ser diferente y que esas diferencias deben ser respetadas públicamente. Si toda vida es fuente de valor, la salud es un bien común, por lo que es fundamental para su cuidado el reconocimiento del *ethos*, entendido como el mundo que habitan los seres humanos, es decir, el modo como los sujetos organizan y valorizan su propia vida, tanto en la esfera privada como en las singularidades producidas colectivamente.

Referencias

- AGUILERA RUIZ, O.; DUARTE QUAPPER, K. Aproximaciones interpretativas a las relaciones entre juventudes, violencias y culturas. *Observatorio de Juventud*, n. 23, p. 9-19, 2009.
- ARAUJO, K.; MARTUCCELLI, D. *Desafíos comunes. Retratos de la sociedad chilena y sus individuos*. Santiago de Chile: LOM, 2012. T1, 263p.
- ARENDETT, H. *La condición humana*. Buenos Aires, Paidós, 1993. 366p.
- ASSY, B. Invisibilidad social, reconocimiento e derecho a saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J. e GOMES DA SILVA JUNIOR, A. (org.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: CEPSC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2012. p. 27-40.
- AYRES, J. R. M. C. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2), p. 67-82, 2002.
- _____. O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R. e GOMES DA SILVA JUNIOR, A. (org.). *Cidadania no cuidado. O universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPSC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2011. p. 27-44.
- BELVEDERE, C. *De sapos y cocodrilos. La lógica elusiva de la discriminación social*. Buenos Aires: Biblos, 2002. 118p.
- BUTLER, J. *Deshacer el género*. Madrid: Paidós, 2010. 392p.
- CEPAL; UNFPA. *Informe Regional de Población de América Latina y el Caribe 2011. Invertir en juventud en América Latina y el Caribe: un imperativo de derechos e inclusión*, 2011. Disponible en: <<http://www.cepal.org>>. Acceso en: 11 de marzo 2013.
- DAROQUI, A.; LÓPEZ, A. L.; GARCÍA, R. F. C. (Coord.). *Sujeto de castigos. Hacia una sociología de la penalidad juvenil*. Rosario: Homo Sapiens, 2012. 444p.
- DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of “vulnerability”. *Social Science & Medicine*, 50, p. 1557-1570, 2000.
- DI LEO, P. F. Tensiones en las experiencias escolares de jóvenes entre la lucha por el reconocimiento y la confianza instituyente. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, v. 56, n. 3, p. 183-191, 2010.
- DI LEO, P. F.; CAMAROTTI, A. C. (Eds.). *“Quiero escribir mi historia”. Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos, 2013. 256p.
- DUARTE QUAPPER, K. Violencias en jóvenes, como expresión de las violencias sociales. Intuiciones para la práctica política con investigación social. *PASOS*, n. 120, p. 1-20, 2005.
- EPELE, M. *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós, 2010. 296p.
- HONNETH, A. *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica, 1997. 232p.
- KESSLER, G. *El sentimiento de inseguridad. Sociología del temor al delito*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2009. 288p.
- MARTINS, P. H. Fundamentos da cidadania na saúde na perspectiva do reconhecimento: caminhos da pesquisa. In: PINHEIRO, R. e MARTINS, P. H. (org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 131-137.
- MÍGUEZ, D.; ISLA, A. *Entre la inseguridad y el temor. Instantáneas de la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós, 2010. 170p.
- PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 15-28.
- _____. Demanda por cuidado como direito humano á saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R. e GOMES DA SILVA JR., A. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2010. p. 17-37.
- REINOSO, A.; THEZÁ, M. Dimensiones de la discriminación: algunas figuras y fisuras de la otredad. *Observatorio de Juventud*, Año 2, Nº 1, p. 7-12, 2005a.
- _____. Jóvenes y violencia: notas para su comprensión y análisis

Desafios éticos para a consolidação do SUS

DÁRIO FREDERICO PASCHE

*Ética é liberdade de opção.
Por isto não se fala em ética entre elefantes.
Paulo Freire, Pedagogia da Autonomia.*

O Sistema Único de Saúde (SUS) – parece ainda ser necessária essa afirmação – é fruto de uma reforma social e política, cujos efeitos se estendem para além do setor sanitário. O SUS, como resposta possível do processo de reforma sanitária e dos embates à época de sua construção é, a um só tempo, uma reforma política, ética, cultural e institucional.

Política porque propõem um novo regime aos processos de elaboração e implementação de políticas, ampliando espaços públicos de negociação e pactuação, orientados por princípios ético-políticos, cujo norte é o direito à saúde. Esta dimensão política impõe aos sujeitos cotejamento de diferenças entre suas necessidades e interesses em espaços públicos, cujo contorno e efeito são a negociação, o deslocamento de posições políticas pela interação entre múltiplas alteridades e pactuação de acordos, então verdadeiros, embora provisórios.

O SUS é também uma reforma ética, pois toma a saúde como direito inalienável de cada um, de qualquer um, de todos. Assim, a organização do setor e as ofertas de ações devem estar sob o domínio do bem comum, portanto como prática orientada pela égide do interesse público. Esta marcação ética sustenta e dirige necessárias transformações em redes de cuidado, nas organizações e nas práticas de saúde.

O processo de reforma sanitária é também uma reforma cultural, pois se assenta em uma concepção ampliada de saúde, cuja produção deriva de dois polos interdependentes e de influência mútua: a qualidade de vida, que resulta, entre outros, da capacidade da sociedade produzir “vida boa”, ou seja, justiça social; e acesso equitativo a práticas integrais de saúde, portanto capazes de articular medidas de promoção e prevenção, com aquelas de cura e reabilitação. Além disso, que consigam cuidar das pessoas não só episodicamente, mas “no tempo de vida”, com cuidado longitudinal e gestão compartilhada do cuidado em redes integradas de saúde.

Por fim, o SUS é uma reforma setorial, impondo nova institucionalidade – novos arranjos e processos de organização da gestão e da rede cuidado – a qual deve ser promotora de transformações nas práticas de saúde, para o que se exige novos modos de organização do trabalho em saúde. Se esta é a base ético-política sob a qual se assenta o SUS, quais seriam seus principais desafios éticos decorridos quase três décadas de sua experimentação como política pública?

Antes de tudo, é necessário que se diga que os desafios éticos contemporâneos do SUS são em boa medida aqueles mesmos que a reforma sanitária tomou como plataforma política para transformar a saúde no Brasil: a construção de um sistema público, promotor de justiça social e solidariedade, dotado de capacidade de evitar e lidar e resolver problemas e agravos de saúde. Um sistema para todos e com qualidade e com financiamento público. Nada mais atual, portanto.

Ética pressupõe a produção de atitudes vocacionadas para a produção do bem, as quais passam a ser aceitáveis e desejáveis por uma dada sociedade. Ética como atitude, nesta medida, é ação que decorre como produção histórico-social e assim, não haveria uma ética estática, senão atualizada no tempo por referência a determinados valores que também são construções histórico-sociais. Nesta medida, a produção ética deriva da experimentação da vida social, de seus encontros e vivências, nas quais se processam trocas e se realizam negociações, que ganham ou não estatuto de validade ética. Ética, portanto, é pactuação – o que pode, o que será e como será feito – e, nesta medida, construção temporal e provisória. O aceitável hoje pode ser intolerável amanhã e vice-versa.

A ética do setor saúde não está desprendida da ética geral da sociedade brasileira, a qual se altera e faz alterar a ética setorial. O setor saúde afeta e é afetado pelos valores gerais da sociedade brasileira, o que importa dizer que ela é elemento de ação e de reação a valores éticos gerais. De outra parte, o setor saúde, por tomar eventos que interferem fortemente sobre a vida, faz com que as questões técnicas e tecnológicas de seu campo se apresentem como força de inflexão, como fator de interveniência no plano de força na produção ética geral na ética geral.

A sociedade brasileira tomou como valor ético a saúde como direito, o que pressupõe acesso ao cuidado independentemente de qualquer condição prévia do cidadão (credo, cor, posição social, orientação sexual, etc.). Assim, é desafio do setor se organizar de forma adequada para dar conta desta diversidade e pluralidade. Todavia, é bom lembrar, os valores e a ética que se hegemonizaram no campo da saúde são em boa medida antagônicos a estes novos predicados, o que de imediato coloca que a produção de saúde na direção do bem comum exige transformação ética em seus sujeitos, o que parece ser um dos sentidos apontando por Gastão Campos (1997), quando apontava que o movimento da saúde no Brasil a um só tempo exigia transformação das coisas e reforma das pessoas.

E reforma das pessoas não se faz por normativas setoriais, senão resulta como efeito de novas experimentações, de novas vivências. Assim, o sucesso do SUS estaria na dependência de um processo cultural e político de transformação dos sujeitos, capazes, então, de assumir novos compromissos éticos, marcados agora pela solidariedade, pela cumplicidade, por tomar o outro como sujeito em sua singularidade – portanto, como alguém que lhe diz respeito e com o qual propõe encontros para a produção compartilhada e corresponsabilizada de saúde.

Mas se a transformação das coisas e a reforma das pessoas se fazem por uma experiência de singularização, dependem também de alterações em dois planos de ação, que aqui denominaremos de macro e micropolíticos, eles mesmos produzidos e alterados pela ação dos sujeitos.

No plano macropolítico, toma assento um conjunto de definições as quais se apresentam como “as regras do jogo” – ou seja, têm capacidade

de moldar e de influenciar decisivamente o plano das ações concretas; no caso da saúde, as práticas de gestão e de cuidado. Assim, estamos falando, entre outros, de:

- Financiamento da saúde, cujo desafio é superar (1) os ainda insuficientes recursos destinados à saúde e (2) alterar os mecanismos de repasse no SUS, que em geral estão em desacordo com o arranjo federativo que coloca em relação três entes autônomos.
- Processo de descentralização, que no Brasil tem sido paradoxal (PASCHE et al., 2006), pois ao mesmo tempo que se aponta para maior responsabilização de estados e municípios – que têm assumido gradativamente maiores encargos – estão submetidos à tutela da União. Além disso, é necessário avançar para processos de descentralização com ampliação da corresponsabilização sanitária. Isto, por sua vez, exige a reconstrução dos processos de regionalização, que são sobretudo processos políticos (capacidade de fazer pactuação na diferença) definidores, então, das ações práticas (pactuação e programação de ações, etc.).
- Organização do sistema público de saúde em rede. O SUS é ainda um sistema fragmentado e segmentado de atenção à atenção. A organização em rede pressupõe tomar como concepção basilar a atenção primária, que necessita ser ressignificada (construção de novos sentidos, que implica transformação cultural e luta política) e transformada em sua posição e ação no sistema de saúde (ordenador).
- Alteração da cultura sanitária da sociedade brasileira em geral e dos trabalhadores da saúde em particular, que tendem a associar a produção de saúde com acesso/consumo de ações médico-hospitalares, medicamentos e exames. A produção de saúde decorre da organização social (como dito acima), e do ponto de vista das práticas de saúde resulta da capacidade de relação que se estabelece entre equipe/trabalhador e usuário/família/rede social na construção de modos de andar na vida – ou seja, de co-construir processos de co-cuidado, o que

exige reposicionamento dos sujeitos nas relações de cuidado e também nos processos de gestão do trabalho.

- Por fim, uma nova ética na saúde afirmativa do direito à vida pressupõe a ampliação e a qualificação da esfera pública na organização e regulação do sistema de saúde. Ainda é forte a presença de valores na organização do sistema/práticas de saúde, da lógica da “mercantilização”, da rentabilidade, da transformação das pessoas em objetos que podem ser fragmentados e comercializados. Esta lógica prepondera em muitos espaços do SUS e se apresenta como importante desafio para a construção de novas atitudes nos processos de gestão e do cuidado.

Mas esses elementos macropolíticos não têm força absoluta, de determinação sobre as práticas de gestão e de cuidado, que se desenvolvem em cada um dos espaços do SUS. Esse campo de ação (gerir e o cuidar) tem também força de ação insubordinada à lógica macropolítica, o que permite sua compreensão como forças instituintes/constituíntes – portanto, instabilizadoras. Em outras palavras: práticas de gestão e de cuidado de saúde que se constroem no encontro de pessoas reais e processos reais têm ação de transformação política nas organizações de saúde e em suas práticas de cuidar e gerir. Assim, não é possível desprezar este espaço como um substantivo lócus de mudança social e institucional.

Entre os elementos que compõem a esfera de ação micropolítica, destacam-se:

- Organização das práticas de saúde: o SUS toma materialidade no encontro entre usuários/família/rede social com trabalhadores/equipes. A qualidade deste encontro – no qual não interferem, senão de forma indireta, elementos da macropolítica, tem sido apontada como degradada, desresponsabilizada e pouco produtora de vínculos terapêuticos. Assim, é necessário tomar como tarefa ético-política a reorganização das práticas de saúde; do contrário, o SUS terá baixa potência de acolher o sofrimento e necessidades reais das pessoas, o que além de reduzir sua eficácia sanitária, reduzirá a eficácia simbólica das práticas públicas de saúde.

- Novas práticas de saúde – que exigem reposicionamento dos sujeitos nas relações – necessitam (e decorrem) de reorganização do trabalho na saúde; ou seja, novas formas de organização do trabalho na direção da gestão compartilhada e da afirmação do trabalho em equipe como a principal tecnologia de arranjo do trabalho.
- Novos modos de gestão do trabalho reclamam por reposicionamento nas relações de poder entre trabalhadores e entre estes e os gestores da saúde, cujo pressuposto ético-político é a democratização das relações, pela experimentação de novos processos de tomada de decisão sobre o trabalho e a ação técnico-política das organizações da saúde.

Assim, a consolidação de uma nova ética na saúde exige reinventar as organizações de saúde e a própria organização e gestão do trabalho em saúde, cujo foco deveria contemplar:

- Cogestão dos processos de trabalho e gestão compartilhada das organizações de saúde, apostando-se no protagonismo e autonomia dos sujeitos.
- Reinvenção e fortalecimento do trabalho em equipe, considerando a necessidade da construção de plano comum na diferença entre os sujeitos.
- Reconstrução de “tecnologias do encontro”, tomando este espaço como estratégico para a produção de saúde.
- Construção de redes de cuidado, o que exige tanto a redefinição do trabalho em equipe (que é uma rede de conversação), a construção de contratos de gestão entre serviços, como a construção de ação ampliada entre políticas públicas, as quais se “afinam – constroem um comum” desde ação conjunta em casos singulares.
- Ação intersetorial e interinstitucional, coerente com a concepção ampliada de saúde, que exige a produção de interferências sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde.

A combinação entre agendas macro e micropolíticas exige esforço de ação político redobrada, pois de imediato se ampliam os campos de luta. Todavia, é desafio ético do SUS superar o discurso da impossibilidade e do derrotismo imposto por restrições de ordem macropolítica, como o financiamento, que tem permitido abertura para emergência de valores e práticas que atacam o compromisso ético-imperativo da saúde que é a defesa radical da vida.

A vitória do movimento sanitário, cuja expressão na “forma SUS” é sua realização mais palpável, foi bastante aquém das aspirações do Movimento pela Reforma Sanitária. Esse *gap* entre a plataforma reformista e a construção prática pelo SUS tem colocado na pauta política do SUS uma dinâmica bastante complexa, onde se misturam antigos e novos desafios, os quais se atualizaram na experiência “susista” contemporânea. Em outras palavras: não bastassem os desafios produzidos pela própria experimentação do SUS, restam ainda passivos da época de criação do sistema público de saúde, a exemplo da relação público-privado, que permanece como desafio ético e político importante.

Exemplo disso é a forte presença e baixa regulação da medicina de mercado (denominada de suplementar), sustentada, em boa parte, por mecanismos de cofinanciamento público (renúncia fiscal; injeção de recursos públicos para financiamento da compra de planos privados por funcionários públicos, etc.), o que representa bilhões de reais ao ano desviados pelo próprio Estado do SUS. Isto produz, entre outros, fenômenos como a manutenção da “universalização excludente”, fazendo com que o sistema público não seja ainda um consenso na sociedade brasileira. Tudo isto tende a ampliar a eficácia simbólica da medicina de mercado e da atenção especializada, que disputa nos planos ideológicos e simbólicos com o SUS, apesar de este produzir maior eficácia real e do consenso de que a organização da atenção básica é condição para se produzir cuidado continuado e de qualidade (STARFIELD, 2002).

A composição de agendas entre a ampliação do acesso e transformação das práticas e instituições de saúde, para que consigam acolher, lidar e evitar o sofrimento das pessoas, talvez seja o mais

importante desafio do SUS. O tratamento digno das pessoas – de usuários e suas redes sociais e de trabalhadores e equipes de saúde – é condição para se ampliar as teias de sustentação política do SUS e se apresenta, portanto, como desafio ético contemporâneo do SUS.

Referências

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

PASCHE, D.F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.

Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde

ALDA LACERDA
VICTOR VINCENT VALLA

Introdução

O campo da saúde vem sofrendo transformações importantes, nas últimas décadas, em decorrência da conjuntura socioeconômica determinada pela política do capitalismo globalizado (CASTEL, 1993). O aumento do desemprego e da violência cotidiana, a precarização das condições de trabalho e a retração das redes sociais são alguns dos fatores que contribuem para os agravos de saúde da população e, desse modo, afetam diretamente a área da saúde pública (VALLA, 1999; LUZ, 2001). Nesse contexto, cresce a demanda de atenção médica por problemas de natureza psicossocial, expressos como ansiedade, depressão, angústia, medos, dores generalizadas, entre outros.

Os agravos psicossociais, por um lado, e os limites do modelo médico hegemônico em lidar com essas queixas de adoecimento e sofrimento difuso, por outro, apontam para a necessidade de se repensar a organização das práticas de saúde ofertadas pelos serviços públicos. Isso implica rever as relações entre oferta e demanda no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim como a oferta de serviços de saúde influencia a demanda dos usuários, a compreensão da demanda por parte dos gestores e profissionais pode ser útil na organização de práticas promotoras de saúde. Para tanto, as categorias demanda e oferta devem ser entendidas como ações dinâmicas em que uma interage diretamente com a outra, sofrendo influência mútua (PINHEIRO, 2001), ao invés

de serem analisadas de forma isolada ou estática, o que dificulta a compreensão das mesmas.

A demanda aparente e a oferta existente geralmente estão condicionadas pelas práticas do modelo médico hegemônico, pela objetivação da doença e pelo distanciamento da relação profissional de saúde-paciente. A lógica de organização do modelo de atenção à saúde pautado na biomedicina dificulta a escuta, o acolhimento e a compreensão do sentido social do sofrimento e adoecimento (MARTINS, 2003; LUZ, 1997). Em contrapartida, a ênfase nos sujeitos e no seu modo de se relacionar com a vida pode trazer contribuições para ampliar a compreensão social da demanda e ofertar práticas de integralidade em saúde mais adequadas às demandas e necessidades.

O modelo médico hegemônico, ao priorizar seu componente técnico em detrimento do componente humanista, se afasta do sujeito doente e do sofrimento humano (LUZ, 1997; MARTINS, 2003; LACERDA; VALLA, 2003), e não há espaço para as dimensões subjetivas de inúmeras doenças. O distanciamento do social e “a generalização da ideologia utilitarista e mercantilista no campo médico estão em vias de produzir uma desumanização ou tecnificação importante do sistema como um todo, e das práticas de cura em particular” (MARTINS, 2003, p. 33). A população, por sua vez, busca práticas mais humanizadas, na tentativa de solucionar ou aliviar os problemas de saúde. O resultado é a pluralidade de sistemas terapêuticos na nossa sociedade, muitos dos quais convivem com o sistema oficial, como a homeopatia, a acupuntura, o *shiatsu*, entre outros, ou se encontram fora das instituições de saúde.

Na contramão do paradigma utilitarista, Martins (2003) chama atenção para a relação entre alguns sistemas médicos existentes na atualidade com o sistema da dádiva desenvolvido por Marcel Mauss.¹ São práticas de saúde relacionadas a saberes tradicionais ou atuais, denominados de alternativas, complementares, práticas não convencionais, de medicinas suaves ou naturais, que se voltam para o sujeito, sua realidade local e seu modo de se relacionar com o mundo e perceber a saúde-doença.

¹ Marcel Mauss desenvolveu a teoria da dádiva nos anos 20. Vide “*Essai sur le don*” (MAUSS, 2002).

Para pensarmos na construção social da demanda é possível trilharmos diversos caminhos, porém, nossa escolha neste trabalho se dá a partir das práticas de saúde contra-hegemônicas presentes na nossa sociedade, entre as quais destacamos a homeopatia e as práticas de apoio social que vimos trabalhando há algum tempo (LACERDA, 2002; LACERDA; VALLA, 2003; LACERDA; VALLA, 2004; VALLA et al., 2004). Os objetivos deste artigo consistem em identificar as possíveis relações entre a homeopatia e o apoio social com o sistema da dádiva; e analisar como essas práticas de saúde podem contribuir para se repensar a demanda-oferta nos serviços públicos de saúde e organizar novas práticas.

Apoio social e homeopatia no sistema da dádiva

Ao analisar as relações entre demanda e oferta na organização dos serviços de saúde, Pinheiro e Luz (2003) chamam atenção para as práticas eficazes que contribuem para novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, ao invés de se deter em modelos ideais de gestão que tendem a fracassar no seu processo de implantação. Nesse sentido, entendemos que o apoio social e a homeopatia podem fornecer subsídios teórico-práticos para se repensar essas práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde (LACERDA; VALLA, 2003).

O apoio social corresponde aos diversos recursos emocionais e tangíveis que os sujeitos recebem por meio de relações sociais, incluindo desde os relacionamentos interpessoais – como, por exemplo, a relação profissional de saúde-paciente – até os de maior densidade social, como os grupos e redes sociais. A troca e o envolvimento entre quem dá e quem recebe o apoio resultam em efeitos positivos para ambos, com consequentes benefícios à saúde física e mental (COHEN; SYME, 1985; MINKLER, 1992, GIESE-DAVIS; SPIEGEL, 2003). Embora a reciprocidade não seja necessariamente do mesmo tipo de apoio, é uma condição para que de fato o apoio social aconteça (COHEN; SYME, 1985; PEARLIN, 1985) – ou seja, em determinado momento um sujeito pode estar recebendo apoio material e em outro momento estar retribuindo apoio emocional.

As pesquisas sobre apoio social, saúde e o modo de reagir às situações estressantes de vida vêm sendo objeto de interesse de diversas áreas do

conhecimento, como as ciências sociais e a saúde pública. No campo da promoção, o apoio social é evidenciado como um dos instrumentos para se alcançar a equidade em saúde por meio do reforço da ação comunitária (OMS, 1986), ou como uma prática de integralidade na atenção e no cuidado (LACERDA, 2002; LACERDA; VALLA, 2003).

Ao discutirmos o apoio social como uma prática em saúde, estamos nos referindo às diversas atividades e práticas presentes na nossa sociedade, tais como as práticas de rede de apoio social, os grupos de apoio mútuo, os grupos religiosos, as atividades educativas, algumas práticas populares, entre outras, que propiciam o enfrentamento dos problemas de saúde-doença e das adversidades do cotidiano, por meio de relações de solidariedade e cooperação. Essas práticas de saúde muitas vezes expressam os caminhos que as classes populares encontram na busca de obter recursos diante das limitações dos serviços públicos em atender a suas demandas de cuidado em saúde.

São práticas que apontam para a emergência de novas racionalidades e a legitimação de outras formas de conhecimentos além do modelo biomédico. A homeopatia se insere em uma racionalidade médica distinta da biomedicina (LUZ, 1997) e apresenta diversas analogias com as práticas de apoio social, já que ambas são práticas de cuidado, centradas no sujeito e propiciam o fortalecimento da auto-estima e uma maior autonomia e controle sobre a própria vida. A homeopatia, ao priorizar a escuta e buscar compreender o sujeito dentro da especificidade do seu adoecimento, favorece a criação de vínculos de confiança e reciprocidade entre o profissional homeopata e o sujeito sob tratamento, permitindo que o apoio social seja fornecido.

Assim como os vínculos e a reciprocidade são características relevantes na prática homeopática e no apoio social, pois permitem dar continuidade ao processo terapêutico e manter as relações entre os sujeitos, também o são no sistema da dádiva (MAUSS, 2002; CAILLÉ, 1998; GODBOUT, 1999).

Marcel Mauss (2002) desenvolveu a teoria da dádiva nos anos 1920, ao estudar algumas sociedades primitivas ou arcaicas e observar o modo como se davam as trocas nessas sociedades. As transações

e contratos feitos não envolviam a negociação da moeda² ou a transação econômica, mas se faziam por meio de bens, que poderiam ser dotes, presentes, materiais valiosos, mulheres, rituais, festas e até trocas de gentileza e de dons espirituais e religiosos. Os bens não eram trocados individualmente, mas sim pelos clãs, pelas tribos ou famílias, indicando que as trocas iam além dos interesses individuais e serviam aos interesses coletivos.

Os bens trocados não tinham o mesmo objetivo que o comércio e a troca, regidos pelo mercado, exerciam e ainda exercem nas sociedades mais desenvolvidas. Os bens não tinham valor material, mas sim valor simbólico, já que não eram vistos como um fim em si mesmo, mas como um modo de perpetuar as virtudes e os dons recebidos. Segundo Mauss, essas trocas se inseriam numa regra básica das sociedades primitivas, que ele definiu como *sistema da dádiva* e que incluía a obrigatoriedade do dar, do receber e de retribuir os bens. Essa tríade de obrigação (dar-receber-retribuir) forçava os dons a circularem, mantendo-se assim uma rede de trocas simbólicas constantemente alimentada pelo sistema da dádiva.

Um aparente paradoxo no paradigma da dádiva é que, ao mesmo tempo em que a dádiva é desinteressada e livre, ela também é obrigatória, sob pena de acontecer alguma coisa ruim àquela sociedade, seja uma guerra, a morte de alguma pessoa, a perda de riqueza, entre outros (MAUSS, 2002).

Essa obrigação se exprime de forma mítica, imaginária ou mesmo simbólica e coletiva. [...] a comunhão e a aliança que as trocas estabelecem são relativamente indissolúveis. [...] a influência permanente das coisas trocadas traduz diretamente a maneira como os subgrupos dessas sociedades segmentadas, do tipo arcaica, são constantemente imbricados uns nos outros, e sentem que se eles se devem tudo. (MAUSS, 2002, p. 49).

Apesar de o paradigma da dádiva, fundamentado na constituição dos vínculos e laços sociais, ter sido formulado a partir das sociedades arcaicas, ele subsiste na modernidade (CAILLÉ, 1998; GODBOUT,

² Algumas das sociedades primitivas tinham o mercado econômico, porém o regir da troca era diferente das sociedades atuais (MAUSS, 2002).

1999; MARTINS, 2003) e convive com o paradigma mercantilista que se sustenta na produção de bens e mercadorias com valores utilitários. Dessa forma, é possível entender como algumas práticas sociais no campo da saúde se voltam mais para o paradigma do mercado e outras para o paradigma da dádiva.

As práticas voltadas para o mercado priorizam o interesse econômico, no qual “a doença vale mais do que o doente, o dinheiro e o prestígio obtido pelos serviços médicos não têm obrigações e dívidas para com o sofrimento humano” (MARTINS, 2003, p. 33). Em contrapartida, é evidente o sistema da dádiva em práticas não hegemônicas, como a acupuntura, a homeopatia (MARTINS, 2003), algumas práticas desenvolvidas no Programa de Saúde da Família (GUIZARDI e PINHEIRO, 2004), os grupos e redes de apoio social ou apoio mútuo (GODBOUT, 1999) e outros sistemas de cura presentes na nossa sociedade que valorizam o sujeito e o simbólico no processo terapêutico.

Os bens simbólicos e materiais circulantes entre os profissionais de saúde e os pacientes alimentam o circuito da dádiva e as relações de apoio social. Os vínculos de confiança que se estabelecem permitem que os profissionais exerçam seus dons, seja por meio da competência técnica, na qual se fornece apoio informativo, ou da disponibilidade em estar com o paciente, auxiliando-o no seu processo de cura, em que está presente o apoio emocional. Os pacientes, ao receberem os dons – ou o apoio social – podem retribuir com diferentes recursos, de tal modo que não se interrompa a rede de dádiva ou de apoio social. O apoio social pode, portanto, ser entendido como uma forma de dádiva, em que as trocas sistemáticas entre os sujeitos envolvendo o dar, o receber e o retribuir permitem que os recursos de apoio fluam por meio dos laços ou vínculos sociais, com benefícios a todos os envolvidos. Nesse caso, o sistema da dádiva pode ser visto como promotor da saúde.

Embora existam outros tipos de dádiva na sociedade, nosso foco é discutir o sistema da dádiva a partir das relações que o mesmo estabelece com o campo da saúde. Assim, passamos para o segundo objetivo deste trabalho, que consiste em identificar como as práticas de apoio social e homeopatia, inseridas no paradigma da dádiva, podem contribuir para se repensar a relação demanda-oferta nos serviços públicos de saúde e organizar novas práticas de saúde.

A construção social da demanda a partir de práticas contra-hegemônicas

As necessidades em saúde ou demanda de cuidados médicos fazem parte do imaginário social e, portanto, estão permeadas de conteúdos simbólicos. Traduzir as necessidades e demandas – ou seja, dar voz aos sujeitos – pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos. Isso significa que a ação dos sujeitos na busca de melhorias e enfrentamento dos problemas individuais e coletivos merece uma atenção especial por parte dos profissionais e gestores. Vamos tomar como base o paradigma da dádiva e as práticas de homeopatia e apoio social, conforme discutidos acima, para avançarmos nessa discussão.

A homeopatia é uma medicina do sujeito (ROSENBAUM, 2000) na qual a consulta é vista como um ato terapêutico. Ao contrário de algumas práticas de saúde que podem prescindir da escuta, a homeopatia precisa dar voz aos sujeitos para encontrar o medicamento mais apropriado para cada caso individual. Isso implica tanto escutar a história biográfica, permitindo ao “paciente se expressar livremente e detalhar a história dos seus sofrimentos sem interrupção” (HAHNEMANN, 1921, p. 173), como incentivar a autonomia dos pacientes em relação ao seu processo de saúde-doença (LUZ, 1997). A possibilidade de recordar sua história de vida, falar das dores e angústias, se emocionar – seja por meio da liberação da raiva, do choro, do riso – permite que os pacientes reelaborem as experiências vivenciadas, dando um novo significado às mesmas.

A terapêutica homeopática também propicia a ressignificação das experiências, já que seu principal objetivo é reequilibrar os sujeitos doentes e possibilitar que adquiram maior consciência de si próprio e do modo como se relacionam na vida, favorecendo a mudança de atitude diante das situações que causavam o adoecimento.

Os profissionais homeopatas podem ser mediadores das demandas individuais e coletivas e contribuir para mudar algumas práticas nos serviços de saúde. No serviço de terapêuticas não convencionais do SUS, em Juiz de Fora,³ além das consultas homeopáticas individuais,

³ Esse serviço dos SUS é coordenado pela homeopata Walcimar Estrela e tem aproximadamente 10 anos de funcionamento.

os pacientes se reuniam em grupos de ouvidoria, com a mediação do profissional homeopata, para conversar sobre as dúvidas mais frequentes e discutir algumas questões que surgiam durante o tratamento. O grupo permitia trazer à tona questões importantes para o tratamento homeopático e que não haviam sido colocadas na consulta por não serem percebidas, pelos pacientes, como relevantes. Nesse sentido, surgiam sempre novas demandas para serem trabalhadas na consulta individual e outras iam sendo reelaboradas no próprio grupo.

A escuta das demandas nos grupos de ouvidoria resultou em modificação de algumas rotinas dos serviços, extinção de algumas práticas e criação de novas formas de trabalho, com o objetivo de aumentar a satisfação dos pacientes, atender a suas demandas e melhorar a qualidade do serviço. A experiência desenvolvida em Juiz de Fora, na qual houve uma adequação da oferta de serviços a partir da escuta das pessoas, pode ser considerada uma prática de rede de apoio social (LACERDA e VALLA, 2003) e ser multiplicada em outros serviços no âmbito do SUS.

Para a oferta dos serviços públicos de saúde se adequarem às demandas, é necessário haver participação ativa de todos os atores envolvidos (VALLA, 1998; PINHEIRO; LUZ, 2003). A população tem que ser ouvida e respeitada no que concerne às suas necessidades em geral e ao seu sofrimento, considerando que essas pessoas são detentoras de um saber próprio construído por meio das experiências concretas de vida, de luta, de saúde e adoecimento (VALLA, 1998). Por sua vez, os profissionais de saúde, ao ouvirem os sujeitos na busca de conhecer um pouco mais sobre as condições de vida, o fazer e o agir da população, podem tentar implementar mudanças e adequar sua prática cotidiana às demandas e necessidades que surgem.

As práticas de rede de apoio social podem contribuir para esse trabalho compartilhado. Como exemplo, temos uma experiência do Programa de Saúde da Família (GUIZARDI e PINHEIRO, 2004) em que, a partir da escuta dos sujeitos, da relação de diálogo e dos vínculos entre os agentes comunitários de saúde e a comunidade assistida, surgiram novas atividades, como festas, encontros, caminhadas, entre outras, que não eram obrigatórias no programa, mas que podem ser entendidas como atividades de cuidado em saúde. Os agentes

comunitários, além de realizar suas atividades obrigatórias, conseguiram readequar suas práticas a partir de novas demandas que emergiram.

Problemas ocorrem quando profissionais de saúde e gestores decidem implementar projetos de saúde nas comunidades sem um contato prévio com a população. Esses projetos tendem ao fracasso, pois se organizam a partir de representações e visões de mundo diferentes. Como exemplo na saúde pública, Valla (1988, p. 14) argumenta que, enquanto “os sanitaristas pressupõem a previsão como categoria principal, pois a ideia de prevenção implica um olhar para o futuro [...] alguns setores da população conduzem as suas vidas com a categoria de provisão”, pois todas as experiências sofridas os levam a se preocupar em prover o dia de hoje, o aqui e agora, já que o amanhã é incerto.

Estudos com comunidades carentes (VASCONCELOS, 1998) demonstraram que os vínculos entre profissionais de saúde-população, com a troca de conhecimentos e saberes, favorecem que sejam traçadas estratégias mais adequadas às realidades locais. Essas estratégias, ressalta o autor, iam além dos cuidados tradicionais de higiene, do tratamento e prevenção das doenças. A atuação dos profissionais se voltava para as dimensões psicossociais dos problemas, responsáveis por grande parte do adoecimento e sofrimento crônico da população, e enfatizava o cuidado e o apoio social das famílias, com o objetivo de ajudá-las a reconstruir seus caminhos de vida.

As práticas de apoio social implicam participação ativa dos sujeitos e formação de vínculos que favorecem a constituição de redes de apoio, fundadas no sistema da dívida. As redes de apoio social, conforme descrito nas experiências acima com a homeopatia e com outras práticas, podem sistematizar as demandas por saúde e cuidado médico. Se, por um lado, “a biomedicina revela dificuldades técnicas evidentes para escutar, traduzir e compreender o sentido social do sofrimento e da dor” (MARTINS, 2003, p. 34), a homeopatia e as redes de apoio social têm o potencial de traduzir e acolher as demandas e necessidades dos sujeitos e grupos sociais.

Embora algumas práticas de apoio possam reunir pacientes com determinadas patologias, como grupos de pacientes com câncer de mama, grupos de alcoolistas, entre outros, o foco não está na doença em si, mas no compartilhar de emoções, como medos, angústias,

tristeza, dores físicas e morais e outras demandas subjetivas e objetivas que surgem no processo de adoecimento e cura dos sujeitos. As trocas que se processam nos grupos de apoio social e a oportunidade de compartilhar as experiências fortalecem os laços e vínculos de solidariedade e favorecem que a dádiva circule. É nesse sentido que Godbout (1999) refere que os grupos de alcoólicos anônimos estão fundados no princípio da dádiva.

Mauss (2002) ressalta que as trocas de bens simbólicos no sistema da dádiva não se limitavam à noção de interesse individual – e até mesmo a superavam. A perspectiva de atender ao interesse coletivo também fica evidente em algumas práticas de rede de apoio social, que são as práticas de ação comunitária. Valla (1999) exemplifica o ocorrido durante uma epidemia de cólera no Peru, denominado de “duplo caminho”, em que as classes populares cobravam a atuação do governo e ao mesmo tempo se mobilizavam em um esforço coletivo, tendo como resultado efetivo uma baixa taxa de mortalidade da doença. Esse duplo caminho é importante, pois “não exclui a reivindicação como política, mas questiona essa ‘via única’ na conjuntura de globalização” (VALLA, 1999, p. 9).

A partir do momento em que a sociedade se organiza para uma maior participação, ela vai se empoderando ou se fortalecendo. Assim sendo, os sujeitos se fortalecem nas relações, nas trocas, no encontro, no convívio, no compartilhar de problemas e soluções, e, desse modo, vão ressignificando as experiências e atribuindo novos sentidos às mesmas (LACERDA; VALLA, 2004). As diversas práticas de redes de apoio social acolhem as demandas dos sujeitos e as reconfiguram a partir de valores como a solidariedade, o acolhimento e o sentimento de pertencimento ao grupo. Nesse sentido, os sujeitos podem encontrar resolutividade dos problemas do cotidiano que, muitas vezes, não encontram nos serviços públicos de saúde.

Considerações finais

A construção social da demanda é importante na reestruturação dos serviços públicos, principalmente diante do aumento do adoecimento e sofrimento difuso por problemas de natureza psicossocial. Em geral, a demanda e a oferta estão condicionadas à produção de doenças, à

medicalização dos problemas sociais, à perda da dimensão humana e da integralidade do cuidado. Dar voz aos sujeitos é um dos passos para se rever a relação oferta-demanda no âmbito do SUS e repensar a organização de práticas de integralidade em saúde.

A demanda, por ser uma construção social, encontra-se permeada de conteúdos simbólicos que precisam ser desvelados e que não podem ser apenas objetivados com o foco nas doenças. Nesse sentido, o propósito deste artigo é trazer para o debate algumas práticas de saúde contra-hegemônicas, inseridas no sistema da dádiva, que podem contribuir para compreender a construção social da demanda.

A homeopatia e as práticas de rede de apoio social são práticas de saúde que dão lugar aos sujeitos, fortalecem sua autonomia e permitem a expressão do adoecimento e sofrimento. Essas práticas permitem emergir as demandas que muitas vezes se encontram “invisíveis” para os profissionais em geral e para os próprios serviços de saúde. Buscar compreender o modo de vida, do fazer e agir da população também permite dar visibilidade a diversas atividades e práticas em saúde desenvolvidas na comunidade – práticas estas que expressam a resistência da população ao enfrentamento dos problemas de saúde-doença e que em geral não são consideradas pelos profissionais ou pelos gestores.

As práticas de homeopatia e de redes de apoio social permitem ressignificar demandas de cuidado e saúde por meio de outros valores, como a solidariedade, reciprocidade, cuidado e apoio mútuo. Mantém-se uma rede de trocas simbólicas, entre profissional de saúde-paciente e entre os sujeitos, que alimenta o circuito da dádiva e as relações de apoio social. Desse modo, acaba compensando a ausência de cuidados e a carência dos sujeitos com ações que se encontram na própria rede e que circulam por meio dos vínculos sociais.

Nesse sentido, a solidariedade readequa e recompõe a demanda ao serviço, o que pode indicar que a solução das pessoas, muitas vezes, pode passar pelo apoio mútuo e pelas redes de solidariedade. A leitura das necessidades e demandas que essas práticas trazem à tona fornece subsídios para se reavaliar a demanda-oferta no SUS e reorganizar as práticas e os serviços de saúde mais adequados ao modo de vida da população, o que, por sua vez, pode ajudar no alívio do sofrimento e adoecimento dos sujeitos.

Referências

- CAILLÉ, A. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 13, n. 38, p. 5-38, 1998.
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e Loucura 4*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 21-48.
- COHEN, S.; SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: COHEN, S.; SYME, L. (Orgs.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985. p. 3-22.
- GIESE-DAVIS, J.; SPIEGEL, D. Emotional expression and cancer progression. In: DAVIDSON, R. J.; SCHERER, K. R. (Eds.). *Handbook of affective sciences*. New York: Oxford University, 2003. p. 1.053-1.082.
- GODOBOUT, J.T. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 37-56.
- HAHNEMANN, S. *Organon of medicine*. New Delhi: B. Jain, 1921.
- LACERDA, A. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corporemente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 91-102.
- _____. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 169-196.
- LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.
- _____. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 17-37.
- MARTINS, P. H.; *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MAUSS, M. Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: TREMBLAY, J.-M. *Réseau Francophone de Sociologie*, 2002. Disponível em http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html. Acesso em jun. 2005.
- MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *International Journal of Health Services*, n. 22, p. 303-316, 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1986. p. 367-372 (Publicación Científica n. 557).
- PEARLIN, L.I. Social structure and process of social support. In: COHEN, S.; SYME, L. (Orgs.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985. p. 43-60.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 65-112.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 7-34.
- ROSENBAUM, P. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 15, p. 7-14, 1999.
- _____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 7-18, 1998.
- VALLA, V.V.; GUIMARÃES M.B.A.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 103-117.
- VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 14, p. 39-57, 1998.

PARTE 2

**Incubadoras da integralidade:
contribuições reflexivas para
formação em saúde, trabalho em
equipe e pesquisa-extensão no SUS**

Incubadoras da integralidade e trabalho em equipe: exercícios formativos. Incubadora: do que estamos falando?

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS
FÁBIO HEBERT DA SILVA
RAFAEL GOMES

No dicionário *Aurélio da Língua Portuguesa*, incubadora é definida como “aparelho que mantém condições favoráveis ao crescimento e ao desenvolvimento”. Alguns desses aparelhos são usados para chocar ovos de galinha, e outros, em hospitais, para manter a vida de bebês recém-nascidos ou prematuros. Indica que incubadoras são usadas também em laboratórios para projetos de pesquisa, como a incubação de culturas bacteriológicas ou de células vivas. Temos, assim, diferentes formas de incubadoras, mas todas têm como função principal fornecer “calor e ventilação adequados e constantes”, ou seja, fornecer condições para desenvolvimento de seres vivos.

As definições de incubadora são, portanto, diversas, e essa diversidade ganha contornos ainda mais específicos quando se refere a diferentes campos disciplinares que operam com essa ferramenta conceitual. No âmbito do empreendedorismo social, por exemplo, uma incubadora visa desenvolver um programa em que os participantes são assessorados no planejamento e na implementação de projetos sociais, considerando as dimensões de planejamento e gestão de projetos. “Incubadoras” se aplicariam, dessa forma, ao suporte a projetos que apresentam inovação tecnológica ou desenvolvimento inédito.

Já uma Incubadora Social de Comunidades tem como finalidade o fortalecimento local de comunidades, municípios e cidades, através

da formação de empreendedores e da geração de empreendimentos com uso de tecnologia social.¹

No campo da saúde hospitalar, a incubadora seria um dispositivo especialmente concebido para proporcionar ao recém-nascido as condições ambientais ideais; dispositivo que ajuda no processo de adaptação ao meio externo, sobretudo em relação à temperatura, desempenhando papel semelhante a um berço de temperatura controlada. A definição de uma incubadora aqui se refere a do instrumento hospitalar que supre o recém-nascido necessitado de apoios para os primeiros dias ou semanas de vida. Em todas as definições, um sentido insiste: suprir os que ainda não têm condições de sobrevivência, preparando-os laboriosa e paulatinamente.

E no caso das “incubadoras da integralidade”, do que estamos falando? Para os objetivos deste texto, entendemos que as contribuições de Pinheiro (2010) sobre uma incubadora da integralidade em saúde ganham destaque. A autora afirma que as “incubadoras” incluiriam experiências inovadoras onde ensino, pesquisa e extensão andam efetivamente de mãos dadas. O sentido de incubadora, segundo a autora, estaria relacionado com a noção de processo e maturidade, incluindo a oferta de cuidado. Articulada à integralidade em saúde, uma incubadora implica uma perspectiva segundo a qual se visa “pensar agindo e agir pensado na luta em defesa dos princípios do SUS” (PINHEIRO, 2010, p. 21).

As incubadoras da integralidade emergem a partir da demanda pela ampliação do compromisso da academia com a apropriação de suas produções técnico-científicas pelos diversos atores sociais, reafirmando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão como pilares de uma universidade socialmente referenciada (PINHEIRO, 2010). Visam potencializar e difundir as experiências inovadoras produzidas no Sistema Único de Saúde (SUS), fomentando um espaço coletivo de formação e circulação de saberes, que alimenta tanto os serviços quanto as universidades, qualificando os processos de trabalho em saúde e as práticas de formação de trabalhadores e pesquisadores em direção aos princípios e diretrizes dos SUS.

¹ <http://www.genesis.puc-rio.br>

Da questão da educação permanente como formação. Mas formação é aprendizagem?

Ao pensarmos essa dimensão formativa das incubadoras, consideramos de suma importância colocar algumas questões relacionadas à concepção de aprendizagem que está na base desses processos de formação.

A palavra *formação* é constantemente invocada a partir de diversas concepções de aprendizagem – e, principalmente, 1) como transmissão e aquisição de informações; como o que legitima o apto e o inapto, o competente e o incompetente, quem faz a verdadeira ciência, o saber e o não-saber; 2) como aquisição de um saber técnico-instrumental disciplinar, que termina por fazer desaparecer a dimensão inventiva dos processos de formação; 3) como modelagem de sujeitos; 4) como processo evolutivo com etapas progressivas (formação inicial x formação continuada).

Os processos de aprendizagem que constituem essa direção formativa ficam, tradicionalmente, reduzidos à *aquisição* de conhecimentos por meio de um curso “oficializado”, que *autoriza* o aprendiz a realizar seu trabalho, para então, considerá-lo *formado*, *autorizado-competente*. Então, essa proposta de formação, que se efetiva por meio de aprendizagem baseada na transmissão de saberes sistematizados e disciplinares, está pautada nos “especialismos” que autorizam alguns a saberem o que é melhor para o outro, qual a sua “verdade”, invalidando o saber-fazer desse outro.

No âmbito dos processos de trabalho em saúde, a formação, nessa perspectiva, parte de uma concepção abstrata de trabalho e de um entendimento de aprendizagem que remete à noção de uma formação diretiva, abstrata, à “educação bancária” (FREIRE, 1979), na qual os trabalhadores “sem as capacidades necessárias” as recebem e retornam ao trabalho “capacitados”. Assim, após a formação, caberia aos trabalhadores aplicar concretamente o que foi aprendido de “forma abstrata” e, certamente, os conhecimentos nem sempre são condizentes com a realidade concreta das situações laborais.

O modelo de formação em que se enquadram os cursos clássicos de capacitação/atualização profissional é, em geral, organizado de forma fragmentada (a partir de uma abordagem disciplinar ou de

especialidades) e pautado num tecnicismo e cientificismo que não estão afinados com processos de cogestão preconizados pelo SUS. A dificuldade de “aplicar” os conhecimentos “transmitidos” nos cursos de capacitação contribui para a sensação de frustração dos trabalhadores quando estes retornam aos serviços. “Além disso, reduzem à falta de conhecimento (domínio cognitivo) toda a explicação para as impossibilidades de transformações práticas” (BRASIL, 2003, p. 4).

Assim, o que comumente decorre desse modelo é a produção da sensação de incompetência e inferioridade de alguns, que devem se submeter a um conhecimento considerado superior e que apenas alguns estão autorizados a transmitir. Essa maneira de funcionamento, pautada nos especialismos, produz *formas de ação* que classificam/hierarquizam/desqualificam os sujeitos em processo de aprendizagem/formação. Aprender para aqueles que estão inseridos nesse tipo de processo de formação, é superar suas deficiências cognitivas, completar lacunas, deixar para trás estruturas cognitivas imperfeitas. Assim, as transformações necessárias à formação são colocadas sob a égide do progresso e da previsibilidade. A formação termina por se pautar na perspectiva de uma aprendizagem reduzida à *reconhecimento*.²

Entendemos, por outro lado, que a aprendizagem que faculta uma formação inventiva, criadora, na contramão de processos que buscam enquadrar os sujeitos em rígidas “fôrmas-de-ação”, produtoras de realidade, não está entre um sujeito e um mundo a ser descoberto, mas produz sujeito e mundo. De todo modo, o caminho é outro. A vida dispõe de um número incalculável de vias, não se restringe a um caminho necessário (KASTRUP, 2004). Formar-se não significa, simplesmente, instrumentalizar-se com metodologias e/ou tecnologias inovadoras, mas, principalmente, investir na produção de subjetividades, de um modo de ser sintonizado com o que “acontecimentaliza” nos processos formativos. É produzir corpo-mundo. “Em todo processo de aprender não há apenas fatos a serem incorporados. As informações são fagocitadas, ingeridas,

transformadas, produzindo-se então outras subjetividades, outras formas de estar no mundo” (BARROS, 2001, p.73) e outros mundos.

