

MINUTA SUMÁRIO

Ética, Técnica e Formação: as razões do cuidado como direito à saúde

Organizadora: ROSENI PINHEIRO

DIREITO E USUÁRIOS EM SAÚDE: TRÊS REPRESENTAÇÕES SOBRE A
RELAÇÃO ENTRE A FORMA E A ALMA
Felipe Dutra Asensi

TÍTULO: A CONSTRUÇÃO DO ATO DE CUIDAR NO ESPAÇO DA FORMAÇÃO EM
SAÚDE: A ÉTICA, A PRÁTICA, SUJEITOS E VALORES Lilian Koifman, Verônica Silva
Fernandez e Carlos Dimas Martins Ribeiro

A FORMAÇÃO DOCENTE NA SAÚDE E A QUESTÃO DO SOFRIMENTO,
ADOCIMENTO E EMOÇÕES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO
Isabel Brasil Pereira

A CONSTITUIÇÃO DE UM NOVO *ETHOS* NA SAÚDE: NOVAS ÁGORAS, NOVAS
FORMAS DE PRODUÇÃO DO COMUM
Eduardo Mendes Ribeiro

MEMÓRIA COMO MÉTODO CARTOGRÁFICO E DISPOSITIVO DE FORMAÇÃO-
INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
PÚBLICA
Claudia Abbês Baêta Neves, Laura Gonçalves, Monica Roza e Serafim Santos Filho

CONSIDERAÇÕES ÉTICO-POLÍTICAS SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO COMO
BEM-COMUM
Francini Lube Guizardi e Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti

REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA AVALIATIVA NO CONTEXTO DA SAÚDE DA
MULHER: PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO, ESTUDANTE E TRABALHADOR
Tatiana Coelho Lopes, Elysangela Dittz Duarte, Erika da Silva Dittz, Lélia Maria
Madeira e Vera Cristina A. M. Bonazzi

SOFRIMENTO E ADOECIMENTO NOS PROCESSOS DE TRABALHO E
FORMAÇÃO: ENTRE PARALISIAS E CRIAÇÕES
Maria Elizabeth Barros de Barros e Ana Lucia C. Heckert

PRINCÍPIOS E COMPETÊNCIAS PARA UMA AVALIAÇÃO CONSTRUTIVISTA EM
SAÚDE: ESBOÇO PARA UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
Leny A. Bomfim Trad

A HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA FRENTE À MEDICALIZAÇÃO DA VIDA:
APOSTA NA DEMOCRACIA INSTITUCIONAL E NA AUTONOMIA DOS SUJEITOS
Dário Frederico Pasche

TENSÕES DELINEADORAS DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR
Aluisio Gomes da Silva Junior, Thiago Inocêncio Constancio, Thiago Enrico Massi
Werneck, Valéria Marinho Nascimento Silva e Cátia Mantini

MEDICALIZAÇÃO, CONHECIMENTO E O COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL
Kenneth Rochel de Camargo JR.

APRESENTAÇÃO

As razões do direito à saúde: ética, técnica e formação como política

Roseni Pinheiro
Tatiana Coelho Lopes

Pense com o coração e sinta com a cabeça
Hanna Arendt

O tema “As razões do direito à saúde: ética, técnica e formação como política” surge das inquietações, indignações e reflexões acerca das razões que interferem na efetivação do direito à saúde na atual sociedade fortemente marcada pela fragmentação de suas ações, pela indiferença com que trata a diversidade humana e pela flagrante despolitização da vida. Como eixo de debates do IX Seminário do Projeto Integralidade, buscamos discutir as razões do cuidado como direito a partir de saberes e práticas que condicionam as ações humanas em saúde, destacando aqui as seguintes dimensões: ética, técnica e formação na saúde.

A partir dessas dimensões, buscamos ampliar a discussão sobre os valores ético-políticos do cuidado em saúde e suas repercussões em outros campos disciplinares implicados em sua produção, fortemente ancorados no direito, na economia e na comunicação. Entendemos que esse debate problematiza a opção civilizatória de nossa sociedade, que demanda cada vez mais a produção e o consumo de tecnologias, nem sempre refletindo de forma crítica sobre sua incorporação na vida cotidiana.

Com esse debate, propomos subsídios discursivos e práticos que podem nos auxiliar a compreender, a partir de experiências concretas vividas nas atividades de ensino, pesquisa e serviço, as razões do cuidado como um direito *vis-à-vis* a constituição do Estado brasileiro. A centralidade do direito a cuidados responsáveis traz desafios aos atores envolvidos em sua produção, exigindo-nos alargar nossa mentalidade e superar as fronteiras do agir em saúde. Entendemos que a integralidade em saúde é uma ação social, de modo que nos exige articular essas dimensões como questões prementes e permanentes do campo da Saúde Coletiva.

Para tanto, selecionamos alguns aspectos a serem tratados nesta coletânea, reunindo, de maneira sistemática, 15 textos inéditos agrupados em quatro partes, buscando deslindar os limites, possibilidades e desafios para trilhar caminhos capazes de estabelecer uma ética do futuro, a ética da responsabilidade, a ética da integralidade em saúde.

Na primeira parte, iniciamos com uma pergunta sobre a ética do cuidado: é possível (re)valorizar o cuidado como estratégia de reconhecimento, visibilidade e de sentimento de pertença? Aqui os autores centram suas análises teórico-práticas sobre os possíveis modos de se produzir o bem comum, destacando a coexistência de diferentes saberes, frutos de experiências singulares. Daí o desafio que se anuncia: solucionar a equação ético-político-econômica entre direitos e usuários no campo da saúde, de modo a criar espaços públicos capazes de cultivar sentimentos públicos em torno daquilo que é comum a todos – a vida.

Na segunda parte, a pergunta é: “Medicalização na saúde: despersonalização, desumanização e utilitarismos: afinal, do que se trata?”. O debate proposto pelos autores deslinda paradoxos e tensões acerca das intervenções sociais na saúde, de cunho medicalizante, a constituição social dos conhecimentos que ali são produzidos. É tácito que as possibilidades de criar alternativas para enfrentar os desafios impostos pela cultura de institucionalização são ditadas pela economia política vigente. Cultura essa que, não somente na saúde, despersonaliza sujeitos, desumaniza ações face à exigência utilitarista, decorrente de uma postura societal moderna, cada vez mais centrada no ser humano egóico racional.

Na terceira parte, elegemos o tema “Sofrimento, adoecimento e emoções na produção do cuidado: o usuário, o profissional e o professor numa hora dessas?”. De forma contundente, a integralidade do cuidado é a práxis que redefine situações, ações e saberes de aprendizagem, que indubitavelmente exigem o reconhecimento mútuo dos implicados. Evidente é o consenso desses autores acerca do flagrante estado de sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação, nos quais os sujeitos se encontram em movimento de dependência recíproca, não menos contraditória, entre criatividade e paralisia no cotidiano de suas práticas na saúde. Isso não quer dizer que não há riqueza nesses espaços de formação em saúde, onde o desafio que se apresenta é assumir a ética como vetor eficaz de redefinição de práticas e valores na relação entre universidade, saúde e sociedade. Em seguida discute-se, de forma absolutamente inovadora, a formação docente como espaço de cuidar e ser cuidado, sendo as emoções sentimentos intrínsecos à condição humana que nós, intelectuais, teimamos em desconsiderar. Para complementar a discussão, propõe-se um método cartográfico, sendo a memória a base de sua constituição como dispositivo transformador dos processos de intervenção em contextos de cuidados. Temos aí mais uma potente ferramenta metodológica.

Por fim, a quarta parte trata da relação entre usuário, estudante e trabalhador, e a pergunta que colocamos é: “É possível construir novas abordagens avaliativas na interface saúde, educação e trabalho centrado no direito e ética?”. Para responder, os autores participantes desse debate propõem reflexões epistemológicas com distintas perspectivas, em sua maioria partindo de bases empíricas que trazem à tona as implicações do campo da avaliação na saúde, destacando os verdadeiros protagonistas dos processos avaliativos, e como as especificidades de suas competências e princípios podem influenciar a relação entre as esferas pública e privada.

Aqui finalizamos a síntese sobre as etapas de construção desta coletânea, com os principais aspectos abordados. Esperamos que tais reflexões nos preparem e nos aportem novos olhares para fortalecer nosso entendimento, onde o coração seja também um lugar de pensamento, e a cabeça, de sentimento – afinal, estando falando do debate do IX Seminário do Projeto Integralidade.

Com essas reflexões, nos preparamos para os dez anos do projeto e do Grupo Lappis, cujo tema reproduz nossa luta de todos os anos: *por uma sociedade cuidadora*.

Bem-vindos e boa leitura a tod@s.

Princípios e competências para uma avaliação construtivista em saúde: esboço para uma proposta de educação permanente

LENY A. BOMFIM TRAD

Introdução

Nas últimas décadas, temos assistido no âmbito da Saúde Coletiva brasileira a uma progressiva valorização da avaliação em saúde e sua relativa autonomização do eixo mais amplo da política, gestão e planejamento (PGP). Podem ser apontados entre os determinantes deste fato, três movimentos. O primeiro deles aciona principalmente o espectro técnico-científico da avaliação e concentra seus esforços na superação da polissemia conceitual presente no campo, ou na minimização de seus efeitos. Os investimentos se dirigem ao refinamento metodológico e ao desenvolvimento de tecnologias mais sofisticadas nas pesquisas avaliativas (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; HARTZ, 2006, 1999; NOVAES, 2000). Um ponto de partida neste empreendimento é o entendimento de que o propósito ou a finalidade da avaliação é desenvolver julgamentos sobre intervenções ou programas de modo a subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; PATTON, 2002).

Na sua faceta mais aplicada, e que remete necessariamente à inserção de práticas avaliativas no interior do sistema de saúde, a principal meta tem consistido em lograr a institucionalização da avaliação em todos os espaços de gestão do SUS; valorizando nesse processo as experiências cotidianas dos serviços e as mediações necessárias entre o técnico e o social (FELICIANO, 2005; FELISBERTO, 2004). Institucionalizar a avaliação significa integrá-la num sistema organizacional de tal forma que esta seja capaz de influenciar seu comportamento; representa, portanto, um modelo orientado para a ação que estabelece nexos entre as atividades analíticas e as de gestão das intervenções programáticas (HARTZ, 2006).

Vislumbra-se, por fim, um terceiro movimento, no qual a dimensão ético-política é posta em relevo. As proposições sugerem um giro epistemológico no âmbito da avaliação em saúde que possa favorecer o florescimento de abordagens mais compreensivas e participativas, seja nos espaços acadêmicos ou nos serviços. Entre os signatários desta posição, a principal crítica ao modelo dominante de avaliação reside no seu viés positivista, que realça o caráter técnico e especializado dessa prática, subestimando as dimensões subjetivas, políticas e sociais, bem como as contradições inerentes à diversidade de visões e interesses (BOSSI; UCHIMURA, 2007; TANAKA; MELO, 2004; FURTADO, 2001; CARVALHO, 2001; DESLANDES, 1997). Somam-se aqui posições que realçam o papel estratégico da avaliação no âmbito do direito em saúde (DEMO, 1991), da construção da integralidade ou da promoção da saúde (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009; BECKER et al., 2004). No tocante aos sujeitos da avaliação, enfatiza-se a importância de considerar o olhar e as experiências dos usuários, seja para focalizar atributos como acessibilidade ou qualidade da atenção ou a satisfação geral com os serviços, seja para realçar que seu envolvimento em processos avaliativos contribui para fomentar processos de corresponsabilização (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2009; TRAD, 2006; TRAD et al., 2002).

Para entender a emergência desses movimentos, seus protagonistas, efeitos práticos etc., é imprescindível entender a avaliação em saúde enquanto campo, nos termos concebidos por Bourdieu (1994). Isto equivale a dizer que pode ser vislumbrada no interior de suas fronteiras uma dinâmica concorrencial entre atores, racionalidades ou

representações sociais e práticas. Uma dinâmica que ajuda a reforçar o entendimento de que a interdependência entre dimensões técnicas, políticas e éticas é uma condição inexorável da avaliação em saúde. Consequentemente, não há como negar a interpenetração entre os três movimentos antes referidos, cuja expressão mais concreta se dá pela circulação dos atores sociais e das questões centrais inerentes a cada um deles em diferentes espaços sócio-institucionais.

Tendo como premissa a existência de pontos de interseções entre os três movimentos referidos, o que não equivale dizer a superação das diferenças e conflitos entre as posições correspondentes, este ensaio elege a categoria *institucionalização* como eixo central da reflexão que se segue. A intenção é problematizar alguns desafios de ordem epistemológica e operacional, aliados a outros de caráter ético e político intrínsecos ao propósito de institucionalizar a avaliação. Vale notar que o processo de institucionalização explicita a dimensão política da avaliação, implicando o comprometimento de todos os envolvidos numa ampla rede de negociações (FELICIANO, 2005). Ao mesmo tempo, pressupõe o desenvolvimento de competências específicas de um conjunto ampliado de atores, de ferramentas de aspectos técnicos (definição de critérios, indicadores e instrumentos), culturais-organizacionais (relativos ao *modus operandi* das práticas institucionais de avaliação) e políticos (referentes às relações de poder que se travam entre as esferas de gestão e os atores envolvidos no trabalho em saúde) no Sistema Único de Saúde (SUS).

A institucionalização é incorporada aqui como um conceito integrador que permite acionar quatro interrogantes-chave da avaliação: para quê? (finalidade ou usos); orientado por qual concepção? (marco de referência, princípios norteadores); por quem? (define o espectro de avaliadores ou a quem compete avaliar); como? (métodos, ferramentas, tecnologias). Guiado por estes interrogantes, e considerando a oportunidade oferecida por esta coletânea, de estabelecer nexos entre avaliação, direito, ética e educação, desenvolve-se a seguir uma reflexão estruturada em dois eixos complementares. O primeiro apresenta alguns princípios ou fundamentos que definem a denominada avaliação construtivista ou participativa, reconhecida aqui como um marco de referência coerente com um projeto de institucionalização da avaliação. Entende-se que, em qualquer circunstância, as repostas às perguntas acima referidas refletirão sempre o lugar ou o referencial do sujeito do enunciado.

O segundo ressalta, entre as condições requeridas para que a institucionalização se efetive no âmbito do SUS, o papel estratégico da educação permanente. Neste tópico se apresenta inicialmente um corolário de problemas e fragilidades observadas na esfera da avaliação no sistema de saúde brasileiro. Na continuidade, são esboçadas algumas competências que poderiam ser incorporadas numa ementa de um programa de educação permanente dirigido à avaliação em saúde. Certamente, os elementos sugeridos para um programa de formação de avaliadores se alinham com o marco conceitual que se delineia no primeiro eixo.

A discussão proposta não tem a pretensão de explorar em profundidade nenhum dos aspectos destacados. Esclarece-se ainda que as ideias apresentadas derivam, em grande medida, das interações, observações e produtos gerados em dois contextos de produção profissional da autora: a linha de pesquisa avaliação qualitativa em saúde, um dos eixos do programa integrado “Comunidade, Família e SAÚDE (FASA-ISC/UFBA); dois projetos de cooperação técnica vinculados, respectivamente, à construção de um plano estadual de monitoramento e avaliação da atenção básica e um programa de formação de equipes gestoras das três esferas de gestão do SUS na área de planejamento/avaliação (entre 2005 e 2009).

Princípios e desdobramentos da avaliação construtivista

Guba e Lincoln (1989) propuseram uma tipologia para distinguir diferentes gerações de avaliadores em quase um século de trajetória da avaliação. Embora o contexto referido tenha sido principalmente a educação, esse trabalho se constituiu como referência recorrente em análises reflexivas sobre o campo da avaliação em saúde, especialmente para alicerçar as críticas aos modelos hegemônicos. Após analisar características distintivas entre as três primeiras gerações de avaliadores que se sucederam até o final dos anos 50 (marca o início da terceira geração), os autores apontam alguns limites importantes até então. São eles: predomínio da visão gerencial nos processos avaliativos; incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos vinculados aos programas avaliados; hegemonia do paradigma positivista, o qual favorece análises descontextualizadas, privilégio de métodos quantitativos e rechaço a racionalidades tidas como “não-científicas”. Acrescentam ainda a ausência de uma responsabilização moral e ética de parte do avaliador.

Em uma posição contra-hegemônica, os autores identificaram uma quarta geração de avaliadores, designada de construtivista, cuja abordagem visa a conferir um caráter inclusivo e participativo à avaliação. Uma análise mais detida dos fundamentos do enfoque construtivista, apreendida no texto de Guba e Lincoln (1989) e, sobretudo, das proposições de autores nacionais com quem dialogamos neste ensaio, indica que seus princípios e fundamentos não se restringem à questão *quem avalia?* As reflexões de caráter epistemológico e ético que sintetizaremos a seguir recolocam necessariamente interrogações sobre a finalidade e o *modus operandi* da avaliação em saúde.

Encontramos em Demo (1991) uma preocupação em destacar o caráter singular dos diferentes serviços [de saúde], sua historicidade, projetos e experiências interativas com outros atores institucionais. Neste sentido, ele salienta que qualquer análise avaliativa que se pretenda dialética deve contemplar estes elementos, levando em conta ainda a capacidade participativa dos atores institucionais e a correlação entre os aspectos micro e macrossociais (dimensões políticas, econômicas etc.).

Pode-se vislumbrar uma tendência na produção científica brasileira no incremento do número de adeptos do enfoque construtivista, participativo ou a abordagens mais compreensivas os adeptos. Assim mesmo, é preciso reconhecer que as reservas da comunidade científica à avaliação participativa, apontadas no início da década de 1990 por Carvalho (2001) e Furtado (2001), ainda seguem vigentes. O argumento permanece invariável: o entendimento que os princípios da objetividade e da neutralidade são relegados a um segundo plano neste tipo de abordagem.

Contrariando as críticas acima, Feliciano (2005) propõe uma avaliação ancorada na articulação entre as dimensões técnicas e sociais, que valoriza o caráter participativo, sem descuidar-se do rigor metodológico. Ela endossa as críticas ao enfoque positivista e salienta que o predomínio dessa racionalidade torna a avaliação dependente de regras e estratégias descontextualizadas. Uma abordagem que desconsidera a incidência de significados e valores sobre as práticas e, por conseguinte, não contempla momentos para o confronto de posições e a construção de acordos.

Coincide-se plenamente com Feliciano (2005), quando esta critica uma separação rígida entre avaliação para a decisão e pesquisa avaliativa. Uma separação que reforça o entendimento de que apenas no primeiro caso a participação do avaliador interno é indispensável. Para contrapor esta posição, sua proposta, endossada aqui, é investir numa avaliação que adote, simultaneamente, um procedimento rigoroso e valorize a produção de respostas para as questões apresentadas por aqueles que vivenciam a realidade avaliada. Nesta direção, a autora indica os seguintes passos para lograr tal articulação: fomentar, na prática cotidiana, uma visão dialética da complexa

relação/interação entre a avaliação (e o avaliador) interna e externa desde uma ótica cooperativa; e promover a participação, e consequente triangulação, de avaliadores de distintas formações e experiências.