Dessa forma, se admitimos que o vivente humano se define por uma potência ativa e dinâmica, de estar sempre em atividade, a concepção de aprendizagem que vai nortear os processos formativos assume esse caráter de constante invenção de novos domínios, de renormatização (CANGUILHEM, 2000). Sujeito e mundo são inventados no processo formativo e marcados pelo inacabamento e pela experimentação. Uma formação que se opera em rede e tem como estratégia o dialogismo e não os especialismos, o que não significa negar que existam saberes formalizados, mas afirmar que ninguém pode ser competente pelo outro, no lugar do outro.

Formação, portanto, como construção coletiva e cotidiana de conhecimentos a partir da aliança entre experiências e saberes; como processo inacabado que supõe construções e desconstruções de saberes, valores, concepções e sujeitos, mas, antes de tudo, na possibilidade de invenção e de colocação de problemas (KASTRUP, 1999). Formação-intervenção, que não se dissocia dos movimentos do real, que se afirma na inseparabilidade entre pensamento e vida. Pensar formação, nessa perspectiva, é pensá-la em meio à experiência de intervenção, se fazendo em meio a problematizações das práticas, não se divorciando da experiência concreta dos sujeitos e, sim, se fazendo como atividade sempre em processo.

Estamos, nessa trilha de pensamento, nos referindo a uma perspectiva segundo a qual os processos de formação precisam estar pautados na potência interrogativa e não podem ser reduzidos a um conjunto de leis invariantes ou como previsão de resultados ou metas definidas a priori, que não contemplem o diálogo permanente. A concepção de aprendizagem que se busca imprimir nos processos de formação não pode se reduzir a uma aquisição de regras e conceitos, mas se refere sempre a um coengendramento de sujeito e mundo. É no encontro com o outro que o humano se constitui como ser industrioso, em atividade (CANGUILHEM, 2000). Humanos em movimento de invenção e expansão, ser em constante atividade; Humanos que se caracterizam por sua capacidade de produzir novas normas no e com o meio, num movimento contínuo e dinâmico.

² Reconhecimento refere-se a um modo de aprender que privilegia o conhecimento de um mundo já dado, a soluções de problemas, o que reduz a aprendizagem ao reconhecimento de uma situação desde sempre constituída, esvaziando a potência inventiva do aprender.

Utilizar a atividade humana como eixo de análise no debate sobre formação em saúde significa que é impossível transferir ao outro o saber-fazer do seu trabalho. O humano não é um recipiente preparado e concebido para a recepção passiva de conhecimentos. Na atividade humana, valores, saberes se mesclam num processo incessante. Para nós, o trabalho se realiza como contínua aprendizagem que só se efetiva por meio da experiência, que singulariza o trabalho. No acesso a essa experiência, não basta considerar a atividade explícita e delimitada do trabalho – as tarefas; é preciso tomá-la como um devir, sempre incompleto, inesperado, em uma visada processual. Nessa perspectiva, o foco é exatamente o desenvolvimento das atividades, seus impedimentos e, sobretudo, a dinâmica de realização dessa experiência que não se esgota na realização dos procedimentos que se efetivam no cotidiano.

A formação se faz no movimento, é atividade de um corpo-trabalhador, num regime de afetabilidade. Sim. Mas como esse corpo é criado? Bruno Latour (1999) nos oferece algumas pistas para delinear essa formação como criação de um corpo. Para o autor, o corpo é definido pelo aprendizado, pelos afetos, pelos encontros que se tem, pela efetuação e pela movimentação impressa por entidades humanas e não humanas. O corpo é definido pelas paixões de que é capaz (definição *patho-lógica*), não necessitando de uma explicação que recorra a uma essência, a uma substância, buscando definir o que é o corpo por natureza. O corpo não é uma residência provisória de algo superior – uma alma imortal, o universal, ou o pensamento – mas o que deixa uma trajetória dinâmica pela qual nós aprendemos a registrar e a nos tornar sensíveis àquilo de que o mundo é feito. Esta é a grande virtude desta concepção: não há sentido em definir o corpo diretamente, mas somente tornando o corpo sensível para outros elementos que podem ser de várias ordens. É preciso falar do corpo sem desconectá-lo daquilo que o constitui.

Uma maneira que Latour (2007) encontrou para falar sobre essas camadas de diferenças foi usando a noção de articulação. Um sujeito inarticulado é alguém que, independentemente do que o outro diga

ou faça, sempre sente, age e diz a mesma coisa. Oposto a isso, um sujeito articulado é alguém que aprende a ser afetado pelas outras pessoas. Não há nada de interessante em um sujeito “sozinho”, um sujeito somente se torna interessante quando ele ressoa com outros, é efetuado, mexido, colocado em ação por novas entidades cujas diferenças estão registradas de maneiras novas e inesperadas. Assim, a articulação não significa a habilidade de falar com autoridade, mas sim de falar em conexão, sendo afetado pelas diferenças.

Latour faz uma crítica à precisão científica que busca conhecer o mundo tal como ele realmente é através de afirmações desencarnadas, propondo, ao invés disso, um sujeito articulado que conheceria o mundo através de seu corpo e das articulações que esse corpo pode fazer. O corpo é situado em uma fronteira viva, movente e cambiante. Ele ganha um limite concreto, encarnado e, ao mesmo tempo, ganha liberdade com a possibilidade de aprender, desenvolver-se, variar, transformar-se, devir outro, outro e outro. Então, falar sobre o corpo é não ter como premissa o certo, o normal, o geral, nem o fundamental. Este corpo será falado a partir do singular, de domínios mais descritivos, mais próprios (POZZANA, 2008). Com a prática e com uma atenção que não visa atingir nada, senão à própria experiência em curso, corpos mais dinâmicos e sensíveis são criados, abrindo a possibilidade de experimentar a variação e a criação.

Essas considerações sobre concepções de aprendizagem e processos de formação, como dimensões da noção de incubadora, são fundamentais para a sustentação da nossa direção de pensamento. É assim que entendemos a dimensão formativa das incubadoras, e para ampliar esse debate, pareceu-nos interessante trazer uma dimensão do trabalho em saúde que é o apoio. A atividade de apoio se realiza exatamente na interseção das práticas de cuidado, de produção de conhecimento e fortalecimento do SUS, como política pública, buscando articular de forma mais rica e criando novas maneiras de ser e estar nos serviços. É por meio do trabalho vivo em situações concretas que a atividade de apoio ganha corpo e, concomitantemente, mundo. Como formar apoiadores nessa direção? Como incubadoras de integralidade são dispositivos para esse fim?

Dos processos de formação de apoiadores

Considerando, então, tais concepções de aprendizagem e os processos de formação experimentados no âmbito da saúde, queremos destacar que as práticas de cuidado se efetivarão em sua dimensão de política pública quando há produção de relações de confiança. E aqui, talvez se localize um dos grandes eixos da atividade de apoio no SUS: fazer apoio implica “fiar com” o outro, construir relações de confiança como prática política. Prática que se efetiva quando saímos da esfera da segurança e nos deparamos com o contingente, aceitando o desafio que o outro, o estranho e o desconhecido nos impõem, sem medo dos riscos e das quedas. O que significa outra atenção ao presente e um estremeamento das “formas fixas e verdadeiras” de relações entre humanos, de viver no presente.

Confiança, assim entendida, deve ser ligada mais a uma articulação afetiva do que em grandes sentenças ou regras universais. As posições pressupostas se invertem. Conduzir-se com o outro. A paisagem coengendradora-habitada transforma-se, embora não seja possível dizer quando começou a transformação. Somos seres da impermanência. Aqui já se delinea uma primeira pista para pensar a dimensão formativa das incubadoras: form(ação)-mod(ação), formação como modos de ação, que se faz considerando a incomensurabilidade existente entre eu e o outro – que impede uma incorporação narcisista e a utilização do outro para fortalecer nossas crenças e expectativas. Estamos nos referindo a um processo no qual os envolvidos trabalham na sua transformação, na sua invenção a cada movimento, criando infinitas formas de existência, expondo-se a alteridade, colocando a todo o tempo em perigo nossos mundos capturados que sustentam a mesmice, considerando a natureza efêmera das formas (ROLNIK, 2000). Assim procedendo, estamos indicando o delineamento de diferentes composições, pondo-se à escuta do que é dissonante, encarnando uma proposta e um projeto coletivo.

Tal processo se faz como uma viagem, como expulsão para o exterior, como escolha de um caminho transversal e paradoxal. Passagem para um terceiro lugar (SERRES, 1991). Não se trata de uma zona de conforto, é exposição sempre, é invenção e define-se por sua bricolagem, segundo o qual não cessamos de misturar elementos heterogêneos,

recusando ideais de purificação e, portanto, não exclui o mundo que criamos. O foco é nas variações, nas bifurcações e errâncias. Arte de inventar, domínio da passagem, abertura a um regime de afetabilidade. A pertinência de se pensar em como criar um corpo articulado.

Foucault (2003) dizia que era impossível, e mesmo desaconselhável, apresentar uma experiência mas, segundo ele, é importante seguir atento seus destinos e aos atravessamentos produzidos pela experiência naqueles que entram em contato com ela. Não se trata, seguindo suas pistas, de construir práticas de apoio de “manhãs modernistas, tingida do azul da verdade revelada através das grandes narrativas, mas em meio aos tons cinzentos, construindo espaços de luminosidade que se esgueiram” (RODRIGUES, 2009). É aí que passa o presente do SUS como política pública. É aí que o tempo importa no trabalho em saúde, que se faz como acompanhamento de processos. Eis um aspecto importante na formação: desmontar o sistema de responsividade estímulo-resposta; aproveitar os deslocamentos que viabilizam o acesso ao plano de transformação da vida, ao invés de funcionar no já dado sistema fechado sujeito-objeto.

Essa dimensão formativa termina por se expressar sobremaneira nos modos de gestão e atenção do trabalho em saúde. Abre-se nesse sentido outro desafio: como tornar essas questões um problema comum para os atores do SUS? Como compartilhar o entendimento da importância desses afetos para os corpos, para que o trabalho no SUS seja, então, um trabalho articulado e interessante?

A complexa rede das práticas de produção de saúde e processos de formação vem, historicamente, ignorando a diferença que há entre modos de gestão e de atenção. As tramas entre os modelos autoritários de gestão do trabalho e as possibilidades de autonomia e protagonismo nesses processos é então matéria de trabalho quando pensamos a temática do apoio. Pensar junto com os trabalhadores e usuários as diferentes práticas e processos de formação em saúde e o exercício da gestão compartilhada, da descentralização, da cogestão (a dimensão pública) mantém-se também como desafio a ser concretizado pelo apoiador. Dessa forma, faz sentido conceber a ideia de uma incubadora de apoiadores, que visa, em última instância, dar concretude e corpo a essas questões no cotidiano do SUS. O apoio é praticado, então,

como método de intervenção para promoção da dimensão pública do SUS. Que não pode se viabilizar sem a corresponsabilização de todos os sujeitos, pois o apoio se afirma como tecnologia relacional, partindo da premissa de que produção de saúde não se faz sem a produção de sujeitos corresponsáveis e autônomos nesse processo.

Este método propõe aos apoiadores estarem no corpo a corpo desses embates, ao lado dos sujeitos coletivos, procurando fomentar condições, nem sempre imediatamente possíveis, de intervenção e transformação das práticas autoritárias presentes nas relações do trabalho em saúde. É importante, ainda, dizer que esse método coloca sua própria função em análise, pois corre risco constante de ser cooptado por este mesmo autoritarismo, pelo centralismo do poder em instrumentos burocráticos, e por isso, precisa questionar sua função permanentemente.

Esse exercício de formação-intervenção do apoio tem sido por nós experimentado no município de Cariacica, estado do Espírito Santo. Exercício que tem nos indicado que esse método, esse modo de caminhar, é uma estratégia potente para a intervenção dos processos de trabalho no âmbito das políticas públicas de saúde, uma vez que envolve e traz à tona a dimensão das relações entre os diferentes sujeitos no âmbito de modos de gestão e atenção, articulado à análise dos processos de formação do próprio apoiador.

Encontrar desafios e ter de lidar com a configuração provisória dos modelos instituídos não aponta uma “hipocrisia” ou fragilidade do método, mas sua própria função sendo posta em operação. Condição indispensável para a construção de novas práticas. É importante, ainda, que o apoiador persiga uma postura ética, que é a de aliar-se com práticas que efetivamente promovam uma transformação nos graus de autonomia e cogestão no âmbito das políticas públicas de saúde.

Incubadora de apoiadores institucionais: a experiência de Cariacica

O programa de extensão “Apoio Institucional às Políticas Públicas de Saúde na Grande Vitória”, vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), objetiva qualificar

e potencializar ações no campo da saúde comprometidas com os princípios e diretrizes do SUS. Desde 2010, temos nos mobilizado para produzir estratégias de apoio institucional capazes de interferir nas condições, organização e processos de trabalho nos serviços de saúde do município de Cariacica-ES. O projeto, compartilhando e modulando os sentidos de incubadora que indicamos até aqui, orienta-se a partir de algumas diretrizes:

1. indissociabilidade entre gestão e produção de saúde/doença;
2. trabalho inventivo como estratégia para produção de saúde na rede;
3. potencial formativo da análise coletiva das experiências concretas;
4. importância da forma como o trabalho se organiza e a produção de saúde/doença; e
5. diálogo entre serviço e academia, entre trabalhadores e pesquisadores/estudantes como estratégia de formação de trabalhadores para o SUS.

A função Apoio Institucional tem sido uma aposta da Política Nacional de Humanização (PNH) como dispositivo de intervenção em práticas de saúde pública, fundamentada na criação de espaços coletivos de análise e gestão dos processos de trabalho. “Lugar-função que instiga, lugar de passagem que viabiliza processos de desestabilização do que está instituído, fazendo emergir modos outros de trabalhar e produzir saúde” (BARROS; GUEDES; ROZA, 2009, p. 4806). Lugar-função que apenas se efetiva em conexão com os protagonistas da atividade, na realidade concreta dos serviços. A proposta é que a formação de apoiadores institucionais – sejam trabalhadores ou pesquisadores/estudantes universitários – esteja pautada na constituição de um espaço dialógico e democrático que potencialize a circulação de saberes sobre as experiências concretas de trabalho. A noção de incubadora indica essa direção ao propor um espaço formativo que se constitui a partir do diálogo entre os saberes produzidos na academia e os saberes da experiência.

Tanto os saberes produzidos pela academia, quanto os produzidos pelos trabalhadores para dar conta das variabilidades do real possuem

zonas de cultura e incultura (SCHWARTZ, 2000). Se por um lado, os conhecimentos formais não apreendem a eterna “recriação de valores, saberes e histórias inerentes à atividade”, por outro, os trabalhadores apresentam dificuldade de traduzir em palavras a experiência por eles vivenciada. Essa perspectiva exige métodos que permitam produzir conhecimento sobre a atividade de trabalho, sem que a riqueza de saberes da prática seja perdida ou restringida. Métodos que tentem abarcar a atividade em sua historicidade e dinâmica, além de permitir a mobilização, emergência e produção de novos saberes. Um método que reconheça que “os limites do conhecimento científico sobre saúde e trabalho só podem ser superados se confrontados e estimulados pelos desafios e indagações advindos da experiência — portada na primeira pessoa — daqueles que vivem as relações que investigamos” (BRITO; ATHAYDE, 2003, p.240).

O dispositivo dinâmico de três polos, apresentado pela ergologia propõe articular diferentes polos relativos aos saberes sobre a atividade de trabalho. 1) O polo dos conceitos, formado pelos saberes formais e disciplinas científicas; 2) o polo das “forças de convocação e reconvocação”, dos saberes investidos, gerados na atividade; e 3) o polo, das exigências éticas e epistemológicas, baseado na afirmação do outro, de suas opiniões e saberes, na construção de relações lateralizadas, na legitimação do outro como semelhante, do compromisso comum na construção de um conhecimento compartilhado. Este é fundamental para que haja um encontro produtivo entre os outros dois (SCHWARTZ, 2000; SILVA, 2003).

Uma incubadora de apoiadores institucionais organiza-se como espaço de aprendizado coletivo, compartilhamento de saberes entre trabalhadores e pesquisadores/estudantes, baseado na proposta do dispositivo a três polos, em que o polo das exigências éticas e epistemológicas, pressuposto para o trabalho de apoiador, seja colocado constantemente em análise. Entendemos, ainda, que os três polos têm estabilidade provisória e estão em permanente processo de constituição, não estão dados desde sempre, não são polos prontos que entram em relação. A formação de apoiadores fundamenta-se então na abertura a alteridade, ao instituinte, ao que ainda não se sabe e ao caráter produtor de saberes da atividade.

Processos de formação-intervenção nas práticas em saúde num município da Grande Vitória/ES

A formação na área da saúde tem se apresentado como um grande desafio, tanto para os centros de formação como para os gestores dos sistemas de saúde. Isto se deve, dentre outros aspectos, às exigências postas pelo sistema de saúde brasileiro, que apresenta desafios importantes no cenário da saúde do país. Cuidar, formar, se apresenta como um grande desafio que se confronta com o peso da tradição biomédica, decorrente da presença hegemônica que prioriza uma atenção em saúde pautada nos preceitos da biomedicina. Intervir neste complexo quadro exige a constituição das possibilidades concretas da produção da mudança.

A produção de inovações teóricas e metodológicas neste campo tem decorrido, sobremaneira, da crescente interação entre os serviços de saúde e a academia. O projeto que desenvolvemos em Cariacica se encerra exatamente nesta condição: articulação, consorciamento e interação entre sujeitos da rede de saúde e a academia, na perspectiva de se construir práticas de saúde afinadas com os princípios éticos do SUS. Nesse sentido, as prioridades nas quais temos investido são:

- Buscar contagiar trabalhadores, gestores e estudantes para construir USs com suas responsabilidades sanitárias pactuadas numa perspectiva dialógica.
- Produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão da saúde visando à produção de saúde nas USs.
- Aprimorar e ofertar/divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis nos modelos de gestão na saúde com o objetivo de produzir saúde e outro modo de cuidar.
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, na perspectiva de produção de conhecimento, incluindo metodologias e informações para mudança de gestão, ressaltando análises e saberes gerados no próprio processo de construção de redes. Aponta-se, com isso, para a importância dos processos coletivos e experiências de forma a se instituir observatórios nas USs na perspectiva do monitoramento do que adoece.

O projeto tem revelado sua força, traduzida em diferentes dimensões: de reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de um protagonismo sem centros, da potência do coletivo, da importância da construção de redes compartilhadas para a transformação dos espaços de trabalho, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição geradora de disputas. A força do projeto vem, então, indicar para o compromisso com uma posição ético-estético-política no campo da saúde. Ética porque implica mudança de atitudes dos profissionais, dos coordenadores, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das práticas em saúde; estética, por se tratar do processo de produção/criação de saúde e de subjetividades protagonistas nas USs; política, porque diz respeito à coletivização das práticas na rede pública de saúde de Cariacica.

O projeto busca realizar um processo de formação de apoiadores que viabilizem os processos indicados, considerando e partindo do concreto das experiências nas USs. Isto permitirá que os trabalhadores possam operar de forma a construir caminhos para modos de gestão compartilhada na rede pública de saúde no município de Cariacica. Assim, a ênfase está na formação de apoiadores institucionais – alunos da UFES e trabalhadores das unidades – que viabilizem as mudanças desejadas na direção dos princípios do SUS.

A função principal é promover, acompanhar e apoiar processos de mudança nas práticas em saúde, nos seus modos de gestão, tomados como indissociáveis. A produção da mudança em saúde, no que se refere à gestão, organização das USs e práticas de cuidado não pode desconsiderar que ela depende da própria mudança dos sujeitos nela engajados. Produção de saúde e de sujeitos – processos indissociáveis. Entendemos que apoio ao processo de territorialização em saúde em Cariacica-ES tem sido um importante dispositivo.

O processo de territorialização da Atenção Básica como dispositivo e o apoio institucional como estratégia para produção de saúde

Iniciado em outubro de 2010, a partir da parceria estabelecida entre a Secretaria de Saúde do município de Cariacica (SEMUS) – por meio da gerência de Atenção Básica, com participação de gestores e trabalhadores; o Ministério da Saúde, com atuação de consultores da

Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) e o Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com participação de alunos da graduação, pós-graduação e professores – a proposta de Apoio Institucional iniciou-se com uma oficina em que estiveram presentes gerentes de diferentes setores da SEMUS, na qual foram definidas três linhas prioritárias de ação para qualificar os serviços de saúde municipais: a) implementação da adscrição de clientela ao território com responsabilização sanitária em rede; b) Preparação das unidades de pronto-atendimento para iniciar operações do Acolhimento com Classificação de Risco; e c) melhoria das condições físicas e de organização do trabalho nas unidades municipais de saúde. Com essa direção, o trabalho se efetiva por meio de vivência institucional semanal nas unidades, rodas de conversa nos serviços e periodicamente realização de oficinas nas regiões de saúde do município.

Tendo a PNH como esteio, definiu-se que as linhas de ação, prioritariamente a relativa à territorialização, seriam abordadas tendo como diretriz a cogestão, como método “a roda”, e como metodologia, o Apoio Institucional. Deste modo foi criado, na Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica, o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) para conduzir e gerir a construção da proposta de territorialização e os demais processos disparados. Este grupo heterogêneo, composto por distintos atores (trabalhadores, usuários, gestores, estudantes e professores) de diferentes instituições (MS, UFES, SEMUS-Cariacica) com saberes e experiências diversas de trabalho e inserção no sistema de saúde, constituiu espaço privilegiado de formação de coletivos e cogestão dos modos de trabalhar, campo fértil para análise dos processos de trabalho na rede de serviços de saúde. O grupo se encontra mensalmente para criar coletivamente propostas de trabalho na rede, sempre acompanhadas de análises dos processos de trabalho em curso.

A regionalização como uma das diretrizes organizacionais do SUS apresenta-se como estratégia para superar as dificuldades enfrentadas no processo de institucionalização. O processo de regionalização prevê a territorialização dos serviços e objetiva o fortalecimento da Atenção Básica, âmbito de atenção à saúde direcionado para o desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas para populações de territórios bem delimitados, pelas quais se assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006). Neste sentido, a territorialização propõe a definição de áreas de responsabilidade sanitária das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), possibilitando a identificação da população adscrita em cada território e o planejamento local de ações em saúde.

Em Cariacica, existem atualmente 31 UBSs distribuídas nas 12 regiões administrativas definidas pelo Programa de Organização Territorial (POT). Essas UBSs não contam com uma área de abrangência pactuada em cada regional e/ou entre as regiões que compõem sua extensão territorial, não funcionando, portanto, com base nas diretrizes organizacionais preconizadas pelo SUS.

O cenário sociopolítico do município, particularmente no campo da saúde, pode ser expresso pelo alijamento de boa parte de seus moradores do acesso a bens e serviços na área. A descontinuidade e fragmentação das ações, bem como a forma como os serviços de saúde estão distribuídos pelo território geográfico do município expressam as fragilidade na formulação e implementação de políticas públicas no campo da saúde. Não obstante, a construção de uma proposta de territorialização no município não poderia ignorar a existência de uma rede constituída e em uso, com vínculos entre usuários e serviços estabelecidos das mais diversas formas e pelos mais diferentes motivos. Ignorar tais usos seria sobrepor um território abstrato ao território vivido concretamente por usuários, gestores e trabalhadores.

Propomos a compreensão de território composto de diferentes funções e usos do espaço (SANTOS, 1998). Abordado como categoria de análise social, o território deve ser analisado considerando as dinâmicas de apropriação social “a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aquele que dele se utilizam” (SANTOS, 2000, p. 22). Território como espaço relacional significa compreender que o espaço

[...] não é nem uma coisa em si, nem um sistema de coisas, mas uma realidade relacional: coisas e relações juntas. O espaço deve ser considerado um conjunto indissociável, de que participam de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. (SANTOS, 2008, p. 27-28).

Tendo em vista estas discussões, entendemos que o processo de territorialização implica não apenas a proposição da área de abrangência das UBSs do município de Cariacica e de sua clientela adscrita, mas também mudanças na organização da rede de saúde, nos modos de cuidar da população, nas formas de trabalhar e gerir os processos que estavam em curso e os que foram, e ainda são cotidianamente disparados.

Definir os territórios de abrangência e suas respectivas clientela implica intervir nas redes relacionais já estabelecidas, nos fluxos de cuidado constituídos, em modos de trabalhar sedimentados, em procedimentos institucionais cristalizados, assim como em seus processos incessantes de constituição. Exige a desconstrução, modulação e criação de novos modos de habitar os serviços e de novos usos para a rede de saúde, o que não se dá sem resistências e tensionamentos, sem idas e vindas, movimentos, estagnação e retração. Como lidar com os limites estruturais e organizacionais na rede de saúde de Cariacica a partir da potência da própria rede? Como convocar os diversos sujeitos à corresponsabilidade pelo processo de territorialização? Como criar condições para ampliação do protagonismo dos sujeitos?

Os maiores desafios que se apresentam desde o início neste processo dizem respeito ao fortalecimento e contágio de coletivos, à criação de espaços de discussão e encaminhamento para as questões da Atenção Básica em Cariacica e tensionamento da noção de gestão compartilhada dos processos de trabalho da rede (BRANDÃO et al., 2009).

É em ato que formamos apoiadores institucionais em Cariacica. O exercício do apoio institucional emerge, neste contexto, como metodologia estratégica e desafiante para trabalhadores e estudantes, uma vez que exige que estes, no curso da ação e sob seus limites, consigam produzir conexões, fomentar espaços coletivos, dar suporte aos movimentos de transformação dos modos de trabalho, disparar e potencializar processos que contribuem para a construção do projeto de territorialização. Desafio de exercitar uma função clínica, coproduzindo interferência nos modos de cuidar e organizar o trabalho, nos modos de se relacionar com o outro e com os serviços, criando condições para constante análise coletiva das atividades, lugares, saberes e práticas

instituídas; dando passagem a experiências instituintes, a novos modos de cuidar e a emergências de novos sujeitos; ampliando o poder de agir dos atores que compõem o SUS.

Se concordarmos com a ideia de que o processo de trabalho não se restringe à ação isolada de um especialista, mas acontece na rede de negociações cotidianas, pensamos em disparar diálogos no município sobre uma clínica que não se limita a ação fragmentada de um médico ou outro especialista. Sob o risco de ver (como efetivamente constatamos) a experiência do trabalho em saúde reduzida a um espaço-tempo limitado a ação de um sujeito que simplesmente examina um objeto e que só possui a possibilidade de uma relação prescritiva. Assim, colocamo-nos constantemente a questão sobre os efeitos dos tipos de prática na construção de um SUS.

Experimentamos comumente algum desses efeitos dos modos de organização do trabalho e da clínica – absentéismo, tratamento áspero e descomprometido dos trabalhadores (dificuldade de lidar com os usuários), valor negativo atribuído ao ambiente de trabalho pelos trabalhadores, baixa adesão dos usuários aos processos terapêuticos, fragmentação dos processos de trabalho, filas imensas em alguns serviços e subaproveitamento de outras unidades, redução da gestão à prescrição, saber acadêmico mais importante que o saber da experiência de trabalho. Estes são apenas algumas complicações, ou produtores de complicações se pensamos o apoio como espaço de produção coletiva de modos éticos de se “estar-no-mundo”, como um espaço de formação.

Tais complicações são temas recorrentes quando discutimos saúde no município de Cariacica, e isso se dá exatamente pelo potencial de afetar o desenrolar dos serviços, e em nosso entendimento, tornando os processos de trabalho fragmentados e descontextualizados. Essas afirmações são de fácil constatação no cotidiano dos serviços: programas que não se articulam, níveis de atenção que não se comunicam – especialismos e relações hierarquizadas, entre outros. Buscamos então ultrapassar esses modos fragmentados e descontextualizados pela criação de espaços onde o saber específico e acadêmico seja complementar ao saber-fazer aprendido na experiência cotidiana dos serviços.

O apoio torna-se então, um direcionamento para uma ação cotidiana não limitada pela fragmentação tanto dos sujeitos quanto dos serviços e dos saberes – direciona o processo ao “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2004). Portanto, é um direcionamento que aposta na dimensão coletiva de nossa existência, e para isso é preciso que ajude a criar condições para a circulação de saberes, para a cogestão dos serviços e para a corresponsabilidade pelas formas de cuidado e gestão. Fundamenta-se em um compromisso com os sujeitos singulares que habitam o SUS, reconhecendo os limites dos conhecimentos e das tecnologias utilizadas pelos profissionais de saúde ressaltando a importância da comunicação entre os atores e diferentes setores cujos saberes e práticas se vinculam a uma visão ampliada da saúde.

Tratar do tema das incubadoras e tornar essa perspectiva de apoio incorporada ao fazer cotidiano dentro do SUS é um desafio não só de Cariacica, mas de toda uma política pública, diretamente relacionada à incorporação do que temos chamado até aqui de *análise coletiva do trabalho*. Pensar a formação desses coletivos é também nos questionarmos sobre os lugares que temos habitado, os efeitos de nossas práticas cotidianas, nossas implicações na construção de um diálogo articulador de redes de convívio e de serviços para a população; logo, estamos também tratando dos modos como concebemos a gestão e a atenção no cotidiano dos serviços. Uma prática, então, atravessada pela avaliação contínua de si mesma, de como vem se concretizando e se desdobrando nas experiências cotidianas dos processos de trabalho no SUS, como um movimento de autonomia.

Entender a possibilidade de uma avaliação contínua atravessando as práticas de cogestão é o que nos recoloca dentro da dimensão concreta e coletiva de nossas relações. Avaliação que, além desta perspectiva ética de se considerar qualquer ação dentro da rede de um trabalho vivo, coloca-nos em contato com uma perspectiva estética, pois esse trabalho vivo acontece dentro de formas ou modos de organização para produção de uma realidade compartilhada; e com uma perspectiva política, pois todo o processo aponta para uma

realidade compartilhada e exclusivamente relacional. Também nesse processo, as equipes se preparam para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas cotidianas de trabalho, aspecto que historicamente tem sido negligenciado no cotidiano do SUS em Cariacica.

Os aspectos relativos à organização dessa rede municipal têm sido um campo de intervenção fértil, pois implicam avaliação direta dos modos de gestão do trabalho. É impossível cuidar da saúde ou gerir serviços sem considerar as formas de organização adotadas pelos trabalhadores e pela gestão pública para lidar com as demandas do cotidiano de trabalho e as estratégias de enfrentamento das experiências de sofrimento patogênico e desafios que o real nos impõe.

Este processo dialógico crítico (cogestão) não se limita a ser um momento de transmissão de informações, como nas concepções hegemônicas de aprendizagem; antes, é um momento de escuta e de abertura para o outro no encontro. Essa abordagem tenta enfatizar as diferentes vozes que compõem qualquer diálogo, fazendo um convite de afirmação do outro na sua diferença, legitimando a multiplicidade de saberes que emergem nessas situações, explicitando a riqueza das experiências de vida e estratégias inventadas. A cogestão é um arranjo, onde juntos temos a oportunidade de inventar um trabalho menos desgastante e mais prazeroso,³ e também indica uma abertura do conceito de gestão. Corresponsabilização de acordos, combinações e pactuações realizadas nos espaços de gestão não se limitam a um grupo específico (trabalhadores, gestores, usuários, etc.). A cogestão, pautando os processos de formação desse coletivo, atualiza-se como método de produzir outros valores para o trabalho. Os valores colocados pela perspectiva da “cogestão” dizem respeito a um trabalho que só acontece quando ultrapassamos a limitação das práticas fragmentadas.

Ao colocar em análise o modo como nos organizamos para trabalhar, necessariamente estamos considerando não só os direitos

dos usuários ou dos trabalhadores, mas o direito a uma política pública ética que não promove fragmentação e constrangimento das relações. É com esse entendimento que temos buscado fomentar nos atores que constroem essa rede em Cariacica, o exercício pleno de suas condições como trabalhadores protagonistas de análises compartilhadas e intervenções nos seus espaços de trabalho.

Lançamos o desafio de convocá-los no seu potencial de criação próprio dos vivos para disparar novos modos de fazer e gerir o trabalho e, assim, transformar os mundos do trabalho. Pois, para além de viabilizar ambientes seguros e saneados de trabalho, objetivamos superar posturas legalistas e assistencialistas e ir à direção de fomento ao envolvimento dos trabalhadores na construção de projetos, incentivando a multiplicação de diferentes movimentos e rodas, fortalecendo redes (SANTOS-FILHO, 2007).

A Incubadora como dispositivo formativo e de cogestão

A proposta do projeto em Cariacica é articular e avaliar, a partir da ideia de incubadora, o apoio na estruturação de uma rede municipal e formação dos trabalhadores na análise dos processos de trabalho, com foco na cogestão e colegiados gestores, considerando o cotidiano da gestão e do cuidado em saúde.

Os dispositivos, segundo essa experiência, podem ser orientações para modos de disparar processos de protagonismo dos trabalhadores “no meio” dos serviços, a fim de desequilibrar os arranjos instituídos e criar condições para outras formas de organização do trabalho, levando em consideração as experiências concretas dos trabalhadores e usuários. Mas o que efetivamente isso quer dizer? Quando tratamos das práticas cotidianas no SUS, apostamos na potência transformadora de uma política efetivamente pública. Para tal, essa aposta necessita recorrentemente visitar suas próprias orientações (uma direção para caminhar), de forma a se criar condições (1) para que todos sejam incluídos nessa política pública de saúde, e (2) para que se possam construir outros modos de organizar os processos de trabalho neste âmbito. Entendemos que não há possibilidade de se pensar inclusão ou outros modos de organização sem que se promova também uma torção radical nos modos de atenção e gestão no SUS.

³ Prazeroso, aqui, não tem sentido hedonista, que associa prazer à descarga gerada por uma situação de aumento de tensão do sistema, nem mesmo como situação ideal a ser conquistada, estado de plenitude, quase sempre imaginado como tendo existido anteriormente. Trabalho prazeroso, no nosso entendimento, é aquele que cabe ao trabalhador parte importante de sua construção; trabalho que convoca os trabalhadores na sua potência normativa.

Tratar do tema das incubadoras implica apostar nesse conjunto de referenciais, a partir das experiências concretas nos serviços de saúde. Esses referenciais tratam de dois princípios, como pudemos ver: a indissociabilidade entre os modelos de gestão e da atenção e a transversalidade como ampliação do grau de comunicação existente entre os diferentes trabalhadores das diferentes instâncias do SUS (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais), dos diferentes serviços da rede. Portanto, o apoio precisa criar condições para a efetivação de novos modos de organização da gestão e do cuidado. Produzir saúde para as pessoas e com mais pessoas: ampliação das possibilidades de uma ação ética no SUS e de cogestão dos processos de trabalho.

Inventar coletivamente um processo de formação que crie condições para que o diálogo aconteça talvez seja a estratégia mais importante se pensamos em termos de cogestão dos processos de trabalho no SUS. E quando se trata da criação de espaços dialógicos, pretendemos pensar coletivamente modos de viver no concreto da experiência. Criar espaços onde podemos experimentar estes princípios éticos no concreto das experiências implica considerar as tecnologias disponíveis, a negociação que atravessa as situações de trabalho, a escuta, os protocolos e principalmente, a invenção de modos de lidar (relacionarse) com a variabilidade das situações de trabalho.

Num sistema tão fragmentado, pode parecer inviável ou mesmo contraditório pensar na produção de novos modos de trabalhar e de viver mais saudáveis e prazerosos que potencializem o protagonismo dos trabalhadores e usuários de forma distribuída e democrática. Protagonismo implica corresponsabilidade e existência de espaços para construirmos outros modos de trabalhar e instrumentos avaliativos deste processo – talvez aqui, as incubadoras sejam a efetivação de nossa aposta na potência de uma política pública.

Referências

BARROS, M.E.; GUEDES, C.R.; ROZA, M. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Revista Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez 2011.

BARROS, R.B. Grupo: estratégia na formação. In: BRITO, J. et al. (Orgs.). *Trabalhar na Escola? Só inventando o prazer*. Rio de Janeiro: IPUB, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília:Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Seminário sobre Incentivos às Mudanças na graduação das carreiras da saúde*. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, 7 e 8 de maio de 2003 (mimeo).

BRANDÃO, B.P. et al. Fazendo falar o Território: Oficinas regionais de discussão sobre o processo de territorialização em saúde no âmbito da Atenção Básica, em Cariacica – ES. In: ENCONTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL DA ABRAPSO, 16., 2011, Recife. *Textos completos....* Recife, 12 a15 de novembro de 2011. Campus da UFPE. ABRAPSO, UFPE.

BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 239-265, 2003.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FOUCAULT, M. *Estratégia poder e saber*. Ditos e Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1979.

KASTRUP, V. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 16, n. 3, p. 7-16, set/dez 2004.

_____. *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Campinas: Papirus, 1999.

LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: NUNES, J.A.; ROQUE, R. (Org.). *Objetos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Afrontamento, 2007. p. 40-61.

_____. *Pandora's hope: essays on the reality of science studies*. Cambridge Mass.: Harvard University Press, 1999.

POZZANA, L. *O corpo em conexão: Sistema Rio Aberto*. Niterói: Eduff, 2008.

PINHEIRO, R. Incubadora da integralidade: afinal do que se trata? *Revista Cosems RJ*. Rio de Janeiro, mar/abr 2010.

ROLNIK, S. Gilles Deleuze. Esquizoanálise e Antropofagia. In: ALLIEZ, E. (Org.). *Uma vida filosófica*. São Paulo: Ed.34, 2000. p. 451-462.

RODRIGUES, H.C. de B. Prefácio. In: GUARESCHI, N. *Foucault a Psicologia*, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do Humanizatus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho e Educação*, n. 7, jul/dez 2000.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. 6 ed. São Paulo: Edusp, 2008.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, M. et al. (Orgs.). *Território: globalização e fragmentação*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1998b. p. 15-20.

_____. *Território e sociedade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SERRES, M. *Le tiers-instruit* (O terceiro instruído). Paris: François Bourin, 1991.

SILVA, E.F. *Trabalhadores/as de escola e construção de uma "comunidade ampliada de pesquisa": a busca da promoção da saúde a partir dos locais de trabalho*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

Dispositivos de transformação da formação em saúde: desafios da construção cotidiana e caminhos trilhados

LILIAN KOIFMAN
GILSON SAIPPA OLIVEIRA
VERÔNICA SILVA FERNANDEZ

Primeiro movimento: visitando antigos pensamentos

Este trabalho é fruto de nossas atividades e reflexões no exercício da docência no campo da Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense (UFF), e busca atualizar relatos da formação em saúde no Brasil à luz dos reflexos produzidos pelas políticas de formação em saúde lançadas ao longo dos últimos anos.

Realizamos o movimento de revisitar a publicação na Coletânea *Construção Social da Demanda*, lançada em 2005 pelo LAPPIS, quando descrevemos nossas experiências na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, apontando algumas possibilidades de mudanças do perfil de profissionais de saúde em formação, orientados pela consolidação das práticas do cuidado integral. No presente trabalho, lançaremos um novo e revigorado olhar sobre nossa prática docente, no intuito de identificar pistas para uma análise da incorporação dos preceitos e objetivos das orientações vindas das políticas de educação e saúde vigentes. Para isso, selecionamos três experiências específicas do cotidiano da nossa prática docente na universidade, com estudantes de graduação de dois cursos de saúde, com a proposta de estimular o debate sobre o profissional de saúde que desejamos formar. A opção pelas disciplinas de campo, com momentos prioritariamente em observação e atuação prática, tem sido adotada como estratégia em quase todos os cursos de graduação da área de Saúde na UFF. Nossa pretensão é trocar e ampliar possíveis estratégias de e no campo.

Iniciamos com um panorama desse escopo de dispositivos políticos que trazem, numa primeira análise, orientação aos cursos de saúde no sentido de uma constante construção e reconstrução dos seus currículos, na tentativa de acompanhar as mudanças na dinâmica e demandas sociais.

Tomamos como referência o texto da Resolução CNE/CES nº 4, de 2001, que traz as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), com foco em habilidades e competências, rompendo com a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos e apontando uma mudança na formação a partir do delineamento do perfil do egresso. Acima de tudo, como ressaltamos na publicação de 2005, entendemos que tal sinalização não garante que, na prática cotidiana da formação, as antigas e novas dicotomias se estabeleçam, assim como a unilateralidade explicativa dos fenômenos e práticas de saúde e educação. A proposta das DCNs indica o exercício constante da superação das profundas marcas “higienistas” nas práticas de educação em saúde, com a consciência da existência de disputas e conflitos que diariamente se estabelecem e se materializam (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2005).

Segundo movimento: balanço dos dispositivos que orientam as mudanças na formação em saúde

Em consonância com os dispositivos do SUS, surgem vários arranjos tecnoperacionais dedicados às questões da formação em saúde nas suas relações diretas com a produção do cuidado. São reflexo da materialização de diferentes propostas que têm sido experimentados e se expressam nos balizamentos normativos presentes nos Relatórios da X, XI e XII Conferências Nacionais de Saúde (CNS), na Norma Operacional de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde (DCNs) e nas diferentes políticas do Ministério da Saúde que tratam do tema (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Explicita-se de maneira bastante clara, nos relatórios finais da X, XI e XII Conferências Nacionais de Saúde, a necessidade de uma política de formação de profissionais de saúde (então chamados de recursos humanos) para o SUS, pois sua inexistência propicia um modelo de

formação, tanto de profissionais de nível superior quanto de nível médio, centrados no uso intensivo de tecnologias e especialização. Alerta-se que esse processo deve se concentrar na formação de profissionais que tenham clareza de sua inserção e desempenho no processo de trabalho em saúde, conscientes do compromisso com a humanização e compreensão da diversidade sociocultural da sociedade brasileira, bem como dos aspectos éticos do SUS (BRASIL, 2005).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), de fevereiro de 2002, como expressão das orientações normativas das Conferências de Saúde, enfatiza que uma formulação de diretrizes curriculares para os cursos universitários da área deve contemplar: as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das várias regiões do país; a implementação de uma política de formação de docentes orientada para o SUS; a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão e a garantia de recursos financeiros e operacionais necessários ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão voltados à lógica da saúde enquanto direito, expressos na agenda do SUS (BRASIL, 2003).

Os debates sobre a regulamentação da NOB-RH/SUS ocorridos durante a X CNS se deram no sentido de estabelecer diretrizes para a gestão do trabalho no SUS. Nesta perspectiva, foram formulados e aprovados, durante a realização da XI CNS, os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (FERREIRA; MOURA, 2006).

As Diretrizes Nacionais dos Cursos Universitários da Saúde (DCNs), homologadas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação entre os anos de 2001 e 2003, têm como indicativos conceituais e normativos a necessária articulação entre a educação superior e o sistema de saúde, objetivando uma formação geral com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (ALMEIDA, 2003). Indicam, também, um conjunto de competências comuns centradas nos princípios e diretrizes do SUS com liberdade para a integralização curricular, visando possibilitar aos alunos dos cursos da saúde, movimentos de aprender a aprender que englobam aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. A partir de uma concepção ampla de

saúde, propõem mudanças da ênfase nos conteúdos para movimentos de aprendizagem ativa, buscando assim superar a dicotomia entre teoria e prática e valorizam o trabalho articulado com serviços, identificam a capacidade de desenvolvimento da atenção, centrada na prevenção, promoção, proteção e reabilitação, em nível individual e coletivo, valorizam a tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e o gerenciamento dos processos de trabalho, produção de informação e planejamento de ações, habilitando o profissional ao trabalho em equipe e à produção da atenção integral (HADDAD; RISTOFF; PASSARELA, 2006).

Sob tal perspectiva, e de maneira marcante, a formação, aliada aos princípios estratégicos mencionados, retira os trabalhadores de saúde da condição de “recursos” humanos, transportando-os para ideia-força de atores sociais responsáveis pela produção do cuidado em saúde. Este objetivo se potencializa com a utilização sistemática de estratégias de produção da alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida, a partir do caráter público das intervenções desenvolvidas nos diferentes níveis de gestão, controle social e de produção do cuidado (CECCIM, 2005). Busca-se, dentre outras questões, superar o isolamento ou a visão utilitária que as instituições formadoras e de pesquisa mantêm frente à rede de serviços e profissionais do SUS. Apropria-se e utiliza sua capacidade instalada e do cuidado, apenas numa leitura de mão única, ou seja, o que os serviços podem oferecer aos pesquisadores, cursos e formandos em termos de estudos, estágios, aprendizagem de técnicas e tecnologias sem a aproximação crítico-produtiva entre estes espaços e os serviços de saúde (OTERO RIBEIRO, 2004).

O processo pedagógico operado neste contexto, em situações simuladas ou reais, é centrado no compartilhar 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 (LIMA, 2004); (HENRIQUES; PINHEIRO, 2008).

Os processos de integração ensino/serviço/sociedade evidenciam a interseção das ações, ora originadas na área acadêmica e, em outros momentos, no serviço. Em outros momentos, ainda, partem dos

setores da sociedade civil vinculados às instâncias e fóruns de controle social, desenhados pela agenda pública do SUS. Apresentam-se como verdadeiros laboratórios, com potencial de apontar modificações no processo de elaboração e execução de políticas e programas de saúde que podem produzir modificações significativas no processo de trabalho (HENRIQUES; PINHEIRO, 2008; SAIPPA-OLIVEIRA et al., 2012).

Dinâmica das práticas de saúde: o trabalho de campo como potência na formação em saúde

O Instituto de Saúde da Comunidade, sintonizado com os movimentos políticos relatados e promovendo constantes reflexões sobre o tema da formação, tem acumulado grande experiência na consolidação local de estratégias discutidas no campo da formação em saúde e reforçadas na política pública de formação para a área da saúde. Podemos citar a reforma curricular de 1992 do currículo médico na UFF, que procurou privilegiar a inserção dos alunos, desde o começo do curso, em rede hierarquizada de serviços, e ampliar a participação dos alunos em atividades práticas. Dentre os diversos módulos do currículo, destaca-se o Programa Prático-Conceitual (PPC) e, mais especificamente, a disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado (SAIPPA-OLIVEIRA et al., 2005).

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 (TCS 1) se constroi na busca da diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, a partir da articulação com disciplinas teóricas, com o campo de prática das profissões da área da saúde e com o desafio de tecer uma rede de saberes centrados na integração aprendizagem-extensão-pesquisa. Durante essa etapa, os alunos do primeiro ano de medicina visitam diversos espaços e instituições, em grupo de cerca de 12 alunos, supervisionados por um preceptor (em sua maioria docentes).

Como relatado em outros trabalhos (SAIPPA-OLIVEIRA et al., 2004, 2005; MARCH et al., 2006; KOIFMAN; WONG UN, 2008), a disciplina tem como objetivos: a caracterização qualitativa e quantitativa – tanto ambiental, populacional quanto psicossocial – dos cenários, nos níveis local e municipal; promover a experiência com trabalhos de grupos; promover o contato com espaços de vivências do ato de cuidar, destacando-se as dimensões humanas, culturais,

sociais e políticas e observar como a integralidade da atenção à saúde se realiza em cada campo: cotidiano, saberes e práticas do cuidado (acolhimento e responsabilização, vínculo, interinstitucionalidade, autonomia do usuário e resolutividade).

Com metodologia ativa de ensino-aprendizagem, a disciplina se desenvolve a partir da divisão dos 90 alunos em sete grupos, e do desenvolvimento das atividades em diversos temas que se propõem como disparadores para a reflexão de questões de saúde, cultura e integralidade (por exemplo: maternidade, saúde do homem, envelhecimento, infância, álcool e outras drogas, integralidade e Aids, saúde da mulher, racionalidades médicas, pessoas com deficiência, saúde mental, violência, etc.).

Cada grupo se reúne duas vezes por semana com o preceptor, tanto para realizar as atividades e compartilhar as experiências vivenciadas, quanto para debater textos e filmes relacionados aos temas centrais do período. A avaliação da disciplina se realiza através da elaboração de resenhas dos textos lidos, relatórios individuais e de apresentação de pôsteres para toda turma. Neste relato, utilizaremos o exemplo de dois dos temas trabalhados na disciplina – Integralidade e Aids (2º período) e Sobre álcool e outras drogas (1º período) –, com o objetivo de contribuir com elementos para a estruturação de estratégias que consolidem os eixos de uma política de formação na área da saúde, na direção da transformação do modelo de atenção à saúde e consolidação do SUS.

A terceira experiência de campo apresentada – sem a pretensão de esgotar os temas e os desafios de operacionalização de propostas de trabalho em cenários diversificados de aprendizagem – é um relato de construção de uma ação Educativa em Amamentação, desenvolvidas pelos alunos¹ da Disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado 2 em Fonoaudiologia da UFF. A disciplina obrigatória é oferecida no segundo período letivo do Curso de Bacharelado em Fonoaudiologia, tem carga horária de 40 horas e é dirigida a 13 Agentes Comunitários

de Saúde (ACS) vinculados à Estratégia de Saúde da Família, da Fundação Municipal de Saúde de Nova Friburgo-RJ (UFF, 2009).