Seguindo o intento de avançar nas proposições metodológicas, Pinheiro e Silva Júnior (2009, p. 44) defendem a incorporação, na avaliação, de mecanismos passíveis de reorientação pelo conjunto de atores envolvidos no processo. Isto implicaria o “desenvolvimento de outras ferramentas metodológicas fundamentais na observação das mudanças induzidas por uma intervenção, assim como da modelagem dos processos vinculados a estas mudanças” (p. 44).

Formando sujeitos e compromissos para a avaliação em saúde: esboçando competências para um programa de educação permanente

Ampliar os sujeitos e atores que realizam práticas avaliativas não garante sua efetividade e tampouco a superação dos limites apontados no tópico anterior. É imprescindível refinar estas práticas e ampliar as competências dos potenciais avaliadores. A institucionalização da avaliação na esfera do SUS pressupõe transformações na cultura organizacional e nos processos de trabalho dos diversos coletivos implicados nesse processo. A capacitação de sujeitos implicados na tarefa de formular, gerir e avaliar as políticas, projetos e planos de saúde, assim como na gestão do cuidado, constitui condição indispensável nesse processo.

Os intercâmbios com equipes gestores no âmbito federal, estadual e municipal de saúde, processados no bojo dos projetos de assessoria antes mencionado, permitiram identificar alguns problemas ou fragilidades que afetam claramente a efetividade de práticas de avaliativas e restringem as possibilidades de sua institucionalização. De forma resumida, podem ser destacados os seguintes limites: predomínio de uma visão burocrática da avaliação, a qual desconsidera seu papel estratégico para a tomada de decisão e suas implicações éticas e políticas; imprecisão sobre atribuições e competências dos setores/atores responsáveis pelos processos de monitoramento e avaliação; fragmentação, descontinuidade e improvisação das ações; socialização incipiente das informações de saúde e de experiências exitosas; concentração das tarefas de M&A em grupo restrito de atores reforçando uma configuração centralizadora; incorporação de práticas avaliativas restritas ao monitoramento; escassa apropriação tecnológica refletida, por exemplo, nos processos de seleção, construção e interpretação de indicadores.

A disputa por espaços e recursos entre equipes de planejamento e da avaliação, fato que reflete o não-reconhecimento da interdependência e complementaridade desses processos, foi outro ponto restritivo identificado. Evidenciou-se, sobretudo, que a concepção tecnocrática e normativa da avaliação apenas reforça, no seio das instituições de saúde, o entendimento de que a *tarefa de avaliar* (termo que suplanta a intenção de *responsabilizar-se com*) compete a um grupo seleto de especialistas. Esta visão contribui para ampliar o contingente de técnicos e gestores, muitos deles exercendo funções estratégicas na gestão de sistemas e serviços de saúde no Brasil, que demonstram desconhecer finalidades, fundamentos e metodologia de avaliação. Tal cenário representa um obstáculo à construção de um processo participativo e qualificado de avaliação em saúde.

Por certo, a capacitação dos profissionais de saúde ou a criação de estruturas que possam conduzir a avaliação, ainda que sejam etapas necessárias da institucionalização, podem ter caráter transitório (FURTADO, 2002). Uma rápida análise dos desdobramentos do processo de implantação dos Planos Estaduais de Avaliação e Monitoramento da

Atenção Básica (encabeçados pelo Departamento de Atenção Básica DAB-MS entre 2005 e 2007) confirma esta assertiva. Embora ambos os elementos – formação de quadros e criação de estruturas próprias para avaliação – tenham sido contempladas nesse processo, a institucionalização da avaliação se apresenta de modo bastante desigual nos quatro cantos do país. Notadamente, as experiências mais exitosas são observadas em estados nos quais ocorreu uma conjunção de acumulações técnicas, investimentos estruturais e decisão política.

As chances de obter maior efetividade em projetos educacionais e de formação são muito maiores quando estes se inscrevem numa política de caráter permanente. Desta forma, ao inserir a avaliação em saúde na agenda da educação permanente nas diversas instâncias gestoras, ampliam-se as perspectivas de sua institucionalização no sistema. É importante ressaltar, contudo, o imperativo de aliar a condição de permanência de iniciativas desta natureza com a consistência do projeto pedagógico a ser desenvolvido.

O desenvolvimento de uma avaliação qualificada (fora ou dentro do serviço) pressupõe um aprendizado permanente de competências. Se a perspectiva adotada é a avaliação participativa, ela irá requerer do avaliador, além de competências cognitivas (conhecimento) e técnicas, habilidades em processos de mediação social, o domínio de uma comunicação de tipo dialógica, problematizadora, que estimule a participação crítica das equipes envolvidas (CARVALHO, 2001; FURTADO, 2001).

Ao pensar em competências a serem incluídas num programa permanente de formação em avaliação, privilegiam-se aqui conteúdos que não costumam figurar em programas de capacitação em avaliação. Isso não equivale a dizer que os itens contemplados não sejam relevantes (definição de atributos como qualidade, acessibilidade, efetividade, entre outros, e as estratégias ou modelos de avaliação em cada caso, o trabalho com indicadores, técnicas de consenso etc.).

Os pontos que esboçamos a seguir sugerem a integração de competências cognitivas (conhecimentos), técnicas (habilidades), comportamentais (atitudes) e éticas (princípios que regem o comportamento) no ensino-aprendizagem da avaliação em saúde. São privilegiados também dois focos centrais: *processo de trabalho* e *cotidiano*. Parte-se da compreensão de que a construção e consolidação de uma cultura avaliativa passa necessariamente pela reestruturação do processo de trabalho em saúde, compreendendo dimensões organizacionais, tecnológicas e relacionais. Quanto ao cotidiano, considera-se este o lócus por excelência das práticas de saúde, assim como das interações, dos encontros e desencontros entre sujeitos ideias e projetos. Constitui, portanto, um espaço profícuo para fins de observação, análise e transformação da realidade social.

Adentrando o terreno das competências, a primeira indicação é de natureza ética e política. Destaca-se a importância de fomentar nos sujeitos, além do compromisso imperioso com a defesa de uma vida digna, a adoção de uma postura crítica diante dos fatos sociais. Esta competência se amplia com a inclusão de habilidades de análise integrada dos fenômenos sociais e o compromisso com sua transformação. O repertório proposto converge bastante com a proposta de avaliação emancipatória formulada por Saul (2000).

A segunda competência a assinalar se refere ao desenvolvimento da capacidade de dialogar e conviver com a diferença, reconhecendo que consensos e dissensos são dois lados de um mesmo processo: a construção coletiva da avaliação. Um empreendimento que se amplia para além das fronteiras dos serviços, abrigando gestores, integrantes das equipes de saúde, usuários, organizações sociais etc. Deve-se considerar aqui a habilidade para apreender e mediar os conflitos que se apresentam nos processos coletivos de discussão. Isto se aplica tanto aos momentos de definição de

objetivos e desenhos de avaliação como aqueles que objetivam capturar a percepção sobre projetos, programas e outras intervenções.

Tendo em vista a ênfase nos espaços cotidianos, torna-se fundamental desenvolver habilidades para adentrar por seus domínios. Neste caso, a competência desejada entre os sujeitos avaliadores se traduz na capacidade de observar o cotidiano dos serviços ou dos territórios compreendidos no escopo da avaliação pretendida. Uma observação que exercite o olhar e a capacidade de escuta. Ou ainda, uma abertura para o encontro com as múltiplas alteridades que se apresentam neste rico campo de observação. São estimulados e acionados nesse processo sentidos quase adormecidos na rotina massificante das organizações burocráticas ou desprezadas por metodologias “objetivistas”.

Se a pretensão é privilegiar a observação dos fenômenos em espaços cotidianos, valorizando os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos a partir de suas experiências e trajetórias de vida, um programa de formação em avaliação não pode prescindir do ensino-aprendizagem de métodos e técnicas qualitativas de pesquisa. Note-se que os métodos não estruturados de coleta de dados, a exemplo da observação participante, do grupo focal ou entrevistas em profundidade, permitem aprofundar a análise em estudos avaliativos de dimensões mais complexas ou mais sensíveis à interferência subjetiva. Considerando ainda que a proposta de formação se dirige a avaliadores internos, convém ressaltar a necessidade de conciliar o olhar de dentro, que facilita a compreensão de linguagens e códigos institucionais com uma visão distanciada dos fenômenos investigados, condição indispensável para produzir a análise crítica.

Finalmente, é necessário desenvolver competências em análise de conjuntura e viabilidade que permitam ajustar o escopo e o desenho da avaliação às condições locais e às especificidades institucionais. Neste ponto, o tempo aparece como um elemento que assume proporções distintas nos fóruns acadêmicos e dos serviços. O sentido de emergência imposto às ações na gestão e na assistência favorece quase sempre a improvisação e o imediatismo.

Considerações finais

O projeto de institucionalização da avaliação em saúde oferece a oportunidade de agregar o refinamento teórico conceitual nesta área e o fortalecimento da capacidade técnica dos serviços em monitoramento e avaliação, com um movimento de caráter epistemológico e ético que promove a crítica permanente sobre a finalidade e a prática avaliativa. A baixa efetividade da avaliação no SUS reflete uma configuração centralizadora, burocrática, restrita ao monitoramento e à fiscalização – características que inibem ou desestimulam a adesão e a responsabilização dos profissionais de saúde com a prática avaliativa no cotidiano dos serviços.

A avaliação deve ser entendida como oportunidade de reflexão crítica sobre os compromissos sociais inerentes aos processos de gestão e cuidado em saúde. Compromissos que incluem a avaliação dos impactos das ações e produtos gerados e do modo como estes são construídos. A escolha pelo enfoque construtivista é absolutamente coerente com a visão da avaliação como ferramenta auxiliar no processo decisório da gestão e do controle social. Tal escolha implica, contudo, aceitar o desafio de compreender os múltiplos e interconectados sentidos e movimentos dos atores e práticas que integram o campo da avaliação em saúde. Interpretar o outro e seu entorno guiado por uma escuta reflexiva e dialógica se revela um requisito essencial num projeto de institucionalização da avaliação no cotidiano das instituições de saúde.

Referências

- BECKER, D. et al. *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde*. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 655-667, 2004.
- BOSSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.
- BOURDIEU, P. *Sociologia*. In: ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1994. p. 122-155.
- CARVALHO, M. C. B. Avaliação participativa: uma escolha metodológica. In: RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 87-94.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.
- DEMO, P. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. São Paulo: Cortez, 1991.
- DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 103-107, 1997.
- FELICIANO, K. V. O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v. 5, supl. 1, 2005.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 4, p. 317-321, 2004.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.
- HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.
- HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, 2000.
- PATTON, M. Q. *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage, 2002.
- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: _____. MARTINS, Paulo H.; PINHEIRO, R. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 37-52.
- SAUL, A. M. Criando um novo paradigma. In: _____. *Avaliação emancipatória: desafios à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 53-74.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.
- TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- TRAD, L. A. B. et al. O. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.
- VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 15-39.

A constituição de um novo *ethos* na saúde: novas *ágoras*, novas formas de produção do comum

EDUARDO MENDES RIBEIRO

Os embates que envolvem o processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) são travados em diferentes cenários que se relacionam entre si, constituindo um universo complexo que exige de gestores, trabalhadores e usuários, múltiplas estratégias de intervenção. Entretanto, todos os que afirmam a necessidade de mudanças nos modelos de gestão e atenção para que se garanta uma atenção integral reconhecem que isto só será possível na medida em que houver uma mudança de “cultura” no contexto em que se desenvolvem as práticas de saúde, o que significa uma mudança na forma como se instituem as relações nos âmbitos da gestão e da atenção, e no universo de sentidos que envolvem as práticas de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, assume como um de seus principais objetivos contribuir para a efetivação de mudanças na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, propondo estratégias e dispositivos capazes de promover alterações nos modelos tradicionais de relações de trabalho e superar a concepção restritiva biomédica de saúde. Estas ações são voltadas à problematização de determinadas tradições, ou seja, da forma como, em dado meio social, as pessoas costumam lidar com certos problemas, especialmente os que envolvem a oferta e demanda por ações em saúde.

Com este objetivo em vista, a PNH assume uma aposta radical nos processos de cogestão, na constituição de rodas de conversa, no encontro/confronto das diferenças. Suas diretrizes, método e dispositivos são dirigidos para a produção de vínculos e posições de corresponsabilização, e muito tem sido feito nesta direção, como pactuações com gestores para implantação de dispositivos, oficinas com trabalhadores para análise e discussão de seus processos de trabalho, proposição de fóruns intergestores para articulação de redes de serviços, etc. No entanto, esses processos nem sempre avançam na direção desejada, o que impõe uma reflexão permanente acerca de questões como: por que supor que reunindo as pessoas para conversar elas tenderiam a decidir e agir de acordo com o que os sanitaristas consideram ser o melhor para a saúde do país? Como aproximar a experiência de cada um com as resoluções que orientam e redefinem as relações no SUS? Considerando que muitas das estratégias não são consensuais nem entre os especialistas, como construir consensos mínimos que conduzam a um comprometimento coletivo com objetivos comuns? Sem afirmar a necessidade de um pensamento único, como incluir o diferente (estratégias, valores, crenças, concepções) sem perder a identidade de um projeto político? Quais diferenças não podem ser aceitas?

Se por um lado é importante relativizar, procurando compreender as circunstâncias e as razões que fazem com que se estabeleçam determinadas práticas e se defendam certas posições, por outro não há por que ser tolerante com a intolerância, nem solidário com a ganância e o descompromisso com o bem comum. Essas tensões se atualizam e se movimentam de forma singular em cada contexto social, mas independentemente da singularidade da agonística, as estratégias de intervenção da PNH pressupõem uma confiança básica na ação coletiva, acreditando que a horizontalidade das relações tende a produzir solidariedade e respeito às diferenças. Mas, mesmo quando isto não ocorre,

obtem-se como produto destes processos de discussão uma definição mais clara dos campos em disputa, o que pode levar à construção de alianças e parcerias para enfrentar o que se apresenta como um desafio a ser superado.

Passados pouco mais de cinco anos desde o lançamento da Política, é possível avaliar em que medida estas apostas têm sido bem-sucedidas: em primeiro lugar, é importante ressaltar que a PNH conseguiu, em muitos lugares, fazer reconhecer sua direcionalidade política e sua atuação nas diversas instâncias do SUS, o que constitui um avanço em relação ao antigo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), desenvolvido pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2002. Outra conquista foi o ganho de visibilidade pública: hoje a PNH encontra-se na agenda de um grande número de gestores, integrando o conjunto de seus projetos prioritários. Evidentemente, nem todas estas ações se mostram alinhadas com os compromissos e métodos propostos pela PNH, sendo que várias apresentam claras intenções demagógicas e eleitoreiras, o que não invalida o fato de que muitos dos dispositivos reunidos¹ pela Política estejam sendo implantados em serviços de todo o país. Mesmo assim, é difícil dimensionar em que medida este conjunto de estratégias e ações está contribuindo para uma mudança nos modelos de gestão e atenção em saúde, pois se faz necessário um período de tempo maior para que os efeitos desses processos se difundam e consolidem como novas formas de relações nas práticas de saúde.

Foi com o objetivo de reunir estas experiências e produzir uma percepção da potência destes movimentos que foi realizado o *2º Seminário Nacional de Humanização: Trocando experiências, Aprimorando o SUS*, em Brasília, entre os dias 5 e 7 de agosto de 2009.

A apresentação da metodologia que foi adotada no Seminário deixa claro o entendimento da forma como a Política de Humanização pode avançar na condição de política pública:

O *2º Seminário Nacional de Humanização: Trocando experiências, Aprimorando o SUS* se organiza fazendo também uma aposta metodológica. O evento tem para nós o sentido de uma roda de conversação. Daí a afirmação do modo de fazer da PNH pautado pelo método da tríplice inclusão: inclusão dos diferentes atores/autores do campo da saúde; inclusão dos conflitos ou da agonística presente nesta roda; e inclusão da dimensão coletiva sem a qual não podemos construir e consolidar políticas públicas no campo da saúde. (BRASIL, 2009).

Espera-se que, com esta tríplice inclusão, a dimensão pública da política ganhe força e, desta forma, consiga contrapor-se aos interesses estritamente privados, sejam eles de ordem econômica, sejam de ordem corporativa. Trata-se de uma aposta metodológica, mas também de uma aposta que pretende incidir sobre o campo da ética, ou para ser mais exato, que pretende promover mudanças no *ethos* presente nas práticas de saúde. “*Ethos*” sendo entendido como uma forma de se conduzir, de pensar, de sentir, de estar com os outros e conviver com suas diferenças.

A PNH propõe um modo de fazer (ou modos de fazer) política de saúde que parte de alguns princípios, desdobrados daqueles que, de forma ampla, orientam a construção do SUS; mas é reconhecido também que o desenvolvimento desta Política não pode ser pautado por *a priori* refratáveis ao debate público, nem por um *telos* idealizado.

¹ O que se costuma chamar de “dispositivos da PNH” é um conjunto de práticas com potencial para acionar processos de mudanças voltados à adoção de novos modelos de gestão e atenção em saúde, como a co-gestão, o acolhimento com classificação de risco, as equipes multiprofissionais com apoio matricial, etc.

Partindo deste entendimento, as diversas modalidades de atividades realizadas no Seminário assumiram sempre o formato de rodas de conversa, restringindo ao mínimo necessário os lugares/funções de falas privilegiadas e fazendo predominar as relações de lateralidade.

Uma radicalização desta proposta ocorreu no espaço *Ágora*,² onde se procurou vivenciar uma experiência de debate público, inspirada nas práticas de algumas cidades da Grécia Antiga. Nesse espaço ocorreram conferências, que tinham a função de incitar o debate, mas ocorreram principalmente os chamados “Cafés HumanizaSUS”, nos quais cerca de 1.200 pessoas se sentavam em arquibancadas organizadas em torno de um espaço central e se alternavam no microfone, fazendo pronunciamentos de vários tipos: depoimentos, relatos de experiências, avaliações, críticas, proposições, etc. Seria demasiado afirmar que nestes momentos tenha ocorrido um debate, ou mesmo uma conversa, pois o que predominou foram as manifestações de reconhecimento da importância da experiência de coletivo, ou da coletivização da experiência.

Esta referência à democracia antiga pode conduzir a algumas reflexões interessantes: uma delas é a de que, para os gregos,³ esta era uma experiência de liberdade, na medida em que eles, ao contrário dos demais povos de sua época, tinham o poder e a responsabilidade de decidir sobre seus destinos e sobre a forma como pretendiam viver e se relacionar. No caso da experiência de Brasília, mesmo que a assembléia dos participantes do Seminário não tivesse poder deliberativo, era a construção de uma política pública que estava sendo trabalhada, e todos se comportavam como se cada manifestação fosse uma contribuição para um projeto coletivo.