Desta maneira, relatamos a seguir o movimento desenvolvido, por alunos e docentes, ao longo do segundo semestre letivo de 2012, quando se buscou ampliar a compreensão das conexões interdisciplinares sobre os temas relacionados às ações educativas em saúde, destacando o papel do fonoaudiólogo nesta construção.

A disciplina tem, dentre seus elementos estruturantes, a valorização da discussão sobre a humanização enquanto dispositivo da produção do cuidado em saúde, a partir da construção de experiências singulares de integralidade da atenção à saúde, com destaque para a articulação entre serviços de saúde e setores do mesmo serviço, políticas públicas e ações educativas em saúde. Suas estratégias didático-pedagógicas são concebidas para o desenvolvimento da pró-atividade do aluno e entendimento da realidade prática fonoaudiológica. Espera-se, com essa abordagem metodológica, que os estudantes compreendam as conexões interdisciplinares estabelecendo a relação entre o conteúdo proposto (teórico e prático) e a construção de sua identidade profissional.

Existe uma heterogeneidade nos campos dessas duas disciplinas, o que aponta para uma diversidade de caminhos e possibilidades para a implementação das propostas de formação em saúde, e reforça que as soluções serão construídas local e cotidianamente na relação entre os atores envolvidos (SAIPPA-OLIVEIRA et al., 2005).

Integralidade e Aids

Este relato se refere à experiência vivenciada por alunos do segundo período do curso de graduação em medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 (TCS 1), tendo como um dos principais locais de convívio e conhecimento, a Coordenação de Aids do Hospital Universitário Antônio Pedro (CAIDS/HUAP). Nesse grupo, além da CAIDS/HUAP, os estudantes conhecem ONGs AIDs (Pela Vidda, ABIA, Sociedade Viva Cazuzu, Casa Maria de Magdala) e centros de pesquisa (Instituto de Pesquisa Evandro Chagas/Fiocruz). Pretendemos abordar alguns dos aspectos inerentes acerca de

¹ Agradecemos a generosidade dos alunos de Trabalho de Campo Supervisionado 2 em Fonoaudiologia, turma UFF 2012, que acolheram e construíram com brilhantismo os desafios da referida Ação Educativa.

discussões sobre HIV/Aids com os alunos e destacar a importância dessa experiência no processo de formação em saúde.

Sendo a Aids objeto complexo, tanto para o campo do conhecimento quanto para as formas de intervenção, exige a participação de múltiplos saberes e a valorização de diversas dimensões da experiência humana para que se tenha uma abordagem eficaz. Sendo assim, constitui exemplo privilegiado para se observar de que modo a integralidade das ações de saúde se realiza, através de estratégias como a humanização do atendimento, o trabalho interdisciplinar compartilhado e a construção de redes sociais solidárias. Entre os desafios propostos pelo tema da Aids, encontra-se a necessidade de construir uma relação do profissional de saúde com o paciente mais resolutiva, que ultrapasse a mera prescrição de medicamentos e aponte para questões intersubjetivas, tais como o envolvimento, a troca e a escuta qualificada do paciente. Ou seja, questões que dizem respeito à dimensão humana do ato de cuidar.

Ressaltamos que o aspecto fundamental para uma abordagem integral da Aids se deve à organização do atendimento a partir de uma estratégia “usuário-centrada”, isto é, as ações devem ter como eixo as necessidades do usuário, e estas só poderão ser devidamente contempladas através do trabalho integrado de uma equipe multi e interdisciplinar.

Os alunos, após a leitura e debate de artigos sobre o tema (em especial a história da Aids no Brasil e a construção do Programa de Nacional de DST e Aids), observam e participam de atividades de uma equipe multiprofissional de saúde, trabalhando com pacientes soropositivos (adultos, gestantes e crianças). Um dos locais mais frequentados pelo grupo de 12 alunos durante o semestre, a CAIDS/HUAP, foi criado em 2001 como um local de acolhimento, escuta, educação para a prevenção e a promoção de saúde. A equipe multiprofissional de saúde realiza atendimentos individuais e em grupo. Existem ainda grupos de convivência, atendimento psicológico, pediátrico, imunológico, nutricional, odontológico, consulta de enfermagem, etc. (KOIFMAN et al., 2008). Segundo os depoimentos desses estudantes de segundo período, a aproximação com a prática desde o começo do curso, promovida pela disciplina Trabalho de

Campo Supervisionado 1, ajuda o aluno a compreender melhor a atuação do profissional de saúde e as dificuldades existentes no campo (KOIFMAN; WONG UN, 2008).

As falas de estudantes apresentam elementos muito instigantes. Ao circularem pelo setor, que se localiza dentro do Hospital Universitário Antônio Pedro, atendendo soropositivos, diversas vezes relatam que sentiram medo ao serem sorteados para o grupo com o tema da Aids. Mas aos poucos percebem que encontram pessoas “normais”, que nem parecem ter Aids. Relatam que se surpreendem e perdem o medo, descobrem que a maior diferença entre eles, alunos e os pacientes com quem convivem se concentram nas diferenças socioeconômicas. Um dos grandes aprendizados se refere a conviver com diferenças culturais, compreender a estigmatização dessa doença (e de outras). O mesmo acontece nas visitas, realizadas nos demais locais (citados acima). A aproximação com a prática desde o começo do curso de medicina, que a disciplina promove, ajuda o aluno a compreender melhor a atuação do profissional de saúde e as dificuldades existentes nesse campo de atuação. A possibilidade de conhecerem, por exemplo, uma consulta de enfermagem e observarem como uma enfermeira estabelece grande vínculo com os usuários, surpreende os alunos. Relatam não terem imaginado que isso ocorreria dessa forma.

Também realizamos atividades para discutir as questões sobre a sexualidade, preconceitos, diferentes de opções de cuidar de sua saúde, etc. Em geral esses temas são abordados logo no início da entrada no campo, com dinâmicas de grupo aplicadas pelos profissionais da equipe do local que visitamos. Para esses estudantes recém-saídos da adolescência (e, em algumas vezes, ainda saindo dela), aparecem muitas dúvidas, curiosidades, medos e ansiedades. Aproveitam o momento para tirarem dúvidas sobre as doenças sexualmente transmissíveis e quanto ao uso dos contraceptivos. Consiste em uma preocupação da equipe da CAIDS e dos demais locais visitados, que esses jovens sejam multiplicadores de informações preventivas contra a Aids (KOIFMAN; WONG UN, 2008).

A partir da experiência vivida, consideramos que a o campo Integralidade e Aids oferece um espaço educacional diferenciado, que promove o aprendizado sobre o atendimento integral, abrangendo as

demandas psicológicas, sociais e biológicas do paciente. O tema propicia a abordagem de questões como preconceito, vaidade, autoestima, insegurança, responsabilidade, além de outras questões técnicas.

Um bom caminho para formar profissionais preparados para atuar dentro da integralidade é aproximá-los da realidade do paciente. Dessa forma, facilita-se a criação de vínculo, o que propicia o entendimento do paciente como um todo. Nesse aspecto, os alunos consideraram a vivência no campo importante para sua formação. Através dela podem trabalhar o conceito de integralidade e entender que atitudes devem tomar em sua prática diária para que possam prestar esse tipo de atendimento em seu cotidiano.

Sobre álcool e outras drogas: o que há por trás da dependência?

O tema de álcool e outras drogas é abordado em TCS1, para o curso médico da UFF, desde 2007, com o objetivo de estimular reflexões acerca do debate político-econômico, sócio-histórico, assim como cultural e religioso da relação do homem com diferentes substâncias psicoativas, em especial o álcool. A abordagem é realizada a partir do aspecto macro, no âmbito das políticas públicas nacionais, em direção ou concomitante com a observação da organização dos serviços no nível local e com base na interlocução com os sujeitos envolvidos e presentes nos cenários de prática da disciplina. Além da rede de saúde, espaços da área da educação e da sociedade civil organizada são potenciais cenários de ensino-aprendizado para a construção do conhecimento.

Caracterizado como problema de saúde pública, o alcoolismo hoje apresenta, ao mesmo tempo, índices alarmantes e de difícil mensuração, tendo em vista que, muitas vezes, o registro de casos em prontuários se dá pela comorbidade apresentada e nem sempre é relacionada à possível dependência.

Na busca pela compreensão da dinâmica das drogas na sociedade atual, orientamos o olhar dos estudantes sobre a utilização dessas substâncias ao longo da própria história da humanidade, entendendo que a presença das drogas caminha, paralelamente, com a história do homem representada de diferentes formas, em diferentes épocas.

Substâncias psicoativas são aquelas que alteram funções em organismos vivos, com mudanças fisiológicas ou de comportamento.

São, e foram, bastante utilizadas por sociedades antigas e atuais como recreação, sociabilidade, rituais religiosos, procedimentos terapêuticos com reconhecimento científico ou não. Historicamente, no aspecto político-econômico, temos registros de incentivos à produção e comercialização de alguns tipos de drogas, assim como a proibição do uso e comercialização de outras. Dos remédios dos antigos boticários aos alucinógenos usados por diferentes práticas religiosas, passando pela utilização de vinho e aguardente em celebrações sociais, as diferentes drogas permanecem intensamente presentes nas sociedades contemporâneas (VENÂNCIO, 2005).

Os diferentes impactos na saúde do uso ou abuso das drogas podem ser representados pelas proporções destrutivas e desagregadoras das quais tivemos relatos de pacientes em tratamento nos espaços onde realizamos a prática da disciplina. Políticas sobre drogas vêm sendo construídas e implementadas diante dos números alarmantes divulgados por pesquisas nacionais e internacionais. Esse alarme diz respeito não só a um quantitativo maior de sujeitos usuários, mas também ao reconhecimento das consequências diretas (comorbidades) e indiretas (violência, tráfico, acidentes de trânsito) do consumo exacerbado (POMBO-DE-BARROS; FERNANDEZ, 2012).

Tendo por base a observação de valores culturais, significados pessoais, acesso, oferta, predisposição genética, contextualização social e familiar, história de vida, políticas públicas e a organização dos serviços, os estudantes têm a possibilidade de refletir sobre alguns fatores que podem influenciar a formação ou a mudança de um hábito ou comportamento, como os que configuram um vício ou compulsão. A construção de um olhar aberto a essas múltiplas dimensões e não somente aos sinais e sintomas decorrentes da doença requer do grupo de estudantes intervenções e propostas que ultrapassem juízos morais, verificadas nos debates produzidos nos momentos de sala de aula, com base na literatura, na exibição e debate de filmes sobre o tema e nos campos visitados.

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, de Niterói, e o Observatório de Gestão e Informação sobre Drogas, do Estado do Rio de Janeiro, têm sido alguns dos parceiros nos debates da disciplina e constituem espaços privilegiados para a construção desse

olhar sobre o tema desde 2007. As atividades com os estudantes são construídas com base na organização do trabalho e na composição das equipes, como também na contribuição dos sujeitos em tratamento.

A abordagem do tema, logo no primeiro ano do curso médico, também traz à tona o debate sobre a entrada na universidade e o questionamento sobre o contato com diferentes drogas a partir desse ingresso. Alguns grupos da disciplina, instigados por tentar entender se a universidade é uma porta de entrada para as experimentações e primeiro contato com diversas drogas, entre elas o álcool, principalmente pela realização das “chopadas” dos cursos, realizaram entrevistas não só com estudantes dos cursos de saúde, como de outras áreas, para complementar as discussões realizadas em sala e com os serviços.

Nas avaliações realizadas ao final do período, notamos, em alguns estudantes, a apropriação do debate das drogas principalmente pela argumentação feita por meio de críticas com relação ao direcionamento dos textos legislativos em contradição com o cenário encontrado nos serviços, sobretudo no que diz respeito ao investimento no SUS, qualificação e quantitativo das equipes especializadas e ações de prevenção à dependência – o que dá margem a discussões que ultrapassam o tema específico das drogas e passam a questionar a prioridade de planejamento e investimento públicos nas demandas sociais.

Ação educativa em saúde: a humanização das práticas educacionais

Dentre as atividades propostas pela disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 2, em Fonoaudiologia da UFF, os alunos foram chamados a organizar uma Ação Educativa em Saúde, orientados por docentes. Ao longo de 20 semanas de aula teórico-práticas, divididos em encontros semanais de três horas, um grupo de 23 alunos foi estimulado a construir uma ação educativa em amamentação, tendo por público alvo Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Nova Friburgo-RJ.

Nesses encontros preparatórios, foram produzidas discussões teóricas e debates sobre as tendências e operacionalização de práticas de Educação em Saúde, apresentação e debate sobre Pilares do Programa

de Saúde na Escola (PSE) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), com destaque para a interseção dos eixos da Segurança Alimentar, Educação Permanente e intervenção Fonoaudiológica, tendo por referência suas implicações com a construção de atividades que tenham a humanização como foco das práticas profissionais (BRASIL, 2006; SANTOS FILHO; BARROS DE BARROS, 2009).

A partir de um levantamento e posterior debate como os alunos, em que se valorizou a busca em Fontes Científicas (BVS Saúde e LILACS), analisaram-se 15 artigos publicados entre os anos 2002-2012 que tivessem dentre seus descritores os termos “Ações Educativas” e “Aleitamento”. Dentre todos os artigos consultados, damos destaque aos artigos de Bordenave (1983), Candeias (1997) e Ayres et al. (2006), que serviram como definidores das estratégias desenvolvidas ao longo da ação, com duração de 3 horas e 45 minutos, composta pelos seguintes momentos: 1º momento: acolhimento e apresentação dos objetivos e metodologia a ser desenvolvida na ação; 2º momento: dinâmica do Barbante (quebra-gelo e levantamento das percepções que cada participante tem sobre a temática Amamentação); 3º momento: realização da dinâmica das bolas de encher (bexiga) contendo temas geradores de debates, que foram construídos tendo por base os artigos selecionados e os debates entre o grupo de alunos e docentes tutores realizados no momento de construção da Atividade Educativa, a saber: Saúde da Mulher na Amamentação; Legislação Trabalhista e o Direito à Amamentação; Amamentação e Saúde da Criança; Exclusividade do Leite Materno; Desmame Precoce; Representações Sociais e corporais em relação a amamentação; Banco de Leite Humano e sua importância estratégica na construção de processo de segurança alimentar; “Posturas” corretas do Bebê e da Mãe no ato de amamentar.

Após discussão destes temas na roda de conversa, uma equipe de relatoria compostas por alunos e docentes enfatizaram as principais dúvidas dos participantes surgidas ao longo da atividade, além da distribuição de fontes de busca e distribuição de material informativo sobre a temática.

Para avaliar as implicações desta ação educativa, tomamos com referência a possível sinergia desencadeada pelos momentos

de sua construção e desenvolvimento, aplicando um conjunto de procedimentos na sua conceitualização, desenho, implantação e utilidade da intervenção. Podemos inferir que, ao trazeremos a discussão das ações Educativas em Fonoaudiologia para o contexto disciplinar, nos aproximamos dos elementos normativos e legais que orientam as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação de Fonoaudiologia. Por outro lado, a valorização de aspectos como proatividade, capacidade de trabalho em grupo, responsabilização por todos os momentos da atividade são fatores indispensáveis para a construção e desenvolvimento das competências e habilidades profissionais.

A construção de uma ação educativa dirigida a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Nova Friburgo, inaugura e fortalece movimentos de aproximação entre as atividades formais de ensino com os trabalhadores de saúde, além de promover de maneira sólida movimentos de responsabilização do Curso de Fonoaudiologia com a construção de atividades de Educação Permanente dos trabalhadores do SUS. Nessa direção, podemos apontar como resultados da ação relatada:

- 1) Ampliação dos processos de aprendizagem ativas/significativas e críticas por parte dos alunos.
- 2) “Abertura” de espaços formais da Universidade para a construção de agendas de aproximação entre a Universidade e trabalhadores da saúde.
- 3) Ampliação de trocas e aprendizagens entre docentes com formação e trajetórias profissionais distintas (Audiologista, Especialista em Voz, Especialista em Disfagia e Cientista Social).
- 4) Ampliação da percepção, por parte dos alunos, de seu papel enquanto educadores que constroem suas ações, tendo por referência os sujeitos da ação, não se limitando a uma postura prescritiva, centradas no repasse de conteúdos e as técnicas educativas.
- 5) Valorização dos espaços disciplinares da Universidade como locais de encontro e de fortalecimento de parcerias no campo das ações educativas em saúde.

Destacam-se também as diferentes mediações² produzidas nesses encontros entre docentes e discentes e discentes e Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se de mediações capazes de se revelarem como dispositivos³ produtores de transformações nos processos de formação em saúde ao estabelecer uma relação entre os saberes mobilizados, conteúdos trabalhados, estratégias pedagógicas e as necessidades dos estudantes, que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações do trabalho em equipes de saúde. Não se restringem à apropriação de práticas centradas em procedimentos, que permanecem capturadas de sentidos e significados dos territórios nucleares das profissões isoladamente.

Considerações finais

O debate sobre a integralidade reafirma a perspectiva de uma abordagem que, estrategicamente, possa articular esses conjuntos de sentidos, orientando a organização das práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho em saúde, e também para os processos formativos. Trata-se de um movimento de articulação das práticas de saúde e das práticas pedagógicas, com as várias esferas de gestão do sistema de saúde e instituições formadoras, que permite avançar na implementação dos princípios e diretrizes do SUS, como também na concepção de um trabalho parceiro entre os vários profissionais e setores envolvidos nesses processos na esfera da gestão, dos serviços, tanto na atenção à saúde como na formação (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

O desafio de materializar as orientações das políticas de educação e saúde vigentes, inserindo estudantes em formação na rede de serviços do SUS, por meio de disciplinas tidas como “práticas”, é um processo constante de pactuação de valores (com diferentes sujeitos em diferentes espaços), negociação de interesses prioritários, articulação dos saberes

² Mediar/relacionar não se restringem a efetuar uma passagem, mas intervir no outro polo, onde o docente assume sua condição de agente operando diferentes saberes e posicionamentos frente aos campos de conhecimento, da ciência, do ensino e os fazeres profissionais e multiprofissionais (GARCIA, 2001).

³ Entendidos aqui como lugar onde se opera um conjunto determinado de saberes e práticas, onde se aprende ou se modificam relações e estratégias de poder presentes no cotidiano dos processos de formação em saúde (LARROSA, 2000, p. 57).

tidos como “organizados” com as principais demandas apresentadas pelos serviços e, principalmente, de manutenção e reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS.

Neste artigo, tivemos o objetivo de compartilhar nosso exercício e experiência nesse processo, com o intuito de fomentar as discussões e reflexões sobre a prática docente inseridas em atividades de articulação com a rede de serviços, como um dos reflexos das orientações dos atuais dispositivos institucionais que incidem diretamente no nosso cotidiano na universidade.

Referências

- ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da Área de Saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.
- AYRES, J.R.C.M. et al. *Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun 2006.
- BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. Brasília: OPAS, 1983. (Texto de Apoio para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde - Projeto Larga Escala).
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília, 2005.
- BRASIL. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2. Ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.
- CECCIM, R.B.; CAPOZZOLO, A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J.J. et al. (Orgs.). *Educação Médica em Transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.
- CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de Saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CECCIM, R. (Orgs.). *Ensinar Saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 69-92.
- CECCIM, R.B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde: Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 161-180.
- FERREIRA, M.A.L.; MOURA, A.A.G. de. *Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)*. Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2006. 28 p. Mimeo.
- FEUERWEKER, L.C.M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 10, p. 21-26, 2003.
- GARCIA, M.A.A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, n. 8, p. 89-100, 2001.
- HADDAD, A.E.; RISTOFF, D.; PASSARELLA, T. (Orgs.). *A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais*. V. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162p.
- HENRIQUES, R.L.M.; PINHEIRO, R. *Responsabilidade Pública e extensão Universitária*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidar do Cuidado*: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 41-60.
- KOIFMAN, L.; WONG UN, J.A. Construindo saberes recíprocos: ética e técnica na prática educativa em 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. 251-266.
- LARROSA, J. Tecnologias do Eu e Educação. In: DA SILVA, T.T. (Org.). *O sujeito da Educação*. Estudos Foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 2001. p 35-86.
- LIMA, V.V. *Avaliação de competências nos cursos médicos*. In: MARINS, J.J. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 123-142.
- MARCH, C. et al. O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Ensinar Saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 295-309.
- OTERO RIBEIRO, E.C. de. Educação Permanente em Saúde. In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). *Educação Médica em Transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 285-303.
- POMBO-DE-BARROS, C.F.; FERNANDEZ, V.C. Reflexões sobre o campo da psicologia e o uso abusivo de drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Orgs.). *Álcool e outras drogas*: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G. et al. A operacionalização das agendas públicas da formação em saúde: uma leitura plural a partir de lugares, saberes e práticas. In: PINHEIRO,

R. et al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras*: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012. p. 175-183.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PONTES, A.L.M. As agendas públicas para as reformas e sua releitura no cotidiano das práticas da formação: o caso da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *A construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; MARINS, J.J.N. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem: o direcionamento do curso de medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 307-319.

SANTOS FILHO, S.B., BARROS DE BARROS, M.E.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. *Projeto Pedagógico do Curso de Fonoaudiologia* - Polo Universitário de Nova Friburgo, Niterói, 2009. 178p.

VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda, 2005.

Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal

RODRIGO SILVEIRA
ROSENI PINHEIRO

Introdução

O processo de urbanização no Brasil é uma construção social, fruto de uma série de ações governamentais e não governamentais que privilegiaram a vida nas cidades, principalmente durante a segunda metade do século passado. Os números apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre os quais os que mostram que a população rural representa menos de 15% da população brasileira, não são livres de questionamentos e estão longe de representar o modo como vivemos fora dos grandes centros urbanos. Definir “rural” é um desafio, e seu debate pode levar a um processo de reflexão sobre como estamos lidando com as relações entre os meios rurais e urbanos e como as políticas estão sendo conduzidas em várias áreas, com relativa invisibilidade para as pessoas que vivem no meio rural.

Dentre as consequências desse processo de urbanização, destacam-se os piores indicadores de qualidade de vida no interior, principalmente os mais distantes, e as desigualdades no provimento de políticas públicas para essa população. Na área da saúde, um dos problemas mais importantes, amplamente debatido atualmente, é a má distribuição de profissionais, instituições formadoras e serviços de saúde entre as regiões do país, entre capital e interior e entre meios urbano e rural. Essa disparidade é ponto central para o debate do direito à saúde no Brasil, afetando o acesso de famílias que vivem em área

rural, pequenas cidades e as regiões Norte e Nordeste do país. Nesse contexto, a Amazônia Legal é a região de maior vulnerabilidade, devendo ser lócus diferenciado para as políticas públicas.

O governo federal vem atualmente intensificando as políticas para enfrentar a má distribuição de médicos no país, com novos programas de provimento para áreas de difícil fixação de profissionais, como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e mais recentemente o Programa “Mais Médicos”. Embora esses programas mais vultosos e de maior visibilidade possam enfrentar o problema em curto prazo, outras ações de menor intensidade estão sendo desenvolvidas no âmbito das universidades seguindo as evidências científicas mais consistentes para enfrentar o problema. São crescentes as políticas afirmativas com recorte diferenciado para o interior, como formas alternativas de seleção para os cursos de medicina e as experiências de Internato Rural nos currículos de graduação. Estas últimas têm se revelado um momento privilegiado para sensibilização do futuro médico, não só pela possibilidade de trabalho no interior, mas principalmente no desenvolvimento de valores que proporcione maior responsabilidade com essa população, contribuindo para um processo de inclusão e de maior visibilidade.

O debate sobre essas ações pode não ser tão importante para regiões como Sul e Sudeste, mas para o contexto da Amazônia Legal ele é determinante, pois seu interior pode ser considerado quase que inteiramente rural, mas predominantemente em um contexto de floresta, o que difere na noção de rural que o brasileiro desenvolveu ao longo do tempo, associando ao campo, às fazendas, com criação de animais e agricultura. Nas florestas e nos rios a noção de “rural” é diferenciada, assim como o modo de vida e os itinerários de busca por cuidado e luta por direitos, dentre eles o da saúde.

Este ensaio faz parte de uma pesquisa de doutorado sobre as experiências de Internato Rural na Amazônia, que levam os estudantes de medicina para os municípios do interior, nas áreas ribeirinhas e no meio da floresta. São realizados nas pequenas cidades da Amazônia, nas regiões muitas vezes de difícil acesso, proporcionando vivências que podem ser marcantes para o trabalho do futuro médico. Ao pensar em estudar essas experiências, logo sobrevém um questionamento:

qual é o significado de “rural” para nós? Veiga (2002), em seu livro chamado *Cidades imaginárias*, nos mostra que muitas vezes consideramos urbano um contexto que, se analisássemos com mais cuidado, se aproxima muito mais do meio rural. Por isso mesmo, e também pelo olhar especial para a Amazônia Legal, consideramos aqui o “rural” e o “interior” contextos semelhantes.

Neste texto, pretendemos discutir mais profundamente essas relações entre rural e urbano, assim como analisar o problema da má distribuição de profissionais e colocar em pauta as ações que são feitas no nível das instituições formadoras para enfrentar esse desafio.

A definição de “rural” no Brasil e as repercussões para a definição de políticas públicas

A relação entre os espaços rural e urbano está em constante transformação ao longo do tempo, refletindo o contexto de vida em sociedade em cada época. A complexidade alcançada em torno da interdependência entre os dois meios nos dias atuais nos mostra que devemos evitar uma perspectiva dicotômica de análise, em que os espaços são entendidos separadamente e um em oposição ao outro. Segundo Marques (2002), esse enfoque tem predominado nos estudos dos campos das ciências sociais e da geografia, tendo derivado das ideias de Tönnies sobre comunidade (*Gemeinschaft*) e sociedade (*Gesellschaft*)¹ cunhadas no fim do século XIX, em meio ao avanço de uma perspectiva racionalista dos valores sociais. A antítese entre os termos guarda relação com a dicotomia tradicional/moderno, que reforça a ideia do rural como um “passado idealizado que se apresenta como negação da sociedade urbana moderna” (p. 101).

A compreensão da complexidade da relação rural/urbano nos dias de hoje no Brasil envolve a abordagem de questões importantes como os fluxos de migração regional, a transformação do meio rural a partir do crescimento do agronegócio, os debates sobre a preservação do meio ambiente e a degradação das condições de vida

¹ Ideias de Tönnies apresentadas por Marques (2002, p. 101): “a comunidade (*Gemeinschaft*) refere-se a um princípio de organização social caracterizado por relações pessoais, face a face, vínculos de vizinhança, em que o envolvimento interpessoal é integral e direto. A sociedade (*Gesellschaft*), por sua vez, é marcada por relações impessoais e laços contratuais”.

nas cidades, principalmente nas áreas de periferia. É em meio a essa problemática que a definição de “espaço rural” pode ser debatida, no sentido de trazer a compreensão do que estamos tratando ao analisar as experiências de ensino-aprendizagem em medicina nesse cenário.

A definição de “rural” utilizada pelo IBGE, que norteia todas as análises que abordam a “situação de domicílio” no Brasil é criticada por diversos autores (MARQUES, 2002; VEIGA, 2002), que a consideram excludente e sujeita a interesses de caráter econômico (fiscais). A partir das designações dos agrupamentos coletivos, como cidades, vilas e aglomerados, o IBGE define área rural como “a área de um município externa ao perímetro urbano”, o que, segundo Marques (2002), acaba por defini-lo a partir de sua carência e não pelas suas características próprias.

De acordo com essa definição, o Brasil é um país eminentemente urbano, com apenas 15% da população vivendo em área considerada rural. Veiga (2002) questiona esse fato apontando que, se fossem utilizados critérios mais aceitos internacionalmente, o Brasil seria menos urbano do que se imagina. A delimitação da área urbana no Brasil é uma atribuição de cada município através de seu plano diretor, que classifica segundo critérios técnico-políticos a situação dos domicílios. Essa categorização é estratégica, pois enquanto os impostos sobre domicílios em área urbana são arrecadados pelos municípios, os de área rural são arrecadadas pela União. Desta forma, a definição do espaço rural está sujeita a arbitrariedades de interesse fiscal, já que quanto mais se amplia a área urbana, maior é a arrecadação municipal (SANTOS, 2011). Esse fato reforça os argumentos de Veiga (2002) de que o rural no Brasil é maior do que se calcula.

Para além das críticas à natureza do conceito oficial do IBGE, alguns autores (VEIGA, 2002; SANTOS, 2011) têm apontado seu problema operacional, pois essa definição não contempla as necessidades de políticas destinadas ao território rural brasileiro, tanto no que tange às relações de produção/ocupação quanto as políticas públicas como educação e saúde.

Marques (2002) se baseia nas ideias de Alentejano para apontar a vinculação do conceito de urbano e rural com o capitalismo e suas atividades próprias, no caso o turismo, o comércio e a

prestação de serviços. O rural estaria mais ligado diretamente à terra (vinculação local), com uma territorialidade menos intensa, e o urbano representaria relações mais globais, com territorialidade mais intensa. “É esta intensidade quem distingue [...] o rural do urbano” (MARQUES, 2002, p. 99). Outras concepções de rural e ruralidade se aproximam mais de sua complexidade, ao relacionarem os aspectos demográficos com outros de caráter econômico, social e cultural. Estes se baseiam em uma perspectiva dinâmica de território, onde os espaços geográficos são eminentemente sociais e estão em constante relação e transformação (SANTOS, 1992).

O meio rural, que observou o êxodo de sua população ao longo do século passado, hoje vê um contexto bastante heterogêneo que envolve os modos de vida e de produção. Grande parte do território rural do Brasil permanece com problemas como pobreza e baixos índices de escolaridade, como é a realidade da Floresta Amazônica, por exemplo. Outrossim, há outras realidades sendo observadas com movimentos mais intensos entre cidade e campo e um crescente aumento da agricultura (agronegócio), da indústria no campo, e a presença do setor de serviços e de trabalho assalariado. Há também certa ideia do meio rural como mais próximo à natureza e a uma melhor qualidade de vida em relação às cidades. Esse fato tem aumentado a perspectiva do “consumo” do rural como meio de lazer e convivência com paisagens naturais (SIQUEIRA; OZÓRIO, 2001).

Alguns autores se referem a emergência de um “novo rural” (SIQUEIRA; OZÓRIO, 2001; PONTE, 2004) em algumas áreas do país, principalmente aquelas mais próximas e integradas às grandes cidades. Em alguns lugares, já não há uma divisão nítida entre o rural e o urbano, mas um gradiente infinito entre um e outro com articulação crescente entre os meios. Algumas das características que têm se ampliado no meio rural são: o crescimento das ocupações não agrícolas, a pluriatividade, a mecanização e industrialização do processo produtivo agropecuário, sua utilização como local de moradia e lazer e a instalação de infraestrutura social, como energia elétrica, abastecimento de água, educação e saúde (PONTE, 2004).

Gilberto Freyre (1982) cunhou o termo “rururbano” para expressar o borramento dos contrastes entre campo e cidade advindo das

facilidades de transporte e comunicação, levando a uma interpenetração crescente entre os meios. O termo definiria o que ainda não deixou de ser rural, mas que ainda não é urbano. “Pode-se afirmar que há um processo de ruralidade urbana e, em contrapartida, um de urbanização rural (ANDRADE, 2010)”.

Marques (2002) adverte que a discussão sobre um novo conceito de rural tem sido motivada no Brasil pela perspectiva de uma nova estratégia de desenvolvimento para o país. Nas últimas décadas, tem-se presenciado um aumento na perspectiva do desenvolvimento rural pela instalação de complexos agroindustriais em torno de monoculturas latifundiárias, como é o caso da soja no centro-oeste, e a expansão do agronegócio (*agrobusiness*). Segundo Marques (2002), essa perspectiva alcançou resultados positivos, com aumento da produtividade e da exportação associada à produção rural, gerando aumento das divisas para o país. Porém, esse modelo tem se desenvolvido às custas de danos sociais e ambientais crescentes.

A crítica aos efeitos do agronegócio como único meio de desenvolvimento do campo traz a discussão da definição de rural para um patamar político-ideológico. No Brasil, a dimensão política de luta pelos direitos no campo, enquanto cidadãos rurais, também tem crescido nos últimos tempos. Tal importância se traduz nas reivindicações pela reforma agrária e em defesa de políticas econômicas próprias do meio rural por movimentos sociais como o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) e o movimento dos seringueiros na Amazônia. O grande peso econômico da agricultura familiar para a população do meio rural cria a possibilidade para que o chamado “novo rural” possa ter composições mais híbridas, que levem em consideração essa atividade como fundamento da sustentabilidade local, relativizando o predomínio do agronegócio como paradigma de desenvolvimento no campo. De fato, frente às questões colocadas, parece haver grande dificuldade na literatura em se chegar a conceitos bem definidos do que seja rural, e que seja suficientemente abrangentes para abarcar sua complexidade atual. As controvérsias e dificuldades nos ajudam a constatar que não há um meio ideal de se definir o rural.

Não obstante esse fato, Kageyama (2004) relaciona alguns pontos em que há um razoável consenso na literatura: a) o rural não é agrícola exclusivamente; b) é multissetorial e multifuncional; c) tem densidade populacional baixa; e d) não há um isolamento entre rural e urbano.

Na Amazônia, o espaço rural ganha os contornos da floresta e dos rios, sendo a realidade ribeirinha a que mais representa esse meio, já que a ocupação do território se fez ao longo dos rios da região, que por serem longos e caudalosos, são as principais vias de mobilidade entre as localidades e permitem que o modo de vida e economia locais se deem em função deles.

Segundo o Censo de 2010, que obedece aos critérios da definição oficial, 26,5% da população da Região Norte do país vivem em áreas rurais. Quando se agrega a combinação entre o ponto de corte de 50 mil habitantes e a densidade demográfica, as análises sofrem alterações. Segundo as estimativas populacionais do IBGE para 2012, dos 450 municípios da Região Norte, 86% dos municípios (387) possuem menos de 50 mil, sendo que 37,1% têm menos de 10 mil habitantes. Considerando que a densidade demográfica da Amazônia é a menor do país, com 4,2 habitantes/km², podemos concluir que, segundo critério proposto por Veiga (2002), a Amazônia “essencialmente rural” agrega na realidade 36,7% população da região.

Os padrões de produção e a relação do homem com a terra na região são heterogêneos conforme a localização e estão em constante transformação, mas estudos têm mostrado que principalmente no sul e no leste cresce a pressão pelo desenvolvimento do agronegócio, havendo inclusive zonas de tensão pela propriedade da terra (THÉRY, 2005). No norte e oeste, onde a bacia amazônica é mais presente, localizam-se as principais terras indígenas e as maiores zonas de preservação ambiental, predominando atividades como o extrativismo de produtos da floresta e as pequenas unidades de produção. É nesse contexto que a maioria da população ribeirinha da Amazônia vive, com projetos de subsistência e a partir de sua relação com a floresta e com os rios.

Embora a pesca e a caça sejam elementos que podem alterar os padrões da fome nesse contexto, a população ribeirinha é uma das populações rurais em maior vulnerabilidade social no Brasil. Possui alto

índice de pobreza e analfabetismo, e existem dificuldades no acesso aos serviços públicos, como os de saúde da educação (SCHERER, 2004). O sub-registro e a falta de cidadania expressa na de incipiência das políticas públicas levam esse contingente a uma relativa invisibilidade social e política (FRAXE et al., 2009).

Considerando os dados populacionais, especialmente a densidade demográfica, a extensão territorial e as relações com o ambiente e o modo de produção na Amazônia, pode-se assumir que seu território representa grande parte do que é rural no Brasil. Esse fato chama atenção para o frequente equívoco da correspondência automática que se faz entre “rural” e “campo” no Brasil. O rural em contexto de floresta representa uma especificidade que deve ser considerada ao se planejar e implantar políticas públicas direcionada para o interior. Os desafios e as dificuldades para desenvolver a política de atenção básica na região Amazônica constituem exemplos da necessidade de ações diferenciadas, considerando a realidade ribeirinha e suas especificidades como espaço rural no Brasil.

Visando o desenvolvimento de políticas públicas que possam superar as desigualdades existentes entre os meios rural e urbano especificamente na área da saúde, muitos pesquisadores, entidades e universidades no Brasil e no mundo também têm debatido uma definição de rural que seja mais congruente com esse propósito. Couper (2003) reconhece a dificuldade de haver consenso sobre a definição do rural entre os diferentes grupos que a utilizam em estudos ou trabalhos sobre a temática. O autor coloca que existem diferenças entre os termos “rural”, “medicina rural”, “atenção em saúde rural” e “desenvolvimento rural”, havendo para cada propósito aspectos que devem ser incluídos na definição de rural. Há, por exemplo, uma tentativa de definir “medicina rural” levando em consideração aspectos da própria prática, como a necessidade de os médicos de família desenvolverem outras habilidades não usuais na prática em ambiente urbano (como anestesia e obstetrícia), a distância do acesso a especialistas e a alta tecnologia em medicina.

Mesmo com as dificuldades em contemplar as especificidades dos termos e o alcance de um consenso em relação ao tema, Couper (2003) considera claro que:

- a) Rural não pode ser definido como não urbano.
- b) Rural e área com carência de profissionais não são a mesma coisa (existem áreas rurais bem servidas de profissionais e áreas urbanas com dificuldade de fixação).
- c) Ruralidade é como beleza, depende dos olhos de quem vê.
- d) A definição de “rural” é útil como um foco sobre o qual se deve construir políticas que vão impactar nas áreas com carência de profissionais.

E o mesmo propõe que:

[...] atenção a saúde rural se relaciona com os serviços de saúde fora dos centros metropolitanos onde não a acesso imediato a especialistas, cuidado de alta tecnologia e/ou intensivos, e onde os recursos humanos e materiais são escassos. [...] São mais bem oferecidos por uma equipe de saúde e são baseados nos princípios da Atenção Primária. (COUPER, 2003).

De fato, uma definição que esteja mais congruente com seus objetivos se mostra mais útil à formulação de políticas públicas. No caso da saúde, a distância dos serviços de saúde com maior disponibilidade de aparatos tecnológico “duros”, como os hospitais gerais ou de especialidade, pode dar mais elementos para os debates e construções de políticas como os programas de interiorização de profissionais, por exemplo. Em alguns países, como Austrália e Canadá, o conceito de “remoto ou isolado” é bastante presente, referindo-se especificamente à questão da distância dos grandes centros (MUULA, 2007).

O Grupo de Trabalho de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) lançou uma declaração expressando algumas declarações sobre o conceito de rural e o cuidado em saúde:

Em relação à saúde, o conceito de rural deve ser amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e população brasileira. Este deve estar suficientemente livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito (físico) e político. Deve ainda estar relacionado a características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas.

A saúde rural pode incluir as populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, mas também comunidades ribeirinhas, áreas indígenas, populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários, migrantes, áreas remotas, de locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos, etc. (SBMFC, 2011).

A Associação Mundial de Medicina de Família e Comunidade (Wonca) publicou, em 2001, um documento com o arcabouço para o delineamento de políticas para a medicina rural e a atenção a saúde rural, com especial atenção para a questão do recrutamento e retenção de profissionais. As estratégias da recomendação da Wonca têm como ponto forte o papel das instituições formadoras, que podem ser protagonistas na preparação para a prática rural, no incentivo a carreira de médico rural e no desenvolvimento de habilidades diferenciadas para essa prática, e no recrutamento e retenção de profissionais (WONCA, 2001). Estratégias abrangentes, que envolvem não somente os serviços e o aparelho de gestão, mas também e principalmente a universidade, são desejosas para o enfrentamento das desigualdades existentes entre os meios rural e urbano numa perspectiva sustentável.

O acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais e urbanas e a problemática da má distribuição dos médicos no país

Para o setor saúde, as políticas públicas com especificidade para a zona rural constituem um importante desafio para a consolidação do direito a saúde no Brasil. Em que pese a maior articulação entre os espaços nas últimas décadas, ainda são diversas as características que diferenciam os problemas e as ações de saúde entre as áreas urbanas e rurais.

Não só no Brasil, mas em grande parte dos países do mundo, os indicadores de morbi-mortalidade são piores em áreas rurais em relação ao urbano (MUULA, 2007). O equivalente acontece com a disponibilidade de serviços de saúde na perspectiva da atenção integral, configurando uma desigualdade de acesso ao sistema de saúde entre os meios. Estudos têm mostrado que o percentual de pessoas de áreas urbanas que procura os serviços para ações de

prevenção ou de reabilitação é maior que na área rural, assim como o percentual de procura por motivo de doença é proporcionalmente maior nessa área (KASSOUF, 2005).

O acesso aos serviços de saúde pode ser mediado por aspectos econômicos, geográficos e culturais. Nessas três dimensões as situações das áreas rurais são desfavoráveis. É menor a disponibilidade de serviços, tanto públicos como privados, em área rural. No caso de laboratórios ou centros de apoio diagnóstico, esse fato pode determinar uma interação mais dispendiosa na busca por cuidado, pois determinados exames não são disponíveis em áreas mais distantes, o que acaba resultando em maior gasto, tanto com transporte quanto com os próprios procedimentos e exames. O tempo e a distância são fatores preponderantes quando consideramos a saúde da população rural. Por vezes, pessoas têm que se deslocar para um centro maior para realizar procedimentos ou consultas, o que pode significar semanas ou até meses fora de casa ou do cotidiano da vida. Em alguns lugares no Brasil, como na Amazônia, o tratamento fora de domicílio (TFD) é a única alternativa de cuidado, e pode alterar significativamente a rotina de pessoas que necessitam de exames ou cirurgias que só são disponibilizados nos centros urbanos.

Nas áreas rurais da Amazônia, a busca por cuidado por vezes leva a deslocamentos maiores, devido à grande extensão territorial, mas sobretudo demorados, pois os mesmos se dão principalmente por via fluvial, seguindo o curso curvilíneo dos rios da região. A necessidade desses deslocamentos muitas vezes inviabiliza o acesso universal e integral, o que leva a outra configuração de acesso: o serviço de saúde se desloca até a população (TARGA, 2010). É o caso das unidades de saúde fluviais para atendimento rural/ribeirinho, que estão se multiplicando na Amazônia após portaria específica do Ministério da Saúde destinada a essa modalidade (BRASIL, 2013a).

Ainda que os aspectos econômicos e geográficos tenham grande magnitude na diferença de acesso ao sistema de saúde entre áreas urbanas e rurais, talvez o aspecto mais complexo dessa relação seja o cultural. Populações rurais do Brasil têm diferenças significativas de origem, linguagem, estilo de vida e inserção na economia conforme

a região em que vivem, mas compartilham em menor ou maior grau uma diferença no modo de viver a vida em relação à população que vive nas grandes cidades. Os hábitos, os costumes e as crenças em áreas rurais tendem a ser mais marcados e próximos às origens que nas cidades, onde já há um processo de troca mais intenso que tende a aproximar as formas de pensar. No sul do país temos, por exemplo, os imigrantes, havendo localidades em que a língua estrangeira é a mais falada. Na Amazônia, temos um grande contingente de populações indígenas, com diversas etnias e formas de linguagem, diferentes formas de pensar e de agir, inclusive nas práticas de saúde. As diferenças de cultura entre os profissionais de saúde e a população podem configurar barreiras de acesso, pois mesmo que a pessoa chegue até o profissional (ou vice-versa, no caso das unidades fluviais), se não há compreensão da perspectiva de adoecimento da pessoa, muitas vezes esse não tem seu problema adequadamente abordado. Isso, quando há profissionais trabalhando nessas localidades.

Um dos problemas mais importantes para a efetivação do direito à saúde das populações rurais do Brasil é a má distribuição de profissionais entre as regiões do país. Quando se analisa a área médica, esse problema se agudiza, pois em grande parte dos municípios há escassez de médicos, e vários deles, principalmente os de pequeno porte, não possuem nenhum médico em atividade.

O Conselho Federal de Medicina vem tentando dar visibilidade a essa problemática, e em 2013 publicou uma pesquisa denominada *Demografia Médica no Brasil – v. 2* (CFM, 2013). Seus resultados mostram que o Brasil possui atualmente 1,8 médicos por mil habitantes, o que, comparado a países correspondentes da América Latina ou países que possuem um sistema universal, se encontra aquém do supostamente necessário.² Não aprofundando na controvérsia dessa comparação e se essa relação é ou não adequada para o país, é fato haver grande desigualdade inter-regional e entre as capitais e interior em todas as regiões. A diferença das relações médico/mil habitantes

² Em comparação com países vizinhos ou relativamente semelhantes, o Brasil fica atrás, por exemplo, de Argentina (3,2), Uruguai (3,7) e México (2,0), ficando à frente de Colômbia (1,4), Bolívia (1,2) e Chile (1,0).

entre capitais e interior nas regiões do Brasil é importante, chegando a seis vezes no Norte e dez vezes no Nordeste (tabela 1).

Tabela 1. Razão de médicos por mil habitantes nas regiões do Brasil

Região	Total	Capital	Interior	Diferença – razão capital/interior
Norte	1,0	2,5	0,4	6,3
Nordeste	1,2	4,1	0,4	10,3
Centro-Oeste	2,0	3,5	1,3	2,7
Sudeste	2,6	5,4	1,7	3,7
Sul	2,0	7,1	1,3	5,4

Além disso, enquanto a população das capitais chega a 23,7% do total do país, o percentual dos médicos registrados chega a 55,1%. Esses dados evidenciam a grande concentração de médicos nas regiões metropolitanas e as disparidades frente às cidades do interior e, conseqüentemente, as áreas rurais. Os principais condicionantes do processo histórico da concentração de médicos são apontados no estudo de Maciel Filho e Branco (2008):

- concentração regional da renda nacional nas regiões Sudeste e Sul;
- pressão das forças de mercado no exercício profissional;
- concentração da oferta de formação médica (graduação e residência médica);
- desigualdade na distribuição de serviços de saúde;
- maior índice de contratos temporários nas regiões Norte e Nordeste (precarização do trabalho);
- baixo investimento público nessas regiões, levando a piores condições de trabalho e qualidade de vida.

Estudando especificamente a Região Norte, verifica-se que em todos os estados, excetuando-se Tocantins, há grande predominância de médicos nas capitais, com relações médico/mil habitantes abaixo de um. Nos maiores estados da região (Amazonas e Pará), a concentração é ainda maior, com a diferença das relações entre capital e interior de dez vezes ou mais.

Tabela 2. Percentual de médicos e razão de médicos por mil habitantes nos estados da Região Norte do Brasil

	% médicos no interior	m/1000h* Capital	m/1000h Interior	Diferença: razão capital/interior
Acre	20	1,9	0,4	4,7
Amapá	15,7	1,4	0,4	3,5
Amazônas	6,9	2,0	0,2	10
Pará	26,5	3,4	0,3	11,3
Rondônia	45,9	2,4	0,8	3
Roraima	7,8	2,1	0,3	7
Tocantins	64,8	2,9	1,1	2,6
Reg. Norte	26,9	2,5	0,4	6,3

*m/1000h: razão de médicos por mil habitantes.

A distribuição das escolas médicas no Brasil tende a seguir a mesma relação. Em 2006, 55,5% das escolas se localizavam em municípios das regiões metropolitanas e 67% nas regiões Sudeste e Sul, sendo a maioria destas (75%) no eixo Rio-São Paulo (CECCIM; PINTO, 2007; MACIEL FILHO; BRANCO, 2008). A situação dos programas de residência médica não é diferente, já que até o fim da década de 90, 80% deles eram localizados nessas regiões. Somente nos anos 2000 é que o desafio da má distribuição da formação começou a ser enfrentado.

Até o início deste século, existiam na Amazônia poucos cursos de medicina, localizados apenas nas capitais de Amazonas e Pará. Nos últimos 15 anos, houve um movimento de abertura de escolas privilegiando também locais onde não havia formação médica ainda, como é o caso dos outros estados da Amazônia. Nesse bojo, foram abertos cursos no Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins. Hoje a Amazônia conta com 18 escolas médicas, formando cerca de 1.300 médicos por ano. Essa é uma importante estratégia para enfrentar a má distribuição, mas precisa ser aperfeiçoada, já que ainda permanecem algumas distorções, como a apontada por Ceccim e Pinto (2007, p. 270):

[...] apenas afirmar a desigualdade regional e social de escolas não é suficiente para justificar a abertura de escolas ou a ampliação de vagas. Isto porque temos exemplos, como nos estados de Roraima e Acre, onde escolas federais foram abertas para atender a carência de vagas na Região Norte do País, e a maioria delas foi preenchida por estudantes oriundos das regiões Sudeste e Sul.

A diminuição das desigualdades na distribuição de médicos é um desafio que tem motivado a implantação de uma sequência de programas de interiorização, ainda sem resultados que alterem efetivamente o panorama desse contraste.

O primeiro projeto estruturado que visou a interiorização de trabalhadores foi o Projeto Rondon, implantado em 1968 durante o regime militar, que reuniu diferentes profissionais, com ênfase na integração nacional. Sob a égide da extensão universitária, as experiências do Projeto Rondon proporcionaram conhecimento da realidade brasileira com destaque para o norte do país, especialmente na Amazônia. Com o fim do governo militar, o projeto se enfraqueceu, sendo posteriormente reeditado com nova roupagem durante o governo Lula, já nos anos 2000 (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Nos anos 1970, foi lançado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o objetivo de estruturar a rede de saúde nas pequenas cidades brasileiras (até 20 mil habitantes). O programa expandiu a rede ambulatorial e o trabalho de nível médio, mas não conseguiu alcançar a fixação de médicos no interior, enfrentando dificuldades na prestação de serviços à população (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Já nos anos 2000, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) propôs o recrutamento ativo de profissionais das áreas da medicina e enfermagem para atuação em áreas rurais e remotas do país. O programa inovou aliando o trabalho ao suporte educacional, através de cursos de especialização em Saúde da Família em universidades públicas de maneira regionalizada. O PITS levou quase 500 médicos para o interior nos seus três anos de edição, tendo sido encerrado no governo Lula em 2004 (STELLA; BATISTA, 2004).

O Governo Federal voltou a organizar um processo amplo de interiorização em 2012, através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Este programa tem muitas semelhanças com o PITS, havendo contratação, pela União, através de bolsa e apoio com supervisão e curso de especialização em Saúde da Família. A principal inovação do PROVAB foi o mecanismo de recompensa para quem permanece um ano no programa: pode haver acréscimo de 10% no resultado da prova de residência ao final do processo, caso esteja inscrito em alguma seleção. Do primeiro para o segundo ano do PROVAB, houve aumento substancial do número de médicos e localidades, alcançando cerca de 3.800 médicos e mais de 1.300 municípios em 2013 (BRASIL, 2013b).

Recentemente, o governo lançou o programa “Mais Médicos”, que representa uma tentativa de interiorização mais intensa que o PROVAB, prevendo o trabalho compulsório no SUS aos egressos dos cursos de medicina do Brasil e, se necessário, o recrutamento de médicos estrangeiros para atuação em áreas rurais ou remotas. O “serviço civil” ou “serviço social” é uma ação de interiorização realizada atualmente em outros países da América Latina, como Peru, Bolívia e México, e pode ser afetada negativamente por fatores como: preparação deficiente para atuação em áreas rurais ou condições inadequadas de trabalho (STELLA; BATISTA, 2004). Não obstante esse fato, com essa medida entram definitivamente em cena as instituições de ensino superior, que têm papel estratégico nas tentativas de provimento e fixação de médicos nas áreas rurais.

Evidências do papel das universidades no recrutamento e fixação dos profissionais em áreas rurais

A desigualdade no acesso e a má distribuição de médicos não são prerrogativa exclusiva do Brasil. Trata-se de um problema global, presente inclusive por países que possuem um sistema de saúde universal e razoavelmente bem organizado. Os caminhos para o enfrentamento desse desafio têm sido muito debatidos em países com uma grande extensão territorial como Canadá e Austrália, com grande destaque ao papel das instituições formadoras.

São muito poucos os estudos no Brasil que exploram os fatores ligados à formação médica que contribuem para o recrutamento e retenção de médicos em áreas rurais. Na literatura internacional a realidade não é a mesma, havendo quantidade expressiva de publicações que trazem evidências suficientes para que se possam planejar programas de interiorização que congreguem ações a partir de fatores anteriores ao processo de formação. Segundo Tesson et al. (2005), há necessidade de maior orientação das escolas médicas para prática em ambientes rurais como resposta às desigualdades entre urbano/rural, capital/interior, contribuir para solucionar problemas crônicos como recrutamento e retenção de médicos.

Está bem estabelecido na literatura, a partir de estudos em vários países, que o fator que está mais fortemente associado com a intenção ou escolha de trabalhar em localidades rurais é ter a origem ou grande experiência de vida em meio rural (*rural background*) (RABINOWITZ et al., 1999; VRIES; REID, 2003, TESSON et al., 2005; ROURKE et al., 2005, SOMERS et al., 2007, KAPADIA, McGRATH, 2011, DERESSA; AZAZH, 2012). Em alguns países, no entanto, o número de candidaturas (*applications*) para as universidades de estudantes da área rural costuma ser menor que a metade dos estudantes de área urbana (TESSON et al., 2005). E mesmo que os números entre candidatos de área urbana e rural não sejam tão diferentes, o número de selecionados costuma ser bem superior entre os provenientes de área urbana. Sendo assim, alterações na seleção ou no processo de admissão dos cursos de medicina são ações estratégicas que podem levar, no longo prazo, à diminuição do contraste na distribuição de médicos, interiorizando de maneira mais consistente os profissionais da área.

Estudo longitudinal da Universidade de Jefferson, nos Estados Unidos, avaliou os resultados de um programa de interiorização do Estado da Pennsylvania, um dos que têm mais problemas de má distribuição de médicos, implantado em 1974. Esse programa (*Physician Shortage Area Program - PSAP*) combinou recrutamento e admissão especial de estudantes de origem rural e dos que tinham intenção de seguir a Medicina de Família e Comunidade (MFC) como carreira, com apoio financeiro, supervisão e pós-graduação

na área. Os resultados mostraram que os egressos do PSAP tinham cinco vezes mais chance de fazer MFC, mais de três vezes mais chance de trabalhar em áreas rurais e sete a dez vezes mais chances de combinar os dois. Resultados posteriores da coorte demonstraram relativa estabilidade ao longo do tempo, comprovando de maneira mais consistente o sucesso de programa e a diminuição substancial da má distribuição (RABINOWITZ, 1993; RABINOWITZ et al., 1999).

Uma série de ações tem sido implementada especificamente nos processos seletivos das universidades em diversos países, inclusive no Brasil. Tesson et al. (2005) estudaram as experiências de universidades dos Estados Unidos, Canadá e Austrália que adotaram orientação rural com o objetivo para contribuir para a diminuição da má distribuição de médicos. Todas elas adotaram sistemas de admissão que valorizam critérios ligados à população rural com uma ou mais das seguintes características:

- vagas destinadas especialmente para estados com grande contingente de população rural;
- vagas para campus avançado em localidades rurais;
- cotas para outros povos (hispânicos, aborígenes, esquimós ou indígenas);
- pontuação diferenciada para pessoas com origem ou experiência de vida rural, origem nativa (índios ou aborígenes) ou motivação clara para trabalhar em áreas remotas ou residência em locais com maior população rural.

No Brasil, houve na última década a abertura de diversas escolas médicas, sendo uma parcela expressiva delas com a justificativa do pequeno número de vagas na região; porém em algumas, como é o caso de Roraima e Acre, a maioria das vagas é preenchida por estudantes de outras regiões (CECCIM; PINTO, 2007). Para o enfrentamento desse problema, são necessárias ações afirmativas (sistema de cotas) que garantam o acesso regional às universidades.

Nos últimos anos, é crescente o número de iniciativas desse tipo para diminuir as desigualdades raciais, socioeconômicas e entre capitais e interior. O sistema de cotas para alunos provenientes de

municípios do interior dos estados é o que mais pode contribuir para a interiorização dos médicos. Na Amazônia, alguns cursos de medicina como os da Universidade Estadual da Amazonas (UEA) e da Universidade Estadual do Pará (UEPA) têm adotado esse sistema para seleção, com metade das vagas anuais destinadas a estudantes que vivem nos municípios do interior. Ainda não há um estudo de egressos que verifique a contribuição para interiorização, mas as fortes evidências de estudos em outros países nos mostram que essa possibilidade é concreta.

Há pouca dúvida na literatura internacional de que as escolas médicas, como instituições que influenciam as escolhas pelas carreiras, têm a responsabilidade social de enfrentar o desafio da medicina rural. As pesquisas sobre orientação rural nas ações de formação vêm mostrando um eixo composto por pontos-chave que compõem o caminho para a prática rural (*rural pipeline*), compreendendo os seguintes pontos:

- aspirações de carreira durante os anos escolares;
- procedimentos de seleção;
- experiências na graduação e residência;
- orientação curricular;
- sistema de educação permanente.

As experiências de ensino-aprendizagem em cenário rural constituem também fatores associados à escolha prática rural, tanto em nível de graduação (internato rural), como em pós-graduação (residência médica). Os estágios ou internatos rurais já são uma realidade em diversos países do mundo e também no Brasil. São constituídos de determinado período em que os estudantes vão para outras localidades fora da sede da Universidade, geralmente para atuar no contexto da Atenção Primária. A duração desse período é variável conforme a orientação e localização da instituição, indo de poucas semanas até vários meses, em estágios obrigatórios e eletivos.

Estudos apontam que médicos que tiveram experiência em área rural durante a graduação têm quase duas vezes mais chance de trabalhar em áreas rurais (ROURKE et al., 2005), e médicos que trabalham em áreas rurais têm duas a três vezes mais chance de ter

tido experiência em área rural na graduação, em pós-graduação ou em ambos (KAPADIA; McGRATH, 2011).

Embora vários estudos mostrem essa associação, Kapadia e McGrath (2011) apontam que é importante garantir que as experiências em áreas rurais durante a graduação sejam vivências positivas de aprendizagem. As experiências na graduação podem não só reafirmar o interesse de estudantes com origem rural ou que tinham interesse nessas localidades, mas também são capazes de influenciar estudantes de origem urbana ou aqueles que não consideravam previamente essa orientação. Têm sido estimuladas as exposições mais longas (pelo menos seis semanas) no sentido de desenvolver um apreço pelo estilo de vida em localidades rurais. Além disso, os estágios de longa duração proporcionam maior interação de ensino-aprendizagem entre estudante e preceptor, o que pode criar as bases para maior segurança para se trabalhar nessas localidades.

Na maioria das experiências de Internato Rural no Brasil, há inserção dos acadêmicos no contexto do serviço de saúde em municípios do interior, possibilitando a interação dos mesmos com uma realidade diferente da vivenciada hegemonicamente no ensino da medicina, configurando uma ação efetiva de ampliação dos cenários de aprendizado.

A experiência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) é a pioneira em interiorizar a formação médica no Brasil através do Internato Rural. Esta já possui 35 anos de existência (primeira turma em 1978), e sua repercussão para o campo da educação médica influenciou várias outras universidades, sendo o Internato Rural uma das atividades curriculares mais presentes no novo contexto do ensino de medicina, principalmente as regiões onde a população rural é mais representativa, como é o caso da Amazônia.

O Internato Rural foi implantado na Amazônia em 1988, a partir da experiência da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O desafio de sua implantação se concretizou pela adoção pela UFAM de uma unidade que dava apoio ao antigo Projeto Rondon da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no município de Parintins-AM. Essa experiência se expandiu para os outros cursos da Região Norte, sendo hoje uma atividade presente em praticamente todas as grades

curriculares dos cursos da região, privados ou públicos. Não obstante, as experiências estão em estágios diferentes, tanto em extensão (número de municípios), como em consolidação (fase de implantação).

Onde a experiência já está mais consolidada, há atualmente um amplo reconhecimento, entre os municípios da região, da importância do Internato Rural e já apresentam inovações. A Universidade Estadual do Amazonas faz a inserção de maneira multidisciplinar, abrangendo não só os alunos de medicina, mas formando equipes com estudantes de enfermagem e odontologia. Desta forma, a atividade também proporciona e interação entre as profissões já no âmbito da graduação.

Algumas experiências, como a da Universidade Estadual do Pará (UEPA-Campus Santarém), que é realizada nos municípios do baixo Rio Amazonas, representam ação de desenvolvimento regional para os estados. O desenvolvimento das estratégias de Telessaúde no contexto amazônico têm avançado nessa perspectiva, dando apoio aos estudantes que estão em localidades distantes e possibilitando a educação permanente dos profissionais que estão no interior, favorecendo sua fixação na localidade.

Na Amazônia, o desafio do Internato Rural é, além das práticas nos municípios do interior dos estados, o trabalho junto às populações ribeirinhas e indígenas, localizados em sua maioria em locais de difícil acesso, tornando a logística mais dispendiosa e trabalhosa. Somam-se a isso as diferenças culturais existentes entre os estudantes e a população, o que torna imprescindível uma prática baseada na abertura para a troca, numa perspectiva do diálogo entre culturas, para a viabilização das ações. Pelas limitações geoculturais, justamente nessas localidades é que é mais difícil fixar profissionais e as que mais se beneficiariam de programas como esse.

Do mesmo modo que na graduação, as experiências em áreas rurais na pós-graduação, principalmente na modalidade de residência médica, têm se mostrado associadas ao recrutamento ou a fixação de médicos nessas regiões. O estudo de Rourke et al. (2005), em Ontário no Canadá, revelou que os médicos que atuam em áreas rurais tem 1,9 vezes mais chance de ter tido mais de oito semanas e 9,1 vezes mais chance de ter tido mais de seis meses de experiência no cenário rural durante a residência.

A época da vida em que geralmente se faz residência médica corresponde ao momento principal de escolha do local de vida em família, podendo exercer influência na permanência do profissional. Sendo assim, deve-se pensar como estratégia a interiorização dos programas para locais de mais difícil acesso. Segundo Kapadia e McGrath (2011), o local da pós-graduação é fator de fixação da prática médica futura, e as escolhas estão sujeitas à influência de múltiplos fatores, como os familiares e pessoais. Questões como oportunidade de trabalho para o cônjuge e de estudo de qualidade para os filhos são fatores relevantes e ampliam o escopo das estratégias de recrutamento e retenção de egressos da graduação ou residência.

Na última década, o Brasil iniciou um processo de expansão das residências médicas para áreas com escassez de especialistas, como a Região Amazônica. A criação dos programas de residência no Estado do Acre é exemplo interessante, pois além de iniciar a formação de especialistas no próprio local, eles ajudaram a organizar os serviços e qualificar os médicos como etapa preparatória para a implantação do primeiro curso de medicina no estado.

Recentemente, o governo lançou o programa Pró-Residência, que objetivou dar início ao processo de regulação de vagas para especialidade e locais de novos programas, de acordo com a necessidade dos serviços e da população. Desta forma, houve política indutória para a expansão de vagas e abertura de programas em especialidades como Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e Oncologia no Norte e Nordeste do país. O Pró-Residência, embora não tenha sido criado especialmente com esse propósito, pode contribuir para a fixação de profissionais em locais mais distantes das grandes metrópoles, que, de acordo com concepções ampliadas, podem ser designadas como rurais, como é o caso da Amazônia.

Ultimamente, também tem sido utilizada como estratégia em alguns países a implantação de escolas médicas em áreas rurais ou remotas, como é o caso da Austrália, Canadá e África do Sul. Esses cursos são implantados em locais com grande contingente de população rural, ou são especificamente destinadas a ela. Tesson (2005) estudou essas tipologias nos Estados Unidos, Canadá e Austrália, e ressalta que além de enfrentar a questão da má distribuição, essas escolas criam

uma orientação positiva sobre a prática rural como estudo, carreira e vida, contrastando com o estereótipo de saúde rural como irrelevante e frustrante, diminuindo a ideia de que a “medicina real” se realiza nos centros urbanos. Rourke et al. (2005) colocam que a localização da escola médica, ou a descentralização de escolas (campus avançado), também têm sido efetivadas particularmente por um processo seletivo natural dos estudantes do interior.

No Brasil essa ação está começando a ser debatida no âmbito do governo federal em conjunto com as universidades. A ideia é expandir as vagas em escolas localizadas em áreas mais distantes dos grandes centros, como a Amazônia Legal, e implantar novos cursos em localidades rurais, como o interior da Amazônia, regiões de fronteira e de difícil fixação de médicos. Com essa ação, deve haver aumento das vagas nas Universidades Federais do Acre e de Roraima, e devem ser implantados cursos em cidades como Coari (AM) e Altamira (PA). Esta última ação é um desafio maior pela insuficiência de potenciais docentes, inclusive nas grandes áreas da medicina e de serviços para estágios, mas constitui uma iniciativa complementar importante para a interiorização da medicina.

Considerações finais

A definição ampliada de rural nos desperta para uma realidade brasileira comumente negligenciada, e quando se trata da Amazônia Legal, trata-se de um contexto de invisibilidade. Essa situação perpetua as desigualdades no desenvolvimento de políticas públicas, que, mesmo após a realização de alguns programas de âmbito nacional, já perduram por mais de meio século sem alterações significativas.

Esse debate pode também fazer emergir questões que estão na base da produção de saúde dessas populações. Com perguntas como: qual a política de desenvolvimento tem sido valorizada para o território rural brasileiro? Essas políticas consideram as especificidades regionais? Quais tem sido as consequências dessas políticas para quem vive em área rural? A ideia de que o Brasil é quase que totalmente urbano camufla uma perspectiva desenvolvimentista que vem oprimindo o trabalhador do campo e deixando os moradores da floresta quase sem opções de vida em seu território. Além disso, fortalece as pressões de ampliação

de áreas produtivas em direção a Floresta Amazônica, podendo resultar em novos movimentos de agressão ao meio ambiente. Na contramão dessa perspectiva, tenta-se afirmar outro tipo de política para as áreas rurais, baseados em pequenos e múltiplos empreendimentos de base familiar, tanto em agricultura como em extrativismo, que tende a valorizar a relação do homem com seu território.

É nesse contexto que se coloca o debate atual das novas tentativas de diminuição da má distribuição de médicos e de serviços de saúde entre os contextos rural/interior e urbano/capital. Esse debate aponta que as ações para recrutamento e fixação de profissionais para o interior não podem acontecer descoladas de movimentos de melhoria da qualidade de vida local, numa perspectiva sustentável e de longo prazo.

As universidades têm papel estratégico na formação de médicos com alto potencial para atuação em áreas rurais, com políticas afirmativas que possam resultar na formação de profissionais comprometidos com essa população e que possam resultar na diminuição paulatina dessa desigualdade. As evidências mundo afora apontam para quatro pilares do papel das instituições formadoras em medicina: processos diferenciados de seleção, internato rural, interiorização da residência médica e educação permanente. Essas ações, atreladas a políticas de carreira e de desenvolvimento sustentável com melhoria da qualidade dos serviços do interior, podem ser capazes de enfrentar adequadamente o desafio que se apresenta.

Referências

- ANDRADE, M.C. Geografia rural: questões teórico-metodológicas e técnicas. *Campo-Território: revista de geografia agrária*, v. 5, n. 9, p. 5-16, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 290, de 28 de fevereiro de 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Programa de Valorização da Atenção Básica* (PROVAB). 2013b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1855
- CECCIM, R.B.; PINTO, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 3, p. 266-277, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Demografia Médica - Volume II: Cenários e indicadores de distribuição*, 2013.

COUPER, I.D. Rural hospital focus: definition rural. *Rural and Remote Health*, n. 3, p. 201, 2003. Disponível em: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_205.pdf.

DERESSA, W.; AZAZH, A. Attitudes of undergraduate medical students of Addis Ababa University towards medical practice and migration, Ethiopia. *BMC Medical Education*, v. 12, n. 68, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/68>

FRAXE, T.J.P.; WITKOSKI, A.C.; MIGUEZ, S.F. O *ser* da Amazônia: identidade e invisibilidade. *Ciência e Cultura*, v. 61, n. 3, p. 30-32, 2009.

FREYRE, G. *Rurbanização: O que é?*. Recife: Massangana, 1982.

KAGEYAMA, A. Desenvolvimento rural: conceito e um exemplo de medida. *Cadernos de Ciência e Tecnologia*, v. 21, n. 3, p. 379-408, 2004.

KAPADIA, R.K.; MCGRATH, B.M. Medical school strategies to increase recruitment of rural-oriented physicians: the Canadian experience. *Canadian Journal of Rural Medicine*, v. 16, n. 1, p. 13-19, 2011.

KASSOUF, A.L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *RER*, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M.A.F. *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MARQUES, M.I.M. O conceito de espaço rural em questão. *Terra Livre*, v. 18, n. 19, p. 95-112, 2002.

MUULA, A.S. How do we define “rurality” in the teaching on medical demography. *Rural and Remote Health*, v. 7, p. 653, 2007. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=653>

PONTE, K.F. (Re) Pensando o conceito de rural. *Revista Nera*, v. 7, n. 5, 2004.

RABINOWITZ, H.K. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *New England Journal of Medicine*, v. 328, n. 13, p. 934-939, 1993.

RABINOWITZ, H.K. et al. A program to increase the number of Family Medicine in underserved areas: impact after 22 years. *JAMA*, v. 281, n. 3, p. 255-260, 1999.

ROURKE, J.T.B. et al. Relationship between practice location of Ontario family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. *Canadian Journal of Rural Medicine*, v. 10, n. 4, p. 231-239, 2005.

SANTOS, J.A.L. O conceito de espaço rural e as políticas de governo no Brasil. *Revista Discente Expressões Geográficas*, n. 7, ano VII, p. 95-110, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Diretoria de Medicina Rural. Grupo de Trabalho de Medicina Rural. *Declaração de Brasília: o conceito de rural e o cuidado à saúde*. 2011. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/390>

SCHERER, E.F. Mosaico terra-água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8., Coimbra. *Anais...* Coimbra: Afrontamento, 2004.

SIQUEIRA, D.; OSÓRIO, R. O conceito de rural. In: GIARRACCA, N. (Org.). *Una nueva ruralidad em America Latina?* Buenos Aires: CLACSO, 2001. p. 67-79.

SOMERS, G.T.; STRASSER, R.; JOLLY, B. What does it take? The influence of rural upbringing and sense of rural background on medical students' intention to work in a rural environment, v. 7, p. 706, 2007. Disponível em: <http://www.rh.org.au/articles/subviewaust.asp?ArticleID=706>

STELLA, R.C.R.; BATISTA, N.A. Interiorização do trabalho médico e formação profissional. In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.

TARGA, L.V. *Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde*: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TESSON, G. et al. Advances in rural medical education in three countries: Canadá, The United States and Austrália. *Rural and Remote Health*, v. 5, p. 397, 2005. Disponível em: http://www.rh.org.au/publishedarticles/article_print_397.pdf

THÉRY, H. Situações da Amazônia no Brasil e no continente. *Estudos Avançados*, v. 19, n. 53, p. 37-49, 2005.

VEIGA, J.E. *Cidades imaginárias*. O Brasil é menos urbano do que se calcula. Campinas: Autores Associados, 2002, 304p.

VRIES, E.; REID, S. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South American Medical Journal*, v. 93, n. 10, p. 789-793, 2003.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. *Wonca working party on rural practice*. Policy on Rural Practice and Rural Health, 2001.

A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes

RAFAEL DA SILVEIRA GOMES
ROSENI PINHEIRO
FRANCINI LUBE GUIZARDI

Introdução

As discussões sobre o conceito de integralidade em saúde (PINHEIRO; MATTOS 2001; 2003; 2004) travadas nos últimos anos acentuam e ampliam seu caráter polissêmico e polifônico, abarcando considerações sobre as práticas profissionais, a configuração dos serviços e também sobre a concepção hegemônica de saúde. A superação das cisões e fragmentações que permeiam as relações estabelecidas no setor é um aspecto recorrente nessas publicações.

A relevância de pensar a fragmentação deve-se ao fato de ela se imiscuir e se fazer presente nas diversas situações do serviço de saúde, tanto nos seus aspectos estruturais, como nas relações de poder que engendram as práticas hegemônicas. Ela se faz presente na análise do corpo humano esquadrihado em órgãos e tecidos, na relação cindida com o outro, em que o usuário é objetivado, na organização dos serviços de saúde e do atendimento marcados pela descontinuidade das ações realizadas, aspectos que afrontam diretamente a possibilidade de ser efetivar práticas de integralidade em saúde.

Nesse sentido, destacamos as ações da equipe de saúde na efetivação dessas práticas, as quais requerem o exame crítico, tanto de seu modo de agir e de seus processos de trabalhos, como buscar desfragmentação de seus saberes e práticas sem perder suas especificidades. O objetivo deste texto consiste em discutir como a fragmentação se faz presente nos atos e relações dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em

que são propostas construções analíticas e explicativas de um modo de entender o trabalho em saúde.

O agir em concerto: a imagem da orquestra

O trabalho em saúde contemporâneo apresenta uma série de aspectos que dão a ele uma configuração singular resultante dos diferentes modelos tecnoassistenciais (SILVA JR., 1998) pelos quais o setor passou no último século. No que se refere à organização dos profissionais de saúde, desde a década de 70 as propostas e práticas da área no Brasil enfatizam o trabalho em equipes multiprofissionais, compostas por trabalhadores que possuem não só diferentes formações, mas também diferentes níveis educacionais (PEDUZZI; PALMA, 2000).

A variedade e heterogeneidade dos componentes da equipe aumentam a complexidade da organização do serviço de saúde, na medida em que a presença de diferentes profissionais faz com que este não se organize a partir de um único processo de trabalho. A multiplicidade de atores com diferentes formações e responsabilidades implica a existência de processos de trabalhos distintos:

[...] cada trabalho parcelar ou especializado (entende-se aqui cada área profissional) constitui um processo peculiar, com objetos próprios e saberes e instrumentos que conformam especificidades, apesar de, no conjunto, estruturarem-se sob a normatividade médica, que é hegemônica na organização das práticas de saúde. (PEDUZZI; PALMA, 2000, p. 238).

Em função desses aspectos, a simples constituição de equipes multiprofissionais não superou a disjunção das diversas especialidades, manifestada no fazer cotidiano dos serviços em saúde. Ela se manteve presente tanto na dissociação dos procedimentos e das tarefas inerentes às diferentes profissões, como na cisão presente nas relações interpessoais entre os trabalhadores das diferentes especialidades. A simples justaposição dos profissionais, com formações distintas, não garante um atendimento integral ao usuário. A contiguidade dos diferentes processos de trabalho numa mesma equipe não garante a continuidade das ações.

A fragmentação existente entre os profissionais e suas respectivas práticas nos serviços de saúde constitui, então, obstáculo significativo ao princípio da integralidade. Em virtude disso, a análise do “trabalhar em saúde” e a superação dessa fragmentação emergem como aspectos importantes para o debate em direção à materialização desse princípio constitucional.

A equipe multiprofissional, ainda que deva valorizar e buscar a polifonia, decorrente da diversidade de vozes e discursos que se fazem presentes nos diferentes saberes e profissionais, deve trabalhar em uníssono, de forma harmônica. Harmonia entendida não como uma ausência de discordância, homogeneidade ou tranquilidade, e sim como um arranjo de elementos diferentes reunidos por uma relação de pertinência, que tem como resultado a produção de uma sensação agradável e/ou de prazer (HOUAISS, 2001). O agir dos profissionais de saúde de uma equipe, tal como o dos músicos de uma boa orquestra que trabalham em harmonia, deve ser um *agir em concerto*.

Campos (2000a) faz uma análise do trabalho numa orquestra, na qual lista uma série de aspectos condizentes com os princípios da Administração Científica do Trabalho propostos por Taylor, e que por isso representaria algo que a organização dos serviços de saúde deveriam evitar. Neste texto nos apropriaremos da imagem da orquestra de uma perspectiva diferente para pensar o trabalho em equipe. Essa discordância não se refere às contribuições que esse autor traz para a discussão teórica sobre a saúde e, especificamente, para a gestão em saúde. Pelo contrário, essa discordância é relativa ao entendimento da orquestra, cuja imagem se apresenta para nós como metáfora para pensar o agir dos profissionais de saúde.

Um dos aspectos que nos impulsiona a utilizar a orquestra como metáfora é estarmos nos reportando a um agrupamento de profissionais com saberes e técnicas distintos, que utilizam diferentes instrumentos e que têm como produto de um trabalho realizado em conjunto algo que recebe o caráter de *arte*. Na execução de uma sinfonia, muitas vezes os diferentes instrumentos executam melodias distintas e só a reunião dessas linhas melódicas resultará na obra desejada. Uma sinfonia não pode se resumir a nenhum dos timbres presentes numa orquestra.

Ainda que em alguns momentos haja a sobrepujança de alguns instrumentos e até mesmo a realização de solos, uma peça sinfônica depende dessa multiplicidade tímbrica, dos mais perceptíveis sons aos mais sutis. Assim, a sinfonia, enquanto produto de um trabalho realizado, não é resultado ou responsabilidade exclusiva de nenhum dos componentes, nem pode ser garantido pelo trabalho individual de qualquer um deles, ainda que as inserções dos diferentes profissionais (maestro, violinista, oboísta etc.) tenham especificidades. É o *agir em concerto* desses profissionais, respeitando suas especificidades e responsabilidades que garante a execução da sinfonia.

Desta forma, superar a fragmentação presente no trabalho das equipes de saúde não é homogeneizar as práticas ou negar as diferenças existentes entre as profissões que as compõem. Ao contrário, as diversas categorias possuem saberes e responsabilidades distintas que são fundamentais para a realização dos serviços em saúde. *Agir em concerto* é garantir as especificidades relativas aos campos de saber profissionais em prol de um objetivo comum, que é a saúde do usuário; é perceber que o trabalho só ocorre com a participação de todos e que não obstante o fato de que em determinados momentos alguns dos profissionais se sobressairão, a saúde do usuário não se pode circunscrever à prática de apenas uma categoria ou profissional.

Os processos de trabalho em saúde: em busca de pontos de convergência

No entanto, seria ingênuo que nossa analogia com o funcionamento de uma orquestra não considerasse um fato de extrema relevância: todos os profissionais de uma orquestra, apesar das especificidades de cada instrumento, seguem partituras referentes a uma mesma sinfonia, sendo esse o ponto que rege seu agir em concerto.

Diante disso, não iremos nos focar no que os processos de trabalho em saúde possuem de distinto, mas, efetivamente, no que eles possuem em comum, nos pontos de convergência que permitam a orquestração das diferentes práticas e saberes. Esta análise procura ressaltar os elementos que permitem superar as cisões e fragmentações dos serviços, sem negar as especificidades que são fundamentais.

Para tanto, faremos uma digressão e recorreremos ao conceito de processo de trabalho proposto por Marx (1985, p. 150), para quem “[...] elementos simples do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios“. Certamente não tomamos tal referência como fim em si mesma, até por ser originária de outro momento histórico. Iremos tomá-la, entretanto, como ponto de partida, pensando cada um desses elementos em relação ao contexto do serviço em saúde.

Nesse movimento de superação da cisão entre as práticas profissionais, focaremos primeiramente o *objeto* do trabalho. Os saberes disciplinares que subsidiam as práticas dos profissionais da equipe transpuseram seus objetos de estudo – a saúde, a doença, a mente, o cuidado etc – para o campo do trabalho. Essa transposição carrega a dificuldade de pensar a intervenção dos profissionais a partir desses construtos teóricos, que muitas vezes se caracterizam pela falta de materialidade necessária à ação dos profissionais. Um ponto de convergência entre os diferentes processos de trabalho é o contato com o usuário em serviço, nos quais esses objetos se corporificam e com quem as atividades dos profissionais são exercidas. Ribeiro e Schraiber apontam (1994, p. 191), a partir da leitura de Gonçalves, como o objeto da medicina – neste caso, a doença – sempre remonta ao sujeito e exige sua objetivação:

Tal objetivação não é completa, pois o objeto constituído (a doença), não foi completamente deslocado de suas conexões naturais (de ser sujeito social). O doente não se completa e se extingue na doença, embora a rotinização do trabalho médico persiga tal intento. Quando se instala o processo diagnóstico e terapêutico, via relação médico-paciente, a objetivação do doente enquanto doença o coloca sujeito a lógicas distintas de seu cotidiano. Suas necessidades passam a ser objeto de trabalho para o médico, mas não se dissolvem neste processo. (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994, p. 191).

Desta maneira, os objetos dos diferentes saberes disciplinares da área da saúde não devem ser pensados fora das relações entre os sujeitos. A construção dessa outra forma de se relacionar com os diferentes objetos de trabalho – que passam a ser entendidos

corporificados nos usuários do serviço – é um aspecto essencial para superação da dissociação entre profissionais e usuários. Dissociação produzida a partir da dicotomia sujeito-objeto, que tem por efeito a negação do outro como sujeito.

Com o objeto de trabalho “subjetivado”, o foco do trabalho deixa de ser algo *sobre o qual* a atividade incide e passa a ser alguém *com quem* a atividade é realizada. A metamorfose que essa perspectiva supõe exige uma transformação na organização do trabalho em direção à sua complexificação. Isto porque a atuação dos profissionais passa a acontecer com usuários singulares, com histórias de vida únicas e diferentes expectativas de vida e sobre os serviços de saúde, e não mais com categorias nosológicas ou conceitos abstratos. Aspectos como o grau de instrução da pessoa, suas crenças religiosas e sua ocupação profissional passam a ter influência direta na constituição dos processos de trabalho em saúde (OLIVEIRA, 2002) e a conformar as práticas dos profissionais.

Tomando o processo de trabalho como um “todo orgânico”, a construção dessa outra relação exige transformações dos meios de trabalho. Marx (1985) afirma que o trabalho humano é sempre mediado, posto que entre atividade do trabalho e o seu objeto situam-se os *meios de trabalho*, os instrumentos utilizados para alcançar os objetivos propostos. A “subjetivação” dos objetos de trabalho, que passa a ser fundada no usuário dos serviços de saúde, vai exigir que todo o processo de trabalho se modifique. A afirmação da relação entre sujeitos determina uma série de modificações nos meios de trabalho, tanto na forma de utilizá-los como na importância dada a instrumentos anteriormente negligenciados.

Vygotsky (2003) propõe que os signos linguísticos devem ser pensados como meios de trabalho, visto que agem como mediadores da atividade humana. Pois, se as ferramentas se interpõem ao homem e à natureza para a transformação desta última, os signos atuam como meio de controle do comportamento e da própria atividade. “O signo como um produto social tem uma função geradora e organizadora dos processos psicológicos” (FREITAS, 1998, p. 319). Tanto as ferramentas quanto os signos linguísticos configuraram-se, então, como instrumentos de trabalho.

As primeiras representam *instrumentos materiais*, através dos quais o homem procura transformar a natureza, sendo que sua função é a transformação da realidade externa. Os segundos atuam como *instrumentos psicológicos*, cuja função é a transformação da natureza da própria atividade, visando ao controle do comportamento e dos próprios processos cognitivos da pessoa. (ISAIA, 1998, p. 25).

Segundo Freitas (apud BOCK, 1999), a construção dessa classe especial de ferramentas (signos) permitiu ao homem realizar transformações nos outros ou no mundo material, através destes. “O controle da natureza e o controle do comportamento estão mutuamente ligados, assim como a alteração provocada pelo homem sobre a natureza altera a própria natureza do homem” (VYGOTSKY, 2003, p. 73). O trabalho humano, desta forma, sempre é realizado mediado por essas duas classes de instrumentos, “[...] a atividade se manifesta tanto pelas palavras quanto por um fazer material” (LACOSTE, 1998, p. 15).

Não obstante, o trabalho em saúde fundamentado na racionalidade biomédica enfatiza a utilização dos instrumentos materiais expressa na intermediação tecnológica que se interpõe entre o trabalhador e o usuário. Os diferentes profissionais possuem variadas ferramentas tecnológicas de intervenção que passam a ditar suas práticas. Com isso, “as relações usuário-profissionais se têm revestido do caráter de ‘monólogo tecnocrático’ mais do que de um ‘encontro’” (RODRIGUES et al., 2000, p. 265). Aliás, frequentemente o paciente é considerado obstáculo para o alcance do objeto de intervenção e deve ser calado, suas manifestações e comentários devem ser evitados, visto que são entendidas como fonte de distorções (CAMARGO JR., 2003).

Segundo Luz (2003), a relação em que o paciente é considerado objeto pelo outro subtrai mais que seu corpo; subtrai também seu psiquismo, priva-o de símbolos, significados pessoais e sociais sobre o seu processo de adoecimento, menosprezando a importância do aspecto simbólico para a realização do tratamento.

O processo de “subjetivação do objeto” de trabalho se constroi a partir constituição do “encontro” entre diferentes, em que ambos são entendidos como sujeitos. A utilização da linguagem como instrumento transversal na atividade de todos que habitam os espaços dos serviços

de saúde permite a superação da cisão não apenas entre os profissionais e o usuário, mas entre os diferentes membros da equipe de saúde.

Schwartz (2000) afirma que toda *atividade* de trabalho é sempre “encontro”; mais do que isso, é encontro de encontros, já que reúne a história dos dispositivos técnicos, dos protocolos, a história de vida do sujeito que a realiza, um modo particular de utilização, seja pessoal ou coletivo, que remete à combinação de sujeitos singulares, com histórias singulares etc. Segundo esse autor, a atividade humana sempre se dá a partir da relação dialética entre registros, a antecipação e a confrontação com a realidade. Ela se concretiza entre o plano – relativo ao abstrato, ao atemporal, ao que visa a guiar e orientar a atividade antes de seu desenrolar – e a atividade real, aquela que acontece em determinado momento da história, sempre singular, na medida em que está determinada por um contexto e sujeitos únicos, e por uma temporalidade também única. São as informações e conhecimentos denominados normas antecedentes, construídas tanto social quanto individualmente, que nos permitem definir programas e prescrições. E o que se refere à desneutralização das normas antecedentes, à ressingularização do fazer, “é da ordem da gestão do singular, que registra, na atividade cotidiana de trabalho, o efeito da dimensão histórica de toda prática, a não repetibilidade perfeita das situações humanas, sociais, produtivas” (SCHWARTZ, 2004, p. 41).

[...] no dia-a-dia, surgem conflitos entre estruturas dadas, vontades ou expectativas e necessidades. Por isso reorganizamos e reatualizamos o que já está consolidado, mesmo se fôssemos passivamente vivê-los. (RODRIGUES et al., 2000, p. 264).

Toda atividade humana e a atividade de trabalho industriosa nos remetem sempre a um nível de arbitragens, de escolhas que são tomadas, no curso da ação, para que a tarefa seja efetivamente realizada diante das variabilidades cotidianas (SCHWARTZ, 2000), para contornar os obstáculos decorrentes dos incidentes ocorridos (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989), considerando concomitantemente os entraves e os recursos intrínsecos e extrínsecos (TEIGER, 1998). A atividade não pode ser antecipada; ela se configura como um processo cujas regras de funcionamento se transformam no curso temporal

(ATHAYDE, 1999) e se vincula à história de quem a experiencia, por quem ela é vivida (NOULIN, 1996).

A ação pressupõe uma multiplicidade de decisões locais. É raro que se possa aplicar, cegamente, um plano preestabelecido; é preciso adequá-lo à realidade, adaptá-lo às circunstâncias: urgência, carga de trabalho, imprevistos fazem que cada dia seja diferente do outro. Não há instrução que possa suprimir essa parte de improvisação controlada; não há tarefa que possa dispensar uma constante atualização, que escape à variabilidade, que prescindia do engajamento pessoal daqueles que a efetuam. (LACOSTE, 1998, p. 21).

Quando retornamos ao campo da saúde, algumas questões devem ser transmutadas para esse outro contexto, para essa outra realidade de trabalho, tão diferente daquela na qual se realiza o trabalho industrial, origem de alguns estudos citados neste texto. O trabalho em saúde, ainda que também lide com máquinas, tempos e movimentos, possui características muito diferentes daquele. A inclusão da relação com outra pessoa, como aspecto estruturante dessa atividade, dá a ela outra dimensão, uma dimensão ampliada, posto que, se em ambientes planejados e supostamente controlados – como se propõem as indústrias tayloristas –, as renormalizações e improvisações são essenciais para que as tarefas sejam cumpridas, na atividade do trabalho em saúde, na qual se insere outra fonte de variabilidades e imprevistos – que é o usuário –, aumentam tanto as exigências sobre o trabalhador, como o espectro de arbitragens possíveis. Há, então, uma ampliação na sua possibilidade de gerir as variabilidades emergentes: “[...] o trabalho em saúde, para ser eficaz e resolutivo, dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública” (CAMPOS, 2000b, p. 230).

Merhy (2000) propõe que o trabalho em saúde deve ser pensado a partir de outro referencial, visto que possui uma série de aspectos singulares decorrentes desse “espaço de autonomia”, de “autogoverno”, que os profissionais do setor podem transitar e que não podem ser previstos nem predeterminados. Ele utiliza o conceito de “espaço intercessor” para entender o devir do trabalho em saúde. Esse espaço se produz no encontro singular entre o profissional de saúde

e o usuário do serviço no ato do trabalho, num encontro em que ambos estão munidos por suas crenças, valores, concepções macro e micropoliticamente constituídas nos processos sociais e históricos. (MERHY, 1999). “O encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes” (MERHY, 2000, p. 76).

Assim, somente a análise da atividade, do trabalho vivo em ato, vai permitir apreender qual tipo de relação foi estabelecida entre os atores e que ações e conhecimentos serão produzidos nesse encontro singular, pois, mesmo com as recorrentes tentativas de captura, sempre há algo que escapa ao controle, sempre há algo que não pode ser previsto, de imanente.

A orquestração do trabalho em saúde: uma proposta de pensamento sobre os modos de desfragmentar mantendo as especificidades

O trabalho em equipe no setor saúde foi proposto como forma de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre a saúde, como estratégia para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e desresponsabilização proveniente da crescente especialização dos profissionais de saúde (CAMPOS, 2000). No entanto, a simples reunião de profissionais com diferentes formações e práticas não garante que tal intuito será alcançado. Ao contrário, o que temos visto são práticas que, ainda que não sejam contraditórias ou antagônicas, são realizadas de forma justaposta e não por interseções.

A presença de múltiplos saberes e práticas, de diferentes processos de trabalho numa mesma equipe, aponta para uma prática de integralidade quando não se restringe às atuações individuais ou pontuais dos profissionais. A atuação em paralelo, com cada um realizando “sua parte” específica do trabalho, “tomando conta de seu quinhão”, sem que suas interfaces sejam contempladas, significa o esfacelamento da equipe e a perda de sua potencialidade como um dispositivo de integralidade e de eficácia da atenção. A ação em concerto – baseada no respeito e na reafirmação cotidiana das diferenças e especificidades da diversidade

de saberes e práticas e na atuação de cada profissional vinculada aos objetivos da equipe – é fundamental para que a integridade da equipe se mantenha. Isto porque a homogeneização despotencializa a ação da equipe e o seu trabalho não se restringe nem se encerra no fazer de nenhum profissional especificamente.

A heterogeneidade de práticas é essencial para a eficácia das equipes de saúde, na medida em que existam pontos de confluência, que suas interfaces sejam valorizadas. O trabalho dos diferentes profissionais deve ser orquestrado, de forma a apresentar coerência interna. A orquestração ocorreria tendo *a relação* com usuário como condutora das ações. A partir do contato com ele – contato fundamentado no *acolhimento, vínculo e escuta* – o ritmo e o arranjo das práticas devem ser definidos. É nessa relação *entre sujeitos* – com o usuário e com os outros trabalhadores – que se determinam quais profissionais vão atuar e quais serão a amplitude, sequência e intensidade de suas participações. Esse arranjo decorre da articulação dos saberes de cada profissional e seus instrumentos, com as necessidades do usuário – que são sempre processuais e singulares, requerendo análises e considerações constantes, pois cada ação reconfigura a relação estabelecida e redesenha as necessidades de todos os atores.

Uma relação que não seja baseada nesse tripé fundamental (acolhimento, vínculo e escuta) não permite a constituição da relação dinâmica e faz com que os profissionais se enclausurem em seus saberes predefinidos e em suas práticas individualizadas, fundamentadas pela arrogância epistemológica, que nega o outro como sujeito de sua saúde. A orquestração do trabalho em equipe ocorre a partir do estabelecimento de relações entre sujeitos, em que o usuário, incluído nesse processo, passa a ser o protagonista, em torno do qual e com o qual os profissionais agirão em concerto para produção de sua saúde.

Referências

- ATHAYDE, M. Psicologia e trabalho: que relações? In: JACÓ-VILELA, A. M.; MANCEBO, D. (Orgs.). *Psicologia social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1999.
- BOCK, A. M. B. *Aventuras do Barão de Munchhausen na psicologia*. São Paulo: Cortez, 1999.

CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, H. T. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2000b.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000a.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.

FREITAS, M. F. (Org.). *Vygotsky um século depois*. Juiz de Fora: EDUFJF, 1998.

HOUAISS, A. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 1.0*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. (1 cd-rom).

ISAIA, S. M. A. Contribuições da Teoria Vygotskiana para uma fundamentação psico-epistemológica da educação. In: FREITAS, M. F. (Org.). *Vygotsky um século depois*. Juiz de Fora: EDUFJF, 1998.

LACOSTE, M. Fala, atividade e situação. In: DUARTE, F. J. C. M.; FEITOSA, V. C. R. (Orgs.). *Linguagem e trabalho*. Rio de Janeiro: Lucerna, 1998.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, H. T. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. 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, 1999.

NOULIN, M., 1998. La intervención ergonómica. In: CASTILLO, J. J.; VILLENA, J. (Eds.). *Ergonomía: conceptos y métodos*. Madrid: Complutense. 1998. p. 365-382.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface. Comunicação, saúde, educação*. Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

_____. *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

_____. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. Autonomia e trabalho em medicina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 190-199, 1994.

RODRIGUES, L. A. J., KAYANO, R., LIPPE, T. L., SCHRAIBER, L. B. Interações com usuários na unidade básica de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B.; NEMES, M. I. B. (Orgs.). *Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCHWARTZ, Y. A comunidade Científica Ampliada e o Regime de Produção de Saberes. *Trabalho e Educação*. Rio de Janeiro, n. 7, julho/dezembro, p. 38-46, 2000.

_____. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004.

SILVA JR., A. G. S. *Modelos tecnoassistências em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

TEIGER, C. El Trabajo: obscuro objeto de la Ergonomía. In: CASTILLO, J. J.; VILLENA, J. (Eds.). *Ergonomía: conceptos y métodos*. Madrid: Complutense. 1998. p. 141-162.

VIGOTSKY, L. S. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Na terceira margem da compreensão de itinerários terapêuticos em saúde materno-infantil e saúde mental no SUS de Juazeiro-BA: apontamentos contextuais e metodológicos de uma pesquisa-extensão

BARBARA E. B. CABRAL
ANA PATRÍCIA SILVA ARAÚJO
ANISIANO PEREIRA ALVES FILHO
GLEICE DE OLIVEIRA CORDEIRO
GLÓRIA MARIA PINTO COELHO

Situando o panorama teórico-conceitual: sobre a construção da embarcação

O propósito deste texto é narrar o processo de gestão, elaboração e execução de uma pesquisa, com ênfase na discussão dos seus aspectos metodológicos. Trata-se do estudo intitulado *Trajetórias de cuidado no município de Juazeiro-BA: construção da integralidade no contexto das áreas programáticas estratégicas saúde materno-infantil e saúde mental*, desenvolvido de dezembro de 2011 – quando se definiu coletivamente a questão norteadora – a fevereiro de 2013 – quando se efetivou a devolutiva das principais compreensões produzidas.¹ Ao longo da narrativa, são destacadas as articulações interinstitucionais que possibilitaram a realização do estudo – que, a partir de um olhar retrospectivo, acabaram se configurando como passos fundamentais da caminhada – além da tessitura de cada uma das etapas seguintes. Desse modo, pretendeu-se realizar, sobretudo, uma descrição do delineamento metodológico da pesquisa, permeada de reflexões.

¹ O estudo aconteceu sob a coordenação de Prof^ª. Dr^ª. Roseni Pinheiro (LAPPIS/IMS/ UERJ) e de Cláudio Claudino Silva Filho (na época, na SMS de Juazeiro-BA), contando com vasta equipe de pesquisadores (professores, trabalhadores/gestores e residentes). Para atender aos critérios éticos de pesquisa com humanos (Resolução n. 196/96/CNS), a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do IMS/UERJ, sob o protocolo 50/2011.

Antes de desdobrar mais propriamente esse histórico reflexivo da pesquisa, apresenta-se a questão que lhe serviu como bússola: *como se delineiam os itinerários e as trajetórias de cuidado em saúde, na perspectiva da centralidade nos usuários, no contexto das áreas programáticas estratégicas saúde materno-infantil e saúde mental no SUS de Juazeiro-BA?* Assim, o objetivo era compreender como ocorria a relação dos itinerários terapêuticos com a efetivação da integralidade como direito à saúde no contexto local. Mais especificamente, importava mapear os itinerários terapêuticos e as trajetórias assistenciais dos usuários nas áreas selecionadas, atentando aos seus elementos constitutivos, capazes de fortalecer práticas de integralidade no cuidado. Remetia-se, outrossim, à importância de conhecer as concepções e práticas dos atores/autores sobre a busca de cuidados na rede SUS municipal, especialmente dos envolvidos no processo de trabalho/formação (gestores, trabalhadores, residentes e professores), visando a sua qualificação e educação permanente em saúde.

Sistematizar os conteúdos e resultados do estudo revela-se como um compromisso assumido pelo grupo que aceitou compor a *Incubadora de Integralidade em Saúde do Vale do São Francisco*, de modo que a elaboração de um texto relativo ao método constitui um dos frutos resultantes de um processo ainda em movimento.