Outra comparação que pode ser feita entre estas experiências de *Ágora* se refere à forma como são tomadas as decisões: na experiência pioneira de democracia direta, as deliberações se davam ou por votação, quando se tratava de escolher entre propostas diferentes, ou por sorteio, quando se tratava de escolher alguém para assumir determinada função. Na PNH, onde são propostas diversas modalidades de *ágora*, a prática de cogestão procura incluir as diferenças num processo de pactuação, o que aumenta o grau de corresponsabilização de todos os envolvidos. É claro que, em sociedades como as da Grécia Antiga, muito menos individualista do que a nossa, votações e sorteios podiam produzir este mesmo efeito, pois o sentimento de pertencer a uma comunidade predominava sobre qualquer processo de individuação.

Mais de dois mil anos separam estas experiências, o que poderia produzir um questionamento sobre a pertinência de tomar a prática da *ágora* como referência numa sociedade de muito maior escala, com um complexo sistema político-institucional que traz consigo o acúmulo de vários séculos de experimentações políticas. Uma resposta possível seria a observação de que nossa sociedade hoje se depara com o problema de reunir o que muitos séculos de dominação e desigualdade e alguns séculos de modernidade separaram, como os saberes disciplinares, dentre eles os que se referem ao corpo e à mente, ou os diferentes campos de sociabilidade que se estabelecem em âmbitos distintos, como a educação, a saúde, o lazer, o trabalho, a família e a sexualidade. Multiplicam-se as nomeações para estes esforços: interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, intersetorialidade, constituição de redes, etc. É neste sentido que a lembrança da experiência grega pode ser inspiradora.

Mas, por outro lado, e diferentemente do que ocorria nas sociedades antigas, hoje vivemos em uma democracia liberal, movida pela lógica de produção/consumo própria do

² *Ágora* era como eram chamadas as praças das antigas cidades gregas, como Atenas, e onde os cidadãos se reuniam para realizar debates públicos e tomar decisões relativas à vida na cidade.

³ É importante notar que nem todas as cidades da Grécia antiga eram democráticas. Esparta, por exemplo, era monárquica.

modelo capitalista, e que traz entre seus ideais uma concepção de liberdade intimamente associada ao individualismo. Frente a esta situação, não se trata de assumir nenhum tipo de posição nostálgica, mas, sim, de criar formas de participação social em que as trajetórias singulares de cada sujeito encontrem, no plano coletivo, condições para a produção de um comum que viabilize o compartilhamento de valores e ideais. No campo das políticas de saúde, pretende-se defender os direitos e deveres de usuários e trabalhadores, mas, além da garantia do exercício da cidadania, onde impera a universalidade, defende-se o reconhecimento dos desejos, carências e demandas singulares.

Os Cafés HumanizaSUS, que ocorreram no final dos dois primeiros dias do Seminário, propiciaram uma rara oportunidade de por em ato, no contexto mais amplo de uma assembléia dos autores/atores envolvidos no desenvolvimento da PNH, aquilo que compõe o quadro de princípios e valores que orienta esta Política. Tratando-se de um evento cuja estrutura e funcionamento careciam de referências anteriores recentes, em muitos momentos o planejamento deu lugar à experimentação e ao imprevisto. Mas, e este é um analisador interessante, a forma como os coordenadores do Seminário assumiram as falhas, aliada a uma metodologia de trabalho que desconstruía qualquer hierarquia, fizeram com que, em vez de insatisfações e críticas, as manifestações que preponderaram tenham sido as de solidariedade e corresponsabilização. O Seminário era de todos.

Mas, o que esperar desta experiência de Agora?

Se o objetivo não era deliberar, também não se deu nenhuma produção de consensos, afinal, existem muitas formas de conceber o que seja “humanização da gestão e da atenção”, sendo legítimo inclusive o questionamento acerca da pertinência do conceito de “humanização” quando aplicado às políticas de saúde. Muito provavelmente, a maioria das pessoas que participou do Seminário saiu de Brasília com um entendimento acerca deste tema muito parecido com o de quando lá chegou, afinal, um dos critérios para ter sua inscrição aceita era o de já participar, de alguma forma, da implementação da Política. O principal efeito do seminário, portanto, não se deu no âmbito da formação.

É possível afirmar que o que lá ocorreu foi o exercício de uma ética, na medida em que o que se vivenciou nos Cafés HumanizaSUS foi uma experiência de construção de um projeto comum a partir do acolhimento da diferença. Foram muitos os sotaques, os estilos, as propostas, as demandas e os convites, e eles nem sempre vinham ao encontro das expectativas uns dos outros: em alguns momentos, era possível perceber certo desconforto, de parte de alguns, com o que lhes parecia uma excessiva ênfase nas manifestações lúdicas e afetivas, deixando em segundo plano a agenda política e o compromisso com os projetos de mudança; outras vezes eram as próprias estratégias voltadas às mudanças que apresentavam aspectos divergentes. Mas, como já foi dito, não se tratava de debate, nem de consensos, sendo que afirmar que as diferenças foram acolhidas é mais do que dizer que elas foram respeitadas. É dizer que elas foram incluídas no plano coletivo e incorporadas como uma diversidade possível na perspectiva de cada participante.

Este provavelmente foi o grande produto do Seminário: mais do que um grande inventário das formas de “fazer humanização”, mais do que trocas de experiências e constituição de parcerias, mas também tudo isso, algo se produziu neste processo de afirmação e comprometimento para com um projeto coletivo, e este “algo”, impalpável como muitas das intervenções no âmbito da PNH, está relacionado à aproximação de um ideal à vida concreta, ao cotidiano muitas vezes desvitalizado de cada trabalhador da saúde.

Mesmo sendo um evento promovido pelo Ministério da Saúde, ou seja, uma atividade dotada de certa oficialidade, nos diversos ambientes em que ocorreu o Seminário predominava um sentimento transgressivo, quase marginal, que se manifestava de várias formas nas intervenções dos participantes: ora quando era afirmado e valorizado o fato de este encontro ser “diferente” dos que costumam ser realizados para discutir políticas de saúde, especialmente por garantir ampla liberdade de expressão aos participantes e organizar dinâmicas de trabalho com muito poucas formalidades; ora através de manifestações artísticas, poéticas ou retóricas, que exaltavam os afetos trocados e/ou compartilhados, e estabeleciam certo contraponto à aspereza das discussões técnicas, administrativas e financeiras que fazem parte do cotidiano das práticas de saúde; ou ainda nas múltiplas análises que enfatizavam o caráter contra-hegemônico das políticas voltadas à construção do SUS, e o quanto era necessário uma verdadeira “prática de guerrilha” para, pouco a pouco, ir minando as resistências daqueles que, inspirados por ideologias neoliberais, recusam o projeto de uma “Saúde para todos”, em um “SUS que dá certo”.

Em um ambiente que lembrava os encontros do Fórum Social Mundial, onde a diversidade se reunia na produção de um comum, pode-se dizer que nas experiências de *ágora* realizadas no Seminário esteve sempre presente a idéia, e a esperança, de que “uma outra Saúde é possível”, e um sentimento de orgulho por fazer parte deste projeto.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede HumanizaSUS. *2º Seminário Nacional de Humanização/metodologia*. Disponível em: < <http://www.redehumanizasus.net> >. Acesso em: 18 ago. 2009.

Medicalização, conhecimento e o complexo médico-industrial

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

Medicalização foi definida por um dos autores de referência no campo como “um processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças e desordens” (CONRAD, 2007, p. 4).

Conrad faz observações adicionais de extrema relevância para a abordagem deste fenômeno, em particular:

- designar algum processo como medicalização não tem em si conotação negativa;
- medicalização não é sinônimo de imperialismo médico;
- o recurso a terapêuticas alternativas não é necessariamente menos medicalizante;
- a própria palavra seria inadequada, tendo Conrad proposto no passado o termo “*healthicization*”, em função da amplitude do alcance desses projetos;
- há várias dinâmicas impulsionando processos de medicalização, denominadas por Conrad de motores da medicalização, entre os quais destaca a participação de interesses comerciais.

–

Este quadro de referência fornece um balizamento importante para a discussão sobre medicalização, mas deixa vários problemas por resolver. O mais importante seria determinar quando a medicalização pode ser considerada danosa. Do ponto de vista de gestores e profissionais de saúde, esta é uma questão central: a medicalização corresponderia a um excesso indesejado de intervenções, trazendo simultaneamente a possibilidade de desperdício de recursos e danos à população. A ideia de “excesso”, por sua vez, demanda uma demarcação sobre o que seria desejável/aceitável e o que ultrapassaria este ponto. Respostas extremas a esta questão já foram propostas em momentos históricos diferentes. Por um lado, a posição de que toda forma de atenção que não seja o autocuidado seria uma expropriação; deste ponto de vista, qualquer intervenção médica seria indevida e, portanto, indesejável. Noutro extremo, a visão técnica de que problemas de saúde são “realidades” biológico-epidemiológicas às quais correspondem soluções da mesma ordem e, portanto, facilmente delimitáveis no mesmo domínio.

Como posição intermediária, há algum tempo propus a concepção de que a demanda por cuidado e a oferta de serviços seriam processos sociais coproduzidos pela interação da tecnologia, cultura e as percepções individuais sobre dor e sofrimento (CAMARGO JR., 2005). Esta posição, informada pela discussão de Canguilhem (1982), assume a ideia de valor intrínseco da vida, e da doença como restrição à normatividade, entendida como a capacidade dos seres vivos de reescrever suas normas vitais para fazer frente ao que ele denominou de “infidelidades do meio”.

Isto nos permitiria formular uma conceituação de doença como uma classe de problemas que ameaçam a normatividade dos sujeitos, até mesmo ao extremo da ameaça à continuidade da própria vida; problemas estes para os quais se dispõe de soluções no arsenal da terapêutica corrente. Aqui fica clara a ideia de coprodução proposta anteriormente; a existência de soluções técnicas traz para o âmbito da intervenção médica situações que não eram enquadradas neste domínio anteriormente; a introdução de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas reconfigura o campo das intervenções possíveis, usualmente ampliando-os. Ao mesmo tempo, sem a correspondente disposição de potenciais usuários para considerar suas formas particulares de sofrimento como “problemas de saúde”, a visita aos serviços de atenção médica não será incluída nos seus itinerários terapêuticos (LOYOLLA, 1984).

Dentro deste enquadramento, a pergunta fundamental a responder a cada decisão sobre intervenções no âmbito dos chamados “problemas de saúde”, quer em situações individuais, quer em coletivas, é: a intervenção proposta é indispensável? Obviamente, esta pergunta assume como *a priori* que há de fato situações em que a ação de profissionais de saúde é necessária, para evitar ou aliviar sofrimento e mortes.

A resposta a esta pergunta está condicionada a fatores locais e contingentes. Invocando novamente a proposta de coprodução de oferta e demanda de ações de saúde, mesmo tendo em conta o imperativo biológico proposto por Canguilhem, esta demarcação será sempre fluida, dependendo do que uma coletividade considera desejável, justificado ou intolerável, e da base tecnocientífica disponível num determinado instante. Em outras palavras, não há uma fronteira fixa determinada para todo o sempre, mas a resultante momentânea de processos de negociação que a deslocam constantemente. A resposta à pergunta acima colocada, portanto, tem que ser recolocada e novamente respondida a cada instante, demandando dos envolvidos nos processos de proteção à saúde, em especial dos profissionais que se responsabilizam pelos mesmos, constante reflexão.

As situações concretas de demanda por ações de saúde são complexas, e as situações-limite abundantes, o que torna a tarefa de dar conta deste critério bastante complexa. Adicionalmente, como estamos lidando com processos que fazem parte da vida dos sujeitos, a decisão de intervir ou não deve ser revisitada inúmeras vezes ao longo do tempo. Tomemos como exemplo uma situação absolutamente trivial, de uma pessoa com dores de cabeça persistentes. A primeira decisão é da própria pessoa: devo tomar um analgésico? Sabendo que toda medicação tem efeitos colaterais potenciais, seu uso deveria ser restrito às situações onde é de fato indispensável. Mas o que significa “indispensável” aqui? Qual o limiar de tolerância daquele indivíduo específico? Naquele momento exato de sua vida, quanta dor ele estará disposto a suportar? Suponhamos que, independentemente de tomar ou não o analgésico, nosso sofredor hipotético julgue que se trata de algum problema potencialmente importante, que justifica a visita a um médico. Esta decisão também depende do grau de informação, dos hábitos do grupo ao qual este paciente faz parte, de seus valores (uma cultura machista, por exemplo, pode valorizar o comportamento estóico frente à dor, e pedir ajuda, profissional ou não, nestas circunstâncias pode ser visto como uma ameaça à masculinidade), e da possibilidade de acesso aos serviços de saúde (o acesso fácil pode justificar uma ida ao serviço de saúde mesmo em casos “menores”; quanto maior a restrição, maior será a tendência de só tentar acessá-lo quando praticamente encurralado por seu sofrimento). Se o balanço final deste julgamento, mesmo que não totalmente consciente, for o de que há a possibilidade de uma doença, este será o marco

zero de sua transformação em “paciente”.¹

Suponhamos, sem levar em conta a maior ou menor dificuldade de acesso, que finalmente nosso paciente chegue a ser atendido por um médico. Ao ouvir sua história e executar o exame físico, ele formulará hipóteses (há evidências de que isto ocorre na verdade muito rapidamente na interação, e estas hipóteses preliminares guiam o próprio processo de coleta de dados, mas esta é ainda outra questão), e tomará decisões de acordo com as mesmas. Continuando com nosso experimento de pensamento, imaginemos que, como na maior parte dos casos, não haja nenhum outro sinal de problemas específicos de saúde – leiam-se, doenças – além da queixa de dor de cabeça, a esta altura já registrada como “cefaleia”. O que fazer a partir de então? Vários caminhos se abrem: o médico pode tentar investigar outros aspectos da vida do paciente, tentando construir uma narrativa onde o sintoma ganhe sentido; pode concluir que o paciente “não tem nada” e dispensá-lo; pode, a partir da mesma conclusão, receitar medicação sintomática, ou um tranquilizante, ou encaminhá-lo a um psiquiatra. Pode ainda, assombrado pelos fantasmas de possíveis fracassos diagnósticos que o tornariam um “mau médico” frente a seus pares, solicitar exames adicionais, limitados apenas pela tecnologia à mão.

Em quais destas situações a intervenção seria de fato indispensável? A resposta possível é um firme “depende”.. Já examinamos alguns dos fatores ligados à decisão do paciente; no caso do médico, uma série de conhecimentos, hábitos e valores também condicionará sua resposta. Sua maior ou menor paciência, ligada à sua carga de trabalho e sua leitura dos valores éticos da profissão; seu conhecimento técnico; sua avaliação da maior ou menor facilidade de conseguir realizar determinados exames; sua estimativa sobre a capacidade do paciente de seguir as recomendações; sua maior ou menor empatia com o paciente, todos contribuirão em alguma medida para a decisão final, seja ela qual for.

Esta complexa interação de conhecimentos, valores e expectativas de ambas as partes dificulta a tarefa de determinar a efetiva necessidade da intervenção; de todo modo, situações extremas, como reagir de modo irritado às solicitações do paciente e dispensá-lo rispidamente por conta do mesmo “não ter nada”, ou solicitar uma lista extensa de exames complementares (tomografia, ressonância, PET-scan... o céu é o limite) numa primeira consulta têm grande probabilidade de serem inadequados. Em suma, não há, a meu ver, regra ou métrica invariante possível para determinar algoritmicamente quando uma intervenção foi supérflua e, portanto, desnecessariamente medicalizante, ou negada quando necessária. Por outro lado, o simples fato de se incluir explicitamente esta reflexão como parte das considerações cotidianas da prestação de serviços de saúde já seria, a meu ver, uma força de oposição à medicalização excessiva.

O foco da discussão nos parágrafos anteriores foi num nível micro, da interação entre duas pessoas, ainda que considerando o contexto no qual ambas navegam. Redirecionando nossa perspectiva para este contexto, há um conceito fundamental para sua descrição e compreensão: o complexo médico-industrial (CMI). Podemos descrevê-lo de modo sucinto como a articulação de interesses, produtos e serviços de setores industriais (em particular, indústria farmacêutica e de equipamentos médicos) e de provimento de atenção à saúde no marco da acumulação capitalista.

Mesmo esta breve descrição permite destacar dois aspectos fundamentais para a

1 Como já discuti em outros momentos, apesar de este termo despertar reações em alguns autores no nosso meio, trata-se da denominação nativa, o que justifica, a meu ver, seu emprego. Sem contar que as alternativas propostas – cliente, usuário – são igualmente passíveis de crítica.

discussão da medicalização: (a) o CMI traz de forma avassaladora a lógica comercial para a área de saúde; (b) dada esta lógica, há atores com poder de intervenção neste mercado específico desproporcionalmente maior que os demais.

O item (a) não é necessariamente problemático, mas no mínimo introduz a possibilidade de conflito de interesses entre a ética da proteção da saúde e os interesses comerciais; já o item (b) traz o risco elevado de que esses atores se utilizem de seu poder para garantir não apenas fatias maiores do mercado, como a ampliação do mesmo. Se isto é o esperado e razoável em vários ramos da economia, no caso da saúde aumenta em muito os riscos do surgimento dos conflitos de interesse supracitados; nestes casos, não é difícil antecipar o desfecho de tais conflitos, ou seja, que interesses emergem vitoriosos.

Com efeito, no presente, o CMI é um dos principais motores da medicalização, retomando a expressão utilizada por Conrad. Poderíamos pensar ingenuamente num ciclo virtuoso, em que a busca por soluções para problemas de saúde gera uma vigorosa dinâmica econômica, que estende seus benefícios à população e todos vivem felizes para sempre. As realidades da interação da indústria com a saúde, infelizmente, sugerem outra interpretação. A literatura é rica em estudos que expõem as facetas perversas da exploração comercial da saúde: para citar apenas um exemplo notável, considere-se a obra de Marcia Angell (2005), fundamentada denúncia das táticas discutíveis da indústria farmacêutica para auferir lucros completamente em descompasso com os demais setores econômicos. A escolha desta publicação não é aleatória; além da qualidade da obra, sua autora é também atora relevante no campo, tendo sido editora da principal revista médica (*New England Journal of Medicine*).

Uma resenha detalhada do livro extrapolaria os limites deste pequeno ensaio; acredito ser suficiente, ao invés disso, apresentar de forma resumida algumas das táticas condenáveis da indústria farmacêutica denunciadas pela autora:

- Distorção de dados experimentais para produzir resultados favoráveis: várias manipulações são feitas, incluindo-se seleção de populações favoráveis, testar doses plenas da droga que se deseja vender contra subdosagens da competidora; publicação apenas dos estudos com achados favoráveis.
- Utilização de médicos importantes para endossar novas drogas: tática frequente, que se utiliza do prestígio profissional, supostamente desinteressado, de indivíduos proeminentes no campo médico como agente de marketing.
- Produção de artigos por *ghost writers*: da mesma forma que no item anterior, autores com credibilidade em seu meio são recrutados para escrever por encomenda e supervisão de membros da própria indústria, ou, em alguns casos, apenas assinarem artigos já prontos, como forma de aumentar a probabilidade de os mesmos serem publicados e, posteriormente, lidos e aceitos como fontes com autoridade.
- “Presentes” para médicos: este é um tema recorrente na literatura, que mostra invariavelmente que mesmo brindes aparentemente sem maior significação, como chaveiros, canetas e blocos, têm impacto nos padrões de prescrição, sem contar a questão das amostras grátis, que ajudam na fixação de marcas específicas.
- *Lobby* para enfraquecer regulação: em especial (mas não somente) nos Estados Unidos, bilhões são gastos para impedir a progressão de legislação

restritiva aos interesses da indústria, mesmo quando esta é do interesse da saúde pública.