O cumprimento de tal compromisso objetiva subsidiar as atividades da rede multicêntrica de pesquisa vinculada ao Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/IMS/UERJ), bem como contribuir com as instituições parceiras para a efetivação de processos formativos sob o eixo da integralidade e da centralidade do usuário na atenção à saúde.

Destaca-se que a Rede Multicêntrica de Pesquisa-Extensão-Ensino, engendrada e coordenada pelo LAPPIS, está ancorada na perspectiva de construir itinerários formativos com ênfase no compartilhamento de experiências cotidianas nas redes de saúde e de apoio social, no contexto do SUS, nos âmbitos locais, municipais, regionais, estaduais e nacional. Seus pressupostos éticos, políticos e educativos se sustentam na afirmação do direito humano à saúde, sendo que as ações incluem as dimensões da (re)organização da gestão, do

conhecimento e práticas dos trabalhadores, além das especificidades das políticas na efetivação desse direito².

Após essas considerações iniciais, cabe circunscrever, brevemente, o panorama teórico-conceitual em que se situou a pesquisa. Sua relevância se respalda na compreensão de que a gestão do cuidado e a formação do trabalhador em saúde reportam à complexidade da atuação de todos os implicados, demandando articular conhecimento técnico e experiência na construção de respostas pertinentes às necessidades de cuidado em saúde. Nessa perspectiva, são imprescindíveis análises que extrapolem a mera execução de um conjunto de técnicas e normas protocolares, tendo em vista a dimensão subjetiva das práticas em saúde.

Transversalmente a essa dimensão subjetiva, situam-se os valores que fundamentam a atenção em saúde, não respaldados simplesmente no conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS, os quais, ainda que legalmente garantidos, não se efetivam pela aplicação nas práticas nos serviços. Como indicam Louzada, Bonaldi e Barros (2007, p. 37), torna-se crucial partir das “práticas inventadas no cotidiano, no concreto das experiências produzidas pelos trabalhadores e usuários do SUS” para que esse sistema se reinvente de modo sintonizado com seu ideário democrático.

Diversos estudos do grupo LAPPIS³ têm indicado os itinerários terapêuticos e as trajetórias de cuidado em saúde como vias possíveis para a avaliação sobre demandas por cuidado em saúde, com destaque à centralidade nos usuários e à perspectiva da integralidade. Para a compreensão dos itinerários, demanda-se uma valorização do conceito de experiência, que abrange uma dimensão processual, portanto, temporal e transitória. Como indicam Bonet et al. (2011), os itinerários terapêuticos podem revelar as *mediações* que ocorrem

² Para a contextualização da “Rede Multicêntrica de Pesquisa-Extensão-Ensino sobre Integralidade em Saúde”, ressaltando seus pressupostos, características e objetivos, com os quais se afinam os objetivos e panorama teórico-conceitual da pesquisa ora descrita, recorremos ao relatório final da pesquisa apresentado ao CNPq (LAPPIS, 2012).

³ Baseamo-nos, principalmente, nos estudos inseridos nas coletâneas *Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica* (PINHEIRO; MARTINS, 2011) e *Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde* (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR; MATTOS, 2011).

nas redes de cuidado, produzidas por diversos *mediadores*, a exemplo dos próprios usuários. O termo *mediação* remete às relações que se tecem no contexto das práticas de cuidado.

Nessa trilha compreensiva, os conceitos, os referenciais teórico-epistemológicos e os caminhos de pesquisa foram se configurando ao longo do percurso, à medida que se visava compreender os trajetos das pessoas na sua *pro-cura*, ou seja, na busca por cuidado. *Não havia, portanto, uma formatação prévia do desenho da pesquisa, sendo esse um primeiro apontamento metodológico*, que se afina com um dado posicionamento epistêmico, apartado de um solo metafísico: não há um único modo (ou método) exitoso tampouco a intenção de, pelo caminho escolhido, descobrir uma verdade, tomada como algo absoluto.

Como fundamento da pesquisa, existia, contudo, um pressuposto: a efetivação da integralidade exige um questionamento de modelos postos, em geral idealizados, porque se acredita que sua construção ocorre na prática cotidiana em saúde. O cenário em que acontecem as práticas de cuidado envolvem diversos atores, que são autores, porque agem, e, agindo, disparam processos, iniciam algo, saem da inércia. Agir é constitutivo do humano e tem um caráter político por excelência: como seres singulares e plurais, características da condição humana, os humanos assumem a responsabilidade de definir coletivamente os rumos da *polis* (ARENDDT, 2001).

Assumindo-se que a integralidade, como princípio-ação, só pode se constituir nas práticas de saúde no cotidiano, há que se considerar tanto as relações entre os atores/autores envolvidos no cuidado quanto as peculiaridades do contexto em que acontece. Configura-se, portanto, como “uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2002, p. 15). Implica a interrogação de saberes e poderes instituídos, caracterizando-se como dispositivo político e possibilitando o engendramento de novos arranjos sociais e institucionais em saúde, como destacado por Pinheiro e Guizardi (2008).

Desse modo se entrelaçam processos de trabalho, processos formativos e processos de gestão, em que o princípio da integralidade

se realça como eixo conceitual e estruturante das práticas de atenção, cuidado e de ensino na saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2011). Defende-se uma educação permanente em saúde que valorize a multiplicidade das práticas de cuidado que ocorrem na formação e no trabalho, bem como a experiência e a participação dos diversos sujeitos na construção das práticas do SUS, entendendo-se o espaço do trabalho como um *lócus* de ensino e aprendizagem. Compreende-se que processos de trabalho e de gestão são, pois, processos formativos. Formação é, então, compreendida à luz da aposta de Barros (2011, p. 137), como algo que se configura em “múltiplas formas de ação, como produção de saberes e de práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem, que se constroem sobre especialismos naturalizados”.

A opção de tomar como referência a noção de *itinerários terapêuticos* ocorreu em função da *centralidade dos usuários* no estudo. Interessava compreender os caminhos percorridos e os processos pelos quais as pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento ao longo do seu percurso para cuidar da aflição. No curso dessas ações, apresentam-se interesses, emoções e atitudes circunstanciais, destacando-se que não necessariamente um itinerário é produto de um plano esquematizado ou pré-determinado (ALVES; SOUZA, 1999). Assim, considera-se que cotidianamente os usuários reinventam seus itinerários, “a partir dos desafios que se apresentam em cada momento de organização da saúde e, também, a partir de suas redes de inserção, que são sociais e simbólicas” (MARTINS, 2011, p. 56).

O estudo de itinerários terapêuticos abrange o conhecimento dos dispositivos de cuidado a que se recorreu, sendo que, neste caso, atentava-se para os modos de acolhimento nos serviços da rede SUS municipal, na ocasião em que se recorria a estes. Cuidado é tomado como uma unidade de fronteira, ou seja, um amálgama de saberes e práticas, que contribui tanto para a desconstrução de *modelos ideais* – no que tange a sua insuficiência como artefato teórico-prático na formulação e implementação das políticas públicas em saúde – como para a identificação e construção de *práticas eficazes*, capazes de produzir

respostas positivas às demandas dos usuários no cotidiano dos serviços (PINHEIRO; LUZ, 2003). Articula-se a essa compreensão a noção de *cuidado como valor*, a ser defendido e exercido nas práticas de saúde.

Por fim, a pesquisa desenvolvida se caracterizou como uma prática avaliativa centrada no usuário, reconhecendo-se sua acepção pluridimensional: visava-se compreender a integralidade do cuidado no cenário municipal, nas duas áreas indicadas. Articulavam-se, ao olhar compreensivo e interpretativo, elementos da gestão, formação, atenção e participação no SUS de Juazeiro-BA, os quais, tomados numa perspectiva relacional, perfilavam os cenários para a ação.

Realizar a pesquisa constituiu, por conseguinte, um exercício ético-político, em que permanentemente se buscava criar espaços de interlocução e reflexão entre os diversos atores/autores sobre os passos dados, como condição para definir os rumos adiante no caminhar. Reafirma-se, então, que é esse percurso – que seguramente se conformou como um profícuo itinerário de formação para os participantes – que pretendemos registrar.

Atravessando as veredas dessa história de construção coletiva de uma prática de pesquisa-extensão: sobre como se forjaram as condições para a travessia

Recorrendo-se aos diversos registros feitos no trajeto, identificam-se as balizas inaugurais dessa narrativa em dois acontecimentos significativos. O primeiro correspondeu à VI Conferência Municipal de Saúde do município de Juazeiro/BA, entre os dias 05 e 07 de agosto de 2011, cujo eixo temático central foi “Acesso e acolhimento no SUS – desafios na construção de uma política saudável”. O evento reuniu cerca de 300 participantes, dentre gestores, prestadores, trabalhadores de saúde, usuários e comunidade em geral, que discutiram as fragilidades e necessidades de investimento para o avanço da rede SUS municipal, tendo em vista a complexidade do processo saúde-doença-cuidado.

O segundo momento, logo em seguida, foi a realização do I Congresso do Vale do São Francisco de Formação para o SUS (CONGREFOR), promovido pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), entre os dias 01 e 03 de setembro de 2011,

com o principal objetivo de estimular debates e trocas de experiências relativas aos atuais dispositivos formativos para o SUS – com ênfase no Programa de Educação para o Trabalho para Saúde, o PET-Saúde. Participaram em torno de 500 pessoas, entre professores, estudantes e trabalhadores da rede de saúde, que se inseriram em uma programação diversificada, incluindo grandes rodas de debate, “círculos petianos” (grupos menores voltados a debates específicos) e apresentação de trabalhos científicos, em sua maioria desenvolvidos na região.

Avaliamos que esses momentos se complementaram, considerando-se que tematizaram a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde regional, incluindo novos dispositivos de formação profissional e de organização dos processos de trabalho, que contemplassem a complexidade do processo saúde-doença-cuidado nas redes locais.

A aproximação entre pesquisadores do LAPPIS, profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro-BA (SMS) e docentes da Univasf ocorreu nesses cenários. Por estas vias, foi se articulando um grupo de técnicos da SMS com docentes e discentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF (Univasf/SESAB), que aceitou o desafio proposto pelo LAPPIS: em um cenário paradoxal, repleto de avanços, limitações, anseios e necessidades de mudança em relação à atenção à saúde no SUS municipal, aprofundar a discussão sobre o tema *integralidade em saúde*.

Como resultado dessa aproximação, realizou-se nos dias 23 a 25 de novembro de 2011, o minicurso “Introdução à Pesquisa e Extensão sobre Práticas de Integralidade em Saúde”, com a participação de profissionais da assistência e da gestão da SMS, residentes e docentes da Univasf. O minicurso propiciou um espaço de partilha de experiências em torno do tripé pesquisa-ensino-extensão, com o foco na região do Vale do São Francisco, pontuando-se a importância de valorizar as experiências nas redes locais de saúde, instâncias primordiais de produção de conhecimento e aprendizagem.

Um dos desdobramentos desta iniciativa foi a decisão de planejar e executar o estudo sobre itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais na rede SUS de Juazeiro-BA, cuja história ora se narra. No contexto do minicurso, as áreas programáticas saúde materno-infantil e saúde mental foram apontadas como prioritárias, pactuando-se a organização

de uma oficina metodológica para o desenvolvimento do projeto de pesquisa.⁴ Então, como uma espécie de *segunda etapa* do minicurso, ocorreu a I Oficina Metodológica de Construção Coletiva do Projeto, no período de 17 a 19 de janeiro de 2012, desenvolvida pelo LAPPIS em parceria com a SMS, através do Núcleo de Humanização e Educação Permanente, e com a Univasf, via RMSF.

Os principais objetivos desse momento foram estruturar o projeto de pesquisa e consolidar a participação dos residentes, qualificando-os para a inserção em campo e colheita de “dados”. A metodologia da oficina contemplou discussões sobre o marco teórico-referencial do estudo, discutindo-se também aspectos metodológicos. Ao final, estabeleceu-se a operacionalização da proposta através da negociação, pactuação e responsabilização das atividades, além de definição de cronograma entre os participantes e instituições.

Sentindo a necessidade de maior aproximação e conhecimento das experiências ocorridas nos serviços, sobretudo aquelas em articulação com a universidade, definiu-se, como passo seguinte, mapear as experiências de ensino-pesquisa-extensão relacionadas às áreas selecionadas, com potência de inovação no SUS, tarefa posta em prática pelos residentes. Ao ser finalizada, tínhamos um mapeamento das diversas produções e experiências existentes como fruto da parceria Univasf/SMS, reconhecendo-se a importância de passar a sistematizar essas iniciativas.

A linha do tempo confunde-se com os movimentos sinuosos do Velho Chico – rio que inspira as metáforas desse conto, por habitarmos em suas margens. Os meses se passaram e o grupo se instrumentalizava para dar seguimento à pesquisa ao passo que ela ia sendo executada, recorrendo-se a encontros presenciais e videoconferências entre os pesquisadores. *Outro apontamento metodológico axial: a produção da pesquisa constituiu, per se, um processo de formação bastante potente, na medida em que dele participaram diversos atores/autores, com seus olhares e ritmos diferenciados, em uma experiência viva de articulação*

⁴ O projeto integrou o Protocolo de Pesquisa da Rede Multicêntrica da Rede de Pesquisa do Grupo LAPPIS, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

entre processos de trabalho e processos formativos, evidenciando-se a dimensão política da prática em saúde.

Torna-se oportuno destacar que o dispositivo “Residência Multiprofissional”, em sua perspectiva de formação em serviço, teve seu sentido revisitado e realçado nos encontros da pesquisa, reafirmando-se a fertilidade desse tipo de formação entre os pesquisadores – profissionais de saúde, residentes, gestores e professores.

Nos dias 22 e 23 março de 2012, aconteceu o terceiro encontro do grupo de pesquisa para o refinamento dos instrumentos de colheita de “dados” e do guia de trabalho para a entrada em campo, discutindo-se aspectos dessa inserção. Foram definidas as instituições que seriam os cenários para a colheita (a partir do mapeamento previamente realizado), optando-se pela realização de entrevistas com representantes da sociedade civil e da SMS, além da consulta a registros históricos institucionais. *O resgate da historicidade das instituições constitui outro apontamento metodológico fundante, dada sua importância para a compreensão de sua dinâmica de funcionamento.*

A partir daí, os pesquisadores passaram a transitar pela rede de saúde do município, conversando com diversos *interlocutores* como parte do traçado metodológico da pesquisa. Cada inserção em campo implicava a escrita de diários de bordo e registro em áudio das conversas, o que ia configurando um rico material para reflexões sobre o processo de pesquisar. *Isso dá margem a mais um apontamento metodológico: as reflexões a partir dos “dados” produzidos na imersão em campo são fundamentais para que se delineiem os rumos da pesquisa.* Assim, íamos decidindo, nas reuniões de pesquisa, que caminhos seguir, com base no que vislumbrávamos a partir da entrada em campo.

Isso se aproxima de traçados metodológicos pensados numa perspectiva interventiva de pesquisa, em que é fundamental se abrir ao que é vivido durante a imersão em campo, na relação do pesquisador com os *interlocutores* e com os fenômenos que lá acontecem, a exemplo do que apontam autores como Andrade, Morato e Schmidt (2007) e Passos, Kastrup e Escóssia (2010). Alinhado a isso, considera-se que se trataria de um processo de pesquisa que se sustenta na própria experiência do pesquisador, que é posta sob investigação, passando a assumir o primeiro plano: recorre-se à experiência como fonte primeira,

na perspectiva de construção de sentido, de caráter sempre contextual, porque relacionado à experiência vivida (CABRAL, 2011, p. 72).

Em meio à navegação ao sabor das vagas – ora mansas, ora revoltas – no processo de experimentar/aprender um modo possível de produzir conhecimento, foram sendo (re)afirmadas as parcerias. Nessa direção, um momento crucial foi a realização do Seminário de Pesquisa-Extensão entre Grupos de Pesquisa do Vale do São Francisco e LAPPIS-IMS-UERJ, nos dias 7 e 8 de maio de 2012, em que foi oficializada a parceria entre a Univasf, SMS de Juazeiro-BA e LAPPIS/IMS/UERJ, com a assinatura do Termo de Cooperação Técnico-Científica para a implantação da Incubadora da Integralidade do Vale do São Francisco que, mais tarde, contemplou o município de Petrolina-PE.

Os dois dias foram marcados pelo encontro de pesquisadores envolvidos em várias experiências já desenvolvidas no Vale do São Francisco pelo LEPII (Laboratório de Estudos, Pesquisa e Intervenção em Integralidade/Univasf), LETRANS (Laboratório de Estudos e Práticas Transdisciplinares em Saúde e Educação/Univasf), NES (Núcleo de Epidemiologia e Saúde/UNIVASF), RMSF e SMS, discutindo-se apostas de ensino, pesquisa e extensão sob a batuta da integralidade, como dispositivo político. Em um dos turnos, contou-se com a preciosa participação da Prof^a. Madel Therezinha Luz, que proferiu uma instigante conferência sobre o tema “Racionalidades Médicas e Práticas de Cuidado Integrativas”, disponibilizando-se, posteriormente, a conversar com os membros da Incubadora.

As *Incubadoras da Integralidade*, articuladas pelo LAPPIS, constituem dispositivos articuladores de ações de ensino, pesquisa e extensão, visando fomentar a gestação de ideias e projetos voltados à construção de práticas integrais no cotidiano das redes de saúde, partindo, portanto, das realidades locorregionais em que estão inseridas. A Incubadora do Vale do São Francisco foi a quinta do país, sendo as outras sediadas em Belo Horizonte-MG, Campo Grande-MT, Rio Branco-AC e Recife-PE.

O termo de cooperação técnico-científico assinado, que oficializou o lançamento da Incubadora de Integralidade do Vale, tem um prazo definido (maio/2012 a outubro/2013). Entretanto, o que

tem sido discutido por seus integrantes é a importância de levar adiante os processos que tal movimento disparou localmente, no sentido de turbinar a experiências de ensino-aprendizagem-produção de conhecimento-intervenção nas redes de saúde da região, pela parceria Univasf-SMS, sobretudo via programa de residência (RMSF). Compreende-se a Incubadora da Integralidade como um disparador de articulações, encontros e parcerias, que podem contribuir para fortalecer a rede de atenção em saúde regional. Enfatiza-se que

[...] a utilização da rede de pesquisa multicêntrica desenvolvida por meio de uma instância interinstitucional, nomeada de Incubadora de Integralidade, configura-se como estratégia subjacente do projeto em desenvolvimento. Estima-se que a adoção desta metodologia de rede de pesquisa multicêntrica contribuirá para identificar os desafios da efetivação da integralidade no contexto das áreas programáticas estratégicas, de modo a auxiliar a reorganização da gestão e da atenção em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma estratégia que se ancora no estudo das práticas institucionais como um percurso profícuo de desenvolvimento de inovações teórico-metodológicas e de tecnologias no âmbito das áreas programáticas estratégicas. (LAPPIS, 2012, p. 9).

A inserção no circuito de Incubadoras de Integralidade viabilizou a participação de representantes do grupo do Vale do São Francisco no XII Seminário do Projeto Integralidade: Integralidade sem fronteiras – itinerários de justiça, formativos e de gestão na saúde, que aconteceu no município de Rio Branco-AC, em agosto de 2012. Tais seminários, considerados fundamentais na história do Grupo de Pesquisa LAPPIS, reúnem gestores, profissionais, pesquisadores, representantes de movimentos sociais, residentes, estudantes de graduação e usuários de instituições de pesquisa e de saúde no Brasil e na América Latina. O XII Seminário configurou-se como profícuo espaço de debates, reflexões e troca de ideias sobre os caminhos a serem tomados para se efetivar o direito à saúde.

Desse modo, a navegação foi se estendendo a outras regiões, com a participação de integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Univasf (docente e residente)

e da SMS de Juazeiro-BA no I Encontro Nacional das Incubadoras da Integralidade, realizado de 25 a 27 de setembro de 2012, no Hospital Sofia Feldman, em Minas Gerais.

A partir dessas articulações, brotou o convite para que a Univasf compusesse os Conselhos Consultivo e Executivo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), relativa ao eixo da Integralidade em Saúde, na perspectiva de ampliação da rede. Considera-se que isso deverá estimular a sistematização das pesquisas e intervenções desenvolvidas no contexto regional – em que se dispõe a Rede Interestadual da Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco/Rede PEBA – voltada às quatro áreas temáticas da BVS Integralidade em Saúde, a saber: Atenção em Saúde, Cuidados Integrais em Saúde, Planejamento e Administração em Saúde e, por fim, Saúde e Sociedade.

A participação nesses encontros possibilitou uma maior clareza em relação aos rumos da pesquisa no SUS de Juazeiro-BA e à composição da Incubadora de Integralidade do Vale, seguramente se configurando como espaços formativos importantes.

Retomando a pesquisa, entre 25 e 29 de junho de 2012, houve um encontro para a elaboração da matriz conceitual e devolutiva parcial, contemplando uma discussão entre os pesquisadores e os *interlocutores*, na perspectiva de uma *validação dialógica* dos resultados parciais da pesquisa. Desse modo, os *interlocutores* tiveram uma primeira oportunidade de conhecer como os “dados” colhidos na imersão em campo estavam sendo organizados. Nesse encontro, foram definidas coletivamente as principais categorias da pesquisa, considerando a autenticação dos *interlocutores* em relação à importância das mesmas.

O rumo seguinte foi a sistematização dos conteúdos e resultados sobre os itinerários e as trajetórias assistenciais identificadas nos relatos dos *interlocutores*. Com esse delineamento, partimos para uma fase importante da pesquisa: discutir tais resultados com o grupo de pesquisa, na Oficina da Incubadora da Integralidade do Vale do São Francisco, ocorrida nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012. Nessa oficina, que contou com pesquisadores do LAPPIS e da Incubadora de Integralidade do Hospital Sofia Feldman, também foram definidas diretrizes para a devolutiva da pesquisa, cuja

finalidade era apresentar publicamente os resultados da pesquisa, além de discutir novos dispositivos para aprimoramento dos processos formativos em saúde na região.

O encontro devolutivo ocorreu, então, em 21 de fevereiro de 2013, de modo que os resultados da pesquisa foram apresentados integrando-se os dois eixos: saúde materno-infantil e saúde mental. Para esse momento, foram convidados todos os interlocutores, usuários, representantes da Rede de Saúde Materno-Infantil, Saúde Mental e dispositivos das redes de apoio, bem como estudantes, professores da Univasf vinculados ao PET-Saúde, profissionais de saúde, gestores e conselheiros de saúde. Esse momento cumpriu um aspecto do compromisso ético-científico de publicizar as compreensões produzidas na pesquisa, e promoveu a avaliação e validação do que havia sido delineado em relação aos itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais nas áreas selecionadas, atentando-se à possível ressonância das falas apresentadas nos participantes presentes.

Este encontro devolutivo se estruturou da seguinte forma: após a apresentação dos itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais analisados,⁵ oportunizou-se o debate em dois momentos: um primeiro, na plenária, e outro em formato de rodas de debates por eixo temático. Assim, os resultados e o próprio processo de pesquisa foram discutidos e avaliados, reafirmando-se os esforços deste estudo no sentido da busca pela qualidade nos serviços de saúde e da implantação de programas de educação permanente no SUS de Juazeiro-BA, garantindo-se a participação social.

Refazendo o caminho: de como se desenhou e efetivou coletivamente o método

Como sinalizado, o principal propósito deste texto é contar o processo de realização da pesquisa, refletindo sobre a constituição do caminho. Trata-se de estudo qualitativo, de natureza descritiva e abordagem interdisciplinar, participativa e de base empírica, caracterizando-se como pesquisa-ação (THIOLLENT, 1985). Assim,

⁵ Esquema da apresentação disponível em http://prezi.com/xsgrryn_fduz/devolutiva-lappis-vale/?kw=view-xsgrryn_fduz&rc=ref-30427781.

assume-se a interferência direta dos pesquisadores no desenrolar do estudo, até mesmo pela mera presença em campo.

Nesse tipo de abordagem, ao seu desdobramento metodológico e prático, articulam-se princípios básicos da sociologia compreensiva, psicologia, filosofia política e saúde, não como superposição, mas sim, síntese. Busca-se estabelecer, assim, de forma complementar e dialética, o diálogo entre questões objetivas e subjetivas relativas ao tema investigado, atentando-se aos consensos, conflitos e contradições – que revelam múltiplos pontos de vista e indicam mudanças – estimulando-se a atuação conjunta de pesquisadores com diferentes formações, numa perspectiva de interação crítica e propositiva (THIOLLENT, 2009).

Em sua caracterização geral, a pesquisa teve caráter avaliativo, apoiando-se na *triangulação de métodos* (MINAYO, 2005), no intuito de compor um espaço para a atitude dialógica, valorizando-se o contexto relacional, as intencionalidades e estruturas sociais existentes no cenário local. Ressalta-se que os atores/autores são sujeitos de avaliação e não “objetos”, sendo fundamental que os pesquisadores – compondo uma equipe interdisciplinar – trabalhem cooperativamente, com a valorização relevante do contexto, por meio da história, relações, representações e participação.

Respaldados nesse panorama epistemológico, cada etapa do caminho foi construída coletivamente, em um rico processo de debates, em que o grupo de pesquisa ia aprendendo algo a respeito de modos possíveis de produzir conhecimento, reconhecendo a implicação do pesquisador e a dimensão ético-política do pesquisar. Desde o minicurso, em novembro de 2011, foi sendo delineado um fazer-saber que convocava a posicionamentos em relação ao processo de produção de conhecimento e sua relação com a transformação de realidades.

Um apontamento metodológico fundamental é a importância da tessitura coletiva no processo de pesquisa, certamente uma das marcas do LAPPIS. A noção de coletivo, aqui, remete também à preocupação com modos de implicar o usuário nesse processo de produção de conhecimento, o que ainda constitui um desafio. Assumir a *centralidade do usuário* já promove uma torção no processo investigativo; porém, a efetivação de sua inclusão foi tomada como um horizonte no processo

de pesquisa, ganhando consistência, sobretudo, na validação dialógica e no grupo focal, tematizados adiante.

Na I Oficina Metodológica de Construção Coletiva do Projeto (janeiro/2012) foi, então, elaborada a matriz de responsabilidades, em que foram definidos sete momentos no desenvolvimento da pesquisa, com prazos e responsáveis: *diagnóstico*, que correspondeu a um mapeamento das instituições, sujeitos, projetos de extensão/pesquisa e experiências nas duas áreas focadas; *composição da matriz de entendimento*, feita a partir do mapeamento, realizando-se uma análise cartográfica das estratégias de atenção existentes em Juazeiro-BA, dando visibilidade às possíveis articulações entre os diversos dispositivos; *finalização da versão preliminar do projeto*, em que se deveriam ajustar detalhes em relação à sua execução de modo a esclarecê-lo aos participantes; *primeira devolutiva*, para a qual foram convidados representantes das instituições e projetos envolvidos na pesquisa, ocorrendo um redimensionamento no sentido de refletir ações e estratégias a serem compartilhadas; o *trabalho de campo*, que correspondeu ao momento de entrevistas com os *interlocutores*; o processo de *sistematização e organização da devolutiva final*, que tiveram início após o processo de colheitas das narrativas; e *publicização dos resultados*, com algumas etapas ainda a serem cumpridas.

Buscou-se garantir reuniões semanais para discutir e avaliar a execução de cada um desses momentos. Contudo, ficou evidente a dificuldade em manter a periodicidade dos encontros, em função das diversas outras atribuições assumidas pelos participantes, em seus cotidianos de trabalho. Isso foi objeto permanente de avaliações, construindo-se brechas para levar o processo adiante, norteados, sobretudo, pelo compromisso assumido na relação com o público do SUS municipal. Quinzenalmente, buscava-se garantir videoconferências com a coordenação geral do projeto, além de alguns encontros presenciais.

Outro apontamento metodológico é a importância do registro de cada etapa: foram elaborados relatórios das visitas institucionais e diários de campo a partir da inserção nos locais visitados. Todas as entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas.

Além disso, as reuniões do grupo de pesquisa geraram registros com os principais pontos discutidos e encaminhamentos. Com tudo isso, gestou-se uma rica matéria-prima para a produção de compreensões em torno da questão de pesquisa.

A partir do mapeamento, foi definido o conjunto de interlocutores, contemplando passagens em dispositivos relativos aos eixos *saúde materno-infantil*, *saúde mental* e *rede de apoio social* (sociedade civil) e incluindo as categorias: *usuários* (09), *residentes* (03), *trabalhadores* (04) e *gestores* (02). Foram definidas, previamente, trajetórias “desejadas” para cada um dos interlocutores, como modo de constituir esse conjunto, garantindo-se uma diversidade de experiências. Por exemplo, em relação ao eixo saúde mental, definiu-se que seria interessante ter quatro usuários, com as seguintes trajetórias: **I.** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, Sanatório e Centro de Atenção Psicossocial/CAPS-II; **II.** Sanatório e CAPS-II; **III.** Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (NUMANS), caracterizado como movimento social; **IV.** grupo terapêutico Neuróticos Anônimos (N/A). A constituição do conjunto de *interlocutores* foi fruto de várias discussões no grupo de pesquisa, tendo por base o mapeamento realizado. Feito o desenho preliminar, partiu-se para a inserção no campo, a fim de ter a indicação de possíveis *interlocutores* que correspondessem a esse desenho preliminar.

Como o campo tem vida própria e primazia, permanentemente reposicionando o pesquisador em relação aos seus planejamentos – sendo este outro apontamento metodológico – os interlocutores não se encaixaram perfeitamente no que fora imaginado como sendo uma configuração interessante, tendo havido a necessidade de reconfigurações.

Entrevistas foram realizadas no CAPS II, na Secretaria Municipal de Saúde, instalações do SAMU, sede da Pastoral da Mulher, Hospital da Criança, Maternidade Municipal, Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM) e domicílio de usuários.⁶ Foi utilizado um roteiro semiestruturado para entrevista em profundidade e gravador de voz; no entanto, a instrução geral era permitir e estimular que cada interlocutor

⁶ Ao todo, foram realizadas 13 entrevistas, sendo oito usuários, quatro trabalhadores e um gestor.

pudesse narrar seu itinerário em busca de cuidados. Tendo em vista o aprofundamento das narrativas, alguns participantes foram entrevistados mais de uma vez. Outros documentos também foram analisados, como prontuários, regimentos institucionais e atas de reuniões. Todas as entrevistas coletadas (individuais e em grupo) foram transcritas e armazenadas em arquivos digitais (Microsoft Word 2010).

Foram os “dados” colhidos nessas conversas que permitiu a construção da matriz conceitual, definindo-se os principais conceitos/categorias que emergiram e que deveriam ser validados como axiais no processo de análise: *itinerário terapêutico*, *cuidado* e *política*. Cada uma dessas categorias teve nuances peculiares para os eixos analisados (saúde materno-infantil e saúde mental), gerando subcategorias próprias. O eixo da rede de apoio social acabou assumindo um aspecto transversal às duas áreas. Vários fragmentos narrativos foram recortados por sua relevância na interlocução dos pesquisadores com as narrativas colhidas, agora acessadas em um segundo momento.

Partimos para a *validação dialógica*⁷ com esses resultados parciais da pesquisa, contemplando uma discussão aberta entre os pesquisadores e os *interlocutores*, em torno das categorias centrais. Tratou-se de uma experiência extremamente mobilizadora, em que houve uma aproximação significativa daquele horizonte de inserção dos “pesquisados” – incluindo sobretudo os usuários – como participantes efetivos do processo de produção do conhecimento. Pode-se afirmar que na *validação dialógica* da pesquisa houve uma experimentação da *centralidade do usuário* no processo, que apontou para a importância de que este seja um eixo central na atuação cotidiana nas redes de saúde, ousando-se romper ou resignificar estruturas hierárquicas já cristalizadas como *naturais*, a exemplo da relação pesquisador-objeto/sujeito de pesquisa ou profissional-usuário do serviço.

Houve a possibilidade de expressão e acolhimento dos diversos sentidos atribuídos às categorias analíticas principais, que foram autenticadas

⁷ Diversos estudos, realizados sobretudo na área da Educação – a exemplo de André (2001) e Ponte (2002) – têm indicado a importância da consideração de outros critérios para avaliação da qualidade das pesquisas realizadas, destacando-se a *validação dialógica*, que ressalta o caráter público da pesquisa e a busca de diálogo com os pares e diversos participantes sobre o problema e os resultados da pesquisa.

no contexto do encontro: eis um apontamento metodológico fundante, aprendido e vivido na experiência dessa pesquisa. Portanto, os pesquisadores puderam seguir com maior tranquilidade na apropriação dessas categorias via depoimentos dos entrevistados; por esta trilha, *itinerário terapêutico, cuidado e política* se tornaram categorias repaginadas ou remasterizadas pelas vozes e sotaques dos *interlocutores*.

Além das entrevistas individuais, foi realizado um *grupo focal*, alguns dias depois da validação dialógica, com representantes dos serviços integrantes das duas áreas (SAMU, Saúde Mental, Atenção Primária e Maternidade) e usuários. Mais uma aproximação experiencial significativa do horizonte de participação dos “pesquisados” (*interlocutores*) no processo de produção do conhecimento

A *análise dos dados*, em resumo, ocorreu em duas etapas, destacando-se o fato de ter sido *simultânea ao desenvolvimento da inserção em campo e da colheita de dados: outro apontamento metodológico*. Como já indicado, a inserção em campo e o que ali se colhia foi determinando o direcionamento das fases seguintes de colheita e análise dos “dados”. Primeiramente, configurou-se uma etapa de *análise quantitativa* das informações sobre a gestão, organização das redes de serviços e experiências de dispositivos relacionados às duas áreas pesquisadas, utilizando-se os indicadores/marcadores mais relevantes, considerando os objetivos do estudo. Atravessando essa primeira etapa, foi acontecendo a *análise qualitativa*, tomando como base: revisão bibliográfica para definição dos marcos conceituais e conhecimento das iniciativas de formação que tivessem a integralidade como eixo; entrevistas em profundidade; observação participante; transcrição dos depoimentos; validação dialógica; grupo focal com usuários, gerentes, preceptores e residentes; sistematização, análise e interpretação continuada da *matéria-prima* colhida e encontro devolutivo final.

Para finalizar esse processo reflexivo a partir do caminho percorrido, ressalta-se a importância do *encontro devolutivo final*, em que se apresentaram as principais compreensões produzidas, a um público heterogêneo, que abrangia profissionais de saúde e de outros setores, gestores, estudantes e professores. Os debates revelaram aos pesquisadores a pertinência do estudo realizado e das compreensões produzidas, gerando-se o compromisso de utilizar sua divulgação como

via para promoção de educação permanente, dado que claramente se indicou, pelos resultados, a necessidade de mudança de práticas nas redes. Especialmente os depoimentos dos usuários, grandes mestres, revelaram a imprescindibilidade de que sejam escutados para que se multipliquem as possibilidades de melhoria efetiva na atenção à saúde.

Arrematando, circunstancialmente, a travessia: o que está por vir?

Chega-se ao final do texto, com a sensação de recomeço. Ou, ao menos, com o reconhecimento da riqueza e profundidade que significa revisitar a história, como forma de dar continuidade aos processos. Parece fundamental levar adiante a construção de um sistema de saúde integral, em que se efetive o direito humano à saúde e à vida. Esse registro do processo de uma pesquisa voltada à compreensão dos itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais em saúde materno-infantil e saúde mental no SUS de Juazeiro-BA permitiu ao grupo repensar modos de atuação e formas de produção de conhecimento científico.

Diante disto, fica o compromisso, a ser assumido cotidianamente, de difundir esse aprendizado. Reafirmando alguns dos apontamentos metodológicos feitos ao longo do texto: *importa a ação coletiva no processo de produção de compreensões sobre a realidade e a assunção dos seus desdobramentos*. Pesquisar deve responder a tarefas mais nobres que a composição de currículos Lattes: o processo de pesquisar é formativo e deve se relacionar à vida e à busca de melhores condições para o seu acontecimento. Compreendeu-se que a pesquisa, tomada como mote para as reflexões apresentadas, carrega uma defesa da importância da “pesquisa implicada”, além da marca da ousadia, pelo exercício de construção conjunta do conhecimento.

Embora não seja objetivo deste texto apresentar resultados da pesquisa – o que caberá a outras produções – avaliou-se como relevante indicar, minimamente, elementos considerados transversais aos dois eixos tematizados, os quais foram identificados como frutos do processo de análise. Destarte, em relação à categoria *itinerário terapêutico*, revelaram-se aspectos como a violência institucional, o problema do acesso às redes, bem como a importância da Atenção Primária à Saúde (em nosso país, operacionalizada pela Estratégia

Saúde da Família) na efetivação da integralidade em saúde. E no que tange ao *cuidado*, ressaltou-se a preponderância nociva – ainda presente – da racionalidade biomédica, em pleno século XXI, bem como a necessidade da atenção ao apoio familiar (aqui se compreendendo família numa perspectiva ampliada, em seus diversos arranjos contemporâneos) nas práticas de saúde.

Por fim, como elementos relativos à *política*, destacaram-se a discriminação, ora sutil ora escancarada, em relação aos usuários (nesse caso, pessoas diagnosticadas como tendo transtornos psíquicos e mulheres, revelando um expressivo recorte de gênero), a fragilidade na formação profissional para atuação consoante com o que se preconiza em termos atenção integral à saúde e a (des)articulação das redes públicas de cuidado. Assim, urge prosseguir na caminhada, com vistas a construir – pela via das práticas em saúde e reflexão sobre estas – *céu cinzento no sertão*, que é prenúncio da sempre esperada chuva e, portanto, da fecundidade, como indicado pelo poeta Gonzaguinha.

Há muito o que ser construído... Desse modo, importa assumir que a reflexão sobre o que se faz parece ser a vereda mais interessante para evitar a banalidade do mal, retomando uma provocação de Arendt (2009), escapando-se o máximo possível à comum ausência de pensamento – experiência corriqueira em nossa vida cotidiana, em que raramente garantimos tempo ou mesmo desejo de *parar e pensar*.

Assim, reafirmamos: o que está por vir depende continuamente da ação dos humanos e do que estão dispostos a sustentar no *agir político*...

Referências

- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre os itinerários terapêuticos. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.p. 125-138.
- ANDRADE, A.N.; MORATO, H.T.P.; SCHMIDT, M.L. S. Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia. In: RODRIGUES, M.M.P.; MENANDRO, P.R.M. (Orgs.). *Lógicas metodológicas: trajetórias de pesquisa em psicologia*. Vitória: GM, 2007. p. 193-206.
- ANDRÉ, M. Pesquisa em educação: buscando rigor e qualidade. *Cadernos de Pesquisa*, n. 113, p. 51-64, jul 2001.

- ARENDRT, H. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- ARENDRT, H. O pensar. In: _____. *A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, p. 17-83.
- BARROS, M.E.B. de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 132-150.
- BELLATO, 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. 167-187.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- CABRAL, B.E.B. *Sustentando a tensão: um estudo genealógico sobre as possibilidades de ação transdisciplinar em equipes de saúde*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 23-38.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 201-205.
- LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. *Relatório da Pesquisa Trajetórias de Cuidado em Saúde no Município de Juazeiro-BA: construção da integralidade no contexto das áreas programáticas estratégicas de saúde materno-infantil e saúde mental*. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2012. 69 p.
- LOUSADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. de. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B. de; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p. 37-52.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 15.

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

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 336p.

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. 180 p.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.p.17-25.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 376 p.

BONET, O. et al. Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 241-250.

THIOLLENT, M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, C.R. (Orgs.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 82-103.

PARTE 3

Integralidade na humanização do cuidado: espaço público, gestão comunicativa e redes no SUS

Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde

INESITA SOARES DE ARAÚJO
JANINE CARDOSO

Introdução

Sob o tema da construção social da demanda, uma pergunta é enunciada: onde estão as vozes da participação? Há aqui alguns implícitos: as vozes existem; há um movimento no sentido da participação, que em tese traria impactos à construção social da demanda na saúde; não se pode localizar e identificar bem essas vozes; a participação não se efetiva.

Mas, se as vozes existem, a pergunta “onde estão as vozes?” poderia levar a outra, “como podemos ouvir as vozes?”, que nos remeteria para a necessidade de metodologias de escuta e percepção da polifonia social. Tendo como pressuposto que as vozes de que falamos são as que historicamente estiveram sempre excluídas dos processos de construção pública e legitimadas dos sentidos da saúde, este texto objetiva contribuir para o debate sobre a integralidade na saúde, aportando reflexões feitas a partir do campo da comunicação.

Integralidade e comunicação

A comunicação pode ser percebida de muitos modos, configurando várias possibilidades de entender a relação entre pessoas, no contexto institucional e social. Os diferentes modos implicam diferentes formas de intervir na realidade analisada. No âmbito das políticas públicas de saúde, essas formas foram construídas historicamente, havendo sempre uma simetria e uma “cumplicidade” entre modelos

de saúde e modelos de comunicação, estes legitimando e fortalecendo aqueles. Assim, o sanitarismo campanhista (LUZ, 1979) encontrou no modelo desenvolvimentista da comunicação a simbiose perfeita para uma prática de intervenção que visava tão somente à mudança de hábitos e atitudes da população, através da imposição de normas e valores. Essa perspectiva descontextualizada, que tantas vezes já teve destacada sua base autoritária, se manteve resistente, após tantos e tantos caminhos que os dois campos já percorreram.¹

A possibilidade de avançarmos além dos velhos e gastos modelos ocorre uma vez mais pela confluência de interesses e perspectivas. 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. Contrapondo-se a essas abordagens, que tomam a população como lugar *da carência* (Sader e Paoli apud OLIVEIRA, 2000) e como “público-alvo” estático a ser atingido, as novas demandas são especialmente relacionadas à descentralização das ações de saúde e à participação popular. É possível, atualmente, encontrar na área da saúde iniciativas mais democráticas, que buscam uma aproximação com os saberes e práticas da população ou, numa linha correlata, facilitar o acesso às várias fontes e tecnologias da informação. Não obstante, há muito ainda por fazer. Algumas áreas, temas e enfoques da saúde têm propiciado esse avanço, na medida em que suas preocupações incluem fortemente uma dimensão comunicacional. É o caso do campo das práticas e saberes relacionados à integralidade na saúde.

O debate sobre a integralidade vem-se caracterizando por assumir positivamente a multiplicidade de sentidos atribuídos ao termo, o que o aproxima da perspectiva bakhtiniana para a qual nenhuma palavra é unívoca, e sim uma arena de acentos diferentes, de luta viva pela hegemonia da significação (BAKHTIN, 1988 e 1992). Mas há outros pontos de contato. Mattos (2001) afirma que a integralidade, pensada no âmbito das práticas, da organização do trabalho ou das políticas de saúde, traz uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos.

¹ Para um estudo mais detalhado do tema, sugerimos ler a dissertação de mestrado de Janine M. Cardoso (CARDOSO, 2001), particularmente o cap. II, *Textos que desafiam*.

Luz (2004) nos lembra que o cuidado implica reconhecer, ouvir e olhar o outro, abrir negociação. Teixeira (2003) tem destacado as interações subjetivas implicadas no cuidado em saúde, este percebido como espaço de conversação e os serviços como complexas e dinâmicas redes de conversação. *A disponibilidade para trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis* (PINHEIRO e GUIZARDI, 2004) sintetiza bem a postura e, talvez, um dos principais desafios envolvidos na construção da integralidade, por contrariar a tradição normativa tão arraigada no campo da saúde, que implica e busca a determinação, a diminuição da incerteza e o fechamento de sentidos, que favorece aquele que se quer único – o das falas autorizadas e hegemônicas.

É essa mesma perspectiva que promove o encontro da integralidade com uma forma de pensar e praticar a comunicação mais coerente com os princípios do SUS: que reconheça a polifonia social, a abertura de sentidos, a alteridade, os processos de ressignificação, a reconfiguração dos espaços públicos.

Integralidade e comunicação se encontram, ainda, na compreensão de que os sentidos da saúde não se constituem de modo fragmentado ou estanque, mas na articulação de práticas, saberes, memórias, expectativas, lugares de fala, constituintes das e constituídos pelas vozes que emanam das instituições e da população.

Comunicação e políticas públicas

De modo geral, podemos dizer que “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, p. 221). Ou seja, quando entram em circulação, deixando de ser um bem privado, para se tornarem um bem público. O sucesso de qualquer política está, porém, na possibilidade e no modo de sua apropriação pela população, o que põe em xeque a qualidade dos processos comunicacionais que a constituem e viabilizam.

Estamos entrando, por este raciocínio, na perspectiva teórica que afirma que a comunicação é o processo de produzir, fazer circular e favorecer a apropriação dos bens simbólicos: opiniões, crenças, saberes,

orientações, *slogans*, propostas, políticas, pontos de vista, discursos,² enfim. Afirma também que por esse processo são constituídos os sentidos sociais, sentidos que organizam a percepção da realidade. A comunicação estaria, dessa forma, diretamente relacionada à construção possível da realidade, sendo portanto um campo de poder, o poder simbólico, o poder de *fazer ver e fazer crer* (BOURDIEU, 1989). Em termos mais amplos, estamos entrando numa teoria da produção social dos sentidos, indispensável, no nosso entendimento, para se pensar as políticas de saúde.

Comunicação e integralidade (invertendo os termos da relação)

Se comunicação é o processo de produção, circulação e apropriação dos bens simbólicos, através dos qual se constituem os sentidos sociais, ganha evidência sua firme recusa à visão instrumental e fragmentada da comunicação, análoga àquela que a integralidade efetua em relação às perspectivas reducionistas. Teoricamente, esse processo não desvincula suas partes: na produção já estão predefinidas as condições de circulação e apropriação e o ciclo produtivo só pode ser compreendido e planejado em sua inteireza. No entanto, nas instituições de saúde, a prática tem sido a separação, o estancamento e o investimento no segmento da produção, em primeiríssimo plano e, secundariamente, no da circulação dos bens simbólicos. Isto não ocorre por acaso. Num contexto de privilegiamento das falas e vozes autorizadas – a das instituições, a da ciência e a da tecnologia – em detrimento das falas e vozes dos outros setores da sociedade, é natural que as estratégias estejam voltadas para a produção material dos discursos hegemônicos – por meios impressos, audiovisuais ou eletrônicos – e para sua circulação.

Tal procedimento configura, então, uma estratégia coerente com os modelos ainda dominantes nas instituições, mas não com os desejos, expectativas e atuais análises de vários setores da saúde. Estratégia que delimita e limita as possibilidades de participação efetiva na

² Entendemos discurso como o conjunto de textos articulados numa prática, a prática discursiva, que forma, sistematicamente, os objetos, as posições subjetivas, as formas de circulação e intercâmbio com outros discursos. Discurso como lugar de construção de sentidos, onde se dão os embates sociais e se estabelecem as relações de poder.

elaboração e gestão das políticas, possibilidades de controle social a partir mesmo da sua base, incluindo também a construção social da demanda. Alguns ângulos dessa questão podem ser mais detalhados.

Comunicação, descentramento e poder

Nossa sociedade é fortemente concentradora e assim como se concentram a economia, a política, a cultura, a terra e os meios de produção, também o direito de falar e ser ouvido é desigualmente distribuído. Podemos pensar na existência de um centro e uma periferia discursivos, que equivalem a posições máximas e mínimas de poder de participar do mercado dos bens simbólicos, poder de produzir e fazer circular seus próprios sentidos.³ As instituições ocupam, nesta escala, posições mais centrais e a maioria dos setores da população situa-se periféricamente.

Mas, assim como há um movimento de concentração, há também um movimento contra-hegemônico das forças sociais centrífugas, no sentido do descentramento. O princípio de descentralização do SUS provém desse movimento, e sabemos que ele é básico da possibilidade de efetivação de outros princípios e diretrizes, como o da participação da sociedade no controle das políticas. Não obstante, em que pesem esse esforço e alguns ganhos relativos, a comunicação na saúde tem seguido uma direção inversa e as políticas e estratégias têm primado por acentuar a circulação da fala institucional. Mesmo as iniciativas – sem dúvida meritórias e necessárias – de facilitar o acesso da população às informações sobre saúde, situam-se nessa mesma esfera, ou seja: visam a aprimorar as condições de circulação das vozes hegemônicas.

Produção: a menina dos olhos

Esta tendência faz com que a quase totalidade dos recursos públicos destinados à comunicação seja empregada na produção de campanhas que se valem de multimeios, ou de impressos – cartazes, folhetos, cartilhas – ou, em menor escala, vídeos, *cd-roms*, programas para televisão e outros materiais eletrônicos, que veiculam informações e

³ Essa perspectiva se encontra proposta e formulada em Araújo (2004).

orientações à população. São escassos os processos que se destinam a identificar quem são e onde estão as outras vozes e oferecer mais e melhores condições de produção para o que elas têm a dizer.

Circulação: o calcanhar de Aquiles

Se na produção já se configura um processo de exclusão, é no âmbito da circulação que ele se fortalece e ganha contornos bem visíveis. Parodiando Foucault (1986, p. 57), em seu célebre questionamento sobre qual é o *status* “dos indivíduos que têm – e apenas eles – o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente definido ou espontaneamente aceito de proferir semelhante discurso?”, podemos nos perguntar: quem detém as condições de fazer circular os seus sentidos? Quem, em meio à polifonia social, consegue amplificar suas vozes e ser ouvido? Certamente, a resposta aponta, no âmbito da saúde, para as instituições, especialmente as públicas (e para os grandes meios de comunicação, nos quais ganham proeminência os discursos das empresas privadas, principalmente o das operadoras de planos de saúde e produtores de medicamento).

A circulação é lugar de poder porque é o lugar da amplificação ou do silenciamento das vozes sociais. E as opções que se nos apresentam não são muitas: ou bem favorecemos os canais e fluxos de circulação dos sentidos sociais que emanam de lugares múltiplos e heterogêneos, ou fortalecemos os nossos circuitos e reafirmamos o *status quo*.

A circulação é, então, estratégica para uma abordagem da integralidade, porque é lugar de escuta. As vozes da participação, pelas quais se busca, estão quase sempre abafadas pelas vozes altissonantes e excludentes das instituições. Seus canais de circulação são restritos a pequenos espaços específicos, não ocupam a arena pública. Sua aparição nos meios de comunicação – instância que nos nossos dias concede visibilidade, portanto existência – é normatizada, regrada, despida da carga ideológica que as anima e confere poder de mudança.

Pouco sabemos sobre a desigualdade nos processos de circulação; pouco sabemos sobre os canais de que a população dispõe para fazer circular suas vozes. Na verdade, o tema da circulação nem está presente nos planejamentos da comunicação na saúde. Mas esse é um desafio que certamente teremos que enfrentar. Se acreditamos

que a comunicação não pode ser dissociada de um projeto ético de sociedade, necessariamente temos que considerar que a comunicação que contempla exclusiva ou prioritariamente o âmbito da produção e, neste, os discursos institucionais, termina por favorecer justamente o poder de fala e, no contraponto, a exclusão dos segmentos sociais que, embora produzam, não conseguem fazer circular os seus sentidos.

Apropriação: o apoderamento

Muito se fala em “empoderamento”, termo que designa a atribuição de uma quota de poder aos setores excluídos da sociedade e aos movimentos sociais e o fortalecimento de sua capacidade de exigir e protagonizar mudanças. Do ponto de vista da comunicação, na perspectiva que adotamos, seria mais adequado falar de “apoderamento”. Não se trata de um simples jogo de palavra, mas uma referência à convicção de que as pessoas adquirem poder quando elas tomam posse, se apropriam, se apoderam: de meios de produção, de canais de circulação, dos conteúdos circulantes, de informações, de processos, de políticas, enfim.

A apropriação, então, é o que define, em última instância, a possibilidade de que as demais fases do ciclo da comunicação possam se constituir em espaços e tempos de descentramento e de ressonância da algaravia social. Mas é preciso levar em conta que não são processos simples, espontâneos e nítidos. Por um lado, tanto quanto a produção e circulação, não há interesse das forças centrípetas em favorecer esses processos. Por outro, é preciso desenvolver modos de perceber as estratégias que a população engendra para se apropriar do mínimo que lhes é oferecido e negociar lugares menos periféricos na escala do poder discursivo.

O hibridismo como estratégia de negociação

Entre as muitas possibilidades estratégicas de que a população lança mão para fazer face à desigualdade de posições de poder frente às instituições, queremos destacar a do hibridismo, tanto por ser um recurso recorrente dos que estão mais à periferia, quanto por quase sempre passar despercebido ou ser confundido com outros procedimentos.

Entendemos “estratégia”, como propõe Certeau (1994), como modo de construção de um lugar que pode ser reivindicado como próprio, a partir do qual nos relacionamos com uma exterioridade. Por esse enfoque, podemos concluir que gerar uma estratégia é negociar um “lugar de interlocução” (conceito que define o lugar de onde cada um participa da comunicação e do qual trataremos mais adiante). Ora, as teorias da enunciação nos ensinam que quando alguém emite um enunciado, ele propõe não só a sua imagem, procurando definir seu lugar próprio de interlocução, mas também propõe a imagem do seu interlocutor, e elas podem ou não ser aceitas. Na concretude social, esse movimento, quando emanado dos núcleos centrais, configura uma prática autoritária de nomear o outro, impondo arbitrariamente uma identidade e um lugar de fala, via de regra subalterno. Esses lugares, assim definidos, estabelecem por decorrência as regras da relação comunicativa, quem pode falar o que, quando e como. Historicamente, segmentos sociais em desvantagem na escala de poder sempre foram nomeados arbitrariamente, em função dos interesses centrais. Índios, negros, pobres, mulheres, migrantes, para citar alguns, receberam designações que correspondiam ao lugar conferido a eles pelas instituições. Sendo um lugar arbitrário e de menos poder, não lhes permitia intervir na ordem estabelecida. O campo da saúde é fértil para entender esse mecanismo: paciente, usuário, cliente, carente... As nomeações vão-se sucedendo, de acordo com a época e a dominância desse ou daquele modelo.

O Outro nomeado busca saídas e, embora nem sempre de forma consciente, gera também estratégias. Uma delas é hibridizar-se, para poder negociar um lugar de interlocução mais favorável. Pensamos o hibridismo ao modo de Bhabha (2000), que o considera uma estratégia de reequilíbrio das desigualdades discursivas. Em condições desfavoráveis, os mais fracos elaboram o discurso no campo de força e categorias construídas pelos seus interlocutores, que detêm maior capital simbólico e que determinam as regras. Muitas vezes, clandestinizam seu próprio discurso, em favor dos sentidos dominantes, para negociar lugares de interlocução mais favoráveis.

Poder-se-ia perguntar: mas isto não é conformismo? Adesismo? Subalternidade? É preciso não esquecer que tais estratégias fazem parte de uma luta, a simbólica, que ocorre em condições históricas

e sociais específicas que agem de forma coercitiva sobre as mesmas. Desse modo, o hibridismo pode, sim, ser visto como uma forma política de resistência. Quando uma pessoa ou um segmento social, discriminado por uma classificação que confere às pessoas sua propriedade simbólica (carente, sem teto, infrator etc.), se apropria dos signos da cultura ou grupo dominante, impossibilita essa estigmatização. Esse deslocamento desequilibra as relações de poder, porque dissolve a diferenciação na qual se apoiam os sistemas de autoridade. O hibridismo, então, reverte a situação discursiva, ao neutralizar a base de autoridade do discurso dominante, que são suas regras de reconhecimento (BHABHA, 2000, p. 165). Desta forma, aceitando aparentemente o lugar que lhes é atribuído e operando no campo discursivo do Outro, podem negociar melhores condições de circulação das suas vozes; podem ter mais chances de serem levados em consideração; podem obter um melhor lugar de interlocução. O hibridismo é, sem dúvida, uma estratégia de realocização e reinscrição no espaço discursivo e, conseqüentemente, social.

De que modo esse olhar pode nos ajudar a perceber onde estão as vozes da participação? Ajudando a perceber que elas estão, muitas vezes, hibridizadas, que as vozes da população estão mimetizadas com as nossas. Os discursos da população repetem os nossos discursos, sempre que os solicitamos, nos momentos, lugares e formas estabelecidos por nós. Essa observação tem conseqüências importantes para a pesquisa em comunicação: se insistirmos nos métodos convencionais de investigação, nada teremos em resposta além das nossas próprias vozes.

Mas há outras estratégias, além do hibridismo. O silêncio e a recusa aberta às regras impostas são estratégias que todos conhecemos e que nos confrontam com a nossa prática autoritária e narcisista de ignorar a polifonia social em favor de nossas vozes. Com a melhor das intenções, sempre, isto está fora de questão. Apenas como exemplo do equívoco em que podemos inadvertidamente incorrer, lembramos aqueles textos que se propõem problematizadores e se estruturam em forma de perguntas/questões, seguidas de uma análise e resposta. Eles delimitam e limitam, *a priori*, o que pode ser pensado e dito. Eles domesticam a voz do leitor, procuram convertê-la na sua própria voz. Neste sentido, são *discursos predadores* (ARAÚJO, 2002).

O lugar de interlocução e as vozes da participação

Num tópico acima mencionamos o “lugar de interlocução”. Proposto no âmbito de uma tese de doutorado (ARAÚJO, 2002), o conceito se apresenta como uma ideia-força para a compreensão das relações que se estabelecem entre população e instituições de saúde, ajudando a responder à questão “onde estão as vozes da participação?”. Por outro lado, pode ser de grande valia no planejamento de uma comunicação que se quer democrática.

Cada pessoa ou comunidade discursiva⁴ ocupa, no momento do ato comunicativo, um lugar na topografia social e institucional. Ou seja, ele fala de algum lugar que lhe confere mais ou menos poder nessa relação. Essa posição, que define os parâmetros da comunicação entre os interlocutores, é o *lugar de interlocução*.

O conceito pode ser mais bem compreendido numa perspectiva teórica que admite a existência, na rede de produção social dos sentidos, de posições de poder discursivo, mais ao centro ou mais à periferia. O *lugar de interlocução* é a posição que os interlocutores ocupam nessa escala, em cada ato comunicativo. É a partir dos lugares de interlocução em cena que se instauram as relações de poder e são produzidos os sentidos em qualquer prática comunicativa.

Lugar de interlocução está relacionado à questão da distribuição do poder de falar e de ser ouvido. Sua gênese tem início numa recusa aos modelos bipolares e transferenciais, que reservaram a uns o direito de falar (emissores) e a outros o de ouvir (receptores). Também recusa a proposta dos modelos dialógicos de base freireana, que instauraram a igualdade de competência entre as partes, mas silenciaram sobre a polifonia social e seu papel na configuração da comunicação, além de não relevarem o papel coercitivo das instituições e dos contextos nas relações comunicativas e nos sentidos que delas resultam.

É um conceito fortemente contextualizado, no sentido tanto de que depende de diversos contextos para sua definição, como também é definidor dos contextos da comunicação. É constituído por fatores

⁴ Comunidade discursiva são grupos de pessoas, organizados ou não formalmente, que produzem e fazem circular um discurso, que nele se reconhecem e por ele são reconhecidos. (Maingueneau *apud* ARAÚJO, 2000 e 2002).

de ordem individual – experiências, leituras, conhecimentos, o modo de estar no mundo, expectativas, estratégias etc. – e de ordem social – intertextos, pré-construídos, grupos de pertencimento, lugares sociais, relações de poder etc. E, sendo assim, o *lugar de interlocução* não é único nem fixo. Pelo contrário, constitui-se em cada ato comunicativo e possui mobilidade. Uma mesma pessoa pode ocupar muitos lugares, dependendo do contexto ou situação de comunicação, e em cada um terá um grau diferenciado de poder. Um morador de uma favela, por exemplo, pode ser chefe de família; noutra situação, beneficiário de cesta básica; ou pastor de uma igreja, ou membro de uma associação de moradores, ou usuário de serviços de saúde... Cada um desses lugares corresponde a uma posição de poder de falar e de instituir as regras da relação comunicativa.

Podemos afirmar que, para uma comunicação ser bem-sucedida, os lugares de interlocução devem ser reconhecidos e respeitados. No entanto, a prática comunicativa institucional tem sido surda e cega a essas configurações. As estratégias visam, em geral, a fortalecer o próprio lugar das instituições – enunciador central – e atribuir um lugar arbitrário aos interlocutores periféricos.

Por ingerir sobre as relações de poder, o lugar de interlocução é sempre objeto estratégico. As estratégias dos núcleos centrais tendem a manter a ordem discursiva, de modo a continuar ocupando essa posição de poder e as estratégias dos núcleos periféricos tendem a ser no sentido de permitir uma melhor posição na escala de poder discursivo, ou seja, um melhor lugar de interlocução.

Sabemos em geral quais são as estratégias dos núcleos centrais, que passam pela reafirmação do seu papel de emissor que sabe e sabe ensinar, frente a um receptor sem história, sem contexto e sem conhecimento.⁵ Mas pouco sabemos sobre as estratégias da população

⁵ Embora tais estratégias sejam de base autoritária, é possível encontrar outras modalidades, em que os núcleos centrais ocultam a desigualdade das posições, simulando uma presença ativa dos interlocutores no ato comunicativo. Fairclough (2001) nos fala da “democratização simulada”, que seria a *redução de marcadores explícitos de hierarquia e assimetria de poder entre pessoas com poder institucional desigual* (p.129). Para Fairclough, a redução de marcadores explícitos encobre outras assimetrias de poder, que se tornam mais sutis e por isso mesmo mais eficazes.

perante as políticas e práticas de saúde, que apontam para si um lugar de interlocução periférico. Pouco sabemos sobre como as pessoas e grupos reconfiguram o lugar de interlocução, de modo a agir sobre as muitas mensagens que lhes são propostas e que sentidos resultam dessa articulação. Nos poucos processos avaliativos, busca-se apenas ouvir o eco da própria voz. Precisamos urgentemente desenvolver metodologias de escuta e de percepção dessa topografia, aprender a cartografar as vozes e de onde elas emanam.⁶

Voltamos aqui à descentralização como condição de escuta e de democracia. Toda e qualquer iniciativa que objetive perceber ou favorecer o movimento das vozes que habitam o espaço polifônico da saúde tem que ser descentrada, tem que pensar de forma centrífuga. Só assim será possível compreender e praticar uma comunicação que estimule o potencial transformador e democrático do SUS.

Enfim, uma conclusão

Onde estão as vozes da participação? Essa pergunta foi nosso ponto de partida e é nosso ponto de chegada, soando como desafio. As vozes estão aí, pedindo para serem ouvidas. Não estamos vendo o que já está em movimento, não estamos ouvindo o que está sendo clamado. Podemos pensar e fazer diferente. Se partirmos do princípio de que o *lugar de interlocução* que cada um ocupa, sendo móvel e negociável, permite compreender o discurso como espaço de mudança social e, em decorrência, intervir estrategicamente nesse espaço, então o planejamento da comunicação pode se dirigir para estratégias que minimizem as desigualdades e busquem equalizar a distribuição dos poderes (canais de circulação e ampliação, canais de escuta, discursos legitimadores etc.). Essas estratégias, para além do avanço que representariam em termos de se pensar a integralidade, permitiriam avançar também no sentido de uma prática mais democrática na saúde, que considere o direito à comunicação como direito à saúde.

⁶ Neste sentido, sugerimos a leitura do relatório da pesquisa “Promoção da saúde e prevenção do HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro: uma metodologia de avaliação para políticas públicas e estratégias de comunicação”. Coordenada e realizada pela Fiocruz (CICT/DCS), tendo como parceiros o NUPEC/ECO/UFRJ e a SMS-RJ, e financiada pelo Ministério da Saúde e Unesco. O relatório pode ser solicitado através dos endereços eletrônicos janine@cict.fiocruz.br e inesita@cict.fiocruz.br.

Referências

- ARAÚJO, I. *A reconversão do olhar*. Prática discursiva e produção de sentido na intervenção social. São Leopoldo: UNISINOS, 2000.
- _____. Ligações estratégicas: comunicação, políticas públicas e intervenção social. In: MOTTA, L. G. et al. (Orgs.). *Estratégias e culturas da comunicação*. Brasília: UnB, 2002.
- _____. *Mercado simbólico: interlocução, luta, poder*. Um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese (Doutorado em Comunicação Social) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- _____. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu, v. 8, n. 14, p. 165-178, set. 2003 / fev. 2004.
- ARAÚJO, I.; CARDOSO, J. et al. *Promoção da saúde e prevenção do HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro: uma metodologia de avaliação para políticas públicas e estratégias de comunicação*. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: CICT/Fiocruz, 2003.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- _____. Os gêneros do discurso. In:_____. *A estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 277-326.
- BHABHA, H. K. *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: DIFEL, 1989.
- CARDOSO, J. M. *Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999)*. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: 1- Artes do fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: UnB, 2001.
- FOUCAULT, M. *Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1986.
- LUZ, M. Notas de Conferência. Cuidado: as fronteiras da integralidade. IV Seminário do Projeto Integralidade – Saberes e Práticas nas Instituições de Saúde. UERJ/IMS, Rio de Janeiro, 2004.
- _____. *As instituições médicas no Brasil*. Instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001. p. 39-64.
- OLIVEIRA, R. M. *A produção do conhecimento em saúde em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2004. p. 21-36.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003. p. 89-111.

TORO, B. Mobilização social: uma teoria para a universalização da cidadania. In: MONTORO, T. S. (Coord.). *Comunicação e mobilização social*. Brasília: UnB, 1996. p. 68-74 (Série *Mobilização Social*, vol.1).

Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios

ELIZABETH ARTMANN
FRANCISCO JAVIER URIBE RIVERA

Introdução

O cuidado humanizado depende de atenção de qualidade e resposta adequada às diferentes demandas por este cuidado, articulando diversos níveis de complexidade, bem como o retorno para a avaliação dos efeitos deste cuidado. Essa resposta, construída historicamente, pois carrega conhecimentos e práticas acumulados ao longo de gerações, depende de dois níveis ou dimensões: 1) de uma organização no nível macro, portanto de políticas de saúde, de modelos de atenção que deem conta da diversidade desta demanda; e 2) de uma articulação ou construção do cuidado no nível micro, na prática diária dos serviços, na clínica, na resposta direta ao usuário, na relação médico x usuário, profissional de saúde x usuário, profissional x profissional, serviço x serviço, numa rede de atenção coerente e efetiva, resolutiva.

Estas duas dimensões – macro e micro – são articuladas. Para que a atenção, o cuidado sejam ofertados de forma integrada e humanizada, é preciso enfrentar desafios de nível macro, desde quanto em termos de recursos o Estado deve investir no Sistema Público – o SUS – para responder ao direito universal à saúde como consta em nossa Constituição, até desafios práticos de como organizar essa atenção: investir quanto na atenção básica ou na atenção especializada e de alta complexidade? De que forma integrar estes níveis? Que perfil de profissionais de saúde se deve buscar? Estas definições, no âmbito macro, interferem lá na ponta, nos

serviços, na atenção direta ao usuário. Por exemplo, se investimos na atenção básica, devemos investir menos na atenção hospitalar? Pelo contrário: na medida em que investimos na atenção básica, acolhemos demandas, antes reprimidas ou invisíveis, e que muitas vezes vão exigir encaminhamentos (referência) a outros níveis mais complexos e novamente o redirecionamento ao serviço básico (contrarreferência), articulando uma linha de cuidado integral, um itinerário terapêutico que dê conta das necessidades de forma completa.

Um grande e atual desafio, não só para o nosso país, refere-se à construção de estratégias capazes de induzir os indivíduos a repartirem recursos entre si e no desenho de uma política social e de solidariedade num momento de transformação do mercado de trabalho, crise dos modelos de *Welfare State* que dificultam os canais clássicos de financiamento de origem fiscal e contributiva em contextos de desemprego, aumento de expectativa de vida, diminuição de contribuintes e envelhecimento da população.

O SUS constitucional do direito à saúde universal deve se expressar num SUS real que convive no Brasil com mais dois subsistemas: o subsistema de atenção médica suplementar e o subsistema privado de desembolso direto. Muitos defendem que o fato de se investir nos sistemas privados para quem pode pagar levaria a maior disponibilidade de recursos públicos para quem precisa. Será? Este é um dilema que está a exigir novos pactos e consensos no interior da sociedade brasileira. Destacam-se, entre os muitos desafios: o financiamento, a gestão pública, a participação da comunidade, expressão da democracia participativa e os limites que dizem respeito à definição de qual SUS queremos e o respectivo padrão de integralidade que ele comporta.

Diferentes níveis de viabilidade (MATUS, 1993) entram em jogo. No nível de decisão, conseguimos na Constituição de 1988 incorporar o direito universal à saúde. A viabilidade operacional traz questões como acesso; regionalização; gestão pública por resultados; incorporação do planejamento e participação; incorporação de demandas da população e respostas; interdisciplinaridade e intersetorialidade. Todos permanecem como desafios. A viabilidade de permanência destaca-se no sentido de exigir estratégias que permitam ao longo do tempo um atendimento de qualidade; integralidade, humanização e gestão do cuidado, assim

como mecanismos de financiamento com fontes definidas, por exemplo. O desafio da comunicação perpassa todos, pois é a coordenação por meio da linguagem que permite a articulação de diferentes atores em torno de consensos mais permanentes ou provisórios que levam à ação.

Neste capítulo, discutimos a proposta de humanização em saúde como cultura assistencial de diálogo e buscamos discernir formas de prática médica e de organização de serviços que se coadunam com as linhas centrais da mesma. As propostas de promoção em saúde são trazidas na perspectiva das demandas que as mesmas fazem à comunicação. Discorreremos, por fim, sobre a contribuição da gestão comunicativa no sentido de reforçar a estratégia de humanização dentro de suas várias expressões no nível do cuidado e da relação entre saberes, profissionais e disciplinas, procurando não deixar de considerar o contexto macropolítico como pano de fundo e espaço de luta para a conquista efetiva do direito à saúde.

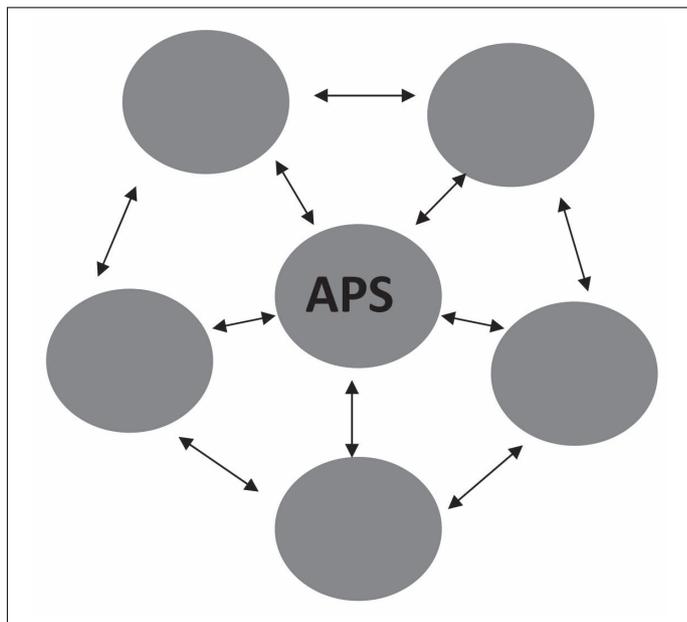
Humanização, integralidade e coordenação do cuidado

A humanização é concebida aqui como uma nova cultura de atendimento, apoiada na comunicação, e como garantia de qualidade. Pode ser considerada uma política transversal, que supõe uma aplicação no campo da relação profissional-usuário e da relação interprofissional, significando também uma preocupação com os cuidadores, com suas condições de trabalho, materiais e psicológicas. Partimos do pressuposto de que a humanização é um conceito abrangente que engloba o da integralidade, e que enquanto estratégia supõe a necessidade de um sistema de gestão comunicativa, que implique abertura de espaços de comunicação que possibilitem uma discussão dos problemas de qualidade do atendimento (ARTMANN; RIVERA, 2006).

A humanização, aplicada ao campo assistencial, da relação com o usuário, implica a necessidade de um sistema de acolhimento humanizado. Este deveria se caracterizar pela aceitação da demanda do usuário, independentemente do nível de atendimento que represente a real porta de entrada do paciente, e pela transferência, quando necessário, do mesmo para o nível de complexidade tecnológica considerado adequado. Defendemos aqui uma rede articulada com múltiplas portas de entrada (figura 1), contrapondo-se à ideia de

sistemas segmentados ou mesmo da tradicional pirâmide que prevê a atenção básica como única ou principal porta de entrada (CECÍLIO, 1997; ARTMANN; RIVERA, 2006; LIMA; RIVERA, 2009).

Figura 1. Rede integrada com diferentes níveis de densidade tecnológica



Para Teixeira (2003), o conceito-chave de acolhimento dialogado faz parte de uma rede de conversações e possui a dimensão primária da aceitação moral da demanda do paciente e a dimensão de um diálogo voltado para o reconhecimento das necessidades trazidas pelo paciente e das formas de intervenção que implicam eventualmente o encaminhamento do paciente para o nível de complexidade tecnológico mais adequado dentro do sistema. Neste sentido, o acolhimento é uma conversa que objetiva também o encaminhamento do paciente pelos vários pontos de atenção, onde novas conversas acontecem, com um nível de especialização diferente. Subjaz a esta concepção a ideia de que a conversa está na base do trabalho médico e de outros profissionais de saúde. Este seria um “duplo técnico e humano”

no sentido colocado por Schraiber (2008), em que o humano corresponderia a uma interação comunicativa.

Teixeira (2003) traz, ainda, a premissa de que o saber de cada membro do sistema de atendimento é insuficiente para dar conta das necessidades individualizadas e complexas dos pacientes. O reconhecimento da insuficiência se articula à necessidade do reconhecimento do outro como legítimo outro e de um diálogo entre saberes diferenciados.

Na medida em que os diferentes saberes são insuficientes, há a necessidade de equipes e de uma interconexão entre os serviços. O conceito de acolhimento como rede conversacional corresponde à possibilidade de interconexão entre saberes, categorias profissionais e pontos de atenção em saúde, que condensam conversações especializadas ou recorrentes e diferenciadas. Sustenta-se, assim, que o acolhimento não se refere apenas à relação profissional-usuário, mas se refere ao acolhimento entre profissionais e serviços, como dinâmica de vínculos dialógicos entre profissionais e instâncias diferentes, mas interdependentes.

A premissa sobre a insuficiência dos saberes permite esta ampliação do conceito de acolhimento. Para Franco, Bueno e Mehry (2004), o acolhimento é um dispositivo que permite expor a rede de petição e compromisso que há entre etapas de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade. Na base dessas concepções, se encontra o modelo organizacional de Flores (1989), autor que concebe a organização como uma rede de conversações, em que os nós correspondem a escritórios, salas de trabalho, consultórios, etc., que se especializam em conversações recorrentes.

A conversação articula a escuta e a proposição e opera através de atos de fala, os quais podem ser classificados segundo a taxonomia de Austin e Searle (RIVERA, 2011). Os principais atos de fala que articulam a organização são as petições e os compromissos. Uma rede de petição e compromissos alude às relações que se estabelecem, por exemplo, entre distintos setores de uma organização e entre distintos pontos de atenção, que conformam uma macro-organização (na acepção matusiana) e que equivalem às relações

de insumo-produto que se caracterizam como necessidades de um tipo de trabalho complexo, onde há a interdependência entre vários setores e pontos. Esta é uma característica marcante do trabalho das organizações profissionais de saúde. A qualidade e a acessibilidade, ligados intrinsecamente ao acolhimento, dependem de interações produtivas mediadas pela linguagem.

Um modelo de prática médica considerado adequado à proposta de humanização é o sustentado por Campos (2003): uma clínica ampliada ou do sujeito, que articularia o melhor da clínica não degradada, o resgate da subjetividade do usuário e seu sofrimento existencial, e a preocupação com o contexto social do sujeito doente. Essa clínica conjugaria saber tecnológico e agir comunicativo e incorporaria um enfoque de educação em saúde ou de promoção voltado para aumentar a capacidade de autonomia dos sujeitos que adoecem. Este modelo de prática resgata uma clínica do sujeito, onde cada usuário tem características individuais e sociais particulares, que demandam uma intervenção singular e flexível, uma adequação dos protocolos às características diferenciadas dos sujeitos.

A clínica ampliada traz à tona um tipo de cuidado baseado na integralidade e fortemente dependente do agir comunicativo, das ferramentas relacionais dos cuidados, das tecnologias leves. Uma das condições de possibilidade da clínica ampliada é o estabelecimento do vínculo, definido pelo autor como uma relação intersubjetiva positiva, baseada no mútuo apoio, para além de uma relação de dependência unilateral. Esta relação caracterizada como uma boa transferência de afeição difere do conceito de vinculação macroscópica de uma população a um ponto de atenção, no sentido da adscrição. Estar adscrito territorialmente a um lugar de atenção não garante o estabelecimento de vínculos entre sujeitos, embora possa criar condições favoráveis. O conceito positivo de vínculo pressupõe o acolhimento. O que é comum aos dois termos é o substrato de conversa que constrói a possibilidade dos mesmos (ARTMANN; RIVERA, 2006).

O conceito de acolhimento pode ser articulado ao de equipes multiprofissionais de saúde, tal como desenvolvido por Peduzzi (2007), como condição de possibilidade de um atendimento integral. Para a autora, essa equipe deveria assumir, a partir de Habermas (1987), a

feição de uma equipe-interação, articulada pela comunicação, com um nível de reconhecimento expressivo entre os participantes e com a possibilidade de refletir e definir um projeto assistencial comum, articulando um espaço de interação de trabalhos especializados. Este tipo de reconhecimento se aproxima, na taxonomia de Rovere (1999), do último nível que corresponde à associação, a compartilhar objetivos e projetos. O valor que fundamenta este nível é o da confiança. Esta perspectiva de trabalho multiprofissional deve ser considerada como premissa da humanização do cuidado

É possível verificar as características de uma equipe-integração em determinadas experiências do Programa de Saúde da Família (PEREIRA et al., 2013). Abordagens teóricas como a da teoria do reconhecimento de Honnet servem de base para ilustrar o reconhecimento que predomina nessas equipes, como sendo uma expressão dos três estágios do reconhecimento que a espécie humana pode conhecer e experimentar no seu processo evolutivo individual e coletivamente: o primeiro nível corresponde à relação de afeto e amizade; o segundo, ao nível do reconhecimento de direitos humanos e sociais, como do direito à saúde e à informação; e o terceiro, ao reconhecimento dentro de um coletivo da contribuição particular que cada sujeito faz para equipe. Este último é o reconhecimento das diferenças em termos de especialização e de sua importância para um coletivo (MIRANDA et al., 2012).

A partir da concepção de Flores (1989) da organização como rede de conversações, alguns autores focalizam o grande desafio da coordenação dos sistemas de saúde. Dentro desta perspectiva, gerir é em grande medida coordenar a ação de vários integrantes de uma rede. Uma vertente fundamental da gestão comunicativa se refere à aplicação da teoria das conversações à análise das redes de conversação que organizam a coordenação de serviços de saúde. Com base em Habermas (1987) e Flores (1989), os trabalhos de Lima e Rivera (2009, 2010) traduzem a aplicação de um referencial comunicativo aos processos de programação regional. Eles analisam a coordenação de serviços de saúde a partir de um modelo construído a partir da lógica do agir comunicativo e baseado na inter-relação entre interdependência, coordenação e integração, cujo eixo estruturante é uma rede dinâmica

de conversações que se estabelece entre os distintos atores que interagem no sistema. A ideia de rede de conversações como operadora da atividade de coordenar interdependências e promover integração fornece uma oportunidade de análise a partir das conversações que se estabelecem nas distintas dimensões de integração do sistema.

O estudo rastreia as redes de conversações que se estabelecem a partir de determinados rompimentos (queibres) na experiência analisada de um SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) regional, identificando os atos de fala predominantes nessas redes: juízos, afirmações, declarações, ofertas, promessas e os principais grupos de atores envolvidos nos fluxos de conversação identificados, assim como as possibilidades de encaminhamento positivo dos rompimentos em termos de compromissos e ações que tragam respostas às demandas (petições). Um dos méritos desse estudo é resgatar a ideia de que a coordenação dos cuidados é essencialmente relacional, linguístico, embora mecanismos estruturais também estejam envolvidos. Outro mérito a ser destacado é a leitura positiva das redes de conversações (formais e informais) que sustentam redes e sistemas de prestação de serviços.

A colaboração e solidariedade em redes estabelecidas através de parcerias entre hospitais e outros serviços pressuposta em enfoques como a *démarche* estratégica (RIVERA, 1997; ARTMANN, 2002; ANDRADE; ARTMANN, 2009; ARAÚJO et al., 2012), mostra-se um caminho interessante para reforçar perspectiva da integralidade, especialmente considerando a leitura comunicativa do referido enfoque por estes autores.

A produção social do cuidado e a intersectorialidade

O cuidado integral não poderia ser representado apenas pelo aspecto de articulação de pontos de atendimento dentro de redes setoriais de saúde, onde se busca a cooperação através de processo de coordenação linguística. Essas redes dizem respeito a um conjunto de organizações que extrapolam as exclusivamente ligadas ao setor saúde, dentro da perspectiva da promoção da saúde e da vigilância à saúde, como projetos estruturantes da produção social da saúde.

Para Matus (1993), a partir de sua teoria da produção social, tudo que existe é produto da ação humana, e deste processo a produção econômica é apenas um caso particular e não isolado. No processo de produção e reprodução da sociedade o ser humano se vale de determinadas capacidades que correspondem a acúmulos de recursos diversificados, econômicos, políticos, valores, conhecimentos, recursos normativos ou legais. Através do exercício dessas capacidades, são produzidos fatos ou fluxos de produção sociais que podem vir a alterar essas capacidades. Este processo de produção acontece condicionado por determinadas regras básicas ou regras do jogo, que também podem ser alteradas pelos fatos em função da potência dessas acumulações ou capacidades. Para Matus, toda produção social tem indivisivelmente uma dimensão econômico-social, uma dimensão político-ideológico-cultural, uma dimensão jurídico-social e uma dimensão ecológico-espacial. Esta teoria questiona, assim, a compartimentalização do saber e das ciências em nome de uma visão de homem prático, que se vê defrontado com a necessidade de decidir sobre problemas que não admitem divisões analíticas. É uma concepção integradora da produção social que supõe a interação sistêmica dos diferentes fluxos de produção, admitindo os efeitos políticos dos fatos econômicos e vice-versa, a articulação entre fatos culturais e fatos de outro tipo – enfim, uma visão que destaca o caráter abrangente dos mesmos.

A teoria da produção social articula o conceito de situação (ARTMANN, 2000), que procura desvendar a diversidade dos condicionantes de um problema, para além do setor específico onde se expressa. Busca articular as várias dimensões da realidade envolvidas em suas causas e no seu enfrentamento em busca de soluções. Assim, em grandes cidades, por exemplo, é necessário pensar na questão do acesso à saúde também relacionado às dimensões de transporte coletivo, por exemplo.

Para os projetos estruturantes da produção social em saúde (promoção e vigilância), esta deixa de ser produto de ações especializadas e isoladas, de natureza apenas econômico-sanitária, para tornar-se uma produção social que considera permanentes transformações, acumulações e

desacumulações sanitárias, rompendo com a ideia de um setor de saúde inflexível e administrativamente definido. Vista em sua positividade, a saúde é então compreendida como um processo que pode melhorar ou se deteriorar, conforme a ação da sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes e sobre o estado de saúde de uma dada população. O conceito de produção social aplicado à saúde refere-se a um estado de saúde dinâmico, em permanente transformação, com ganhos (acumulações) ou perdas (desacumulações), de acordo com as múltiplas capacidades/recursos dos diferentes atores envolvidos em fatores causais ou condicionantes e com os diversos cenários que possam se configurar (RIVERA; ARTMANN, 2009; MENDES, 1996).

Esta concepção da saúde coloca sua problemática no campo da promoção e do conhecimento interdisciplinar, no terreno da intersetorialidade. Os problemas de saúde são predominantemente semiestruturados, ou seja, possuem limites difusos, envolvem outros problemas, outros setores, envolvem vários recursos de poder e diferentes atores. A viabilidade do enfrentamento desses problemas implica o controle de vários recursos: econômicos, políticos, organizativos e cognitivos, e dentre estes últimos, vários tipos de saber. Estes recursos são controlados por vários atores, que precisam ser articulados de modo a atuarem sobre o elenco diversificado de condicionantes que tem um alto impacto sobre a problemática abordada. Esta coordenação intersetorial reconhece no diálogo e na comunicação a possibilidade de uma atuação organizada e eficaz. Supondo aqui o paradigma linguístico de uma perspectiva pragmática (ARTMANN, 2001) para além da concepção tradicional emissor-receptor, representado pela busca do entendimento para coordenação de ações.

Os problemas de saúde são do tipo semiestruturados, ou seja, são complexos, dependem fortemente do cenário, de um contexto marcado por variáveis de difícil governabilidade, que também pertencem a diversos âmbitos do real. A previsão do comportamento dessas variantes para a definição dos cenários que condicionam a atuação sobre estes problemas representa um esforço de prospectiva estratégica que tem um caráter interdisciplinar e intersetorial. Um

cenário com mais saúde, de forma integral, depende da capacidade de comunicação, de negociação com diferentes atores que controlam a diversidade de recursos envolvidos.

A comunicação como o meio democrático de gestão e coordenação

Vivemos um período de reconstrução democrática e, portanto, ultrapassamos a fase de um projeto único de sociedade, de um único ator capaz de produzir projetos. Precisamos levar em conta os diferentes projetos que competem e convivem na realidade atual, defendidos por diversos grupos de atores. Inclusive na saúde. Neste sentido, novos consensos, ainda que provisórios e contextualizados, se fazem necessários. Na perspectiva da saúde pública como direito social, é a democracia que garante a participação do cidadão, e que, de acordo com Melo (2005, p. 168), “é tão constitutiva para o campo da saúde como o são os conhecimentos técnico-científicos específicos da área, mesmo os mais sofisticados e complexos”.

Segundo Muller Neto e Artmann (2012), uma gestão democrática fundamenta-se na premissa de que a democracia e as organizações democráticas apoiam-se na possibilidade das pessoas agirem comunicativamente para mudar as normas legais da formação da vontade política e pressionar as instituições a incorporar determinadas demandas em sua agenda de prioridades. A influência da sociedade civil manifesta-se por meio do poder comunicativo que confere legitimidade às propostas.

Das correntes históricas humanísticas mais atuais (séculos XX e XXI), destacamos a Escola de Frankfurt, especialmente Habermas, que faz um resgate do conceito de razão de forma ampliada, incluindo, além de critérios de verdade e falsidade para avaliar pretensões de validade dirigidas a um mundo objetivo, critérios de correção normativa referidos a pretensões relacionadas ao mundo social (o que se considera correto e legítimo em determinado contexto) e critérios de autenticidade referidas ao mundo subjetivo dos atores em interação. Os processos de busca de entendimento pressupõem uma dialética

entre ação comunicativa e discurso na construção de novos e sempre provisórios consensos que vão integrar o mundo da vida dos atores fornecendo um horizonte de certezas e valores que guiam sua ação.¹

O chamado paradigma comunicativo ou intersubjetivo, baseado em Habermas, aplicado à saúde, significa que, além da racionalidade instrumental ou teleológica dirigida ao alcance de fins, precisamos considerar aspectos relacionados à ética, sobre como e porque alcançar estes fins e com que recursos (ARTMANN, 2001). Esta abordagem contempla, ainda, a concepção do trabalho médico como interativo, a relação médico-paciente como uma forma de acolhimento e de criação de vínculo, a preocupação com o caráter participativo do processo de planejamento, a ênfase na ideia de um diálogo crítico sobre as prioridades relativas aos grupos sociais, aos problemas de saúde, e às alternativas de intervenção, tecnológicas e organizacionais, a gestão de redes, a negociação de metas, de pactos pela saúde, com o estabelecimento de parcerias. Enfatizam-se formas de coordenação da ação através do diálogo, supondo um ambiente de comunicação e de cooperação, sem ignorar o conflito, mas tematizando-o (RIVERA; ARTMANN, 2012).

A gestão comunicativa, portanto, inclui enfoques de prospectiva estratégica,² fundamentais na área de saúde para considerar tendências de mudanças nas características populacionais, sanitárias,

¹ Em todo processo argumentativo, que se instaura quando se interrompe a ação comunicativa fluída, frente à situações onde as certezas caem por terra, independentemente de sua especialização, são produzidos no discurso novos conteúdos que voltam para o mundo da vida e que funcionam como um horizonte de pré-interpretações que informa as ações, ou seja, como certezas para a ação. O processo de tematização se centra em uma ou mais das pretensões de validade possíveis: verdade, correção/legitimidade ou sinceridade, pertinentes respectivamente ao mundo objetivo, social ou subjetivo. Ou seja, podemos problematizar ou criticar questões de verdade a respeito de coisas no mundo objetivo, questões sobre a legitimidade ou não a respeito de normas/valores/direitos e ainda questões relativas a sinceridade ou não de pretensões de validade referidas ao mundo subjetivo dos atores.

² A prospectiva estratégica deve ser compreendida como uma possibilidade de diálogo intersetorial, interdisciplinar, na medida em que a configuração de cenários supõe a seleção de variáveis-chave que pertencem a diferentes âmbitos de intervenção e do saber, que extrapolam o setor saúde e correspondem a diversos atores com governabilidade sobre as mesmas. Assim, a análise prospectiva pode representar um diálogo entre atores distintos que tem a capacidade de influenciar os problemas e não apenas a análise solitária de um único ator. É nessa perspectiva que defendemos a ideia de construção de narrativas que explorem possibilidades futuras como forma de criar consensos sobre tomada de decisão hoje.

epidemiológicas e ambientais; enfoques como o de planejamento situacional,³ a démarche estratégica⁴ desenhada para a redefinição da missão e reorganização de hospitais e outros de cunho participativo, numa linha de “caixa de ferramentas” e posturas dialógicas. Representa uma abordagem cujo traço distintivo principal é o de possibilitar uma reflexão e um diálogo intersubjetivo, ou um processo de comunicação de importância crucial para lidar com problemas complexos e para a construção de uma cultura de humanização.

Referências

ANDRADE, M.A.C.; ARTMANN, E. Démarche estratégica em unidade materno-infantil hospitalar. *Rev. Saúde Pública*, 43(1):105-114, 2009.

ARAUJO, M.J.D.; ARTMANN, E.; ANDRADE, M.A.C. Démarche estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, jun 2013.

ARTMANN, E. *Démarche stratégique (Gestão estratégica hospitalar)*: um enfoque que busca a mudança através da comunicação e da solidariedade em rede. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

_____. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e Aids. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-195, 2001.

_____. O planejamento estratégico-situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social*. Rio de Janeiro, v. 3, fev 2000.

³ Em relação ao Planejamento Estratégico-Situacional, vale a pena salientar que sua abordagem dos problemas fundamentada no conceito de situação e na teoria da produção social é particularmente adequada para uma estratégia multissetorial de promoção em saúde. Seu processo centrado em oficinas de trabalho participativas, envolvendo vários atores, comporta a obrigatoriedade de fluxos de comunicação voltados para a construção de viabilidade e legitimação de planos de ação. O PES é um instrumento que favorece a descentralização por sua capacidade de constituir coletivos organizados e devido à capacidade de articular uma coordenação horizontal entre setores, saberes e profissionais. Sua aplicabilidade é notória no caso de redes ou sistemas de saúde que comportam vários pontos de atenção à saúde e setores do desenvolvimento social.

⁴ Este enfoque se insere dentro da lógica da cooperação ao propor a criação de espaços de comunicação entre a direção estratégica do hospital e a ponta (serviços) ao mesmo tempo em que se abre à consolidação de redes de coordenação entre hospitais e de coordenação entre estes a e a atenção básica. Visto como um enfoque predominantemente ascendente, localizado nos centros operadores, a démarche estratégica se identifica com um processo educativo, catalisador, onde o método se subordina à criação de formas de diálogo voltadas para a negociação de estratégias e para a pactuação de planos de desenvolvimento. Ver algumas experiências brasileiras citadas em Andrade e Artmann (2009).

- ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S.F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECILIO, L.C.O. Modelos technoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set 1997.
- FLEURY, S.; OUVENERY, A.M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- FLORES, F. *Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago: Hataché, 1989.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MEHRY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MEHRY, E.E. et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 37-54.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1987.
- LIMA, J.C.; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface*. Botucatu, v. 13, n. 31, p. 329-342, 2009.
- _____. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 323-336, 2010.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993.
- MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINTZBERG, H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- MIRANDA, L.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1563-1583, 2012.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A.(Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Comunicação, Saúde, Educação)*. Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-40, abr-jun 2013.
- RIVERA, F.J.U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 73-80, 1997.
- _____. Agir comunicativo e planificação social (uma crítica ao enfoque estratégico). Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- _____. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003 (caps. 2,3, 4 e 5).
- _____. Argumentación y construcción de validez en la planificación Estratégico Situacional de Matus. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1847-1857, set 2011.
- RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2265-2274, 2010
- _____. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 162 p.
- _____. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Cien Saude Colet*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.
- _____. Promoção em saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- ROVERE, M. *Redes em salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Instituto Lazarte, 1999.
- SCHRAIBER, L.B. *O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 89-111.

Formação e implementação de políticas no SUS: um convite à reflexão sobre alguns pressupostos dessa relação

FRANCINI LUBE GUIZARDI

Introdução

O objetivo deste ensaio é discutir as premissas implicadas e os usos hegemônicos de capacitações de trabalhadores de saúde como recurso para implementação de políticas no SUS. A proposta da discussão resulta de um conjunto de reflexões, leituras e pesquisas de campo que evidenciaram que a capacitação dos profissionais tem sido lembrada e praticada, de modo recorrente, como uma das principais estratégias para implementação e operacionalização das políticas de saúde. Isto, a tal ponto, que desconfiarmos ter-se tornado um aspecto naturalizado, e justamente nessa medida parece-nos fundamental o convite à reflexão.

O convite que fazemos, contudo, demanda alguns passos prévios que precisaremos percorrer, pois para compreender a natureza dessa relação e o modo como ela se instituiu como uma referência praticamente obrigatória, precisamos situá-la na trajetória das políticas de gestão do trabalho em saúde, considerando suas interfaces com o movimento de reforma sanitária no Brasil. Além disso, é fundamental vislumbrar a complexificação das políticas de saúde e de sua organização no âmbito do SUS, que marcou o processo histórico de consolidação e capilarização do sistema. Embora muitas de suas dimensões permaneçam aquém do que almejamos, e o cotidiano dos serviços e unidades de saúde apresente problemas e dificuldades históricas que não foram superadas, esse movimento de ampliação

alcançou significativas proporções nos últimos 25 anos, constituindo o pano de fundo do problema que nos propomos a debater.

Por fim, com o intuito de exemplificar a inserção atual de nosso objeto de discussão no contexto do SUS, recorreremos ao caso do município de Rio Branco, capital do Estado do Acre, onde realizamos, entre agosto de 2011 e dezembro de 2012, uma pesquisa sobre a organização das áreas programáticas na atenção básica. Os resultados encontrados nos são úteis não pelas particularidades locais desse território, que são bastante importantes, mas justamente porque, apesar delas, eles retratam questões e práticas recorrentes na configuração local dos sistemas de saúde no Brasil. Nesse sentido, procuraremos trazer, a partir deste estudo de caso, dados e discussões que nos auxiliem na reflexão almejada.

A organização do SUS, suas conquistas e desafios

O contexto de implementação do SUS tem sido marcado por grandes avanços, muitas inovações e persistentes desafios. As conquistas obtidas são bastante significativas: estruturação e capilarização da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família, consolidação da organização institucional do SUS, em direção à descentralização e regionalização do sistema, com o fortalecimento das esferas subnacionais de governo, vários programas e políticas públicas exitosos, como aqueles voltados para o enfrentamento da epidemia de Aids, o atendimento às urgências (SAMU), os transplantes. Podemos mencionar também as iniciativas inovadoras que precisam estruturar-se e consolidar-se, principalmente em relação à organização do sistema, como por exemplo, a estratégia do apoio matricial, da política de humanização da atenção e da gestão em saúde, a implementação das redes prioritárias, entre muitos outros.

No campo dos desafios, segue sendo atual no cenário nacional a necessidade de superar a ineficiência e ineficácia das redes de saúde em garantir a integralidade e a qualidade da atenção, acompanhada por grande desigualdade no acesso aos serviços. O financiamento e a política de gestão do trabalho têm sido particularmente citados como pontos críticos na implantação dos sistemas de saúde, para os quais todavia não foram construídos modos consistentes de enfrentamento.

O cenário do trabalho no SUS, hoje, revela-se marcado por intensa flexibilização e precarização dos vínculos trabalhistas, e quase nenhum avanço na discussão do plano de carreira, cargos e salários do sistema. As alternativas de gestão ensaiadas, por meio de Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações Sociais ou constituição de Empresa Pública têm sido bastante criticadas por diversos grupos militantes no campo da reforma sanitária. Associada a isto, é também identificada a perda da solidariedade e da relação de cidadania entre os trabalhadores de saúde e usuários no cotidiano do sistema (ALVES; ASSIS, 2011).

Nesse cenário, destacamos a importância da gestão do trabalho em saúde (GTS), campo de conhecimento e intervenção que se constituiu a partir da ressignificação da temática dos recursos humanos. A composição do campo apresenta como grande potencialidade, em nossa avaliação, o fato de convergir com leituras críticas sobre a inserção do referencial dos recursos humanos nas fronteiras disciplinares da administração. Delimitada como “atividades administrativas relacionadas com o exercício cotidiano do trabalho das pessoas em uma organização” (ALVES; ASSIS, 2011, p. 59), essa área trabalhou historicamente com a gerência do fator humano na produção, desenvolvendo ações e políticas de contratação, treinamento, avaliação, remuneração e de garantia de um ambiente de trabalho adequado nas organizações.