- Controle do conteúdo da educação continuada: também em especial nos Estados Unidos, em função de características específicas da organização da profissão naquele país, empresas de educação médica continuada têm sido adquiridas pela indústria, que altera o conteúdo do material distribuído para atender aos seus interesses de marketing.

- *Disease mongering*: verbo de difícil tradução para o português, *to monger* seria algo como “comercializar” ou “mercadejar”, mas com conotação claramente pejorativa. Com relação às doenças, seria o processo de criar novas doenças ou expandir a definição das existentes de modo a ampliar o mercado de consumo para determinadas drogas ou testes diagnósticos. Foi tema de boa parte do número de abril de 2006 da revista *online* PLoS/ Medicine (<http://www.plosmedicine.org>).

Um sumário destes problemas foi demonstrado em estudo publicado em 2006 por um grupo de pesquisadores que teve acesso à documentação anteriormente sigilosa de uma empresa farmacêutica que fora sujeita a um processo judicial. A conclusão dos autores foi de que “pesquisa, publicações e programas educacionais (incluindo eventos 'independentes') foram usados como oportunidades de marketing, aumentadas por líderes de opinião e clínicos de referência locais, para envolver seus colegas clínicos” (STEINMANN et al., 2006, p. 292, tradução minha).

Temos então que agentes diversos do CMI têm motivos, oportunidades e meios para intervir indevidamente na dinâmica do setor saúde como forma de expandir seus ganhos. Mais que isso, a literatura relevante tem demonstrado concretamente vários exemplos desta intervenção indesejada, como é exemplificado pelas táticas descritas por Angell, já citadas. Há um ponto específico comum a elas, que passo a examinar no restante deste texto, que é a manipulação do conhecimento como estratégia mercadológica.

“Conhecimento” é uma palavra de difícil definição e múltiplos significados; para os fins da discussão que proponho, definamos seu sentido como o de guia confiável para a ação. Voltando ao nosso exemplo hipotético, o paciente conhece seu corpo e suas sensações, sabe o que é uma dor de cabeça e quais os recursos que deve empregar para combatê-la, sabe quando uma dor de cabeça vai além dos transtornos habituais do dia a dia, sabe que tem que procurar um médico nessas circunstâncias, pois sabe que sua dor de cabeça pode ser sintoma de alguma doença. O conhecimento do paciente leva-o à consulta, quando será confrontado com o saber do médico. O médico sabe que a maior parte das cefaleias é de “origem emocional”, sabe como fazer o diagnóstico diferencial de diversas causas de cefaleia, sabe que exames deve pedir para distinguir umas das outras, sabe as condutas terapêuticas que deve seguir, e assim por diante.

Note-se que se pode substituir “sabe” por “supõe que sabe” sem o menor problema para os nossos fins; se o paciente ou o médico de fato sabem o que supõem saber ou não, isto é, se é possível falar que seu saber é “verdadeiro”, é irrelevante neste momento. Cabe, contudo, perguntar: como sabe? Ou, mais explicitamente, como formou o acervo de conhecimentos que ora usa em sua ação?

O conhecimento circula na cultura, nos bancos escolares nos vários níveis de educação, nos meios de comunicação de massa, nas revistas técnicas ou de divulgação científica, e assim por diante. Nosso paciente pode estar sofrendo de dores de cabeça há

algum tempo, mas o que finalmente o motiva a procurar o médico, por exemplo, pode ser uma matéria no jornal que lê diariamente, na onipresente seção de “saúde” (ou mesmo de “ciência”), falando como tumores cerebrais causam dores de cabeça e podem passar muito tempo sem serem diagnosticados. Ou algum conhecido seu pode ter falecido por algum motivo que não lhe foi bem informado, mas após passar algum tempo se queixando de dores de cabeça.

O médico, por sua vez, deve ter tido uma ou mais aulas sobre diagnóstico e tratamento de cefaleias na faculdade. Pode ter participado de algum evento de “atualização”, no qual um famoso neurologista de sua cidade, um “figurão”, apresentou um novo analgésico para o tratamento de cefaleias persistentes. Pode ter recebido a visita de um representante da indústria farmacêutica em seu consultório, e este o presenteou com várias amostras grátis e folhetos de “divulgação” do novo medicamento; alguns destes folhetos trazem até cópias (separatas) de artigos “científicos”, relatando estudos sobre o novo tratamento da cefaleia financiados direta ou indiretamente pela companhia que representa. Ou ele pode ter conversado com um colega da radiologia, que lhe relatou um caso de um paciente com um aneurisma cerebral que só foi detectado com a mais nova estrela do hospital, a máquina de ressonância magnética.

Em todas essas situações, podemos pensar no conhecimento como um produto que circula, que foi produzido em algum lugar e que tem mecanismos formais e informais de distribuição. Tratando-se de guias confiáveis para a ação, os consumidores desse conhecimento têm critérios de seleção que lhes permitem separar o “bom” do “mau” conhecimento – isto é, aquilo que é confiável ou não, que pode ou não ser incorporado ao seu acervo de conhecimentos. Idealmente, seríamos todos capazes de realizar complexas análises críticas do que nos é apresentado, avaliando com base nos seus méritos próprios as ideias a preservar ou descartar. Na prática, a crescente complexidade das informações necessárias à ação, a exiguidade do tempo disponível e a falta por vezes de competências básicas (em estatística, por exemplo) fazem com que se delegue a terceiros esta tarefa, e os critérios de confiabilidade são na sua maioria indiretos (artigos publicados numa determinada revista são mais confiáveis, por ser ela “melhor” que outras; médicos que são professores universitários têm supostamente mais autoridade na determinação do que é confiável, e assim por diante). Em particular, o chamado conhecimento científico é altamente valorizado, como sendo a expressão máxima de confiabilidade (ainda que com certas ressalvas).

Em outro trabalho, estudei esta questão do ponto de vista dos médicos (CAMARGO JR., 2002), observando que mesmo nas situações em que estes duvidam de certas fontes de conhecimento, acabam por aceitá-las por falta de alternativa. Ou, na visão de um dos autores que se debruçou sobre esses problemas: “embora muitos médicos sintam que há um viés pró-indústria na evidência científica que guia seu cuidado, quase toda a informação que chega a eles, incluindo a opinião dos *experts* nos quais eles confiam, reforça a validade desse 'conhecimento'” (ABRAMSON, 2005, p. 97).

Para os agentes do CMI, o conhecimento é fundamental. É ele que vai justificar o consumo de seus bens e serviços e, portanto, sua possibilidade de realizar lucros. E, evidentemente, se este conhecimento puder ser acompanhado do adjetivo “científico”, melhor ainda. Segundo o já citado Abramson, “o papel das companhias farmacêuticas e de equipamentos médicos evoluiu para tornar seu produto mais importante a 'evidência científica'. Isto é o que impulsiona as vendas.” (ABRAMSON, 2005, p. 98).

Praticamente todo o processo de produção e distribuição do conhecimento relevante para a saúde está controlado por interesses comerciais, da indústria farmacêutica que

propõe e testa novas drogas ao periódico médico sustentado por assinaturas caras, propaganda dos agentes do CMI e alimentado por artigos escritos (na melhor das hipóteses) por autores vergados pelo peso dos seus conflitos de interesse. A tentação de manipulação do conhecimento para auferir ganhos ainda maiores é grande, e os mecanismos de controle são escassos e de difícil implantação; tomados em conjunto, esses dois fatores aumentam muito a probabilidade de que tais “desvios” ocorram.

Retorno por fim à nossa pergunta-chave: a intervenção proposta é indispensável? Considerando-se a relevância do conhecimento para esta resposta, ela se desdobra em duas outras: (a) “qual o conhecimento que a autoriza?” e (b) “o que torna esse conhecimento confiável?”. Ou seja, no coração do problema ético, abriga-se outro, epistemológico. Como na pergunta original, a resposta a essas duas é complexa, e certamente passa pelo universo da ciência e da experimentação. De todo modo, isso me leva a reiterar algo que venho afirmando há algum tempo: a produção e difusão de conhecimento biomédico são um insumo tão essencial para a saúde pública quanto os insumos materiais tradicionais, como vacinas e remédios. Por este motivo, enquanto persistir a possibilidade de distorção e abuso sistemático deste conhecimento por interesses comerciais, devemos suspeitar, com razão, de que a medicalização excessiva, e portanto potencialmente danosa, representada por intervenções desnecessárias, está de fato ocorrendo.

Referências

- ABRAMSON, J *Overdo\$ed America: the broken promise of American medicine*. New York: Harper Perennial, 2005.
- ANGELL, M *The truth about the drug companies*. New York: Random House, 2005.
- CAMARGO JR, K. R. The thought style of physicians: strategies for keeping up with medical knowledge. *Social Studies of Science*, v. 32, n. 6, p. 827-855, 2002.
- _____. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense- Universitária, 1982.
- CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press, 2007.
- LOYOLLA, M. A. *Médicos e curandeiros*. São Paulo: Difel, 1984.
- STEINMAN, M. A. et al. Narrative review: the promotion of Gabapentin: an analysis of Internal industry documents, *Ann Intern Med.*, n. 145, p. 284-293, 2006.

Sufrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

ANA LUCIA C. HECKERT

Era uma sexta-feira, véspera de um fim de semana prolongado, pois segunda-feira era feriado nacional. Numa sala de um prédio no centro da cidade do Rio de Janeiro, vários trabalhadores da saúde estavam reunidos para discutir o trabalho que desenvolvem em alguns serviços nessa cidade. Assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicólogo e fisioterapeutas conversavam animadamente sobre planos de intervenção e modos de fazer o trabalho em saúde.

Durante o diálogo, uma enfermeira, que parecia inquietar-se com o rumo da conversa, perguntou: mas, e o sofrimento no trabalho em saúde? Não vamos falar sobre isso? Como definir sofrimento no nosso trabalho? Como lidamos com isso? A moça vestida de branco, sentada no canto direito da sala, disse: “sofrimento é ver um homem sem uma das pernas dormir em pé enquanto esperava sua vez para conseguir uma senha para ser atendido e se sentir impotente para resolver aquela situação”. A senhora sentada ao seu lado arrumou-se na cadeira, como se estivesse reunindo forças para dizer alguma coisa e falou com a voz embargada: “sofrimento é ter que comunicar a um paciente uma notícia difícil, sofrimento é dizer para alguém que sua vida está chegando ao fim, que sua doença é fatal...”.

O rapaz que ouvia atentamente as intervenções falou como se estivesse completando a frase da colega: “sofrimento é não poder partilhar isso com outros companheiros, é não ter espaço de compartilhamento, é a solidão experimentada no trabalho”. Afinal lidar com a dor do outro, é a matéria-prima da nossa profissão. O sofrimento é inerente à nossa prática, é trabalhar com a perda da saúde do outro, com a perda do seu bem-estar, é confrontar-se com dificuldades, perdas, frustrações. Muitas vezes nos fechamos para diminuir o sofrimento, endurecemos para nos proteger e, então, sofremos mais ainda... Alguém no fundo da sala exclama: “sofrimento maior é não ter a oportunidade de partilhar o que sentimos quando estamos nessas situações. Sofrimento maior é a solidão!”

O médico, que também ouvia atentamente o que estava sendo dito, disse com firmeza: “solidão não seria a expressão mais adequada para expressar esse sentimento, não se trata de solidão, pois essa expressão parece algo que está em nós, que surge em cada um de nós. O mais adequado seria falar em ‘solitarização’, que é ser colocado na solidão, é ação de deixar o outro sozinho, não saber a quem pedir ajuda, não poder dizer do nosso sofrimento ou do nosso adoecimento. Sofremos porque não temos voz, nossas condições de trabalho produzem sofrimento. É a impotência para resolver situações imprevisíveis que nos faz sofrer!”

“Sofrimento, para mim”, completa a moça vestida de branco, “é não ter autonomia, não ter suporte das chefias para tomar algumas decisões, é não ver sentido no trabalho que faço”.

A trabalhadora que acabava de chegar, entrou na conversa: “Sim, o que nos causa dor é nossa solidão, mas nem tudo está perdido, a possibilidade de troca, a construção de uma grupalidade solidária produz força e nos ajuda a lidar com essas situações, nos

ajuda a lidar com a fragilidade do viver”. O importante é a troca, a oportunidade de conversar com a equipe, poder conversar com outros profissionais.

O médico, retomando a palavra, afirmou: “Acho que precisamos fazer uma aposta radical na construção dessa grupalidade solidária, mudar processos de trabalho. A riqueza dos debates entre as diferentes categorias profissionais é inquestionável! Sofremos principalmente porque temos que tomar decisões sozinhos, não temos apoio na rede, não temos com quem discutir, o problema está no modo como fazemos nosso trabalho, não adianta responsabilizarmos nossa profissão por nosso padecimento, se conseguirmos mudar o modo como trabalhamos... Afinal, o sofrimento não é um destino inexorável a ser vivido”.

A partir de cenas como essa se desdobram as questões que apresentamos neste texto, que emerge com o propósito de produzir um deslocamento nas análises sobre produção de saúde-doença no trabalho. Muito tem se falado sobre o sofrimento nas práticas de cuidado em saúde e o foco tem sido na dor e no adoecimento, tornando naturalizada a equação sofrimento-produção do cuidado em saúde. Como não tomar o sofrimento no trabalho como objeção contra a vida? Entendemos que é preciso priorizar o conhecimento das formas como os trabalhadores lidam com a nocividade dos ambientes de trabalho. Aqui interrogamos: além das antigas, com quais novas penosidades¹ os trabalhadores da saúde se deparam no quadro de organização do trabalho nos dias atuais? Como dar visibilidade aos *saberes de prudência* (NOURODINE, 2008) que se constituem quase na clandestinidade? Como desnaturalizar a equação sofrimento-produção do cuidado? Essas questões se inquietam sob nossos passos.

Tal direção de análise lança nosso olhar para o trabalho concreto realizado nos cotidianos dos serviços, nos aproxima do trabalho real, que expressa um saber, uma experiência profissional, efeito de histórias e que se inscreve no curso das atividades de trabalho. Entrar no trabalho concreto é ir além da análise do controle e das dores no trabalho, é redirecionar o olhar e contribuir para a ampliação da dimensão criadora e autônoma dos humanos, que estão sempre gerando normas, fazendo ordenamentos para a vida.

Entre práticas morais e exercícios éticos

Muito tem se falado do sofrimento produzido naqueles que cuidam e que estão cotidianamente tão próximos do sofrimento do outro. Explicitamos aqui uma compreensão que está em sintonia com estudos voltados à análise e discussão dos processos de trabalho em saúde, na perspectiva da ampliação do poder de agir desses trabalhadores, de sua potência normativa.

A temática proposta “*Sufrimento, adoecimento e emoções na produção do cuidado: o usuário, profissional e o professor numa hora dessas?*” nos traz, portanto, alguns desafios. Temas como sofrimento, adoecimento, emoções e cuidado têm tido diferentes usos e, dependendo do modo como são tomados, produzem efeitos diferenciados, uma vez que entendemos que o plano discursivo não é neutro.

O que tem marcado nossa direção de análise é uma política como um “programa vazio”, uma proposta ainda por criar. A invenção de outras formas de vida no trabalho passa necessariamente pela promoção de um deslocamento dos modos habituais de habitar os serviços e promover a variedade, a experimentação de formas outras de vida e de comunidade. Um deslocamento, portanto, que revitaliza o espaço público em

¹ Entendemos *penosidade* como um certo congelamento da capacidade dos trabalhadores em lidarem com os constrangimentos do trabalho.

detrimento de formas que privilegiam o privado. Diante de um ideal de produção de saúde no trabalho, talvez seja o momento de apostar em outras formas de sociabilidade nos ambientes laborais que possam fornecer apoio que permita uma superação solidária do que desvitaliza e faz sofrer. Conforme Arendt (1997, p. 58 e 131), criar uma relação que não seja a apropriação narcisista do outro, mas voltada para o mundo. A liberdade surge no espaço “entre” os indivíduos, e esse “entre”, “espaço-intermediário”, é:

O lugar de nascimento da liberdade [que] não é nunca o interior de algum homem, nem sua vontade, nem seu pensamento ou sentimentos, senão o espaço *entre*, que só surge ali onde alguns se juntam e só subsiste enquanto permanecem juntos. Existe um espaço da liberdade: é livre quem tem acesso a ele e não quem fica excluído do mesmo.

O mundo compartilhado, a esfera dos “assuntos humanos”, é esse espaço entre os humanos, afirmando pluralidade e liberdade. Nessa torção proposta, apostamos num modo de trabalhar que afirma uma política e uma ética que encorajam essa vontade de agir e de pensar de forma ainda não-pensada. O que nos move, portanto, é essa política que se joga na criação de formas-trabalho que renunciem às prescrições totalitárias dos modos de funcionamento, e que, ao contrário, façam proliferar esses modos de construção de uma política como bem comum. Esta tarefa se constitui como um modo de resistência, pois a ação política se define também pela criação e fomento de novas formas de subjetivação, de novos modos de pensar, de trabalhar, de amar. Um exercício ético dessa natureza implica experimentação, que não teme o inesperado, intensifica redes de afeto, reinventando, assim, o político.

Logo, esse percurso se expressa como obra em processo de contínua transformação, como capacidade inefável de mudar e construir história que marca os humanos. No modo como temos tomado essa questão para análise, consideramos que somos seres em processo contínuo de criação. Assim, pensamos que essas ações se efetivam nessa construção incessante de questionamentos que o tempo presente impõe. Sabemos que trabalhar está sujeito aos regimes de poder vigentes e que, como sujeitos de tais regimes, torna-se sempre desafiador produzirmos algo que ultrapasse a nós mesmos.

Trabalhar não se reduz à execução de tarefas definidas *a priori*, mas antes corresponde aos “usos de si” por parte do trabalhador, que tem sua história atualizada em cada ato de trabalho. Logo, pensar o trabalho e o trabalhador da saúde é pensar as múltiplas histórias que se encontram em cada história individual, a qual corresponde uma história de agenciamentos coletivos. Os modos de trabalhar atualizam modos de subjetivação, o que vem lançar no seio dos mundos do trabalho, no âmbito dos modos de gerir o humano, questões de ordem ética e política, uma vez que a inserção nesses mundos se vê acompanhada de efeitos subjetivos. Segundo Clot (2006), não podemos desvincular atividade e subjetividade, uma vez que nas atividades de trabalho o sujeito jamais é somente o simples representante de uma capacidade específica. A atividade de trabalho gera efeitos subjetivos.

Essas questões alimentam nosso interesse, sobretudo pelos processos de gestão do trabalho em saúde exatamente nos momentos em que seu ordenamento e organização sofrem transformações radicais e configuram outras estratégias de subjetivação, de resistência-criação e de gestão da atividade, o que está longe de vislumbrar uma psicologização das análises nesse âmbito. Nosso entendimento é que pensar o sofrimento e adoecimento na produção do cuidado demanda uma formulação teórica, conceitual e metodológica em saúde e trabalho, que perspective conhecer as formas como os trabalhadores da saúde se defendem da nocividade dos ambientes laborais e, assim, intervir na problemática dessas condições no que diz respeito a seus efeitos sobre o quadro de saúde/doença das(os) trabalhadoras(es). Está em cena,

também, uma necessária problematização acerca do que estamos nomeando como sofrimento, e dos processos que vêm conferindo centralidade ao tema do sofrimento em alguns debates no campo da saúde.

Em trabalhos anteriores (BARROS, 2003), indicamos que o modo como Canguilhem e Nietzsche formulam o conceito de saúde e tematizam a questão do sofrimento nos ajuda na tarefa de desfazer a equação naturalizada sofrimento-trabalho em saúde e a oposição sofrimento x saúde. Nesses autores, a noção de saúde comparece como mobilização de forças ativas para lutar contra o que faz sofrer, criando e expandindo vida e o sofrimento como parte da vida, e não agindo contra ela. Na concepção de Nietzsche, há uma luta permanente entre a vida que se afirma e a que vegeta, sendo que esta última é afirmada pelos valores rotinizados que, ao abrigá-los, afirma mais comodismo e resignação moral e não vontade ativa.

Inspirando-se na experiência dos gregos – povo que, segundo ele, longe de ser um povo sereno e simples, é extremamente sensível, capaz de grande sofrimento e vulnerável à dor –, afirma que o sofrimento não é aquilo que deve ser mascarado ou considerado como estranho à existência. No mito trágico, o acontecimento épico glorifica o herói combatente, lutador, que vê no sofrimento existente no seu destino e em seus triunfos mais dolorosos a manifestação suprema da vontade. Assumir o destino trágico é dizer sim à vida como ela é, sem introduzir oposição de valores, afirmando poeticamente seu eterno retorno (NIETZSCHE, 1992, p. 142): dizendo sim à vida, “mesmo em seus problemas mais duros e estranhos: a vontade de vida, alegrando-se da própria inescapabilidade no sacrifício de seus mais elevados tipos”. Essa direção nos indica, fortalece nossa tese de que as penosidades produzidas nos ambientes de trabalho não podem nos remeter ao ressentimento ou à resignação, mas nos lançar à tarefa de construir nossa existência, como artesãos, criando outras formas de humanidade, outras formas de vida-trabalho.

Por conseguinte, o adoecimento está relacionado com a ideia de que a vida é um ciclo, em que tudo volta, ou seja, de que tudo é igual. Ao contrário, a saúde é a compreensão de que o que retorna abrange o desigual e a seleção, a plenitude da existência é ritmada pela alternância da criação e da destruição, da alegria e do sofrimento. Este último é apenas a outra face da alegria. Por isso, Nietzsche (1992) afirma que os homens não têm de fugir à vida como pessimistas, mas vivê-la como alegres convivas de um banquete que desejam suas taças novamente cheias, dizendo à vida: mais uma vez! Afirmar o múltiplo e o devir em lugar do desespero de uma vida para a qual tudo se tornou vão.

Deste ponto de vista, “criar – essa é a grande redenção do sofrimento, é o que torna a vida mais leve” (NIETZSCHE, 2000, p. 115). Criar é afirmar a transitoriedade, o passar o tempo, valorização do tempo na sua positividade, em detrimento da eternidade supra-sensível. O sofrimento não pode ser vivido como uma objeção contra a vida e um motivo para condená-la; a afirmação incondicional de cada instante vivido dá à existência a beleza de uma obra de arte. O fundamental é a positivação da dor e do sofrimento, pois fazem parte da vida. Chama de doente a uma vida reduzida aos seus processos reativos e onde a negação leva a melhor, ou seja, o triunfo do não sobre o sim. Na doença, a vida torna-se adaptativa e reguladora e o não agir é seu funcionamento predominante; é o triunfo da negação e a afirmação é apenas a segunda, subordinada à negação.

Frente ao drama da existência, propõe-se uma postura corajosa que vivencia suas atrocidades e as dores do mundo sem necessidade de subterfúgios moralistas, mas dominando as situações que fazem sofrer, de forma a transfigurar em beleza seus horrores. O bem-estar, a comodidade e a ausência de sofrimento passam a sinalizar

mediocridade e as diferentes formas de nivelamento ou uniformização precisam ser recusadas.

É importante destacar que Nietzsche (1992) não fala de homem ou de humanidade ao falar da vontade de potência. Ela é sobre-humana, disposição política. Quando fala de uma experiência consigo mesmo, não está se referindo a um centro ou a um sujeito, mas da consciência de uma sensibilidade que se adquire no deserto (ESCOBAR, 2000b). Fala de um corpo coletivo. “A grandeza do homem é que ele é uma ponte e não um fim; o que podemos amar no homem é que ele é transição e perdição. Amo aqueles que não sabem viver senão sob a condição de morrer, porque ao morrer, ultrapassam-se” (Nietzsche apud DELEUZE, 1988, p. 70-71).

Pensamos que as questões apresentadas são um convite para tomar a vida como instinto de crescimento, de duração, de acúmulo de forças, de potência, e a questão do valor como questão das condições de intensificação ou conservação, de aumento ou diminuição da vida. Nesse patamar de discussão, vontade de poder não significa que a vontade queira o poder ou deseje dominar; consiste em criar e em dar. O poder como vontade de poder não é o que a vontade quer, mas aquilo que quer na vontade.

Tal como Nietzsche, também Canguilhem reconhece a originalidade da vida afirmando a atividade do vivente. A posição de um vivente se refere à experiência que ele vive, pois somente um ser vivo pode coordenar um meio e produzi-lo. Segundo o autor, o renascimento do vitalismo traduz a desconfiança permanente da vida frente à sua mecanização. Conforme nos diz, a própria vida se rebela contra sua mecanização. O reconhecimento da originalidade do fato vital leva-o a considerar que um gênero vivo só é viável na medida em que se revela “fecundo”, isto é, produtor de novidades, mesmo se imperceptíveis à primeira vista. Daí, num ser vivo não há propriamente faltas se admitimos que existem mil maneiras de viver. Assim como na guerra e na política, diz ele, não há vitória definitiva na vida, mas superioridade ou equilíbrio relativo e precário, também na vida não há sucesso que desvalorize radicalmente outras tentativas que lhes façam parecer faltosas. “Todos os sucessos são fracassos retardados, os fracassos dos sucessos abortados” (CANGUILHEM, 1971, p. 160).

A história que construímos modifica as múltiplas situações experimentadas; a espécie humana pode criar novos meios; logo, não se pode supor uma passividade frente às modificações experimentadas, na medida em que o homem é um vivente capaz de existência, de resistência, de atividade. Na trilha de seu pensamento, podemos afirmar que, para o homem, viver não é somente se conservar; é afrontar riscos e triunfar. A saúde é precisamente um certo jogo de normas da vida. O que a caracteriza é a capacidade de tolerar variações das normas as quais só a estabilidade das situações e do meio confere um valor enganador de normal definitivo.

Como Nietzsche (2000), fala de uma filosofia da ação, que porta uma ideia da vida segundo a qual ela é preferência e exclusão, o inverso de uma relação de indiferença. Segundo a mesma perspectiva, a saúde se encontra redefinida no sentido mais audacioso da “grande saúde”: não mais como simples margem, mas como risco afirmado e assumido pelo indivíduo de ultrapassar seus limites para se abrir novos horizontes.

As normas falam que o vivo não é redutível a um dado material, mas que é um possível, no sentido de potência, uma realidade intempestiva, imprevisível, inacabamento, pois ele é confrontado, permanentemente, com os riscos da doença e da morte. Portanto, a vida está muito longe de uma indiferença em relação às condições que lhe são impostas. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. A vida não é, portanto, para o ser vivo uma dedução monótona, um movimento retilíneo, ela é debate com um meio em que há fugas, vazios e resistências inesperadas. As categorias de saúde e doença só são reconhecidas no plano da experiência, entendida como uma

impulsão que tende a um resultado sem ter garantias de se manter, é o ser errático do vivo, sujeito a uma infinidade de experiências que, no caso do vivo humano, é a fonte das suas atividades. Não é a vida que é submissa às normas que se impõem sobre ela do exterior, mas são as normas que de maneira completamente imanente são produzidas pelo movimento da vida. Há uma essencial normatividade do vivo, criador de normas, expressão da sua constitutiva polaridade.

Dessa forma, nosso entendimento, a partir das formulações desses autores, é que o trabalho se mostra como um dado rebelde à previsão e ao cálculo. O que os trabalhadores têm como autênticas normas são as condições de trabalho que eles mesmos instituem. O meio de trabalho considerado normal será aquele que eles mesmos constroem. “Todo homem quer ser sujeitos de suas normas. A ilusão capitalista é crer que as normas capitalistas são definitivas e universais, sem pensar que a normatividade não pode ser um privilégio” (CANGUILHEM, 2001, p. 135). A normatividade é o sentido humano. O vital prima sobre o mecânico, e a vida é um conflito sempre aberto, gerador de toda experiência e de toda história.

Assim, o convite de nossas reflexões, a partir de nossos interlocutores, é tomar sofrimento e vida, sofrimento e saúde não como oposições em que o primeiro termo (sofrimento) negativa/esvazia o segundo (vida e saúde), mas como complementaridade, uma vez que não sofrer pode significar desistência de viver. O tema do sofrimento ocupou e toma cada dia mais um foco privilegiado nas ações em saúde, naturalizando a noção de que a atuação neste campo está centralizada em antecipar-se ao sofrimento ou de encontrar respostas ao sofrimento expresso pelos sujeitos. De modo algum, fazemos aliança com o desprezo ou indiferença dos sofrimentos da vida; contudo, consideramos que equivocar tal centralidade se faz necessária, uma vez que é fundamental indagar acerca do sofrimento provocado por ações de cuidado, bem como o lugar que este tem ocupado nas práticas em saúde.

Concordando com Teixeira (2009, p. 787), o foco no sofrimento não garante “uma mudança substancial no modo como os ‘problemas de saúde’ já têm, afinal, se configurado nas práticas”, dentre outras questões, ainda de acordo com Teixeira (2009), porque se conhece mais acerca das doenças e das patologias do que acerca do sofrimento supostamente delas advindo. Ao mesmo tempo, não é demais lembrar que a configuração biopolítica de nosso contemporâneo se encontra pautada na busca de uma vida em que o sofrer deve ser evitado e tratado a qualquer preço em prol de uma saúde perfeita, em prol da otimização da vida, do ideal de uma vida segura, como se o sofrimento não mais pudesse tomar parte na experiência do humano (ORTEGA, 2008). Portanto, não se trata apenas de indagar como lidamos com o sofrer, o lugar do sofrimento nos processos de formação e nas práticas de cuidado; consideramos oportuno também indagar acerca das práticas que temos engendrado para lidar com os sofrimentos, para nomear os sofrimentos e as intervenções nele efetuadas e, principalmente, como temos lidado com os diversos modos de expressão da vida e com seu mau trato.

Neves (2009), analisando a humanização das práticas em saúde, aponta, a partir de Deleuze, para uma compreensão de vida que não se reduz ao corpo orgânico e para o sofrimento como constitutivo da vida. A autora, ao distinguir o sofrimento do mau-trato com a vida, indica que “há vida no sofrimento, e que não há ruptura com um tipo de vida dominante em nós sem sofrimento” (NEVES, 2009, p. 782). Admitir que o sofrimento é “expressão de vida constrangida”, índice de movimentos que recusam um estado de coisas, não tem como correlato negligenciar os processos de mau-trato com a vida, e sim indagar acerca do modo como as práticas de cuidado vêm-se efetivando no campo da saúde (NEVES, 2009, p. 783). Implica também afirmar, segundo Neves (2009), o sofrimento como movimento de criação de outros modos de expressão da existência.

Estas considerações nos parecem necessárias, uma vez que a cada dia tomamos o sofrimento principalmente como indicador do que nos falta – na vida, no SUS, nos modos de intervir e de formar –, quando nossa proposição residiria em tomá-lo como analisador do que se passa. Neste processo, a distinção efetuada por Fuganti (2002), entre sofrimento por excesso e sofrimento por falta, nos mostra que sofrer por excesso é produtor de vida, uma vez que sofrer por falta talvez signifique ser capturado nas malhas da patologização do sofrimento, porque despreza o que é índice de movimento de recusa a uma vida amesquinhada e adaptada ao melhor possível. Assim, tomar o sofrimento como próprio do humano nos leva à necessária intransigência de tudo que se constitui como mau-trato com a vida, que impede a produção de vidas autônomas. E nos convoca, também, a uma atenção-ética que possa distinguir o sofrimento em sua dupla face: sofrimento paralisante (por falta) e sofrimento como índice de criação da vida, de deslocamento de modos instituídos de existência.

Logo, no âmbito destas questões, fortalece-se em nós uma vontade de revirar as práticas no campo do trabalho em saúde, reafirmando uma concepção de humano como vivente dinâmico, em processualidade, e que no encontro e no diálogo com o outro constitui a si e ao mundo. Humano como ser industrial, isto é, em atividade, e o trabalho marcado por um caráter de imprevisibilidade e de criação.

Sofrimento e adoecimento: entre paralisias e criações

Aqui a questão da formação ganha força, permitindo-nos formular uma outra indagação: como formar trabalhadores de forma a ampliar sua potência de agir no trabalho? Como formar trabalhadores que possam transformar o sofrimento patológico em sofrimento criador? Como criar modos de formação que afirmem a normatividade como essencial aos humanos? Como não fazer do sofrimento uma objeção contra a vida?

Entendemos que cuidar não é mais um procedimento técnico específico, com fórmulas que ensinem a cuidar. Pensamos que o cuidado é, antes, uma referência ética que deve ser princípio de toda e qualquer prática em saúde e construída por todos aqueles que compõem esse campo. A produção do cuidado, conforme postulado por Foucault (1999), quando baseada em práticas de liberdade que nos coloquem nos limite das relações de poder, não permite que tais relações se desequilibrem, tornando-as domínio. Assim o fazendo, o cuidado de si é, simultaneamente, cuidado com o outro, afasta-se de um fechamento em si mesmo, numa tentativa de mover-se na coletivização da liberdade. Cuidado de si não como prática narcísica, mas como prática que estabelece uma relação estética e ética, afrontando exercícios de poder que assujeitam e normalizam. Um cuidar de si coextensivo ao ato de viver. *“Cuidar de si para converter-se ao extravio de si, indo em direção a si próprio para perder-se”* (AMADOR, 2007, p. 87). Preconizamos um cuidado como relação dialógica que é, ao mesmo tempo, um olhar que se lança sobre o outro e uma maneira de se oferecer ao olhar do outro por meio do que lhe é dito sobre si mesmo. A produção do cuidado em saúde não pode se aproximar de uma proteção excessiva, beirando um funcionamento tutelar, o que vai à contramão dessa capacidade de exercer a normatividade própria do viver.

Como nos indica Teixeira (2003), a substância do trabalho em saúde é a conversa. Assim, a qualidade do “conversar” que se estabelece nos serviços de saúde passa a ser foco de análise quando temos como proposta pensar estratégias que produzam uma transformação nas situações de trabalho que têm produzido, prioritariamente, sofrimento patogênico. As relações estabelecidas, os procedimentos e rotinas presentes nos serviços de saúde, quando impermeabilizam o espaço da troca, podem ter como efeito sofrimento paralisante. Assim, não cabe apenas afirmar que o trabalho em saúde causa dor, mas entendê-lo, colocá-lo em análise de forma que as relações de trabalho possam estar

pautadas no compartilhamento. Sentir o outro e abrir-se às suas paixões, aos seus valores nesse encontro, eis o princípio ético do cuidado.

Essa vocação irresistivelmente dialógica dos arranjos tecnológicos do cuidado em saúde orientado por essa direção ético-política produz uma inflexão na questão “do que fazer” para evitar o sofrimento no trabalho para uma outra formulação: o “como fazer” para que a dimensão criadora do trabalho possa emergir, dando espaço para a saúde e alegria e não apenas para o padecimento, para a banalização do mau-trato com a vida.

Afirmamos que a produção do cuidado de forma a não produzir apenas sofrimento paralisante não se separa dos modos de produção subjetiva; implica reposicionamento subjetivo, pois não há como produzir esse giro se não investimos na produção de outros modos de ser trabalhador da saúde, de outros modos de trabalhar, pautados na cogestão dos processos de trabalho. As práticas dessa clínica do cuidado situam-se no plano da ética, entendida como grau de abertura à processualidade, que direciona nossas escolhas a partir daquilo que favorece o conviver, que favorece outros modos de estar junto nos serviços de saúde (GOMES et al., 2007).

Gostaríamos de insistir um pouco mais no desafio com o qual convivemos no plano da formação. A tese principal que apresentamos é de que a formação de profissionais na direção que apontamos precisa se pautar numa experiência ética como prática no mundo. Tal ação ética se efetiva na expressão dos modos como nos colocamos nas relações tecidas nos cotidianos dos serviços, o que implica experiência coletiva e compartilhada na direção do bem comum, ou, como nos indica Ortega (2008), na construção de uma política pautada na solidariedade, nos vínculos entre os sujeitos que escapam da lógica instrumental e mercenária do capitalismo. Uma forma de resistência política como espaço do agir e da liberdade, da experimentação.

Estamos afirmando que um processo de formação assim formulado só se efetiva em consonância com o que estamos chamando de ética, como postura encarnada pautada num saber-fazer comum, de um processo de aprendizagem que se atualiza no compartilhamento de experiências. (HERBERT, 2009). Dizer, então, de uma mudança nos processos de formação, aqui, é afirmar a impossibilidade de dissociarmos formação de mudança subjetiva. Se é assim, uma proposta para os processos de formação não pode se reduzir a um plano macropolítico dos currículos prescritos, mas pressupõe uma articulação de duas dimensões: uma dimensão macropolítica, que envolve mudanças nas propostas curriculares, e outra que chamamos micropolítica, que envolve mudanças subjetivas. Cada uma delas porta uma temporalidade própria: o tempo da macropolítica é rápido; já o tempo dos movimentos micropolíticos tem um ritmo mais lento, passadas mais vagarosas para mudanças de longas durações. São duas temporalidades que não podem ser assumidas isoladamente (PASSOS, 2009). Não é possível pensar mudanças nos processos de formação em saúde sem considerar essa “polirritmia, esta dupla temporalidade” (PASSOS, 2009). O professor engajado nos processos formativos em saúde tem que se haver com essa polirritmia; do contrário, estaríamos reduzindo a formação dos profissionais de saúde a um modo informativo que se limita à reconhecimento e, portanto, não produz o deslocamento desejado – ou seja, na mudança nos modos de trabalhar que tem produzido sofrimento paralisante num cuidado que se afirma como prática de tutela.