A crítica a que nos referimos, em linhas gerais, tem por base a compreensão da dimensão ontológica do trabalho e uma recusa dos marcos funcionalistas de sua administração nas sociedades capitalistas, para a qual importa essencialmente a adaptação e conformação do homem ao processo produtivo. Isto se verifica mesmo quando foram colocadas em pauta, por movimentos contemporâneos do campo da administração, questões como motivação, trabalho em equipe, criatividade e autonomia, preocupações que se revelaram sempre delimitadas e significadas desde o prisma exclusivo dos interesses produtivos. Mesmo nas perspectivas recentes que advogam trazer inovações e novas técnicas de gerenciamento, o trabalho humano segue sendo manejado como um recurso de produção, haja vista toda revisão crítica sobre os novos modelos de gestão e as concepções que norteiam os processos de flexibilização e precarização do trabalho no mundo contemporâneo.

Em direção oposta, o posicionamento político expresso na concepção da gestão do trabalho em saúde (GST) resulta da militância do movimento sanitário, que evidenciou a relação entre saúde e as condições de vida e trabalho, ampliando o olhar para os condicionantes e determinantes sociais da saúde. Assim, o trabalho em saúde emerge como objeto de análise no contexto da luta brasileira por uma reforma sanitária que tem como horizonte um projeto societário mediado por valores de justiça social e democracia.

Contextualização histórica da gestão do trabalho em saúde (GTS)

A agenda política da GTS, no contexto da reforma sanitária, tem como marco a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, em 1986, quando o debate sobre as práticas e arranjos de gestão resultou na defesa da criação de uma política para os trabalhadores do setor. A II Conferência Nacional de Recursos Humanos aconteceu em 1993, proporcionando um diagnóstico dos problemas e propondo o reordenamento das ações de capacitação. Nesse aspecto, podemos já identificar a delimitação de nosso objeto de estudo, por meio da identificação dos processos de capacitação como resposta aos problemas e dificuldades mapeados (ALVES; ASSIS, 2011; SILVA; SILVA; BRAGA, 2009).

A III Conferência Nacional com esta temática específica ocorreu apenas em 2006, materializando a ressignificação referida, após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), pelo Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003. Rebatizada então como Conferência Nacional do Trabalho e da Educação na Saúde, a conferência confirmou e fortaleceu as diretrizes da política de GTS, em consonância com a XII Conferência Nacional de Saúde, que reiterou a necessidade de sua adoção como estratégia de consolidação do sistema e de valorização de seus trabalhadores. Com a finalidade de instituir as diretrizes para a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde, a SGTES tem induzido a organização da área nas demais esferas de governo do SUS, com investimentos técnicos, políticos e financeiros na qualificação da gestão (PIERANTONI et al., 2008).

A GTS tem como eixo estruturante a compreensão de que a organização do trabalho é condição e vetor determinante da oferta de

ações de saúde e da construção da rede de serviços desejada, requerendo a garantia da presença e do aumento dos trabalhadores do sistema, frente à expansão das ações e de sua cobertura. Conjuntamente, a provisão de processos de formação e qualificação dessa força de trabalho é entendida como de fundamental importância, para que suas práticas sejam coerentes com os princípios e valores defendidos e com as necessidades da população usuária (ALVES; ASSIS, 2011). Por outro lado, e este aspecto é preciso evidenciar (sob risco de perpetuarmos o olhar utilitarista), o deslocamento produzido traz consigo o compromisso e a expectativa de coerência com os pressupostos do movimento sanitário, no reconhecimento do valor do trabalho em saúde. Deste modo, a conformação do campo da gestão do trabalho em saúde pressupõe a responsabilidade do Estado na regulação do trabalho no setor e a compreensão de que o profissional de saúde é ator social estratégico para o desenvolvimento do SUS (ALVES; ASSIS, 2011). Por este motivo, tem como principal diretriz a valorização dos trabalhadores, reconhecendo a necessidade de sua vinculação ao SUS como forma de superar o conjunto de obstáculos historicamente mapeados e que incidem diretamente no processo de sua consolidação.

A estruturação da GTS nas instâncias subnacionais de governo avançou após a criação da SGTES, como demonstra estudo realizado por Pierantoni et al. (2008). A pesquisa utilizou como critério de inclusão secretarias estaduais e municipais de Saúde que possuíssem mais de 50.000 habitantes e 500 postos públicos de trabalho em saúde, identificando 388 estruturas nessa condição, das quais 337 foram cadastradas e 253 responderam ao *survey*. Os resultados obtidos demonstram que 76,3% das secretarias de Saúde respondentes possuía órgão de RH em sua estrutura, sendo que 47,8% associaram mudanças institucionais às políticas implementadas pela SGTES, com destaque para as secretarias estaduais e de capitais (PIERANTONI et al., 2008).

Contudo, os indicadores de implementação das principais estratégias de gestão do trabalho em saúde não se revelaram tão positivos: apenas 11,8% das secretarias pesquisadas têm Plano de Carreira Cargos e Salários aprovados e implantados; o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS era desconhecido por 32,4% delas, e somente 27,3% adotaram Mesas de Negociação Permanente do SUS. Com

melhores resultados, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) é conhecido por 89,0%, respondendo em grande medida pelo impacto e influência da SGTES na indução de mudanças, conforme 95,9% das respostas colhidas. Outro dado positivo é que 63% das secretarias de Saúde relataram a existência de sistemas de informação no órgão de gestão do trabalho em saúde (PIERANTONI et al., 2008).

Os resultados da pesquisa, bem como o amplo e polêmico debate sobre as alternativas institucionais para gestão do trabalho no SUS, demonstram a atualidade de seus desafios, principalmente pela clara centralidade que a GTS possui no processo mais amplo de formulação e implementação das políticas de saúde, tendo em vista o caráter intensivo em trabalho vivo que caracteriza a organização do setor. De forma geral, podemos afirmar que persiste uma considerável fragilidade nessa área, em grande medida resultante da impossibilidade de conjugar sua bandeira política de orientação igualitarista e regulamentadora com os requisitos atuais da administração flexível, de orientação neoliberal (PIERANTONI et al., 2008).

Aos gestores de RHS [Recursos Humanos em Saúde] impõem-se desafios gerenciais diversificados e cada vez mais complexificados pelas transformações e exigências do trabalho contemporâneo. Exigências no campo da inserção de trabalhadores no serviço (que se apresentam sob formas variadas), da distribuição, da fixação, do desempenho e da qualificação, da motivação e accountability profissional, do resgate de padrões éticos, mas, sobretudo, da incorporação de qualificações gerenciais à área de RHS para lidar com todo esse processo em transformação (PIERANTONI et al., 2008, p. 686).

Os principais problemas historicamente evidenciados em relação à inserção e atuação dos trabalhadores de saúde no SUS apontam para grande roatividade dos profissionais, principalmente nos pequenos municípios. A defasagem dos salários, intensificada na década de 1990 com a crise financeira e as políticas de arrocho salarial de orientação neoliberal, consolidou como prática corrente a opção de múltiplos e precários vínculos empregatícios, fazendo com que, para parte dos profissionais da atenção à saúde, a flexibilização se tornasse uma

estratégia com valor utilitário, dificultando enormemente a gestão do trabalho e a vinculação aos serviços (SANTANA; GIRARDI, 1993).

O aumento da força de trabalho ligada às esferas subnacionais têm-se revelado incompatível com a meta de redução do déficit fiscal e o cumprimento da lei de responsabilidade fiscal, gerando, por um lado, a precarização e informalidade nos postos públicos de trabalho em saúde, e por outro, alternativas controversas que tendem ao enfraquecimento do serviço público no SUS. Condições de trabalho marcadas por sobrecarga, regimes de plantão, múltiplas inserções profissionais, estrutura física inadequada, ausência de referência e contrarreferência e dificuldades de trabalho em equipe também têm sido reportados em estudos sobre o tema (ALVES; ASSIS, 2011).

Movimentos e tendências em direção à diversificação das políticas e a consolidação da educação como área da GTS

Tal contexto convive com uma crescente e intensa diversificação e complexificação das políticas e dos programas de saúde. Considerando apenas as áreas programáticas estratégicas do Ministério da Saúde, encontramos nove áreas de atuação, com suas respectivas políticas, diretrizes e metas a orientar a organização da Atenção à Saúde (Saúde Mental; Saúde do Idoso; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Saúde do Homem; Saúde do Adolescente e do Jovem; Saúde no Sistema Penitenciário; Saúde da Pessoa com Deficiência; a Política Nacional de Humanização). Além delas, temos ainda um conjunto de ações direcionadas à consolidação da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica em Saúde: Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Saúde Bucal, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e programas específicos como o Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, Saúde na Escola, Consultório na Rua; Programas voltados para as Doenças Crônicas e para a Atenção Domiciliar, Núcleo de Apoio ao Saúde da Família, Telessaúde, entre outros. Isto sem contar com as políticas e programas relativos à Atenção Especializada: Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde ; Política Nacional de Sangue e Hemoderivados; Política Nacional de Transplantes de

Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano; Programa Nacional de Triagem Neonatal; Política Nacional de Atenção às Urgências; Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade. A este conjunto poderíamos ainda acrescentar a Assistência Farmacêutica, a Política Nacional de Saúde Indígena, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, sem com isso pretender esgotar o leque de ações e intervenções norteadoras da organização do SUS, pois ainda precisaríamos acrescentar outras iniciativas no âmbito do Ministério da Saúde e também aquelas de caráter localregional.

Este breve panorama tem como finalidade exclusiva evidenciar a crescente diversificação da política de saúde ao longo da trajetória de consolidação do SUS, tendo em vista que não é objeto deste ensaio a análise desta tendência. Embora bastante limitada, a exposição realizada nos permite imaginar as dificuldades inerentes ao fato de que todas essas estratégias e iniciativas dialogam e repercutem diretamente nas práticas dos profissionais de saúde. Quanto a isso, há um consenso que aponta para a necessidade de mudança da formação profissional, com a perspectiva de sua aproximação à realidade do sistema de saúde, juntamente com o reconhecimento da importância de qualificar os profissionais já formados que atuam no SUS. E é justamente nessa seara que se apresenta a relação entre formação/capacitação e a implementação das políticas de saúde, desde uma dupla perspectiva: tanto como recurso para viabilizar as intenções e diretrizes da política de saúde, sendo também uma estratégia compensatória do problema observado em relação à estrutura formativa e a inadequação das práticas profissionais hegemônicas.

A relação entre educação e gestão das políticas de saúde encontra-se particularmente presente no âmbito de atuação da SGTES, cuja inserção na estrutura institucional do SUS demonstra a relevância que o campo da educação adquiriu em sua interface com a GTS. Destaca-se, em particular, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que tem por objetivo: “considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais,

as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007).¹

A política procurou instituir nova dinâmica na produção das ofertas de educação em saúde no SUS, considerando problemática a tradição de formulação centralizada, sobretudo no Ministério da Saúde. Uma das principais características criticadas seria a formulação isolada, realizada por áreas técnicas vinculadas a políticas e programas específicos, com baixa articulação e integração entre as diferentes capacitações propostas, induzindo grande fragmentação e sobreposição de ações. Outro aspecto negativo seria prática de ofertas fechadas, disponibilizadas pelas instituições formadoras, com pouca ou nenhuma abertura para o diálogo com as necessidades localregionais e para processos de construção ascendentes compartilhados (CAVALCANTI, 2010).

Desta forma, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi formulada a partir da concepção da aprendizagem significativa no contexto de trabalho, pautada na defesa de que a dinâmica ensino-aprendizagem deve ocorrer no cotidiano das organizações de saúde. Seu histórico remonta à Organização Pan-Americana da Saúde e às ações por ela empreendidas no campo da formação de pessoal de saúde. Baseada no conceito de aprendizagem significativa, a EPS é formulada com a finalidade de transformar as práticas profissionais, a partir dos problemas concretos experienciados na realidade de trabalho, os quais devem ser o ponto de partida para as iniciativas de formação e desenvolvimento profissional agenciadas no âmbito da política. Nesse sentido, defende-se que a EPS deve incorporar e considerar os conhecimentos e experiências dos trabalhadores, propondo processos formativos baseados na problematização do processo de trabalho, tendo como referência primordial as necessidades de saúde das pessoas e das populações assistidas. Todo o discurso em torno à EPS explicita como objetivo maior a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho em saúde, em direção à consolidação do

¹ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf

trabalho multiprofissional e dos valores que sustentam a compreensão da saúde como um direito de cidadania.

Assim, mesmo problematizando o modo como a educação em saúde era efetivada no SUS, a EPS também compartilhou da premissa de que a formação (cujo sentido teve o mérito de alargar para além de uma apreensão instrumental) é um recurso fundamental para viabilizar e transformar as ações e práticas de saúde. Tal premissa, contudo, adquire na EPS um sentido específico, decorrente do diálogo com uma concepção ampliada de produção de subjetividade, que tem como principais referências autores como Gilles Deleuze e Félix Guatarri, e particularmente no campo da Saúde Coletiva: Gastão Wagner Campos, Emerson E. Merhy e Túlio Franco. Nessa perspectiva, a subjetividade é pensada como produção de modos de existência, que se efetiva em múltiplas dimensões e vetores, consituindo realidade social e também sujeitos e individualidades, sem poder, entretanto, ser a eles reduzida.

A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, de semiotização - ou seja, toda a produção de sentido, de eficiência semiótica - não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egóicas, microsociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extraindividual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, enfim sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de representação, de imagens, de valor, modos de memorização e produção de ideia, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, etc.). (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 31).

A aproximação com esse conceito, ou melhor, com o plano conceitual e filosófico de que deriva, nos permite compreender que a aposta da EPS na formação visava, sobretudo, incidir em planos privilegiados de intervenção nas experiências profissionais e nos modos de sua apreensão e significação. Isto porque a formação é

compreendida como constituição de territórios existenciais, de suas práticas e sujeitos, e não simplesmente como transmissão ou adequação de conhecimentos técnico-científicos.

Embora partilhemos deste posicionamento, consideramos que o cenário atual de implementação das políticas de saúde demanda um esforço de reflexão e estranhamento da equivalência prioritária entre produção de subjetividade e formação. Essa questão também poderia ser conduzida de outra forma, como um questionamento sobre a natureza dos processos formativos e sua redução às dinâmicas estruturadas de ensino-aprendizagem. De todo modo, é importante ressaltar que a reflexão que mobiliza este ensaio também se inscreve no referido campo conceitual e filosófico, compartilhando a compreensão de que os modos de produção de subjetividade constituem problema fundamental para a consolidação do SUS.

Estudo de caso sobre a organização e atuação das áreas técnicas na atenção básica em Rio Branco-AC

A fim de trazer elementos práticos para o debate, recorremos ao estudo de caso realizado em Rio Branco, no Estado do Acre, entre agosto de 2011 e dezembro de 2012, com o objetivo de discutir a articulação de processos transversais às políticas específicas na atenção básica, tendo em vista os desafios que a construção da integralidade do cuidado coloca à gestão das políticas de saúde.² Como salientamos na introdução, a apresentação dos resultados do estudo é motivada pela compreensão de que é pertinente a generalização de alguns dos resultados obtidos para outros contextos de sistemas municipais. Por esta razão, não buscamos trabalhar as especificidades locais que caracterizam o caso, selecionando aspectos que nos parecem fornecer elementos para a reflexão aqui proposta.

O desenvolvimento do estudo teve como compromisso ético-político o estabelecimento de relações dialógicas com os sujeitos e coletivos

² Projeto Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS de Rio Branco, no Estado do Acre, desenvolvido pelo LAPPIS em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, sob coordenação de Roseni Pinheiro.

participantes.³ Como procedimento de produção de dados, o trabalho de campo foi realizado em quatro etapas, nas quais a equipe organizou uma oficina de validação e construção metodológica, outra oficina para apresentação das atividades desenvolvidas pelas áreas técnicas (AT), com participação de gerentes e representantes do controle social; observação sistemática de eventos e do cotidiano de trabalho das gerências de AT; 26 entrevistas semiestruturadas com trabalhadores, gerentes de AT, conselheiros de saúde e militantes de movimentos sociais; e dois grupos focais, um com trabalhadores da atenção básica e outro com militantes de movimentos sociais e entidades de saúde que atuam no município. Neste texto, apresentaremos resultados parciais do estudo concernentes à realização de capacitações como estratégia de concretização das políticas específicas geridas pelas referidas AT.

Resultados e discussão

Dentre as ações desenvolvidas pelas AT, a capacitação dos profissionais da rede de saúde, em particular da atenção básica, ocupa destacada centralidade. Ela constitui a principal atividade realizada com o propósito de comunicar, difundir e consolidar princípios, orientações, normas e procedimentos relativos às diferentes políticas e programas que organizam a atenção à saúde, sendo realizadas como recurso para sua divulgação e para promover a adesão dos profissionais, provendo formação sobre as temáticas específicas e treinamentos pontuais a respeito de procedimentos, fluxos, protocolos e formulários.

Como poderemos observar com os resultados, não obstante a existência da EPS e de sua concepção de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, a configuração das atividades de capacitação no município estudado revela-se todavia marcada pelos aspectos problemáticos diagnosticados quando da implementação da EPS, os

quais justificaram sua formulação dez anos atrás. De modo geral, podemos indicar que tanto os trabalhadores, como os gestores de AT relataram significativa fragmentação das iniciativas conduzidas pelas diferentes áreas, muitas vezes voltadas para o mesmo público. A fala que trazemos abaixo evidencia a tentativa de reorganizar as ações em diálogo com a EPS, construindo um planejamento específico para a formação na saúde, a fim de agregar esforços e diminuir a dispersão e sobreposição das ações. Contudo, apesar da clara identificação do problema, o gestor entrevistado demonstra não ter tido sucesso na reorganização da formação desde as demandas e realidades específicas dos territórios.

A gente formou um projeto, a gente formou, fez um convênio, de 2009 pra 2010, com o Estado, para o recurso da Educação Permanente, que vem do Fundo Estadual, e aí a gente conversou com o Estado, apresentou uma proposta, pra fazer um convênio e pegar o recurso. Dentro desse processo, a gente pensou nas ações, a partir do que a gente tinha no Plano de Gestão por Programas, que foi o que orientou a Gestão Municipal nas suas ações, não só a Saúde, mas a Prefeitura como um todo. Como a gente identificava lá tinha: capacitar profissionais para avaliação e monitoramento das ações, isso era uma ação de formação. Tinha uma outra que era: capacitar 60, a gente contabilizou nove cursos de formação de controle, esqueci o nome... Mas assim, cada área tinha sua demanda. Então a gente pegou e tentou juntar uma coisa com a outra. Tinha outra que era: desenvolver ações em Promoção da Saúde, capacitar os profissionais em ação em Promoção da Saúde. Tá, como é que a gente junta? Aí juntamos tudo e fizemos o Plano. E quando a gente foi detalhar isso, a gente percebeu que isso era de cada Área, principalmente da Promoção da Saúde, que aí entrava todas as Áreas Programáticas, e cada uma dizia assim ó, “nós vamos fazer a capacitação na [área técnica], capacitar nisso, capacitar naquilo...” Então, a gente percebeu que tinha um mundo de propostas, de formação... de capacitação, pensado com o mesmo público, que às vezes inclusive, no mesmo horário. E a gente começou a chamar atenção pra isso. Mas a gente não conseguiu de fato pensar como que a gente utiliza esse recurso da Promoção da Saúde no território com todas as áreas reunidas, que eu confesso que esse era meu sonho.

³ Foram incluídas na pesquisa as áreas técnicas do Departamento de Atenção à Saúde: Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Leishmaniose; Saúde do Idoso; Saúde da Comunidade; Controle do Tabagismo; Hipertensão e Diabetes; Núcleo de Educação em Saúde. Além dessas, encontram-se representadas também a Divisão de Educação na Saúde e a Divisão de Humanização, pertencentes ao Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA).

Os trabalhadores entrevistados confirmaram essa tendência, reportando que os programas e as políticas específicas em geral buscam realizar de forma isolada suas capacitações. Chama a atenção o fato de que as equipes de atenção básica são o principal público de todas as áreas, o que resultava em agendas paralelas e desarticuladas, e por vezes sobrepostas, que dialogavam pouco com as dificuldades e necessidades vividas pelos trabalhadores em sua realidade profissional.

É, na verdade, a capacitação é por áreas. Vem por caixinhas também, vem por programas. Tem a capacitação da saúde do idoso, depois tem a capacitação do hiperdia... Algumas capacitações a gente mesmo solicita e as Áreas Técnicas vão (profissional da atenção básica).

Outra coisa também, como tem coordenação pra todas as atividades da Atenção Básica, existe capacitação todo dia. Se eu for fazer todas as capacitações que saem, aí eu não trabalho mais, eu só estudo. (profissional da atenção básica).

Mas é igual eu estou te falando, é muita capacitação, porque são muitas coordenações (profissional da atenção básica).

Os gestores de várias áreas identificaram o problema, sinalizando que já existe a compreensão compartilhada de que é preciso superar a fragmentação das capacitações. Contudo, tal percepção encontra-se pouco objetivada, não demonstrando ser efetiva como impulso para a promoção de maior integração e para a articulação conjunta de novas dinâmicas e estratégias de atuação na implementação das políticas específicas.

Identificamos alguns movimentos nessa direção, em grande medida motivados pela otimização das ações, frente às dificuldades encontradas em mobilizar os trabalhadores e garantir sua participação nas formações, tendo em vista a intensidade e a premência das demandas na assistência, além dos problemas gerados pelos afastamentos. Nesse sentido, em parte os movimentos de integração partem desse dado concreto, que limita o campo de ações das coordenações de área. Com isso, em alguns casos os gerentes buscaram realizar conjuntamente ações.

Que aí é um desafio, que a gente precisa superar. Como é que a gente discute? E aí eu não acho que bastam reuniões para um informar o que está fazendo não, é processo mesmo de fato diário.

Hoje nós precisamos cuidar do segmento [região sanitária] tal... Quais são as necessidades lá, então vai você, vai você, vai você, ou... Mais ou menos é assim: hoje vai a Leishmaniose, amanhã vai a Hipertensão, depois aí... Enche os profissionais com um monte de coisa, aí a capacitação vem e fala do idoso, aí o outro vem e fala disso, e eu acho que não dá mais pra a gente ter esse olhar, senão a gente não dá conta.

Vai ter capacitação de fulano de tal... Aí num sei o que vai ter ... Estava deixando eles [profissionais do serviço de saúde] meio doidos. E aí o serviço deixava a desejar porque tiravam os profissionais de dentro da unidade. Aí passamos a organizar, tanto que agora Hipertensão e Tabagismo fizeram uma só, dentro, integrada, os dois. Aí a área de saúde do idoso já foi com saúde mental, com DST-AIDS, então já incorporou, para num deixar essa coisa muito “doida de solta”. Mas eu acredito que a gente vai chegar nesse nível ainda...

A integração alcançada, como salientamos, demonstra estar orientada pelas questões logísticas e operacionais que condicionam a realização das capacitações. A construção compartilhada das metodologias, a integração e articulação de conteúdos trabalhados foram pouco observadas nos casos de ação conjunta mapeados.

E aí, na parte da capacitação dos agentes comunitários de saúde, ficou muito legal, porque a gente pensou assim: ela precisava capacitar na parte da hipertensão e diabetes, e eu precisava capacitar os agentes na questão do tabagismo e são áreas muito afins. Porque hipertensão tem pessoas que são hipertensas já por conta do tabagismo, então a gente... “vamos fazer uma capacitação articulada, integrado” e aí a gente fez uma capacitação otimizando recurso, otimizando a saída do agente comunitário da sua unidade para uma única capacitação, e aí a gente fez isso. Aí a gente fez assim, montou essa ideia de fazer essa capacitação juntos; claro, na hora das apresentações, ela fazia a parte de Hipertensão e Diabetes, sempre articulando, uma coisa, outra, falar do tabagismo. E na parte do tabagismo, sempre a gente relacionava com a Hipertensão.

Esse movimento é, sem dúvida, um primeiro passo fundamental para superação da fragmentação identificada, mas requisita vários outros desdobramentos, no sentido de concretizar articulações e alternativas

transversais aos recortes e demilitações que a organização da atenção a partir das áreas programáticas tende a instituir. Mesmo que as duas áreas do exemplo narrado tenham buscado relacionar os temas e problemas abordados, a articulação efetivada não chega a desconstruir suas fronteiras e a promover uma integração estrutural. Isto tende a restringir a perspectiva de compreender os problemas enfrentados desde a ótica da integralidade que constitui a experiência dos sujeitos e grupos que vivem o adoecimento e os problemas de saúde em questão.

As dificuldades em avançar nessa direção expressam-se também na organização do trabalho de coordenação de AT. Em geral, as equipes são muito reduzidas e cada profissional responde por uma área específica. Se por um lado esse formato gera uma clara referência para a rede e a identificação das responsabilidades no desenho da gestão central, por outro induz que a fragmentação na implementação das políticas aconteça desde a organização do processo de trabalho dos gerentes, como expõe a fala a seguir.

É uma coisa assim que eu até fiquei meio assim quando eu entrei. Porque o pessoal fala muito de integração, mas assim, aqui não existe integração. Entendeu? Assim, é cada um por si, eu acho assim, que você ajudar a participar de uma ação, não é você estar lá só de corpo, é você participar desde a construção até a execução e é uma coisa que aqui não existe. Não existe. Entendeu? Assim, existe uma área que ajuda a outra, mas assim, ajudar de alguma coisa, mas não existe. E assim, eu acho que a gente tem que quebrar isso. Tanto é que a maioria das ações que eu estou fazendo agora, depois que eu entrei, eu sempre envolvo as outras áreas (gerente de AT).

Outro aspecto a ser analisado são as concepções pedagógicas que orientam as ações de formação desenvolvidas pelas ATs. Parte expressiva dos gerentes entrevistados demonstrou atuar com estratégias focadas na transmissão de conteúdos técnicos, indicando a pressuposição de que os saberes necessários ao trabalho de materialização das políticas concentram-se nessa esfera, e que a atribuição do nível central seria descentralizar as informações. Tal perspectiva de compreensão sobre a formação valoriza pouco os saberes que os profissionais possuem, principalmente aqueles construídos na experiência, e que dialogam com dimensões diversas dos problemas de saúde, como por exemplo,

as implicações sociais, afetivas e culturais que necessariamente os atravessam e constituem.

Assim, na realidade, eu acho assim, que pra mim, no meu ponto de vista, capacitação, ela seria a gente descentralizar o que a gente sabe, pra passar para o pessoal, para o pessoal que está na ponta, na rede, eles estarem levando essas ideias novas, essa nova forma de pensar e agir (gerência de AT).

Porque assim, como eu te falei, a gente tem problema com capacitação porque o profissional não se interessa, não adere e tal... Então eu digo “gente, tem que mudar essa metodologia só de aula, de aula, de aula, ele lá escutando e a gente aqui na frente falando” (gerência de AT).

Encontramos também a avaliação, por parte de profissionais e gerentes, dos limites das capacitações como estratégia de mudança de práticas e fazeres. Como indicado nas falas anteriores, são questionados os modelos educativos que as orientam, que valorizam pouco as atividades de prevenção e promoção, e o fato de ser frequente a divisão do público das capacitações por grupos profissionais, reforçando as separações corporativas e reduzindo as oportunidades de avançar na perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional. Além disso, é identificada a necessidade de articulação de outras estratégias de implementação e acompanhamento das políticas.

Intermitentemente são colocados para a gente aqueles cursos de capacitação mesmo, mas para... questões pontuais. Dengue, é... leptospirose, rota-virose... nada que... que... predisponha ou escolha mais essas atividades preventivas, que eu considero preventivas (profissional de saúde).

Porque não adianta só a gente capacitar a pessoa e chegar lá: pronto, tô capacitada. Não adianta. Eu acho que a capacitação, só a capacitação não adianta. É o que eu digo aqui, “gente, não adianta a gente ficar fazendo capacitação, capacitação, capacitação, sem ter um monitoramento. Porque a pessoa foi capacitada e pronto. E pronto? (gerência de AT).

Eu só vou explicar, porque eu já assisti tantas, que eu até... é direcionada só para agente comunitário de saúde, é uma oficina para os auxiliares e técnicos, é uma oficina para os enfermeiros, é outra oficina para o médico. Então são direcionadas (profissional de saúde).

O debate em torno a EPS surgiu nos dados coletados, indicando o movimento de problematização dessa tradição e de tentativa de consolidação da área de GTS. Nesse sentido, pudemos encontrar práticas e discursos diversos dos hegemônicos, que apontavam para outros sentidos de formação, consoantes com a política de EPS, que relacionavam claramente educação em saúde e organização do processo trabalho.

Hoje a gente está com um... Na verdade não é nem uma capacitação da gestão, eu diria assim, a gente está num processo de promover, com a gestão, espaço para discussão dos processos. Por enquanto focado no departamento de gestão de pessoas, entender o que é gestão do trabalho, quais as implicações dos outros setores da gestão do trabalho, entender... (gestor SEMSA).

Eu acho que elas deveriam ser mais uma educação permanente em saúde. Elas são capacitações mesmo. São muito pontuais e limitadas. Elas ficam ali e não tem nenhum retorno, não tem nenhuma continuidade dos trabalhos... (gestor SEMSA).

E aí a gente sempre utiliza metodologia ativa. Que é partindo da experiência deles. A última capacitação que a gente fez foi primeiro resgatando a experiência deles: “Que tipo de idoso que você acha que mais tem na sua área? Qual é a necessidade que você verifica?” E aí a gente planeja encima dessa necessidade que estão apresentando, parte da realidade (gerente AT).

Nessa direção, alguns dados do estudo levantam questionamentos relevantes sobre o papel da formação na transformação de práticas, saberes e sujeitos. Nesse sentido, não se trata de desconsiderar ou negar sua potencialidade, mas de pensar outras interrogações e sentidos para experiência formativa, interrogando sua restrição às estratégias de ensino-aprendizagem estruturadas. Isto pode ser observado, por exemplo, nas capacitações existentes destacadas pelos sujeitos do estudo.

O que nos chama a atenção nesses casos é o fato de que as justificativas dadas para as avaliações positivas apontam para aspectos que não podem ser reduzidos à relação ensino-aprendizagem em sentido estrito. Dentre esses outros fatores, está a identificação de profissionais que tenham perfil para trabalhar com os problemas

enfrentados pelas ATs. A importância desse critério indica a necessidade de analisar a questão da implementação da política desde a perspectiva da mobilização do desejo e da produção de sentido para a inserção dos profissionais nas atividades esperadas. Outro ponto refere-se ao fato de que as capacitações exitosas intervêm diretamente em arranjos e fluxos da organização do trabalho, atuando principalmente como espaço de encontro, de produção de pactuações, abordagens e perspectivas comuns entre os trabalhadores mobilizados.

Eles saem da academia e eles não têm, principalmente aqueles que se formaram fora da região amazônica, eles não tem contato. Então a gente precisa oferecer capacitações. E aí a gente identifica na unidade o médico que tem perfil, que goste de trabalhar com a Leishmaniose e aí é esse que a gente... a gente tem uma conversa prévia com eles, então a gente consegue recrutá-los para o trabalho. E aí nessa capacitação que a gente fez, logo em 2006, início de 2007, a gente conseguiu reunir todos os profissionais, foi quando a gente amarrou mesmo nesse fluxo. E aí foi uma experiência muito boa que eu não consegui repetir depois, pelo número de atividades que a gente tem. Mas nós estamos com uma capacitação prevista agora para o mês de novembro, que nós vamos reunir todos os profissionais envolvidos pra fazer essa discussão novamente.

Foi ressaltada, em particular, a disponibilidade das ATs para responderem às demandas apresentadas pelas unidades, conformando um movimento dialógico de interlocução com “a ponta do sistema”, diverso da centralização normativa que caracterizou historicamente a estruturação das políticas e programas específicos. Na fala apresentada abaixo, vemos que o principal êxito evidenciado refere-se à modificação das condições e processos de trabalho; à possibilidade de reduzir a burocratização e otimizar o tempo gasto em procedimentos administrativos do programa, o que apenas foi possível em virtude da comunicação dialógica estabelecida. Assim, menos do que o conteúdo técnico que norteia o programa em questão, a gerente de unidade valoriza na resposta da AT a escuta dos problemas que emergiam das condições e da realidade de trabalho.

A gente solicita mais as [ATs] que têm mais procura da população e os profissionais precisam estar melhor preparados para receber. São

as áreas do idoso, saúde da mulher, hiperdia também. A gente tem solicitado capacitação e a gente sempre tem tido resposta positiva. Porque... principalmente depois que eu entrei, eu não costumava esperar que a capacitação viesse até a unidade, mas eu sempre pedia para a área técnica “olha, a gente está precisando entender melhor como é tal programa...” O programa que a gente queria implantar na unidade, o Hiperdia, tinha que escrever a mão as fichas dos pacientes, e a gente pediu, “olha, a gente tem um computador aqui, dava para trazer o programa para o computador? Para otimizar o trabalho?” E aí eles iam, capacitavam no programa, a gente conseguia melhorar essa parte, porque diminuía o tempo de estar escrevendo, e conseguia usar para outras ações, para orientar sobre a nutrição, para fazer outras ações. Porque a gente não conseguia, porque tinha um monte de papel para preencher, né? (riso) Num conseguia (gerência de unidade de saúde).

Por fim, gostaríamos de discutir um ponto em particular, que nos parece relevante para a tarefa de refletir sobre os sentidos e possibilidades da experiência formativa e seu papel na implementação de políticas. Nossa hipótese é que a equivalência entre formação e processos estruturados de ensino-aprendizagem tenha limites a serem considerados no que diz respeito à produção de subjetividade. Talvez o aspecto problemático dessa premissa, a qual tem orientado tradicionalmente os modelos e práticas de capacitação de profissionais, seja a redução da experiência formativa a determinados saberes, espaços e formas de interação. Como exemplo, a fala a seguir expõe o aprendizado proporcionado pelas relações que se efetivam no trabalho, que responde a lacunas percebidas no processo fomal de ensino e se mostram baseadas em relações de compartilhamento e solidariedade.

Eu tinha acabado de sair da faculdade, e a gente vê que na faculdade a gente às vezes fica um pouco longe da realidade, né? A gente estuda muito a teoria e quando chega na prática a gente não tem aquela vivência, e acaba deixando de lado algumas coisas importantes. E assim, quem tinha acesso a alguns colegas que já estavam há mais tempo na Saúde da Família, a gente conseguiu “olha, como que faz tal coisa? Tal programa? Como que a gente lida com... Como que a gente faz com grupos?” E... Os colegas é que iam dando dicas (profissional de saúde).

É claro, não pretendemos negar que os processos formais de ensino são efetivos na medida em que intensificam a experiência de aprendizado e formação justamente pelo fato de proporcionarem uma vivência estruturada, orientada para determinado fim. Contudo, os limites desse processo de aprendizagem se revelam na clara priorização da dimensão racional-cognitiva, e no restrito diálogo que estabelece com o modo como o sujeito da experiência a vivencia, com os efeitos e significações que produz a partir dela, em registros distintos de temporalidade e intensidade. Para compreender essas outras dimensões da experiência formativa, consideramos que o conceito de produção de subjetividade anteriormente apresentado pode ser útil, pois tem como principal característica apontar para a transversalidade e a multiplicidade de afetos, matérias de expressão e significação que constituem tal produção.

Alguns dados encontrados apontam para essas questões. Na fala abaixo, por exemplo, ao falar sobre a falta da dimensão prática nas capacitações, o profissional entrevistado expõe claramente a importância do sensório e da experiência corporal para a aprendizagem de um procedimento, ou seja, de um modo de agir, sentir e apreender a ação. Interessante notar que o procedimento específico por ele abordado é bastante marcado por conhecimentos técnico-científicos, mas sua realização não pode ser, contudo, a eles reduzida. Se isso é pertinente para os procedimentos e intervenções mais estruturados, revela-se ainda mais intenso nos processos relacionais que marcam o trabalho vivo em ato na saúde (MERHY, 2005).

Foi uma moça, uma fisioterapeuta [que ofertou a capacitação] e para mim não ficou bem claro como que eu faço a avaliação neurológica. Eu faço pelo manual do Ministério, eu treino em mim mesma, nas pessoas, de pegar, apalpar, mas assim... então, se tivesse uma coisa mais prática, eu queria apalpar um nervo comprometido e um nervo não comprometido. É uma coisa bem ... Então falta. Eu acho que falta.

No que tange ao espaço da aprendizagem, podemos retomar a discussão da EPS sobre a aprendizagem significativa no contexto do trabalho, pensando não propriamente em metodologias de ensino, mas numa pergunta anterior: o que é necessário para intervir sobre o

processo de aprendizagem (entendido como produção de subjetividade) na experiência profissional, reduzindo determinados campos de naturalização e dessensibilização que os trabalhadores agenciam, frequentemente como mecanismos de defesa, conforme toda elaboração conceitual que nos foi ofertada por Dejours. Esse questionamento não pode ser feito sem colocar em xeque, ao mesmo tempo, as condições materiais e institucionais da realização do trabalho, sem problematizar não apenas a experiência pessoal, mas a organização do trabalho e os efeitos formativos que produz. Não estamos oferecendo capacitações pontuais esperando com isso transformar práticas e sujeitos, sem trabalhar nestes processos de educação a compreensão de que a vivência profissional cotidiana é permanentemente formativa, com frequência na direção oposta ao discurso institucional das políticas?

Essa pergunta talvez seja o ponto de partida para avançarmos na relação entre EPS e GTS e rompermos com o olhar instrumental, que entende a educação/formação como meio para atingir determinado fim na realização das políticas e programas. Como os resultados evidenciaram, essa forma de utilizar a educação na saúde permanece vigente. Por outro lado, os estranhamentos e dissonâncias identificados permitem-nos vislumbrar que estão sendo traçados novas possibilidades e horizontes.

Entendemos que esse movimento depende de nossa capacidade de pensar e praticar a vinculação entre EPS e GTS como sendo constitutiva de ambas: gerir o trabalho é uma atividade formativa, e estamos utilizando aqui a noção de gestão no sentido ampliado, como gestão de si e dos outros, e não como cargo ou atribuição administrativo-institucional. E, por sua vez, não podemos pensar em formar sem intervir nesse plano gestor, em suas institucionalidades, temporalidades e modos de vivência da experiência de trabalho. É nesta dobra constitutiva que a implementação das políticas de saúde pode avançar, na medida em que recuse a pretensão instrumental com que tem manejado os processos formativos.

Referências

- ALVES, J.S.; ASSIS, M.M.A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, supl. 1, p. 55-67, jan-jun. 2011.
- CAVALCANTI, F.O.L. *Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005)*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009, 168p.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005. 189p.
- PIERANTONI, C.R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.
- SANTANA, J.P.; GIRARDI, S. N. Recursos humanos em saúde: reptos atuais. *Educ Med Salud*, v. 27, n. 3, p. 341-356, 1993.
- SILVA, C.C.; SILVA, A.T.M. C.; BRAGA, J.E.F. Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 13, n. 3, p. 23-30, 2009.

Integralidade, ação comunicativa e desenvolvimento gerencial em municípios de Mato Grosso: uma avaliação na perspectiva dos participantes

ALINE PAULA MOTTA
JULIO S. MÜLLER NETO
FÁTIMA A. TICIANEL

Introdução

Este texto integra a pesquisa “Avaliação do Projeto de Desenvolvimento Gerencial do SUS nos municípios de Mato Grosso numa perspectiva do agir comunicativo e de práticas de integralidade”, realizada pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso, coordenada pelo Prof. Dr. Júlio Strubing Müller Neto. Apresenta um recorte do referido estudo e desenvolve uma reflexão sobre a educação permanente e as bases conceituais do curso, além de uma avaliação que os participantes fazem do mesmo. A avaliação abrange 55 cursos realizados entre 2008 e 2011. A caracterização do perfil se deu por meio das fichas de inscrição dos 1.560 participantes certificados e a avaliação foi feita com base nos 1.380 questionários respondidos.

Trata-se de um estudo avaliativo com abordagem quanti-qualitativa (MINAYO, 2005), que utilizou técnicas de pesquisa documental e bibliográfica, questionário com perguntas fechadas e pré-codificadas e incorporou as diferentes falas dos atores envolvidos. As duas únicas questões abertas foram categorizadas em quatro opções (“sim”, “não”, “não se aplica” e “não respondeu”) e quantificadas. Por meio de uma amostragem aleatória sistematizada, foram selecionadas 50 respostas no universo de 1.380; dessa seleção, escolhemos as respostas mais significativas e com diversidade de conteúdo para exemplificar a opinião dos participantes.

Reflexões sobre integralidade, ação comunicativa e educação permanente para o desenvolvimento gerencial

Para Motta (2010), a educação permanente em saúde é o processo de aprendizagem no trabalho no qual a construção do saber é coletiva, crítica e inserida no contexto social, levantando problemas e necessidades de natureza pedagógica. Representa uma importante mudança na concepção e nas práticas dos trabalhadores, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana, colocando as pessoas como atores reflexivos, buscando a transformação do processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, a educação permanente acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, definida na Portaria MS n. 1.996, de 2007, fundamenta-se nos princípios e diretrizes do SUS e trabalha com a ideia de rede, articulando serviços básicos e especializados, ações e serviços de saúde, reconhecendo contextos e histórias de vida e a necessidade de assegurar o acolhimento adequado e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. Estabelece que a condução da educação permanente seja por meio dos Colegiados de Gestão Regional e com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (BRASIL, 2007). Em 2010, a Portaria MS n. 1.311, de 2010, instituiu o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS, com o objetivo de incentivar os processos de qualificação para a gestão e gerência dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

A educação permanente dos gerentes e profissionais da saúde é uma demanda crescente do SUS em função da complexidade progressiva do sistema, da diversidade de atores envolvidos e dos processos de trabalho em espaços da gestão e da prestação dos serviços. Isso requer a superação do modelo de planejamento e gestão normativo e pouco participativo, ainda predominante nas instituições (MÜLLER NETO et al., 2009).

O projeto de educação permanente para o desenvolvimento gerencial apoiou-se no conceito de integralidade em saúde nas dimensões da organização da rede de serviços, dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde no ato do cuidado e da participação social nas políticas de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006). Outra referência tem como característica a relação recíproca entre trabalho e interação, uma vez que a comunicação faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e permite articular as ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI, 2007). A autora apresenta uma proposta com base nos estudos dos processos de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo, desenvolvida por Habermas (2012), que busca contribuir para o entendimento do trabalho em equipe e para a compreensão e intervenção na realidade, visando a mudança das práticas.

O projeto político-pedagógico do curso busca o desenvolvimento das pessoas, das práticas de gestão e do cuidado em saúde, em uma perspectiva comunicativa, ética e de integralidade em saúde (MÜLLER NETO et al., 2009). A proposta parte da premissa de que os atores sociais e os trabalhadores de saúde devem ser reconhecidos como sujeitos portadores de valores, crenças, direitos e competências para agir comunicativamente e participar de um discurso racional (ARTMANN, 2001; RIVERA; ARTMANN, 2006). Na teoria do agir comunicativo, os sujeitos dividem sua tradição cultural no grau em que se entendem mutuamente e concordam sobre sua condição, tornam-se ao mesmo tempo, produto e produtores do contexto onde estão inseridos, uma vez que a ação comunicativa tem a função de concretizar a reprodução cultural, garantindo a integração social e a solidariedade, e promover processos de socialização. Na leitura habermasiana da realidade social, o mundo da vida não exaure todos os aspectos da vida social e a reprodução material da sociedade é realizada pelo sistema, no qual as ações são norteadas para o êxito (HABERMAS, 2012).

A presente avaliação também utiliza a noção de competência, na perspectiva de Ramos (2009), como unidade e ponto de convergência entre conhecimentos, habilidades e atitudes, para discutir a avaliação sobre o curso, feita pelos participantes. O currículo por competências

promove uma redefinição dos conteúdos de ensino, de modo a atribuir sentido prático aos saberes, abandonando a preeminência dos saberes disciplinares para se centrar em competências supostamente verificáveis em situações e tarefas específicas. Nessa referência, os participantes deverão ser capazes de compreender e dominar os conteúdos de ensino, recorrendo às disciplinas somente na medida das necessidades exigidas pelo desenvolvimento dessas competências.

Para Ramos (2009), trabalhar com a noção de competências significa:

Selecionar conhecimentos dos quais os estudantes necessitam para aplicar em esquemas operatórios, para entender o que significam e como funcionam, ou seja, deixar de fazer a separação entre o saber e o saber-fazer para centrar o esforço em resultados de aprendizagem nos quais se atinge uma integração entre ambos (RAMOS, 2009, p. 120).

As competências são deduzidas das relações entre resultados e conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (querer fazer) dos trabalhadores (RAMOS, 2009). Em relação ao processo de trabalho, a autora analisa que é possível relacionar as atividades pedagógicas às situações de trabalho e práticas sociais, que constituem referência para a formação dos trabalhadores.

Essa noção de competências, que prioriza a compreensão dos conteúdos e atribui sentido prático aos saberes, nos remete à educação permanente em saúde e a integralidade, que propõe produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção; saber dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizando-as no concreto do trabalho de cada equipe; construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada, de qualidade e com equidade (CECCIM, 2005).

O processo avaliativo adotado pelo estudo apoia-se em Minayo (2005), para quem a avaliação coloca sujeitos e instituições em interação e a metodologia, como processo de aprendizagem e desenvolvimento, situa avaliadores e avaliados em busca de comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições. A autora enfatizou o conceito de mudança para intervenções sociais e para a avaliação, no contexto e na gestão de políticas sociais, tanto para macroprocessos (sociedade, sociabilidade), como para ambientes

microsociais (específica da missão de cada instituição) em que, em escalas diferentes, atores, fatores e condições promovem transformações em diferentes níveis da realidade.

Caracterização do curso

O Núcleo de Desenvolvimento em Saúde foi o responsável pela formulação e implementação do projeto cujo financiamento ocorreu com recursos do Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) e foi realizado em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS-MT) e cooperação da equipe do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Os quatro principais momentos de elaboração do projeto foram: 1) formulação da proposta político-pedagógica; 2) escolha, seleção e formação de tutores; 3) elaboração e revisão do material pedagógico; 4) realização presencial dos cursos nos municípios (UFMT, 2011).

Os objetivos foram: contribuir para a qualificação das práticas de gestão e do cuidado em saúde no município, por meio do desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores de saúde, situando o usuário no centro do processo; estimular a comunicação e integração dos processos gerenciais entre as equipes gestoras e prestadoras de serviços e fortalecer a relação entre as instituições de ensino e pesquisa e a gestão municipal do SUS na implementação da educação permanente em saúde (MÜLLER NETO et al., 2009).

Os participantes são trabalhadores municipais de saúde com atuação tanto na esfera da gestão e gerência de unidades, quanto na rede de serviços, além de representantes de usuários e membros dos conselhos municipais de saúde. Do total de 35 vagas ofertadas por curso, quatro foram destinadas aos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde.

O curso foi estruturado em duas unidades ministradas em duas semanas com intervalo de aproximadamente 30 dias entre ambas, totalizando a carga horária de 80 horas de atividades. Na primeira unidade, os temas abordados referem-se ao sistema municipal de saúde,

dimensão macro da política, da gestão, do planejamento e da participação social. A segunda unidade trabalha a organização dos serviços e do cuidado em saúde, o processo de trabalho em equipe, a gerência das unidades e a educação permanente. No período entre as unidades, os participantes realizam trabalhos de campo e revisão bibliográfica.