Partimos do ponto onde constatamos a vida como uma experiência não indiferente às relações que estabelece e onde ela mesma nasce (BERGSON, 1999). Trata-se, assim, de afirmar uma dimensão da experiência como na expansão das possibilidades de conexão e não em relações que partem de uma concepção dos humanos como seres imutáveis.

Apostamos numa formação que não se apoie apenas nas metodologias informativas, mas em um *ethos* como competência para promover um diálogo onde estejam presentes e seja privilegiada a história dos trabalhadores, tomada como história viva que ganha contornos “imprecisos” nas criações e nas estratégias compartilhadas. E, desse modo, somos convocados a tomar a formação como complexidade que diz respeito a um modo de pensar/fazer que dispensa e interroga dualismos, oposições. Complexidade diz respeito à coexistência dos processos, à multiplicidade e variação de processos, à aleatoriedade e imprevisibilidade. Portanto, complexidade não é sinônimo de complicado, obscuro. Frente a uma certa linearidade presente no campo da formação, que toma este processo como transmissão de saberes, conteúdos e técnicas a outrem, ou ainda, como apropriação de técnicas e metodologias capazes de interferir no cotidiano dos serviços de saúde, tomar a complexidade da/na formação não é um desafio pequeno.

A lógica dedutiva linear se pauta numa racionalidade em que o aprendizado de certa técnica/conteúdo provocará a mudança nas práticas existentes, um processo de formação pautado numa relação de causa e efeito direta e mecânica. Outra decorrência diz respeito a seu efeito modelar. Se a prática não variou com a formação do profissional de saúde, ou a formação é defeituosa, ou o sujeito não se apropriou corretamente do que foi ensinado, ou não foram construídas habilidades e competências de forma eficaz e esperada. A lógica dedutiva linear também considera que o mundo é objetivo, que pode ser previsto e antecipado; neste mundo sujeito e objeto estão em lugares distintos e separados, e a boa formação é aquela que representa (reproduz) corretamente o que foi ensinado. Trata-se, portanto, de uma perspectiva de formação com uma via única: do ensinante ao aprendiz ou do aprendiz ao ensinante. Neste processo linear, os ruídos, os conflitos, as tensões devem ser corrigidos para não perturbar o bom processo de formação.

Uma boa formação, neste caso, seria aquela em que mais se acumulou conteúdo, estratégia, metodologia. Complexo, neste viés, seria sinônimo de complicado, pois haveria uma forma de solução possível para otimizar e simplificar o funcionamento de dada situação. A lógica linear opera por exclusão, por previsão, por resultados pragmáticos e mensuráveis. A complexidade, ao contrário, funciona por conexão e por inclusão do caos, do imprevisível, dos ruídos e estranhamentos.

O desafio maior talvez resida exatamente em chamar atenção para a compreensão de que a matéria-prima dos processos de formação é o processo de trabalho, são as experiências tecidas no chão do SUS. Enfrentar este desafio, tomá-lo nas mãos, requer problematizar os modos de fazer a formação, principalmente entender que sujeito e objeto não se separam, se produzem no processo de formação/trabalho. Portanto, está em jogo o caráter transmissivista do conhecimento, as linearidades-cartesianas em nós, o conteudismo que postula que quanto mais conhecimento e técnica, mais preparados estaremos para enfrentar os desafios cotidianos. Ou seja, a lógica de transplantação/transferência de experiências/saberes é um desafio a ser enfrentado cotidianamente.

O saber não foi feito para compreender, mas sim para intervir/cortar (FOUCAULT, 1979, p.28) e não aprendemos mais quando repetimos melhor ou igual ao que foi ensinado. Deleuze (1988, p. 22) nos deixou algumas pistas, ao distinguir a repetição do mesmo e a repetição como diferença. Suas pistas nos ajudam a compreender que aprendemos com o coração – de cor e salteado – com os contágios e vibrações que em nós, no que aprendemos/ensinamos, faz a experiência e a vida variarem. A complexidade dos processos de formação reside exatamente em entender a formação como passagem, como interferência nos modos de produção dos sujeitos, nos processos de cuidar e gerir. O desafio é que a formação afirme-se como obra aberta, diferindo-se de si mesma a cada

construção, a cada experimentação. A formação é sempre uma experiência intensiva em que, no tempo cronológico, não expressa as modulações operadas.

Portanto, não é com a transmissão de soluções e tecnologias que é possível ensinar a lidar com os processos de adoecimento e sofrimento. Se tomamos aqui o sofrimento em sua dupla face – paralisante e possibilidade de criação – somos convocados a efetuar processos de formação atentos às dinâmicas dos territórios, aos processos de tessitura da vida, às práticas de mau-trato com a vida. Quando nossas apostas não estão capturadas na produção de apaziguamentos, o desassossego / inquietação faz o corpo vibrar, nos provoca a escutar e criar passagens para os efeitos daquilo que nós mesmos produzimos.

Referências

- AMADOR, F. S. *Olhos que buscam: por entre prisões da imagem, imagens da prisão*. Projeto (Qualificação de Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- ARENDT, Hannah. *¿Qué es la política?* Barcelona: Paidós Iberica, 1997.
- BERGSON, Henri. *A evolução criadora*. Rio de Janeiro: Delta, 1999.
- BARROS, M.E.B. A vida, como ela é? *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 25-39, 2003.
- CANGUILHEM, G. Aspects du vitalisme. In: _____. *La connaissance de la vie*. Paris: J. Vrin, 1992. p. 105-128.
- _____. *La connaissance de la vie*. Paris: Librairie Philosophique, 1971.
- CLOT, Y. *Territoires du travail*. Paris: Avril, 2006.
- DELEUZE, G. *Diferença e repetição*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- ESCOBAR, C. H. de. *Zaratustra: o corpo e os povos da tragédia*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2000.
- FONSECA, T. M. G. *Memorial de um itinerário subjetivo*. Tese (Concurso para Professor Titular) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- FOUCAULT M. *História da sexualidade: o cuidado de si*. V. 3. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FUGANTI, L. *Projetos Solos do Brasil*. Universidade Nômade. Aula de 20 ago. 2002. Disponível em <http://www.escolanomade.org>. Acesso em: 12 set. 2009.
- GOMES, R. S. et al. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
- HERBERT, F. *Ética e formação*. Projeto (Qualificação de Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.
- NEVES, C. A. B. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização das práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, supl 1, p. 781-784, jul/set 2009.
- NIETZSCHE, F. *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- NIETZSCHE, F. *O nascimento da tragédia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- NOURODINE, A. O trabalho: componente esquecido no documento de estratégia de crescimento e de redução da pobreza nos Comores. *Laboreal*, v. 4, n. 1, p. 29-38, 2008. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234396589:3892>. Acesso em: 15 jul. 2009.
- ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.
- PASSOS, E. Palestra. Seminário Nacional de Humanização. 2009. *Anais...* Brasília, 2009.

TEIXEIRA R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes, e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2003. p. 89-112.

_____. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, supl 1, p. 785-789, jul/set 2009.

Memória como método cartográfico e dispositivo de formação-intervenção no contexto da produção do cuidado em saúde pública

CLAUDIA ABBÊS BAÊTA NEVES

LAURA GONÇALVES

MONICA ROZA

SERAFIM SANTOS FILHO

Envolver-se com a produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade dos seus modos de gestão e das relações entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. Nesta compreensão, nossa aposta ético-política nos processos de formação implica a inclusão desta complexidade e a potencialização das interferências e participação efetiva desses sujeitos. Uma opção que não cuide dessa inclusão (ou que promova exclusão) não sustenta a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão no âmbito do SUS. A construção de processos de formação em saúde, considerando esse referencial da “inclusão”, implica estarmos atentos a essa complexidade e fazermos escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução por entre os saberes, indissociado de um método, de um modo de fazer a formação. Essas escolhas são sempre escolhas ético-políticas (NEVES; HECKERT, 2007).

Quando queremos pensar as interfaces entre a formação de profissionais de saúde e os modos de cuidar e gerir no Sistema Único de Saúde (SUS), urge que problematizemos o que podemos, o que queremos e, principalmente, como fazemos para contribuir na construção de um outro modo de agir e construir nossas relações no campo da saúde e do próprio viver. O que aqui buscamos afirmar é uma aposta radical na invenção de um outro mundo possível, de outros modos de estar nos verbos da *vida*, e especialmente, de uma saúde pública possível. Possível porque não se pauta em abstrações e transcendentais e leva em conta aquilo que é efetivado como realidade no estado de coisas, e ao mesmo tempo as ultrapassa atentando para o que nela é tencionado, para o que nela se anuncia como movimento de ruptura e desvio instituinte.

Nossas intervenções no campo da formação em educação e saúde, tanto na universidade quanto em ações de formação junto a militantes de movimentos sociais, pautam-se na compreensão da indissociabilidade entre *processos de formação* e *processos de intervenção* nos movimentos do real. Nesta direção, nossa concepção de *formação como intervenção* se afirma na indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo, trazendo para o debate das políticas de formação em saúde o desafio teórico-metodológico de construção de práticas que incluam o cotidiano dos serviços, seus desafios e suas relações com os modos de fazer o cuidado e a gestão no território. Práticas que incluam e sejam permeadas pelas experiências que os sujeitos-alunos trazem em sua história de relações nos territórios de vida-trabalho.

Neste texto, partimos da experiência de implementação de um processo de formação/curso para agentes sociais como apoiadores da Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004). No contexto da “formação de agentes sociais no território”, exploramos de forma bastante intensa e criteriosa a utilização da *memória* como estratégia de intervenção/produção coletiva no sentido da saúde pública. A produção e validação coletivas de memórias tornaram-se parte do processo de formação e nos levaram a problematizar continuamente seu contexto e demarcar a memória em sua

função de método de acompanhamento de processos de produção e de dispositivo de intervenção.

Como método, a produção de memórias é uma cartografia, um procedimento que em si pode ser considerado como uma prática mnêmica. É um procedimento para o estudo da dimensão processual dos modos de produção de subjetividade e esses modos não se deixam apreender por metodologias que representam os objetos, fixando-os em categorias abstratas e universais, e que deixam de fora da pesquisa/projetos o fluxo processual no qual as subjetividades são produzidas (BARROS; KASTRUP, 2009). Cartografar é acompanhar a trajetória da experiência de um tornar-se. E é somente uma memória que pode ser eleita como um método de apreensão de um tornar-se.

A cartografia é um método de estudo-intervenção do *socius*, proposto por G. Deleuze e F. Guattari, que nos convoca a uma experimentação problematizadora no acompanhamento dos processos de composição e decomposição de uma realidade ou matéria, apreendendo-a em seus índices imateriais e movimentos conectivos na produção do *socius* e dos modos de subjetivação. Neste sentido, implica menos a apreensão da realidade como matéria de desvelamento e mais a afirmação da realidade em sua potência de abertura de sentidos e invenção. Pois é no encontro, no plano das forças, na potência de propagação de experiências que afetamos e somos afetados pelos limites do saber, pelos estrangimentos da matéria, pela emergência de outras percepções e de qualidades inesperadas que expressam a heterogênesse do processo em questão e sua potência para a invenção de novas subjetividades e de novos mundos. Um fazer cartográfico requer um aprendizado da escuta e da atenção às forças do presente que trazem o novo em seu caráter disruptivo e nos possibilitam indagar: que espécie de vida este e/ou aquele agenciamento promove? (NEVES; MASSARO, 2009).

O método cartográfico requer um dispositivo para funcionar. O dispositivo nas atividades de campo possui funções de referência, de explicitação e de produção da realidade. Na articulação da repetição e da variação, a memória aponta sua função como dispositivo. Segundo Kastrup (2009), “a prática da cartografia cria condições para a transformação das relações entre os vetores afetivos, cognitivos, institucionais, micro e macropolíticos, acionando movimentos e sustentando processos de produção”. Nas práticas de produção de saúde, essa transformação se mostra nos modos de fazer, de se organizar, de construir e desenvolver ações coletivamente, e avaliar o processo e seus efeitos. Transformação nos processos de trabalho nos quais estão implicados diferentes sujeitos, que se transformam também.

A apreensão dos processos de produção de subjetividade é a apreensão de uma transformação, de um movimento. É nesta direção que afirmamos que a subjetividade é um processo que excede o modo-sujeito no qual somos constituídos; ela é índice de um inacabamento produtivo aberto *a todos os devires*. Considerando esse inacabamento, a memória pode dar consistência a movimentos ativos ou autônomos na produção do cuidado de si e do outro.

Acompanhar processos de produção de saúde pública tem sido a aposta e o desafio metodológico da Humanização/PNH, que entende que a produção social da saúde é inseparável de processos de produção de subjetividade, ou seja, que ela não se dá sem a produção de sujeitos capazes de cuidar de si e dos outros. É nesta convocação – a criar outros modos de estar nos verbos da vida – que reside a força ético-política de uma política de formação e da memória como um de seus dispositivos/método.

Na cartografia, falamos de um método como “um caminhando”, como um acompanhamento do processo em seus percursos e percalços, em meio ao qual, e no qual, ele mesmo se inscreve, sofre desvios e perturbações. O método, sob este aspecto, é pensado como um conjunto de regras facultativas (FOUCAULT, 1985) que possibilitem

um trabalho constante voltado para a precisão, para a constituição conceitual, para a análise do misto (atual e virtual) presentes num campo problemático. Assim, o que buscamos como matéria de análise são os “movimentos-acontecimentos” (FOUCAULT, 1979) que produzem uma realidade dinâmica e complexa e, ao mesmo tempo, são por ela produzidos. Toda produção de realidade é dinâmica, complexa e efeito de uma dispersão de movimentos-acontecimentos que, em seus efeitos e conexões, expressam o campo problemático no qual se inscreve. O campo problemático nos permite analisar os acontecimentos em seu misto, ou seja, naquilo que portam como atualização de visibilidades, dizibilidades e expressão no estado de coisas e no que enunciam como virtualidades produtoras de estranhamentos, rupturas e inflexões que provocam alterações e ampliam a sensibilidade aos regimes de visibilidades e expressão instituídos em modos de ser, fazer e sentir a realidade. Vemos, então, que o próprio processo de formação é convocado a esta experimentação problematizadora da química do mundo, para nela, e com ela, acompanhar seus jogos, seus rastros de circulação, fazer sua cartografia.

Abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui. Se apostamos em processos de formação potencializadores de movimentos de autonomia e de mudança nas práticas vigentes no SUS, tal aposta somente terá efetividade se esses movimentos estiverem conectados com os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários, levando em conta os seus territórios – seja como espaços concretos de vida, seja como plano existencial de engendramento e fruição das potências do vivo. Nessa compreensão, a noção de formação que objetivamos afirmar implica ações e metodologias ascendentes, engendradas num processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos, e se confronta diretamente com a instituição – especialismos atualmente característicos de muitos processos. Modos de formar, modos de trabalhar e modos de subjetivar são processos coletivos inseparáveis, ainda que distintos. (BARROS, 2003).

O curso da Cidade de Deus, Rio de Janeiro

Pretendemos apresentar a utilização da memória no processo de implementação e acompanhamento do “Curso de Formação de Agentes Sociais como Apoiadores no Território” (Ministério da Saúde / Política Nacional de Humanização) realizado no Rio de Janeiro, para moradores da comunidade de Cidade de Deus.

Esse curso,¹ realizado no período de outubro/2007 a fevereiro/2008, se construiu a partir da demanda dos movimentos sociais e inaugurou uma parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/SAS/PNH e movimentos sociais ligados à Saúde e Educação na Cidade de Deus, mais especificamente, o Grupo Alfazendo e o Comitê Comunitário Cidade de Deus. Tal parceria resultou na realização de um curso, voltado para moradores da comunidade que tinham habilitação como auxiliares e técnicos de enfermagem.

A articulação entre poder público e as redes/movimentos sociais foi uma demanda² que se produziu nos percursos do trabalho e veio ao encontro do que se configurava como temática prioritária da Política Nacional de Humanização (PNH/MS) em 2007. As

¹ O curso aconteceu aos sábados na própria comunidade, na sede do Alfazendo, com uma carga horária de 100 horas, sendo 64 presenciais e 36 de atividades de dispersão (estudo e intervenção). Formou 30 agentes sociais na comunidade. Os encontros temáticos presenciais foram de oito horas cada e foram realizadas algumas rodas de conversa com o grupo antes do início do curso, para análise da demanda e pactuação do funcionamento.

² A demanda emergiu de um reencontro, num colóquio sobre movimentos sociais realizado na Universidade Federal Fluminense, entre a professora do Departamento de Psicologia Claudia Abbês Baêta Neves, à época também consultora e coordenadora do Humanizaus/Rio, e uma líder comunitária da Cidade de Deus.

rodas de conversa com os militantes do movimento Alfazendo e do Comitê Comunitário local, para análise e pactuação da demanda, foram produzindo inflexões nos modos de fazer das políticas de formação vigentes experimentadas, tanto pelos militantes quanto pelos consultores da PNH, produzindo como objetivo do curso formar agentes sociais no âmbito da Política Nacional de Humanização capazes de articular/fomentar redes locais de participação e intervenção no desenvolvimento das ações de saúde no território.

A experiência possibilitou a construção de metodologias participativas e avaliações emancipatórias que fortaleceram o protagonismo dos trabalhadores/usuários. Teve como propósitos principais: fomentar no processo de formação a leitura e apreensão da realidade de saúde local, compreender a dinâmica de funcionamento das práticas de saúde nas unidades do entorno e analisar os processos instituídos de gestão e atenção nas unidades locais, a fim de potencializar a construção de redes e movimentos de mudança nas práticas de cuidado e de gestão. Uma das principais finalidades desse processo de formação-intervenção foi a construção de ações de fomento ao protagonismo dos sujeitos-trabalhadores-moradores da região, participando ativamente do mapeamento coletivo das situações-problema e da elaboração de “planos de intervenção” de desenvolvimento local. Ao se implicar com o (re)conhecimento da realidade, implica-se também com uma “outra atitude”, modificando a forma de participação da rede social nas unidades e buscando a construção de rede com os serviços.

Nesse processo de formação, a equipe HumanizaRio³ apostou num “modo de fazer” coletivo para a construção dos instrumentos de acompanhamento do processo, buscando aumentar o grau de corresponsabilidade dos sujeitos que se formavam como apoiadores e fomentar sua autonomia e protagonismo. A metodologia do curso foi proposta, detalhada e pactuada no primeiro encontro com o grupo de participantes/alunos. O desenvolvimento do processo de formação englobou: rodas de conversa, para análise da demanda e pactuação do funcionamento do curso; módulos temáticos quinzenais, organizados com momentos de exposições dialogadas; problematizações a partir da realidade local e dos temas abordados; e construção coletiva de propostas de ação, agregando-se referenciais e instrumentos avaliativos. Os planos de estudos e de intervenções foram desenvolvidos contando com encontros complementares e de dispersão, a partir de atividades de campo, nas quais os alunos fizeram exploração do território e visitas às unidades de saúde, com análise da realidade e conhecimento das demandas locais.

Os encontros/módulos temáticos pautavam a saúde-cuidado-organização do sistema como objeto de análise, cruzando reflexões sobre as situações dos serviços e a inserção dos próprios agentes-apoiadores como trabalhadores, usuários, sujeitos. Partindo-se da máxima da Análise Institucional Socioanalítica, “transformar para conhecer a realidade”, as atividades do curso foram entendidas como dispositivos de problematização das experiências em saúde, visando a ampliação e compartilhamento de experiências, no sentido da produção e fomento das redes.

A metodologia participativa apostou na transversalização da comunicação, de forma a garantir que as diferenças e divergências pudessem produzir tensões e problematizações necessárias à diferenciação/transformação no processo de formação. O objetivo era que os agentes-profissionais de saúde extraíssem de suas vivências e experiências os elementos disparadores de estudo e reconhecimento/investigação da

³ A equipe era constituída por Claudia Abbês Baêta Neves (coordenadora do HumanizaRio e do curso), Serafim Santos Filho (cocoordenador do curso e consultor da PNH) e pelas consultoras da PNH Monica Roza e Laura Gonçalves. Da parte da Cidade de Deus, a co-coordenação do curso foi realizada por Iara Regina da Silva Oliveira (Alfazendo) e Lizete Martins da Silva (comitê comunitário).

realidade, ao mesmo tempo em que pudessem intervir nessas realidades, tomando por referência a PNH e seus dispositivos.

Baseando-se nos princípios da “avaliação formativa”, desenvolveu-se uma proposta de acompanhamento sequencial das atividades e planos de intervenção, com dois focos principais: (i) subsidiando a adequação e consistência dos planos quanto à capacidade de se colocarem como propostas de encaminhamento de situações-problema (da realidade local) e (ii) norteando uma articulação concreta com os dispositivos da PNH, entre outros, acompanhando os modos como os “alunos” se apropriavam dos princípios e diretrizes da Humanização em Saúde.⁴

A *memória* passou a ser um registro produzido coletivamente e refletindo todo o processo vivido no percurso da formação. Nesse sentido, criou-se um movimento contínuo de *validação das memórias* de cada encontro movimento incorporado como estratégia de acompanhamento de todo o processo e que possibilitava que o acompanhamento fosse vivenciado/experimentado pelo próprio grupo, corresponsabilizando-se com um olhar avaliativo sobre o seu fazer-aprender. Através desse exercício de registrar e “revisitar” o que havia sido discutido no encontro anterior, os próprios alunos-apoiadores percebiam tanto os movimentos de variação dos sentidos que a “humanização da saúde” ia ganhando e que ali já se apresentavam, como também as variações produzidas entre um encontro e outro. Articulando essas compreensões com as possibilidades concretas de ações no cotidiano, a própria discussão gerada no processo de validação da memória possibilitava maior consistência e adequação dos planos de intervenção, bem como a articulação concreta desses planos com os princípios da PNH. Queremos mostrar que essa forma de metodologia participativa de acompanhamento já é em si mesma uma estratégia de fortalecimento das redes locais de saúde. Na tessitura da memória fabricada coletivamente, um processo coletivo de produção de subjetividade também é fabricado.

A validação da memória e o método cartográfico

A estratégia metodológica da *validação da memória* foi uma tarefa realizada pelo grupo desde o primeiro encontro. Tratava de dar validade ao relato por escrito dos acontecimentos do dia. Validamos primeiramente o “chamado” de parceria para realização do curso como luta do movimento social para o desenvolvimento local, refletindo o desejo de “ser semeador de humanização na Cidade de Deus”. A seguir, foi-se validando a memória de cada encontro, com os temas abordados, as questões levantadas no debate e os encaminhamentos propostos.

A *validação da memória* serviu de instrumento de acompanhamento do curso, ao mesmo tempo em que serviu de validação para o próprio curso, ocorrendo a cada encontro, no início do dia de trabalho. Funcionou como um dispositivo, pois promoveu intervenções no grupo, além de configurar-se como um momento em que o próprio curso era criado coletivamente. Foi utilizada como instrumento de apreensão do processo do curso, pois refletia os entendimentos, impasses, queixas, decisões, mudanças no grupo,

⁴ Os princípios da PNH são a indissociabilidade entre atenção e gestão, a transversalidade e a produção de autonomia e protagonismo dos sujeitos. Suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da: 1) Clínica Ampliada; 2) da Co-gestão; 3) do Acolhimento; 4) Valorização do processo de criação no trabalho e da Saúde do Trabalhador; 5) da defesa dos Direitos do Usuário etc. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando a promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão: 1) Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); 2) Colegiado Gestor; 3) Contrato de Gestão Participativa; 4) Carta Direitos dos Usuários; 5) Ouvidoria; 6) Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST); 7) Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); 8) Equipe Transdisciplinar de Referência; 9) Projetos Co-geridos de Ambiência; 10) Gerência de porta aberta; 11) Classificação de Riscos; 12) Visita aberta.

bem como os caminhos traçados e ajustados pelo próprio (per)curso. Pelo fato de ser uma memória, e inicialmente um registro do ocorrido no último encontro, esse instrumento fez operar uma experiência de estranhamento no grupo a partir da repetição dos sentidos dos enunciados anteriormente expressos. Estranhamento este entre o sentido que foi dado a um tema no último encontro e o novo sentido que no dia da validação apresentava-se para cada um. Durante a validação, a memória era (re)construída coletivamente e nela eram valorizadas, então, as falas do grupo que revelavam processos de transformação nos sentidos que a “humanização” ganhava ao longo do curso. Foram destacados os sentidos que lançavam problemas, questionavam a realidade, mais do que aqueles que refletiam queixas e revelavam uma atitude de reconhecimento da realidade. Enfatizando os primeiros sentidos, criou-se uma estratégia construtivista numa certa política cognitiva.⁵ A função que a estratégia de validação das memórias ganhou no percurso fez com que ela se tornasse, pela força da experiência, um instrumento de destaque.

Aprofundando a discussão da *memória* como *método* e como *dispositivo*

Do ponto de vista operacional, os registros de memórias eram realizados a cada encontro do curso. Precedendo a oficina temática do dia, o grupo participava de um momento de *construção/validação da memória* do encontro anterior. Sendo uma estratégia de planejamento, acompanhamento e avaliação do/no curso, o grupo (em duplas diferentes a cada vez) construía uma *memória* do último encontro, cumprindo com isso uma função de registro do que se passou. Essa *memória* construída era *validada* no grupo, ou seja, ao ser apresentada, deveria contar com a concordância ou não do grupo acerca do relato e incluir modificações debatidas naquele momento coletivo, na forma de uma oficina de validação.

Na experiência desse curso de formação, a memória foi tomada num duplo distanciamento de seu sentido mais tradicional e aparece relatada aqui como método e como dispositivo, assim tendo sido articulada nas/com as oficinas que fizeram parte da dinâmica de formação.⁶ Nessa articulação, também demarcamos dois pressupostos: dos momentos de *validação de memória* como estratégia de um método cartográfico e da existência de uma primordial interface entre a cartografia e a memória.

A cartografia foi praticada no curso em experiências de oficinas em grupo. Seleccionamos aqui uma das oficinas temáticas para demarcar/ilustrar sua articulação com a utilização da memória em seu duplo papel (de método e dispositivo). A oficina de humanização da assistência materno-infantil foi conduzida por uma consultora da PNH que pediu ao grupo que fizesse uma roda, colocando um grande pedaço de papel no chão e tomando como desafio discutir a saúde materno-infantil a partir da dupla experiência do grupo na função de usuários e profissionais de saúde. Ampliando as questões relativas à saúde da mulher e da criança, ela propôs construir uma linha da vida a partir do nascimento de uma menina, e “recheiar” o caminho dessa linha com pontos importantes da vida cotidiana. Esses pontos podiam partir de transformações ou inquietações experimentadas nas diferentes fases da vida. A linha foi construída pelo grupo e desenhada no papel a partir de relatos de experiências e conversas entre todos. Junto

⁵ O conceito de política cognitiva busca evidenciar que o conhecer envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo, um *ethos*. Expressa ainda a ideia de que o mundo não é dado, mas efeito de nossa prática cognitiva, construído com ela e pode se tornar uma atitude encarnada de uma certa maneira de estar no mundo, de habitar um território existencial e de se colocar na relação de conhecimento (cf. KASTRUP; TEDESCO; PASSOS, 2008).

⁶ Algumas dessas reflexões foram construídas com o grupo de estudos *Limiar* do departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, que vem estudando e produzindo relatos de pesquisa sobre o método cartográfico e com o qual compartilhamos essa experiência.

com essa construção, a consultora propôs pensar como essas fases estão implicadas nos serviços de saúde e como vem se construindo essa atenção, já que nem sempre foi do mesmo jeito.

Construindo uma linha não reta da vida, o grupo simbolizou o nascimento da menina por uma estrela, e dentre muitas características do nascimento até a idade de dez anos, quando a linha da vida da menina chegou à primeira menstruação e a questões da sexualidade, um sentido chamou especial atenção do grupo. Alguns expressaram que a idade da menstruação era um momento arriscado, pois era um momento em que a “sem-vergonhice” das mulheres surgia e a menina corria o risco da gravidez e da prostituição. E que por isso a menstruação ficava sob o olhar controlador das mães. Integrantes do grupo com a função de acompanhar/cartografar a formação questionaram: ocorre “sem-vergonhice”? O que é “sem-vergonhice”? O grupo se pôs a problematizar esse sentido, indo ao encontro de sua criação e de questões relativas à inocência, ao desejo, à culpa, à violência, à educação, à saúde e ao cuidado. O grupo repensou a fala da “sem-vergonhice” e construiu a ideia de que o início da sexualidade pode vir junto com a dificuldade em lidar com o assédio, com o próprio interesse sexual, com a estimulação hormonal... E que o início da vida reprodutiva se mistura com sintomas de saúde vida afora: dificuldades, preconceitos, perda da inocência, estimulação precoce. Questões importantes para profissionais de saúde que encontrariam as mais diferentes situações envolvendo a sexualidade, principalmente na atenção materno-infantil. Afinal, como é possível praticar o acolhimento necessário ao cuidado da mulher, menina, ou criança, se o profissional se conduz por preconceitos?

A linha da vida continuou a ser construída pelo grupo e a menina se tornou mulher e mãe. A oficina seguiu sempre articulando os momentos da linha da vida da mulher com as práticas em saúde, alertando o grupo para a necessidade de cuidado, e não de julgamento, e para situações que revelam que o modelo de atenção à saúde da mulher ainda é violento e fragiliza as mulheres. No momento de *validação da memória* dessa oficina, o grupo se deparou com a expressão “sem-vergonhice” e experimentou um estranhamento: “*dissemos isso?*” A validade da memória foi então questionada.

O estranhamento que a *validação da memória* causou parece indicar que ela se configurou nesse caso como um dispositivo. A designação *validação da memória* nos convoca a um certo esforço. Dada a ambiguidade que tal proposição impõe, dispara um duplo sentido: (i) a memória é validada, (ii) a memória é aquilo que valida. O dispositivo se configura numa articulação entre os dois sentidos. Validar a memória é tornar verdadeiro o registro da experiência (a memória da experiência). Nesse dispositivo assim montado, a memória é validada ou a memória é o que valida? Num certo nível do dispositivo a memória é validada, e esse é o procedimento: verificação do registro. Porém, no estranhamento (“*dissemos isso?*”), o dispositivo indica que se a *validação da memória* é a memória sendo validada, a memória nunca é validada. Se observarmos isso, o que podemos chamar de memória e de que memória se trata? Acompanhando o dispositivo, temos dois sentidos para a memória: temos a dimensão de registro da memória, que é validada, e ao mesmo tempo temos uma dimensão da memória que não é validada. Que dimensão é essa que o grupo não valida? No caso do grupo, a memória de registro é “sem-vergonhice”, uma memória representacional, sustentada aqui pelo registro. E essa memória, por definição, no dispositivo, não é validada. O que o dispositivo revela quando não valida essa memória, senão um outro sentido de memória? Essa outra memória não é a que vai ser validada, mas a memória que valida (“*dissemos isso?*”).

O dispositivo, a memória e a cartografia

Retomando a relação entre a memória e a cartografia, vimos que o dispositivo *validação da memória* se mostrou como instrumento para acompanhar um devir do percurso. No primeiro caso, a memória é o registro e aí não temos o percurso. Quando nos deparamos com o estranhamento, vemos que só é possível estranhar porque aquele que ouve isso não é mais aquele que disse isso. O dispositivo serve a uma cartografia sendo capaz de acompanhar um percurso. O percurso e a memória estão em estreita relação. O método, ao acompanhar o percurso, contribui para a produção de quem percorre. Esse grupo de hoje não é mais o grupo de ontem porque “passou” pelo dispositivo. Aquela que estava na roda se espantou, se ouviu falar, ouviu os outros, olha pra aquilo e diz: “eu”? No segundo caso, o dispositivo é aquilo que valida, mas valida o quê? Parece algo que só pode ser validado pela memória, aquilo que se dá no tempo, uma processualidade, um reposicionamento subjetivo. É interessante trazer aqui uma outra dimensão da validação da memória, olhando-a numa perspectiva avaliativa, isto é, o “movimento de validação da memória” pode também ser compreendido como uma fonte-indicador vivo de verificação das mudanças sofridas pelos sujeitos quanto aos seus posicionamentos/attitudes, indicando alterações em sua capacidade de análise das situações e em seu jeito de enfrentamento de tais situações; em outras palavras, indicando mudanças no seu grau de autonomia.

O grupo era constituído, em sua grande maioria, por mulheres que já trabalhavam como auxiliares de enfermagem ou que estavam concluindo a formação. Muitas falavam da insegurança em exercer a profissão e das preocupações com o fazer que tinham escolhido. Por outro lado, nos momentos de discussões iniciais, tinham muita dificuldade de fazer as reflexões, incluindo o fato de serem agentes de saúde e acabavam expondo seus pontos de vista desde o lugar de usuárias da rede – e, mais do que isso, muitas vezes de um lugar de queixa. A discussão possibilitada pela temática da saúde da mulher fez com que elas se vissem diante de uma situação de exclusão e, assim, de não-cuidado, já que o cuidado é pensado como produção de inclusão no processo de produção de saúde.

A inclusão à qual nos referimos na Política Nacional de Humanização diz de uma aposta no protagonismo e na autonomia. Autonomia e protagonismo não entendidos como autossuficiência ou independência, mas como capacidade de criação de regras com o outro, conforme as diversas situações enfrentadas na vida (KINOSHITA, 1996). Quanto mais vínculos e maiores as redes de relações que estabelece, maior sua autonomia. Nesse sentido, o cuidado é sempre um cuidar-se, cuidar de si, sendo o “si” sempre a relação (FOUCAULT, 1985; 2004). Daí decorre a afirmação política da inseparabilidade entre produção de saúde (cuidar) e produção de subjetividade (si). Inseparabilidade entre o si do cuidar e aquele que cuida. O que queremos afirmar é que, nessa convocação ao protagonismo, é disso que deriva o cuidar. Protagonismo é efeito do cuidar, mas o cuidar deriva disso: de um reposicionamento na relação de poder. O cuidar se passa, ao mesmo tempo, entre os sujeitos e no entre as multiplicidades que constituem a nós e às coisas. Se o cuidado se dá “entre”, na relação entre um e outro, então o cuidado se faz *com* e não *sobre* o outro. O que se destaca é a relação, o compartilhamento. A clínica passa por um e outro, pressupõe desvio, sair do lugar, mudança nas relações entre sujeito e objeto, desfazendo a dicotomia entre sujeito e objeto (BARROS, 2007), entre aquele que cuida e aquele que é cuidado.

De como essas articulações podem sustentar inovações nos processos de formação

Por muitos lugares/espacos encontramos uma clínica degradada, onde o cuidar se faz numa relação de sujeição e esse modo de cuidar vem sendo *ensinado* como sendo o

tipo ideal de relação estabelecida entre o trabalhador da saúde e o usuário, (re)produzindo a fragmentação dos saberes e práticas em saúde. A proposta de formação nesse modelo tradicional reproduz a mesma relação de poder apontada na relação do cuidado na clínica degradada, pois toma aprendizagem como ação que se dá entre um sujeito-emissor e um objeto-receptor.

A formação profissional no campo da saúde ainda está hegemonicamente centrada nos princípios de uma cultura técnico-científica disciplinar e parcelada que privilegia a transmissão, o acúmulo e a aplicabilidade de conteúdos por categoria profissional e a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos. Desse modo, a prática é entendida como mera aplicação do conhecimento no qual a competência se torna um atributo individual vinculado ao domínio de conhecimentos e habilidades. Essa perspectiva se expressa em modelos de formação profissional, capacitações e treinamentos pautados em metodologias tradicionais, descendentes e abstratas, “desencarnadas” dos desafios cotidianos do processo de trabalho e suas interpelações. Nessa direção, (re)produz estilos de cuidado e gestão que, na prática, consideram como objeto tanto os usuários e sua experiência/inserção comunitária, quanto os trabalhadores dos serviços de saúde. Esses modos de funcionamento atualizam uma política de formação em saúde que reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centram no desempenho de cada categoria profissional e em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho. Segundo Ribeiro e Motta (2006, p. 26):

Em seus cursos de atualização, os profissionais são elevados ao paraíso do “como deveria ser”, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se veem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido. Na prática, a teoria é outra. {...} É este mesmo conhecimento, no entanto, que lhes confere uma autoridade profissional que usam como recurso frente ao paciente e que, [...] impediu na prática até hoje uma discussão em profundidade da maneira como o trabalhador e o profissional de saúde aprendem, mas o que é tão ou mais importante: a reinterpretação da natureza dos contratos ou formas de relacionamento que se estabelecem entre o médico e o paciente e entre a população e os serviços de saúde.

Desse modo, entendemos que não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas, principalmente, indicar modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam num *ethos* de indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar. Outrossim, requer entender a formação como “atitude” transdisciplinar, ou seja, em sua potência de produzir aberturas a novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressam a multivetorialização nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde. Essas práticas se materializam na relação entre os sujeitos envolvidos *na* e *com* a construção do cuidado, nos modos de acolher, de gerir, de fazer a escuta, de compartilharem saberes e diferentes modos de estar nos verbos da vida (viver, trabalhar, sentir e perceber o mundo). O uso coletivo da *memória*, tomada como fio condutor desses processos de formação, e explorada em sua função como dispositivo, contribui para fazer incluir o cotidiano dos sujeitos – em suas experiências de vida-trabalho – como eixo transversal e norteador de todo o processo de formação. Por outro lado, permite a produção e visualização de sinais “não-tradicionais” de aprendizagem, sinais que interessam como indicativos de alteração da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos.

Cabe ressaltar que a interferência nos modos de formar, cuidar e gerir implica a construção de redes que potencializem movimentos de mudança, por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos. Como sinaliza Barros (2005, p.