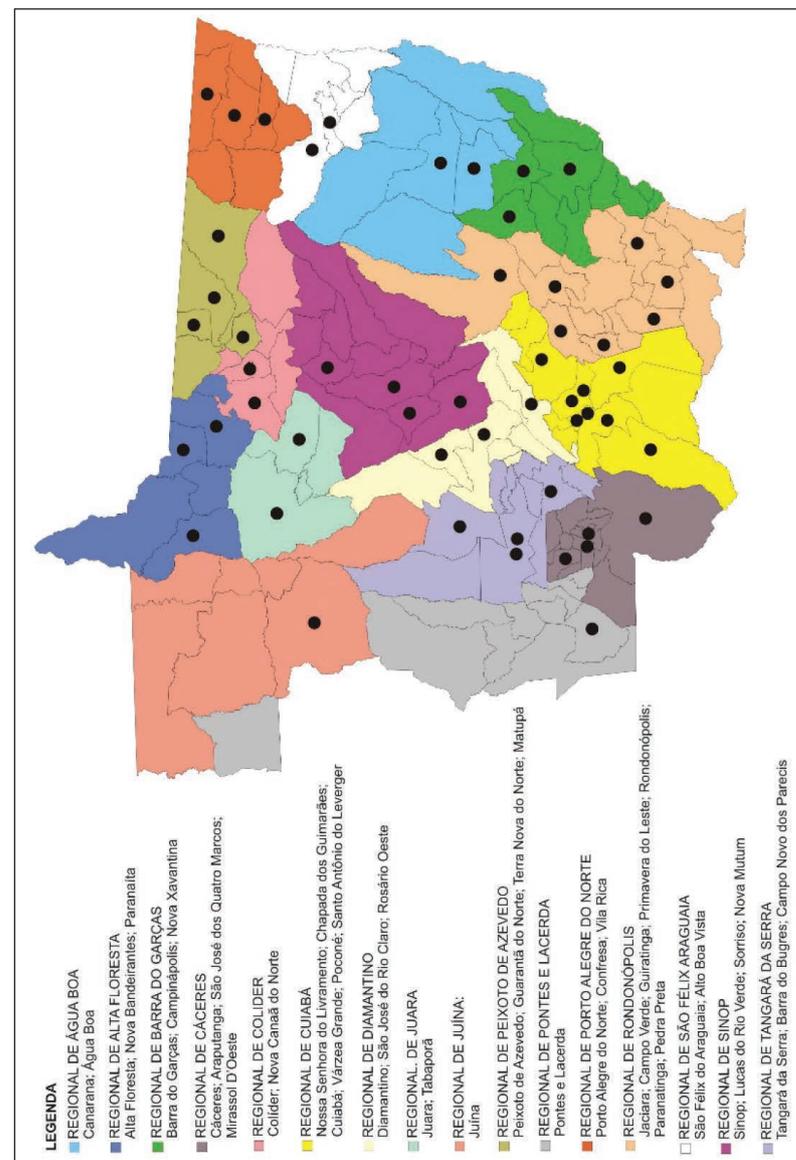
Ao final de cada módulo, os participantes elaboram uma rede explicativa de problemas e elegem propostas de enfrentamento aos mesmos. Ao final do curso, consolidam as propostas em uma Agenda de Educação Permanente para Desenvolvimento Gerencial do SUS no município, enfatizando os conteúdos e as práticas trabalhadas nas duas unidades. A agenda é apresentada e debatida no último dia do curso pelos participantes com a presença do gestor municipal de saúde, que deve se responsabilizar, conjuntamente com o coletivo, pelos encaminhamentos das ações definidas como prioridade.

O curso trabalha com a especificidade e a singularidade de cada município. Promove a sistematização do conhecimento a partir da própria prática dos trabalhadores e das experiências do cotidiano e busca o entendimento entre os participantes para trabalhar questões desafiadoras que permeiam a política e a organização das práticas de saúde, ainda fortemente influenciadas pelos modelos centrados na racionalidade biomédica e tecnicista. A avaliação positiva feita pelos participantes sobre a adequação dos conteúdos aos objetivos do curso sugere que os mesmos identificaram os temas propostos com as suas práticas.

O curso de desenvolvimento gerencial vai aos municípios

O Estado de Mato Grosso possui área de 903.366,192 km², é dividido em 141 municípios, com população em 2010 de 3.033.991 habitantes e densidade demográfica de 3,36 hab/km² (IBGE, 2012). O curso foi realizado em 50 municípios do estado no período de 2008 a 2011, totalizando 55 cursos presenciais de desenvolvimento gerencial nas 16 microrregiões de saúde (figura 1). Os municípios de Barra do Garças, Rondonópolis e Várzea Grande realizaram dois cursos e o de Cuiabá, três (UFMT, 2011).

Figura 1. Mapa dos municípios que realizaram o CDG-SUS de 2008 a 2011, por microrregiões de saúde. Mato Grosso, 2012.



Fonte: Relatórios do Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS, NDS/ISC/UFMT, 2008-2011.

A grande extensão territorial do estado dificulta o acesso aos municípios distantes da capital, realidade vivenciada por se tratar de um curso presencial, mas essa barreira foi superada, e foi observada uma cobertura de 35% de municípios contemplados com o curso.

Das 16 microrregiões de saúde abrangidas pelo curso, quatro apresentaram uma cobertura de 50% dos seus municípios, destacando-se Peixoto de Azevedo, com 80%. Em oito microrregiões, a cobertura foi de 30 a 43% dos municípios; as demais ficaram entre 10 e 29% (tabela 1). Ressalta-se que os municípios pertencentes às microrregiões de Água Boa, Alta Floresta, Colíder, Juara, Juína e Peixoto de Azevedo possuem municípios que estão localizados a mais de 600 km da capital Cuiabá, e os das microrregiões de São Félix do Araguaia e Porto Alegre do Norte a mais de mil quilômetros.

Tabela 1. Números absolutos e percentual dos municípios que realizaram o CDG-SUS por microrregiões de saúde, no período de 2008 a 2011. Mato Grosso, 2012

Microrregiões de saúde	Qtd. de municípios por microrregiões	Qtd. de municípios que realizaram o CDG-SUS	% de municípios que realizaram o CDG-SUS nas microrregiões
Peixoto de Azevedo	5	4	80%
Cuiabá	11	6	55%
Alta Floresta	6	3	50%
Juara	4	2	50%
Diamantino	7	3	43%
Porto Alegre do Norte	7	3	43%
São Félix do Araguaia	5	2	40%
Rondonópolis	19	7	37%
Cáceres	12	4	33%
Colíder	6	2	33%

Microrregiões de saúde	Qtd. de municípios por microrregiões	Qtd. de municípios que realizaram o CDG-SUS	% de municípios que realizaram o CDG-SUS nas microrregiões
Barra do Garças	10	3	30%
Tangará da Serra	10	3	30%
Sinop	14	4	29%
Água Boa	8	2	25%
Juína	7	1	14%
Pontes e Lacerda	10	1	10%

Fonte: Relatórios do Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS, NDS/ISC/UFMT, 2008-2011.

A tabela 2 apresenta o número de cursos realizados por ano, e a quantidade de participantes inscritos que concluíram e foram certificados (1.560).

Tabela 2. Número de cursos realizados nos municípios por ano de execução, incluindo o total de participantes inscritos e certificados. Mato Grosso, 2012

Anos	Quantidade de Cursos Realizados	Número de Participantes			
		Inscritos	Não Participantes	Não Certificados	Certificados
2008	8	280	18	41	221
2009	3	114	6	11	97
2010	18	668	59	75	533
2011	26	906	78	119	709
Total	55	1.968	161	246	1.560

Fonte: Relatórios do Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS, NDS/ISC/UFMT, 2008-2011.

Perfil dos participantes

O perfil dos 1.560 participantes certificados nos 55 cursos nos municípios de Mato Grosso foi caracterizado segundo faixa etária, gênero, escolaridade, tempo de serviço, vínculo trabalhista e participação em cargos comissionados das secretarias municipais de Saúde. Os participantes caracterizam-se por faixas de idade de adultos jovens, tendo como grupo prioritário os de 30 a 39 anos e os de 20 a 29. Os dois grupos totalizam 67% dos participantes, ou seja, dois terços destes. Destaca-se a significativa participação das mulheres nos cursos (79%) em relação aos homens (21%), reiterando a indicação de um processo de feminilização da força de trabalho no setor da saúde, conforme análise realizada em pesquisa de Duarte et al. (2012).

A maioria dos participantes tinha nível superior completo (68%) resultado compatível com a proposta do curso, que definiu como público prioritário os profissionais de nível superior. Mas, como demonstra o resultado, permitia a participação de trabalhadores e usuários sem esse grau de instrução. Houve a necessidade de se adequar à realidade dos pequenos e médios municípios, onde se constatou que boa parte das funções gerenciais é exercida por trabalhadores com escolaridade de nível médio ou fundamental, também para facilitar a participação dos conselheiros de saúde. Dos participantes de nível superior, 57% tinham curso de pós-graduação, o que indica melhor qualificação da força de trabalho nos municípios.

A maioria dos participantes atua no SUS municipal entre um e cinco anos (40%), seguido pelo grupo entre seis a dez anos (17%), totalizando 57%. Entre os participantes, 14% atuam há mais de 11 anos e 12% há menos de um ano. Para Duarte et al. (2012), a composição da força de trabalho com até dez anos de atuação indica a previsão de muitos anos de trabalho pela frente para esses grupos, indicando a potencialidade do curso no fortalecimento da gestão municipal.

Com relação ao vínculo empregatício, 57% eram estatutários, o que poderá favorecer a disseminação do conhecimento adquirido, contribuindo para a melhoria das práticas de gestão e do cuidado em saúde. Do total, apenas 18% informaram ter cargo comissionado na instituição. Este baixo percentual pode significar cargos informais

de gerência ou que o município não selecionou os profissionais com perfil gerencial.

Organização didático-pedagógica

A avaliação considerou a adequação do conteúdo e da metodologia para o processo de aprendizagem proposto; a compreensão do material didático e sua suficiência para a reflexão sobre os temas; a qualificação dos tutores quanto ao domínio de conteúdo e da metodologia; adequação da estrutura física e dos recursos audiovisuais; participação individual e do grupo nas atividades propostas; ampliação do conhecimento e aspectos significativos que o aluno considera possível modificar no gerenciamento do SUS municipal. Foram respondidos 1.380 questionários de avaliação

Conteúdo, metodologia e material didático

O conteúdo do curso foi adequado aos objetivos propostos para 82% dos participantes respondentes. A discussão dos temas propostos foi classificada como muito boa para 76%, devido à abordagem metodológica adotada, o que também estimulou a participação dos mesmos. Como visto no referencial teórico, para a formulação da proposta pedagógica do curso, partiu-se da premissa de que os trabalhadores da saúde deveriam ser reconhecidos como sujeitos portadores de valores, crenças, direitos e competências para agir comunicativamente, em busca do entendimento, que deveria ser construído pelos próprios participantes sem indução externa. Essa premissa implica pensar o curso enfatizando metodologias participativas, cooperação e diálogo, com base na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Schrader e Müller Neto (2012) enfatizam que a metodologia do curso incorpora técnicas participativas como pequenos grupos e plenárias, estudo dirigido em grupo, mosaico, memória viva, que permite a reconstrução da história dos sujeitos que fazem o SUS, construção de narrativas a partir das entrevistas com usuários das unidades de saúde e da agenda que orientará a intervenção do coletivo do curso, utilizando técnicas de dinâmicas de grupos. Enfatizam ainda

a relação entre o conteúdo temático na constituição de novos sujeitos no sistema municipal e a formação de coletivos, e que a metodologia está voltada a favorecer a participação e deliberação livre e igual dos participantes de modo que, gradativamente, assumam a condução do processo, cooperando ativamente com os tutores.

O material didático disponibilizado foi muito bem avaliado pelos participantes, na opinião de 76%, e ofereceu subsídio à discussão dos temas propostos nos diferentes módulos do curso. Já a linguagem utilizada no mesmo foi considerada muito boa e acessível para 62% dos respondentes. A elaboração e revisão da proposta político-pedagógica e do material do curso foram realizadas pelos coordenadores, tutores e convidados em oficinas de trabalho, assim como a seleção dos textos, elaboração do material didático, adequação da linguagem e a dinâmica utilizada.

Desempenho dos tutores

Os tutores foram bem avaliados pelos participantes. Para 91% dos respondentes, os tutores dominavam muito bem o conteúdo abordado e para 87% dominavam satisfatoriamente a metodologia adotada. A excelente avaliação dos tutores pode ser explicada pelos critérios de seleção, pelo seu perfil e pelo processo de formação e avaliação permanente a que foram submetidos, conforme assinalam Schrader e Müller Neto (2012, p. 291).

É importante ressaltar os papéis do tutor no desenvolvimento do curso: dominar os conceitos e saber trabalhar a metodologia do curso; saber escutar, acolher, estabelecer vínculos e compromissos com os participantes; saber facilitar o diálogo, o entendimento e a interação entre os participantes; ter habilidades para coordenar o trabalho dos grupos e lidar com conflitos entre os participantes; ter sensibilidade política para enfrentar e lidar com problemas decorrentes de conflitos entre trabalhadores, usuários e gestores; ter atitude democrática e afeita à crítica; ter compromisso ético com o SUS, com o projeto e com os participantes; e ter atitudes e práticas democráticas, favoráveis ao desenvolvimento pessoal e coletivo, visando à autonomia e emancipação das pessoas.

Os tutores selecionados passaram por processo de qualificação ao longo do desenvolvimento do projeto. Os primeiros foram formados em 2008 e 2009. Os tutores formados na primeira fase e que continuaram no projeto participaram da revisão pedagógica do curso e da qualificação dos novos tutores.

Enquanto ocorriam os cursos em 2009 e 2010, a coordenação pedagógica, com o apoio dos tutores formadores e consultores, continuou o processo de revisão do material pedagógico do curso, tendo realizado ao todo quatro Oficinas de Revisão Conceitual e Metodológica com carga horária global de 72 horas, sendo que na quarta oficina participaram os novos tutores selecionados, reforçando assim a qualificação dos mesmos, promovendo um processo interativo entre a teoria e a experiência prática dos tutores dos cursos (UFMT, 2011, p. 13).

Estrutura física e dos recursos audiovisuais

A estrutura física foi considerada muito confortável e adequada à realização do curso para 47%, e boa para 42%. Os recursos audiovisuais foram suficientes para subsidiar as atividades para 56% dos respondentes. Os aspectos referentes à estrutura física e aos recursos audiovisuais são os quesitos com menor percentual de aprovação. Deve-se considerar que estes itens refletem as carências de infraestrutura física e financeira em geral, existente em muitos municípios de Mato Grosso, sobretudo nos pequenos e médios.

Conhecimentos adquiridos e mudanças no gerenciamento

O curso contribuiu para ampliar o conhecimento sobre o SUS na opinião de 84%. O percentual de avaliação classificada como muito boa é próximo da avaliação sobre a adequação do conteúdo do curso, ou seja, 81,59%.

Os pontos significativos apontados pelos participantes como possíveis de modificar no gerenciamento do SUS municipal foram o planejamento, a educação permanente e o cuidado com o usuário. Neste quesito, cada um dos avaliadores poderia fazer três opções de temas entre os sete apresentados.

Mudanças no relacionamento e no modo de trabalho

A maioria (89,22%) respondeu que pretende modificar o modo de trabalhar e de se relacionar com a equipe, indicando que o curso sensibilizou os participantes para o papel de cada um na organização e nas necessidades de mudanças no processo de trabalho. Esse resultado encontra respaldo nos conteúdos e na proposta pedagógica do curso, influenciando a percepção e as necessidades de mudanças de atitude e disposição dos participantes em relação às suas práticas.

A mudança de atitude na relação com a equipe e no desenvolvimento gerencial é observada nas respostas da maioria dos participantes e são exemplificadas nos depoimentos:

Sim! Na interação com a equipe e sabendo escutar mais as outras pessoas (CG 310).

Sim, desenvolvendo uma estratégia de ação em equipe. Promover o planejamento das ações com todos os trabalhadores; reuniões semanais para discussão de problemas e soluções possíveis com alterações no cronograma; e capacitação dos profissionais com a valorização de cada setor (PARAN 814).

Certamente. Acompanhando as equipes da saúde na criação do Planejamento anual, participar das análises das situações da secretaria e ajudar na melhor forma no gerenciamento dos Recursos (SJRC 1150).

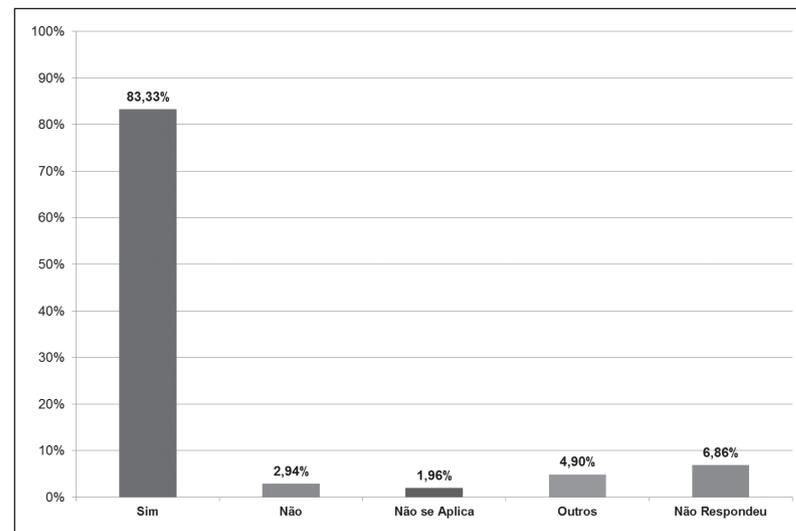
Com esse curso, pude repensar a forma de interagir com as pessoas. O conceito de “equipe” foi reformulado e, por isso, acredito que serei um profissional que valorizará as diversas pessoas agregadas a minha equipe. Pretendo fazer isso, dando abertura e respeitando aos diversos pontos de vista, ou seja, tecer relações baseadas no diálogo (TS 1262).

Deve-se ressaltar que a avaliação feita pelos participantes sobre o curso evidencia a aquisição de novas competências seja em relação aos conhecimentos adquiridos sobre o SUS, seja quanto à mudança de atitude no relacionamento com a equipe, trabalho e cuidado.

Mudanças no cuidado

O curso despertou o interesse dos participantes (83,33%) para a importância do desenvolvimento de novas formas de cuidado à saúde e de práticas gerenciais na unidade, em busca da integralidade.

Gráfico 1. Intenção de mudança para desenvolver novas formas de cuidado à saúde e práticas gerenciais. Mato Grosso, 2012



Fonte: Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS, NDS/ISC/UFMT, 2008-2011.

Quatro em cada cinco participantes do curso manifestaram motivação de mudança em relação à prática do cuidado traduzidas no vínculo, acolhimento, respeito e responsabilização pelo usuário, qualidade da atenção e integralidade, exemplificadas nas respostas:

Sim. No 1º módulo já foram repassadas algumas informações, quero trabalhar com eles a questão do vínculo, responsabilização e acolhimento (BG-I 142).

Implementar mudanças que resultem em um novo processo de trabalho, visando a qualidade da atenção ao usuário (MDO 646).

Sim, pois o produto final que é levar a saúde aos usuários tem que ser o melhor, sendo assim rever nossas práticas e colocar na ativa o que aprendemos aqui (PAN 954).

Sim! Mostrar à equipe a importância da integralidade, responsabilidade, acolhimento, atitude de escuta e respeito com usuário (TAB 1234).

Algumas respostas às perguntas abertas levantaram questões referentes à continuidade do processo, acompanhamento dos coletivos e das agendas, como também o papel das instâncias colegiadas regionais e dos escritórios regionais da secretaria estadual de Saúde em relação à política de educação permanente para o desenvolvimento gerencial.

Considerações finais

O CDG-SUS é um projeto de educação permanente voltado para o desenvolvimento gerencial e de pessoas, integrando ensino e serviço. Foi implementado no Estado de Mato Grosso em 50 municípios, no período de 2008 a 2011, certificando 1.560 participantes nos 55 cursos realizados, uma média de 28 por curso. A forte adesão à proposta, assim como a avaliação positiva do processo, se devem à concepção teórico-metodológica do curso, tal como explicitada na análise dos resultados da avaliação feita pelos participantes.

Os resultados positivos da avaliação sugerem que houve identificação dos participantes com o referencial teórico: a integralidade como prática dos gestores e trabalhadores da saúde; a gestão estratégica, participativa e comunicativa, onde sujeitos compartilham responsabilidades e compromissos em defesa de um sistema público de qualidade e com equidade; processos de trabalho em saúde e o agir comunicativo orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e do cuidado.

O mesmo pode-se afirmar em relação à metodologia: trabalha com a especificidade e a singularidade de cada município e o fortalecimento do controle social; incorpora técnicas participativas como estudo dirigido, plenária, mosaico, memória viva e narrativas a partir das entrevistas com usuários e trabalhadores nas unidades de saúde. A metodologia participativa na construção e desenvolvimento do curso reconhece os participantes, trabalhadores da saúde, como sujeitos na construção do SUS e do conhecimento gerado por suas práticas.

O conteúdo, a metodologia, o material didático e o desempenho dos tutores tiveram avaliação classificada como muito boa pelos participantes. A participação em grupo foi mais bem avaliada que a participação individual. A estrutura física e os recursos audiovisuais foram menos bem avaliados quando comparado aos demais quesitos.

O processo avaliativo colocou algumas questões problemáticas que precisam ser enfrentadas. A demanda por acompanhamento permanente por parte de muitos coletivos municipais é talvez o maior nó a ser desatado, na medida em que exigiria um projeto de longo prazo a ser executado de modo conjunto pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde (NDS-ISC/UFMT) e o COSEMS-MT, parceiros no projeto de desenvolvimento gerencial. Do mesmo modo, o acompanhamento dos desdobramentos da implementação das agendas de fortalecimento gerencial por parte dos órgãos colegiados como a CIES, os CGRs e a CIB. Outra questão é a necessidade de incorporar ao projeto às instâncias regionalizadas da secretaria de estado da Saúde, desde que incorporem a postura de cooperação baseada na integralidade e na ação comunicativa, superando o viés formalista das supervisões técnicas. A sustentabilidade do projeto depende da superação destes e de outros problemas.

Apesar dos problemas assinalados, é importante ressaltar que o curso contribuiu para o desenvolvimento das competências dos participantes, inclusive das comunicativas, no sentido em que se discutiu neste artigo. Os participantes referem que o CDG-SUS contribuiu para aumentar o seu conhecimento sobre o SUS no município. Também consideram ser possível mudar o gerenciamento do SUS municipal, sobretudo nas áreas do planejamento, da educação permanente e do cuidado com o usuário. Esses resultados são muito positivos e indicam prioridades para a política de investimento da educação permanente e formação na saúde. Finalmente, expressam uma mudança de atitude em relação ao seu modo de trabalhar e de se relacionar com a equipe, ao cuidado do usuário e às suas práticas gerenciais.

Referências

- ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre o planejamento e Aids. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1996*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 1.311*, de 27 de maio de 2010. Institui o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do Sistema Único de Saúde – PNDG. Brasília: MS, 2010.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004-fev. 2005.

DUARTE, E. et al. A Formação dos Gestores Municipais de Saúde: Avaliação de uma Experiência. In: DUARTE, E.; BARSAGLINI, R.A. (Orgs.). *A formação dos gestores municipais de saúde: uma experiência político-pedagógica compartilhada*. Cuiabá: EdUFMT, 2012. p.17-89.

HABERMAS, J. *Teoria do agir comunicativo, 2: sobre a crítica da razão funcionalista*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estados*: Mato Grosso. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>>. Acessado em: 10 ago 2012. Brasília: IBGE, 2012.

MINAYO, M.C.S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 53-70.

MOTTA, J.I.J. *Processos de Educação Permanente em Saúde: desafios conceituais*. II Encontro Estadual de Educação Popular com ênfase na Educação Popular. Porto Alegre, 24 a 26 de Mar. 2010.

MÜLLER NETO, J.S.; SCHRADER, F.T. (Orgs.). *Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS: coletânea de textos*. Cuiabá: EdUFMT, 2011.

MÜLLER NETO, J.S.; SCHRADER, F.T.; MOTTA, A.P. Desenvolvimento de Novos Saberes e Práticas na Gestão do Sistema Único de Saúde em Municípios de Mato Grosso. *Divulgação em Saúde para Debates*. Rio de Janeiro, n. 44, p. 74-84, maio - 2009.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Implicações da Integralidade na Gestão da Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 11-26.

RAMOS, M.N. Currículo por competências. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 119-124.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debates*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 39-44, jul 1996.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. A liderança como intersubjetividade lingüística. *Interface: Saúde, Educação, Comunicação*. São Paulo, v. 10, n. 20, p. 411-25, 2006.

SCHRADER, F.T.; MÜLLER NETO, J.S. Experiência de ensino-aprendizagem e produção do cuidado em saúde: o curso de desenvolvimento gerencial do SUS em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012. p. 281-296.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. Instituto de Saúde Coletiva. Núcleo de Desenvolvimento em Saúde. Programa de Desenvolvimento Gerencial do SUS. *Relatório Executivo CDG-SUS - Convênio MS/UFMT n. 691/2008*. Cuiabá: UFMT, 2011.

Entre tramas e redes: cuidado e integralidade

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR
CARLA ALMEIDA ALVES
MÁRCIA GUIMARÃES DE MELLO ALVES

Introdução

Ao nos debruçarmos sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), no papel de gestores ou profissionais de saúde, às vezes nos perdemos em nosso trabalho, buscando cumprir leis, normas e projetos sem a necessária reflexão sobre o sentido de nosso esforço e a direção do que construir. A intenção deste trabalho é produzir uma breve reflexão sobre algumas experiências acumuladas na proposição de novos modelos tecnoassistenciais em saúde e pensar em estratégias e “ferramentas” que possam ser usadas para manter o sentido universal, equânime, integral e democrático do SUS. Propomos partir da noção de cuidado, correlacionando-a com a integralidade na atenção à saúde, e discutirmos como algumas propostas pensam o trabalho em saúde.

O cuidado numa aproximação teórica

Entendemos o cuidado a partir da visão de Boff, que, influenciado pela leitura de Heidegger em *Ser e tempo*, o interpreta em sua dimensão ontológica, ou seja, constitutiva do “ser” humano. “Neste sentido não se trata de pensar e falar *sobre* o cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não *temos* cuidado. *Somos* cuidado” (BOFF, 1999, p. 89 – grifos nossos).

A palavra “cuidado”, segundo os clássicos dicionários de filologia citados por Boff, deriva do latim *cura* (*coera*) e era usada em

contextos de relações de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimados.

Outros filólogos pensam na origem da palavra em *cogitare-cogitatus* e sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*. O sentido é o mesmo de cura: colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação. O cuidado se apresenta quando a existência de alguém tem importância para nós. A dedicação e a disponibilidade de participar daquela vida e o sentimento de responsabilidade realizam o cuidado. Então, cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras virtudes; é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas. No jogo de relações, na co-existência e con-vivência, o ser humano constrói seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade (BOFF, 1999, p. 92).

Para Boff, há dois modos básicos de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado. A construção da realidade tem seu processo emergente daí. Para os seres humanos, o trabalho se transforma em modo-de-ser consciente e assume o caráter de um projeto e de uma estratégia, com suas táticas de plasmação de si mesmo e da natureza. De alguma forma, a busca pela superação dos desafios impostos pela natureza levou o ser humano a aprofundar sua capacidade analítica e de intervenção. Essa racionalidade levou-o a uma “objetividade” cada vez mais intermediada por instrumentos e máquinas que acabam se autonomizando em atos fragmentados e distanciando-se das inter-relações entre seres humanos e a natureza.

O modo-de-ser cuidado não se opõe ao trabalho, mas pode conferir-lhe uma tonalidade diferente. Repensar a subjetividade de todos os seres e suas relações ressignifica a “objetividade”. As relações não são permeadas pelo domínio, mas pela con-vivência. As intervenções sobre “objetos” se transformam em interações e comunhão entre sujeitos.

Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. A razão analítico-instrumental abre caminho para a razão cordial, *esprit de finesse*, o espírito de delicadeza, o sentimento profundo. A centralidade não é mais ocupada pelo *logos-razão*, mas pelo *pathos-sentimento*. (BOFF, 1999, p. 96).

O cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo. Por isso, podemos utilizar o cuidado como uma categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e organizadas as instituições responsáveis por essa produção.

O trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades (usuário) e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais). Nesse encontro são mobilizados os sentimentos, emoções e identificações, que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário.

No espaço de interação onde são construídas as relações entre usuários e profissionais, revela-se o campo micropolítico do trabalho em saúde, e as possibilidades de interação cuidado-trabalho (MERHY, 1997).

No campo da saúde, o modelo hegemônico de organização de prestação de serviços, a biomedicina, privilegiou a objetivação dos problemas de saúde e desenvolveu tecnologias no sentido da exploração de aspectos biológico-mecânicos, produzindo intervenções nesse âmbito (SILVA JUNIOR, 1998; CAMARGO JR., 2003). Contraditoriamente, na busca de conhecer os mecanismos produtores de doenças, os profissionais de saúde distanciaram-se das relações com os seres humanos em sofrimento.

Merhy (1998) alertava para a perda da dimensão cuidadora do trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos (tecnologia dura e leve-dura), com vistas à objetivação de problemas de saúde e descontextualizando-os do universo de seus portadores (ou pacientes). A ênfase naquelas tecnologias diminuiu a capacidade de percepção das necessidades dos usuários pelos profissionais e substituiu o diálogo de sujeitos pela intermediação de exames e procedimentos visando a um êxito técnico. O autor propõe uma retomada do foco de atenção à saúde de profissional-centrada (ou procedimento-centrada) em usuário-centrada, e vê no desenvolvimento de tecnologias de relacionamento (tecnologias leves) um meio de restabelecer diálogos, acolher os sofrimentos, resolver

os problemas, estabelecer vínculos e responsabilidades e estimular a autonomia dos usuários (MERHY, 1998 e 2000).

Ayres (2000), dialogando com Merhy (2000), vê limites no uso das tecnologias leves em produzir um cuidado subjetivante. Sugere que o espaço relacional profissional-usuário, embora apoiado por tecnologias, extrapola a objetivação desta e abre espaço para a construção de intersubjetividades. Propõe chamar o que medeia essa relação de *sabedoria prática*.

O cuidar nas práticas de saúde, segundo Ayres (2004, p. 86), demonstra sua importância ao propor:

[...] o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação de saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente.

Depreendemos deste diálogo dos autores que, longe de significar um conjunto de procedimentos ou atitudes isoladas, o cuidado se revela como um fio condutor da construção da integralidade na atenção à saúde, em seus sentidos mais amplos, como local de encontro de sujeitos com necessidades e capacidades, onde fluxos de interação possibilitem o acesso às várias alternativas de solução de problemas e à construção de vínculos e de responsabilidades mútuas (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004). Procuraremos então, refletir sobre algumas estratégias de privilegiar o cuidado na atenção à saúde.

O cuidado como tecedor da integralidade

Quando tomamos o cuidado como fio tecedor da integralidade, pensamos na atitude e no trabalho dos profissionais de saúde. O ponto de partida pode ser a percepção das necessidades dos usuários. Stotz (1991) já nos lembrava de que as necessidades de saúde são

social e historicamente determinadas ou construídas, entretanto, elas só podem ser captadas e trabalhadas em uma dimensão individual.

Cecilio (2001, p. 114-115) propõe uma taxonomia de necessidades agrupadas, inspirado em Stotz, em quatro conjuntos: ter boas condições de vida; ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; ter vínculos afetivos de referências e confianças nos profissionais de saúde; e ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. A política de saúde e os serviços devem ser capazes de dar respostas a essas necessidades. A capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários e suas necessidades, interagindo com eles, levando em conta seus contextos e seu modo de levar a vida, podem ser um bom começo.

Em outro trabalho, já verificávamos a dificuldade dos profissionais, independentemente da disponibilidade de tempo e da vontade de realizar um trabalho numa perspectiva mais integral, de escutar adequadamente as demandas dos usuários e estabelecer nexos contextuais ou psicológicos (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003).

Partindo do pressuposto de que todos os profissionais de saúde exercitam uma clínica, alguns autores indicam a ampliação nos saberes que fundamentam essa clínica como estratégia de superação daquela dificuldade (CAMPOS, 1992 e 2003; FAVORETO, 2002). Advoga-se a incorporação dos conhecimentos acumulados pela psicanálise, psicologia, ciências sociais e outros que possam dar conta da complexidade das demandas apresentadas pelos usuários.

Na tentativa de dar respostas organizacionais para melhor escuta das necessidades dos usuários, algumas experiências adotaram o *acolhimento* como dispositivo para repensar a organização do trabalho, dos serviços e da política (MALTA; TALI, 1998; MERHY; BUENO; FRANCO, 1999).

O *acolhimento* não é reduzido à sua dimensão física (sala/ambiente), nem à recepção da demanda (simpatia e educação), mas incorporando suas dimensões como postura do profissional na relação com os usuários, como técnica de escuta e reflexão sobre problemas e necessidades; e como princípio reorientador dos serviços (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004), ou ainda, como uma rede de conversações como propôs Teixeira (2003, p. 92).

O desenvolvimento dessas iniciativas tem sua possibilidade de êxito na composição e organização do trabalho em equipe. O uso de saberes compartimentalizados com baixa articulação entre si, fragmentando a atenção ao usuário dentro dos serviços, ainda é hegemônica em nossa realidade (PEDUZZI; PALMA, 1996). Os espaços de interseção dos profissionais de saúde muitas vezes são utilizados como espaços burocráticos ou de delimitação de territórios de conhecimento e atuação.

Não se aproveita a riqueza de possibilidades de análise dos problemas enfrentados, a partir da ótica de cada campo específico do conhecimento, o que permitiria trocar pontos de vista na construção de propostas de intervenção. A dificuldade de ouvir o outro e com ele interagir aparece também nas relações interprofissionais. A construção de projetos terapêuticos de forma interdisciplinar continua a desafiar equipes e gestores. Merhy indica uma alternativa de organização/articulação das equipes, a partir de um “núcleo cuidador”, representado pelo conjunto de conhecimentos gerais e específicos dos vários profissionais que se articulam em torno da solução dos problemas sofridos por usuários. São identificados os profissionais capazes, devido ao conhecimento sobre o problema e ao estabelecimento de vínculos com os usuários, de conduzir o projeto terapêutico proposto.

Esse(s) profissional(ais), além de operar(em) o cuidado do paciente, gerencia(m) a busca de outros recursos específicos, articulando-os, otimizando resultados, evitando sobreposições ou contradições nas propostas terapêuticas. O papel gerenciador do cuidado e a vinculação com o paciente podem se estabelecer momentaneamente, em outros profissionais, conforme a necessidade do projeto terapêutico em um dado momento. Mas convém o retorno da gestão do cuidado e vínculo a uma equipe ou profissional que tenha uma perspectiva de relação mais longitudinal com o usuário.

Dispositivos como reuniões de equipe com discussão de casos numa perspectiva interdisciplinar, atividades de educação permanente e a avaliação sistemática do processo de trabalho oferecem insumos para consolidação de propostas inovadoras de trabalho em equipe. A responsabilidade institucional dos profissionais e das equipes é vista como “pedra de toque” na constituição de processos de trabalho mais cuidadores.

A proposta de criação de equipes de referência articuladas matricialmente (CAMPOS, 1999) e o processo de supervisão ao Programa de Médico de Família de Niterói (MASCARENHAS, 2003) seguem na mesma direção de estabelecer vínculos e responsabilidades entre profissionais e usuários, articulando o aporte de outros conhecimentos e ações necessários ao desenvolvimento de projetos terapêuticos mais efetivos.

A construção de redes de cuidados

Muito se tem avançado nas propostas de reestruturação dos processos de trabalho e na formação de profissionais de saúde no chamado nível primário de atenção. Entretanto, esse nível não é autossuficiente e sua maior qualificação tem exigido novas atitudes e novos aportes de conhecimentos nos demais níveis de assistência.

A chamada “pirâmide” que organiza a rede de saúde não tem dado conta da forma como a população ainda tem utilizado os diversos serviços de saúde; e os processos de trabalho nos serviços chamados de “médica e alta complexidades” não foram modificados de sua matriz original biomédica (CECILIO, 1997). Mesmo em redes normatizadas, com fluxos formais de referência e contra-referência, a circulação dos usuários é obstaculizada por inúmeros procedimentos burocráticos que – o que é pior – não garantem o atendimento dos usuários (MENESES, 1998). É necessário haver sensibilização das equipes que atuam nos serviços de referência às unidades básicas de saúde, ou módulos de saúde da família, quanto ao acolhimento, o estabelecimento de vínculos e a responsabilização para com os usuários.

É possível exemplificar com a cena clássica de uma gestante que tem seu pré-natal todo acompanhado por uma equipe básica e, no momento do parto, é encaminhada a uma maternidade, que a recebe como uma “emergência” obstétrica, ignorando sua história, seus vínculos e todo o trabalho anterior. O que deveria ser o coroamento de um fato da vida, bem acompanhado, vira um inferno em desumanidade e angústias. Pensemos no sentido contrário: um paciente em crise hipertensiva, atendido adequadamente em um pronto-socorro e encaminhado a uma “unidade de saúde perto de casa” para acompanhamento de sua doença. A ausência de articulação pode gerar peregrinações na

burocracia para marcação de consultas e, finalmente, o paciente desiste de seguir seu tratamento (OLIVEIRA, 2004). Se considerarmos que o paciente não é só hipertenso, ou que não é só uma gestante em trabalho de parto, o processo fica ainda mais cruel.

A articulação do trabalho das diversas equipes e serviços de uma rede não é feita só por normas e formulários, mas pela discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população sob responsabilidades. O papel dos gestores dos serviços e da rede é fundamental na condução desses pactos.

A experiência de Belo Horizonte, refletida por Franco e Magalhães Junior (2004) e Reis (2003), traz algumas pistas de encaminhamento na articulação da rede. Os autores pensam no estabelecimento de linhas de cuidado, em que projetos terapêuticos centrados nos usuários são viabilizados na rede de serviços. Na experiência, partiram do recorte da população em alguns ciclos vitais, como criança, idoso, materno ou agravos como a atenção ao agudo, atenção às doenças cardiovasculares e saúde bucal. Identificaram os diversos atores que controlavam recursos das linhas de cuidados propostas e organizaram com esses atores um comitê gestor para produzir a pactuação necessária para a implementação das linhas.

Asseguradas as capacidades de interlocução, negociação, associação fina entre técnica e política e a responsabilização dos diversos níveis assistenciais, pactua-se um grande acordo assistencial que garanta:

- a. disponibilidade de recursos que devam alimentar a linha de cuidado;
- b. fluxos assistenciais centralizados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”;
- c. instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos recursos de rede;
- d. garantia de contra-referência para as equipes que atuam no nível primário (saúde da família e unidades básicas), onde o vínculo e o acompanhamento da clientela é permanente;
- e. determinação de que a equipe da unidade básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executada na linha do cuidado, garantindo acompanhamento seguro do usuário. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos;

- f. gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam os recursos assistenciais;
- g. busca da garantia da intersetorialidade como política estruturante da intervenção positiva nos processos de saúde e doença (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004, p. 131).

Ampliando essa perspectiva de organização, alguns autores propõem a radicalização das propostas de gestão democrática, no sentido de privilegiar o cuidado e a construção da integralidade na saúde como direito de cidadania, devendo o setor público garanti-los (CECCIM *et al.*, 2005). Esses autores rompem com a proposta de hierarquização tradicional de rede baseadas na disponibilidade de tecnologias duras e leve-duras e visualizam a rede numa perspectiva circular, com múltiplas entradas, conforme a necessidade dos usuários, onde se asseguram todas as possibilidades de satisfação das necessidades por meio do desenho de fluxos, conformando uma “malha de cuidados ininterruptos” organizados de forma progressiva. Inspiram-se na ideia de “rizoma” (um tipo de raiz não axial, mas ramificada) discutida por Deleuze e Guattari (1995). Em uma rede como malha não há maior e menor, anterior e posterior, início e fim. Tudo o que há é o tramado, só há meio “entre nós”, ligação e conexões.

Os autores referem-se à incipiência de propostas de rede que configuram um malha de cuidados ininterruptos para responder à diretriz da integralidade. Indicam algumas implicações trazidas pelo trabalho em malha, a saber:

- **Acessibilidade:** cada nó pode e deve conectar-se a outros nós, o que implica acesso irrestrito da população, de tal forma que quem necessita/quer/deseja atendimento possa ser dignamente acolhido, seja qual for a porta escolhida como meio de acesso.
- **Resolutividade:** o trabalho dos profissionais deixa de ser uma atividade solitária. A perspectiva de equipes multiprofissionais passa a ganhar espaço nos ambientes de trabalho, onde projetos terapêuticos devem ser formulados diante das histórias de vida que chegam aos serviços.
- **Preservação da autonomia:** o trabalho em saúde, constituído em malha, implica capacidade de maleabilidade, demandando,

portanto, uma prática de escuta, não só relativa àquele que procura/necessita os serviços, mas entre os diferentes profissionais implicados no atendimento, direta ou indiretamente.

- Direito à informação e divulgação de informações: não significa necessariamente que todos deverão saber tudo, mas que devem ser pensadas formas de acessar, discutir, construir/desconstruir desde conceitos até rotinas de trabalho.
- Responsabilidade: na relação entre os profissionais e deles com a população. O trabalho em malha traz a possibilidade da invenção (não só de novas técnicas e tecnologias, mas da vida e de variadas possibilidades de existências) e, portanto, de responsabilização frente ao criado, ao inovado.
- Regionalização e hierarquização: cada nó, como uma unidade produzida e produtora de linhas e fluxos, caracteriza-se como ponto de entrada da rede, devendo estar o mais acessível aos usuários, por proximidade geográfica e facilidade de ingresso assistencial, produzindo a intercomplementaridade entre todos os serviços” (CECCIM et al., 2005, p. 111-112).

Com essa proposta, tenta-se romper com a lógica hierarquizada de “esferas do governo” e “níveis de atenção” e introduz-se a necessidade de pactos coletivos. Nesses pactos, renovados periodicamente, gestores e trabalhadores de saúde se comprometem, através de seus processos de trabalho, como desenvolvimento de uma malha de cuidados ininterruptos progressivos. Sustentam-se esses pactos com processos de cogestão, onde se implicam autonomia e fluxos matriciais de conhecimento, práticas e responsabilidades.

Não podemos nos esquecer também de que uma “rede cuidadora” não é restrita aos serviços de saúde. Mais do que isto, pressupõe a articulação com outros recursos da sociedade, como apoio familiar, religiosidade, alternativas de sustentação econômica, moradias, redes de solidariedade e outros que compõem as redes sociais de apoio.

Considerações finais

Começamos estas reflexões pelas necessidades dos usuários e finalizamos advogando o fortalecimento dos espaços de participação

da população no controle das políticas de saúde, como estratégia também de uma gestão democrática e em defesa da vida, como prescreveram as bandeiras do SUS.

Como vimos, a construção dos SUS vem acumulando experiências e proposições. Novas e velhas “ferramentas” aumentaram a possibilidade de nos mantermos na direção de uma política de saúde fundada no cuidado e na integralidade. Mas não devemos nos contentar com isto, apenas ganhamos fôlego para continuar construindo...

Referências

- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- _____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: comunicação, saúde e educação*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 117-120, fev. 2000.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do ser humano. In: _____. *Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CAMARGO JR, K.R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G.W.S. *Reforma de reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- _____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- _____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.
- CECILIO, L.C.O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set. 1997.
- _____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001.
- CECCIM, R. B. et al. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FAVORETO, C.A.O. *Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e da prática*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 124-133.

MALTA, D. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. et al. (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-159.

MASCARENHAS, M.T. *Implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói – RJ*. Estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MENESES, C.S. *A unidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo*. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-113.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção de 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.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface: comunicação, saúde, educação*. São Paulo, v. 6, p. 109-125, 2000.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; BUENO, W.S.; FRANCO, T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

OLIVEIRA, L.H. *Cidadãos peregrinos*. “Os usuários do SUS e os e o significador de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial”. Uma análise da lista de usuários do SUS no Município de Juiz de Fora. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-250.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; SILVA JUNIOR, A.G. A Integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; ARAÚJO, J.G.C. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004.

REIS, A.T. *Algumas considerações sobre a linha de cuidado como forma de buscar a integralidade da atenção à saúde*. Brasília: MS, 2003. Mimeo.

SILVA JUNIOR, A.G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, A.G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 241-257.

STOTZ, E.N. *Necessidades de saúde: mediações um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórica – metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003.

Alda Lacerda – Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; pesquisadora do LAPPIS e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS). Médica, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Endereço eletrônico: alda@fiocruz.br

Aline Paula Motta – Bacharel em Direito, especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Aluisio Gomes da Silva Junior – Médico sanitarista; doutor em Saúde Pública; coordenador do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde – ISC/UFF; integrante do Grupo de Pesquisa LAPPIS do CNPq. Endereço eletrônico: agsilvaj@gmail.com

Ana Lucia de Moura Pontes – Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz; professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Endereço eletrônico: analupontes@fiocruz.br

Ana Patrícia Silva Araújo – Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Juazeiro-BA; especialista em Saúde da Família e Odontopediatria. Endereço eletrônico: anapatricia.araujo@hotmail.com

Anisiano Pereira Alves Filho – Psicólogo residente em Saúde da Família (Univasf). Endereço eletrônico: anisiano@yahoo.com.br

Barbara E. B. Cabral – Professora adjunta do Colegiado de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Endereço eletrônico: barbaraebcabral@gmail.com

Carla Almeida Alves – Psicóloga e pesquisadora do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde – ISC/UFF. Endereço eletrônico: carla.a.alves@uol.com.br

Dário Frederico Pasche – Enfermeiro, doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP; diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/MS); professor adjunto do DE/UFSC. Endereço eletrônico: dario.pasche@ig.com.br

Elizabeth Artmann – doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP; pesquisadora titular da ENSP/Fiocruz. Endereço eletrônico: bethartmann@gmail.com

Fábio Hebert da Silva – Professor do Departamento de Psicologia UFF/Campos.

Fátima A. Ticianel – Enfermeira; especialista em Planejamento em Saúde; mestre em Saúde Coletiva; pesquisadora do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva, servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Felipe Dutra Asensi – Pós-Doutorado em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FD/UERJ) em andamento; doutor em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP/UERJ); professor e coordenador de Publicações da FGV Direito Rio. Pesquisador do Lappis. Endereço eletrônico: felipedml@yahoo.com.br

Felipe Rangel de Souza Machado – Pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz; pesquisador do Lappis e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS); cientista social, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: felipemachado@fiocruz.br.

Francini Lube Guizardi – Pesquisadora da Escola de Governo em Saúde da Fiocruz/Brasília. Pesquisadora do LAPPIS e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS); psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: franciniguizardi@fiocruz.br

Francisco Javier Uribe Rivera – doutor em Saúde Pública pela ENSP; pesquisador titular da ENSP/Fiocruz.

Gilson Saippa Oliveira – Cientista social, mestre e doutor em Saúde Pública; professor do Departamento de Formação Específica em Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo – UFF; membro do LUPA-Saúde; pesquisador dos Grupos de Pesquisa GEGES e Lappis. Endereço eletrônico: gilsonsaippa@id.uff.br

Gleice de Oliveira Cordeiro – Psicóloga residente em Saúde da Família (Univasf); especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Endereço eletrônico: gleicordeiro88@gmail.com

Glória Maria Pinto Coelho – professora assistente do Colegiado de Enfermagem da Univasf. Endereço eletrônico: gloria.coelho@univasf.edu.br

Inesita Soares de Araújo – Graduada em Comunicação Social; doutora em Comunicação e Cultura pela ECO/UFRJ; docente e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (PPGICS-ICICT/Fiocruz). Endereço eletrônico: inesita@icict.fiocruz.br

Janine Cardoso – Cientista Social; pesquisadora do ICICT/Fiocruz; mestre e doutora em Comunicação e Cultura pela ECO/UFRJ. Endereço eletrônico: janine@icict.fiocruz.br

José Ricardo de C. M. Ayres – Médico sanitaria; professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Endereço eletrônico: jrcares@usp.br

Julio S. Müller Neto – Médico psiquiatra e sanitaria; doutor em Ciências da Saúde; professor adjunto aposentado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Endereço eletrônico: jmulherneto@gmail.com

Lilian Koifman – Pedagoga; mestre e doutora em Saúde Pública; professora do Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; coordenadora do LUPA-Saúde; pesquisadora do Lappis e vice-líder do GEGES. Endereço eletrônico: liliankoifman@hotmail.com

Márcia Guimarães de Mello Alves – Médica sanitaria; doutora em Saúde Pública; pesquisadora do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde – ISC/UFF. Endereço eletrônico: ma.gma@globo.com

Maria Elizabeth Barros de Barros – Professora titular do Departamento de Psicologia/Ufes. Endereço eletrônico: betebarros@uol.com.br

Pablo Francisco Di Leo – Doctor de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en Ciencias Sociales. Magister de la UBA en Políticas Sociales. Posdoctorando del Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Río de Janeiro (IMS-UERJ). Profesor Regular en la Carrera de Sociología, UBA. Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Endereço eletrônico: pfdileo@gmail.com

Rafael da Silveira Gomes – Professor do Departamento de Psicologia/Ufes. Endereço eletrônico: rsgomes33@hotmail.com

Roseni Pinheiro – Pós-doutorado em Direito pelo Núcleo de Direitos Humanos da PUC-RIO, em parceria com a Università degli Studi Del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Itália; doutora em Saúde Coletiva; professora adjunta no IMS-UERJ; coordenadora do Grupo de Pesquisa CNPq Lappis. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br

Verônica Silva Fernandez – Nutricionista; mestre em Saúde Pública; professora do Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; membro do LUPA-Saúde; pesquisadora de GEGES e Lappis. Endereço eletrônico: veros.fernandez@gmail.com

Victor Vincent Valla – educador e pesquisador norte-americano, marcou o campo da educação popular com importantes contribuições teóricas e organizativas. Doutor em História pela USP, foi pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense. Faleceu em setembro de 2009.