4): "É no entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível". Assim, os processos de formação em saúde têm necessariamente que decidir com que movimentos se aliam, com quais movimentos inventam, quais intercessões querem fazer com as políticas públicas e com um outro *ethos* nos modos de construir políticas públicas. É impossível pensar em práticas profissionais que não estejam imediatamente comprometidas com o mundo, com o país que vivemos, com as condições de vida da população brasileira, com o engajamento na produção de saúde que implique a produção de sujeitos autônomos, protagonistas, copartícipes e corresponsáveis por suas vidas.

Nos processos de formação em saúde, a aposta é numa perspectiva de intervenção que se afirma na indissociabilidade entre invenção de si e de mundo. A produção de conhecimento, de interferência nas práticas de atenção e gestão, a produção de saúde e a produção de sujeitos se fazem de modo indissociável. A interferência nos modos de cuidar e gerir através da formação implica a construção de redes que potencializem movimentos de mudança, por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos e da experiência concreta dos coletivos incitando a criação de outros possíveis, mantendo a tensão entre problematização e ação (HECKERT; NEVES, 2007). Desfaz-se assim também a oposição entre teoria-prática, estudo-intervenção, e o processo de formação funciona como dispositivo de intervenção nas práticas de produção de saúde.

Ao tomarmos a própria formação como dispositivo, afirmamos sua potência de produzir efeitos de sentidos variados. Monta-se o dispositivo, ele é posto a funcionar e a produzir um tornar-se. Na experiência vivida num dos momentos de validação da memória, o funcionamento do dispositivo possibilitou que os alunos-sujeitos saíssem da posição de pacientes, desse lugar passivo para um lugar ativo de quem cuida, e se implicassem com um "cuidar de si", seja como trabalhadores/agentes de saúde ou como usuários do SUS. Por isso entendemos que o estranhamento experimentado por eles é indicativo desse processo de reposicionamento subjetivo que na clínica é fundamental. O que poderia ser um vetor do cuidado do usuário em direção ao cuidador – como aquele que produziu e é causa do cuidado, detendo assim essa função – não se confirma, pois o cuidador também experimenta um reposicionamento, deixando de permanecer no lugar de cuidador; ele também experimenta uma variação no encontro. O usuário torna-se ativo no processo de cuidado de si e o cuidador passa a ocupar novos lugares. A *validação da memória* como dispositivo promove isso – a experiência de um fluir em conjunto, daí a produção de saúde coincidir com a produção de subjetividade. A partir da experimentação do usuário como protagonista na produção do cuidado, o próprio sentido de cuidador deriva, passa a devir outra coisa.

Uma questão ético-metodológica do fazer

Retomemos novamente a oficina explorada neste texto (com o tema da saúde da mulher e criança) para finalizar as articulações que estão sendo feitas. Ao montar o dispositivo, uma questão ética é colocada. O dispositivo pode disparar e dispara muita coisa. Diante disso, qual o posicionamento daquele que propôs o dispositivo ao destacar o sentido "sem-vergonha". O dispositivo dispara e, no entanto, no relato, um signo foi pinçado, que certamente não é o signo, e sim *um* signo. Como tal signo foi eleito como signo problemático? Para tal pergunta, alguns clínicos respondem a partir da posição de neutralidade.

Fica a questão: qual é o balizamento? Afirmamos que o balizamento é ético-político. O signo problemático pinçado é aquilo que no processo, pensando o processo

como um rio, como um fluxo, é *pedra*, e provoca represamento, contenção, aquilo que é índice de assujeitamento. O sentido de “sem-vergonhice” produzido pelo grupo é índice de assujeitamento, na medida em que tal sentido submete as diferentes experiências das meninas e das mulheres a um único sentido moral. E, neste caso, o sentido foi dado e experimentado pelo grupo, e pode provocar problematização: pois então é toda experiência da sexualidade feminina uma experiência de sem-vergonhice? Podemos dizer que é do próprio grupo que surge “uma *pedrada*”, o assujeitamento é expresso pelo grupo que “apresenta a pedra e ao mesmo tempo sente a pedrada”. Ela retorna ao grupo, em sua maioria composto mulheres, que passa a avaliar suas experiências, que sentem que a produção de si (como sem-vergonhas) vem de forma correlata à produção do mundo (mulher é sem-vergonha). Acompanhamos um coletivo que sofre justamente dos pontos de vista que encarna, e dos territórios de existência que habita como se fossem dados assim desde sempre e imutáveis. É função do cartógrafo colocar esses dados em questão, e para tal ele não se baseia em conhecer algo e desenvolver sobre algo um ponto de vista, e sim em cuidar. Nem é tampouco conhecer para cuidar, mas “cuidar como forma de conhecer” (EIRADO; PASSOS, 2009).

O balizamento ético-político do cartógrafo, daquele que acompanha o processo, está na capacidade de ouvir o grupo, entendendo ali o que é movimento de estranhamento, desvio do que represa e que faz passar por entre a(s) pedra(s) outros fluxos, que é de novo um *rio*. De repente alguma coisa no grupo obstaculiza a grupalidade. O dispositivo é montado de tal maneira que, quando se vai validar o registro, o que se estranha ali é a pedra. Uma vez recebida a pedrada, como se caminha? É suficiente dizer que o dispositivo transforma e que transformar basta? Toda transformação é boa?

Para avançar na questão, é preciso retomar a proposição inicial de que a memória comparece como método e como dispositivo. E é exatamente porque temos que afirmar que o método é cartográfico, seguindo suas pistas, que o cartógrafo acompanha o processo. Ao disparar o dispositivo, assume-se a atitude cartográfica de acompanhar, pois certamente o dispositivo dispara muitas coisas para todos os lados e o resultado pode ser um novo assujeitamento. Assumindo que não há garantias prévias dos percursos do processo, a atitude metodológica de acompanhamento deve estar presente continuamente, pois certamente também comparecem movimentos que se conectam com funcionamentos morais, prescritivos (autoritários ou preconceituosos) e cristalizadores dos fluxos de invenção dos modos de vida. Diante disso, somos levados à questão: qual o estatuto do cartógrafo? No caso em destaque, ele percebe alguma coisa e aponta que assim não dá para cuidar.

Desdobrando esta questão, seguimos as pesquisas de Natalie Depraz, Francisco Varela e Pierre Vermesch (2003), que buscam tratá-la a partir do método da suspensão, a *epoché*.⁷ Os autores vão pensar este método como a construção de uma atenção como atitude de abertura ao que vem do encontro, para além e aquém do que se busca ou se atualiza em formas, falas e focos que se quer dar. Trata-se de uma atitude que convoca em nós, não um tempo de busca ou mesmo uma passividade, mas uma suspensão da atenção como exercício de desvio do que tradicionalmente caracteriza em nossas intervenções uma busca de representação dos processos a partir das formas, expressões e gestos que se atualizam na realidade. O que acessamos nesta experimentação é experiência em seu fazer-se e não apenas o experimentado (aquilo que na experiência se

⁷ *Epoché* é uma palavra grega que Husserl vai utilizar para descrever uma atitude ou uma operação de suspensão da crença do/no mundo. Para o autor, só há como chegar ao sentido das coisas quando é suspensa a crença no mundo. Suspender a crença no mundo é garantir o que ele chama de *emergência do fenômeno no campo da consciência* (cf. DEPRAZ; VARELA; VERMESCH, 2003).

estabiliza como registro, como resíduo). No dispositivo aqui apresentado, encontramos duas dimensões da memória, como registro e como processo, e o dispositivo oferece condições para uma *epoché* (condições de suspensão do ponto de vista do observador, mantendo a capacidade de observação): suspende-se a crença no registro, cria-se um estranhamento e se faz comparecer uma outra dimensão, a da experiência mais experiencial (mais elemental) que aparece como processo, segunda dimensão da memória.

Um primeiro movimento da *epoché*, ou o que os autores chamaram de *on becoming aware* (devir consciente), segue a providência que é a de suspender. Suspensão da crença, “ato que pressupõe um redirecionamento da atenção que estava habituada à direção que é a do ponto de vista do observador” (EIRADO; PASSOS, 2009), que é a do ponto de vista do pesquisador, que no caso é a do ponto de vista do cuidador, ou seja, que é a do ponto de vista (o sujeito olhando para algo). Nessa atitude habitual, fica-se no lugar do sujeito que olha para o outro. Seguindo a operação da *epoché*, ao invés de olhar para o outro, se redireciona o olhar, e acompanhamos o grupo fazer um movimento de retorno a si, o grupo avalia sua própria experiência. Como segundo movimento, encontramos o *letting go*. Deixar vir, não fazer censura. Quando se faz um redirecionamento, quando se sai do lugar de observador, da perspectiva de terceira pessoa (sujeito-objeto; analista olhando o analisando, pesquisador olhando para o fenômeno) e deixa vir, o que advém? O que advém é da ordem da experiência impessoal, e se é o grupo que faz isso, o que adviria é a grupalidade, é a dimensão processual do grupo. Não é o grupo enquanto registro, não é o grupo enquanto forma, enquanto identidade, enquanto grupo assujeitado, mas vemos surgir uma outra dimensão que habita esse grupo, que se abre para o que não era, para o que ele virá a ser, dado ali em potência, porém não atualizado, pura potência. Dimensão que se apresentou com o estranhamento. Tendo o grupo compartilhado e questionado o sentido de sem-vergonhice, já no encontro posterior não o considerava mais adequado, não o reconhecia mais, havia derivado dele e o estranhamento se expressou (*dissemos isso?*). Mundo e sujeitos se transformaram, e essa é uma condição para que novos modos de cuidado e de estar nos verbos da vida sejam construídos, constituindo-se tais processos (de produção de saúde e de produção de subjetividade) como inseparáveis. Ali, naquele grupo formado em sua maioria por mulheres, uma potência crítica comparece, que só se aciona quando se registra o signo “sem-vergonhice”. O *deixar vir* se mostra como atitude de acolhimento do que está vindo e que é a pura virtualidade do grupo (coletividade para além e aquém da soma dos indivíduos, impessoalidade, dimensão do comum que, no entanto, não pertence a ninguém). O grupo, tal como ele era, já não é. Emerge uma impessoalidade/coletividade que é o comum do grupo na forma de linhas de variação da vida que abrem possibilidades de rompimento com o assujeitamento, variação que é ao mesmo tempo potência de coletivização, função atratora que reposiciona o grupo.

Tomar a memória como método/dispositivo de formação-intervenção é entendê-la como condição para percorrer um processo no qual ser (existir, viver), conhecer e fazer (intervenção) estão imbricados. A cartografia é, assim, método e direção ético-política, modo de fazer comprometido em tomar o percurso (dos processos do viver, do conhecer e do fazer) como processo a ser acompanhado. Direção ético-política no que diz respeito à posição/implicação do cartógrafo com a produção de saúde pública, produção do comum, que não ignora que é preciso um reposicionamento no modo como os sujeitos se fazem presentes nas experiências de cuidado. Acompanhar esses processos é uma prática que a PNH vem realizando de forma articulada a princípios que afirmam que a produção da saúde não se dá sem a produção de sujeitos e coletivos capazes de cuidar de si e dos outros, que tenham ampliados seus graus de autonomia e protagonismo nas práticas coletivas de fazer saúde.

A prática da cartografia fez da formação um modo de intervenção na qual é o cuidado a experiência que sustenta o conhecimento, na concepção de que é intervindo (cuidando, produzindo desvio diante do que represa o fluxo da vida) que se produz o conhecimento necessário para a transformação das práticas no SUS na direção de uma incorporação de seu sentido público, comum, e de uma política de humanização que se faz e se sustenta em sua potência de experimentação e de obra aberta.

Referências

- ABBÊS, Claudia; SANTOS FILHO, Serafim. *Proposta de Curso para Formação de Agentes Sociais como Apoiadores no Território, no âmbito da Política Nacional de Humanização/PNH*. Rio de Janeiro, 2007.
- BARROS, Regina B. de. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BARROS, Regina B. de; PASSOS, Eduardo. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E. et al. (Org.). *Pistas do Método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- BARROS, Regina B. de; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005a.
- _____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.
- BARROS, Regina B. de; KASTRUP, Virgínia. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E. et al. (Org.). *Pistas do Método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- DEPRAZ, Natalie; VARELA, Francisco; VERMERSCH, Pierre. *On becoming aware*. A pragmatics of experiencing. Amsterdam: John Benjamins Publishing, 2003.
- EIRADO, André; PASSOS, Eduardo. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E. et al. (Org.). *Pistas do Método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: _____. *Ética, sexualidade, política*. Ditos & Escritos, v. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade III*. O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GUATTARI, Félix. Psicanálise e transversalidade. In: _____. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- HECKERT, A. L.; NEVES, Cláudia A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- KASTRUP, Virgínia. O método da cartografia e os quatro níveis de análise. In: CASTRO, L. B.; BESSET, V. L. (Org.). *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. Rio de Janeiro: Nau, 2008.

KASTRUP, Virgínia, TEDESCO, Silvia; PASSOS, Eduardo. *Políticas da Cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2008.

KINOSHITA, Roberto T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. *Vivência*, n. 32, p. 1-27, 2007.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, supl. 1, p. 503-514, 2009.

NEVES, C. A. B. Processos de formação profissional em tempos de biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. Projeto de Pesquisa (Pós-Doutorado), 2009.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. Educação Permanente como Estratégia de Reorganização dos Serviços de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 00, p. 24-30, 1996.

SANTOS FILHO, S. B. *Estimativa rápida de (re)conhecimento de território/espços sociais/realidade local: eixos para discussão sobre diagnóstico de saúde e intervenções em comunidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Direito e usuários em saúde: três representações sobre a relação entre a forma e a alma

FELIPE DUTRA ASENSI

Introdução

É possível “ler” a trajetória da saúde no Brasil tomando como referencial a concepção de György Lukács a respeito da alma e a forma. A perspectiva de Lukács parte de uma ideia de tensão entre a forma e a alma, o que revela o contraste entre os modelos ideais e a experiência concreta na vida dos indivíduos em sociedade. O direito, enquanto campo de saberes e práticas nos quais se insere o usuário do sistema de saúde, também pode ser pensado à luz da contraposição entre normas jurídicas abstratas e ações concretas desenvolvidas pelos atores em suas interações sociais. Portanto, em que consistem a alma e a forma do direito à saúde na perspectiva do usuário?

Ao longo do tempo, foram construídas diversas concepções sobre os usuários no âmbito da saúde, que passaram a conviver e estabelecer justaposições ao longo da história brasileira. Com a Constituição de 1988 e as intensas reivindicações de uma pluralidade de grupos, a saúde tomou seu lugar como um direito fundamental, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos. O direito à saúde, em virtude do seu atributo de direito fundamental, recebeu a qualificação de norma constitucional de eficácia plena, ou seja, possui força normativa suficiente para sua incidência imediata e independente de providência normativa ulterior para sua aplicação. Assim, desde a entrada em vigor da Constituição, as normas sobre saúde produzem, ou têm a possibilidade de produzir, todos os efeitos essenciais relativos aos interesses, comportamentos e situações, que o constituinte direta e normativamente quis regular, sendo garantida a existência de um aparato jurídico-institucional para sua efetivação. Neste contexto, atribuiu-se às ações e serviços de saúde o caráter de *relevância pública*, o que implica dizer que a alteração de tal preceito depende de amplo e rígido processo legislativo, o que cristaliza justamente sua relevância jurídica, política e social no ordenamento brasileiro.

Com efeito, tornar a saúde um direito universal traz avanços e, paralelamente, novos desafios para sua implementação e efetivação. Mais precisamente, na medida em que a saúde é um direito de todos, ou seja, de mais de 180 milhões de brasileiros, surgem desafios e questões sobre como tornar este direito alcançável e exercido por todos de forma capilar; ou, mais propriamente, como constituir um arranjo de recursos e investimentos que torne as ações em saúde uma prerrogativa efetiva de todos.

Deste modo, os debates sobre a efetivação do direito à saúde ensejam discussões a respeito das representações da ideia de usuário que surgiram ao longo do tempo no Brasil. Paulo Henrique Martins é convincente ao sustentar que o usuário consiste numa categoria genérica que não encerra um sentido substantivo. Assim, o “termo usuário é mediado por interpretações diversas resultantes de embates intersubjetivos e de lutas pelo poder no interior da esfera pública primária” (MARTINS, 2008, p. 117). O argumento é que os atores sociais, em todo momento, criam e recriam concepções do que é ser usuário e quais as implicações políticas, sociais e sanitárias de tais representações. Martins nos possibilita pensar um processo de organização imaginária e institucional do que é ser usuário na saúde, de modo a situá-lo na interface entre sociedade civil e Estado. Nesta interface, a ideia de usuário com um sentido unívoco confere lugar a uma rede de significações diversificadas e compartilhadas, o que revela que tão importante

quanto a efetivação do direito em si é a própria construção social das representações acerca da ideia de usuário.

Para refletir mais intimamente sobre essas questões, o texto será dividido em três tópicos. No próximo tópico, intitulado “A alma e a forma do direito”, será realizado um aprofundamento da concepção estética de Lukács a respeito da alma e a forma, buscando estabelecer conexões com os pressupostos inerentes ao campo do direito. O tópico seguinte, intitulado “As representações de usuário”, busca refletir sobre as concepções criadas a partir do modelo de saúde predominantemente pouco democrático que foi vigente no Brasil na maior parte de sua história, de modo a apresentar desafios e limitações no que concerne à sua superação. Por fim, no último tópico, intitulado “Considerações finais: desafios para o cidadão-usuário”, são realizadas ponderações a respeito dos avanços e obstáculos ainda presentes no campo do direito à saúde, de modo a propor uma nova concepção de usuário baseada na ideia de cidadania com compromissos explícitos em torno da democratização no processo de formulação, promoção e fiscalização das políticas de saúde.

A alma e a forma do direito

Em sua fase ainda juvenil, Lukács se dedicou a pensar a arte, a crítica ao modernismo e a proposição de alternativas à crise da estética que vivenciou no período, participando de cursos e seminários de sociólogos alemães, tais como Simmel e Weber. É nesse ambiente intelectual de crise da estética moderna que nasce seu primeiro grande trabalho: *A lékék és a formák* (*A alma e a forma*). Escrito entre os anos de 1907 e 1911, os ensaios que compõem esse livro expressam um período de ambivalência estética e mudança filosófica, realizando uma análise criteriosa da alma e da forma que, ao longo de sua fundamentação, se traduz na própria tensão entre arte e ciência.

Na edição norte-americana do livro, de 1978, é possível observar visualmente uns dos exemplos em que as capas de livro melhor sintetizam os argumentos dos autores. Na capa dessa edição, estão presentes duas figuras geométricas: um quadrado e um círculo ou, pelo argumento desenvolvido em suas páginas, a forma e a alma. Ambas as figuras não se encontram dispostas aleatoriamente na folha, uma vez que o quadrado aparece como figura englobante do círculo, de modo que as extremidades do círculo tangenciem os limites do quadrado, formando uma relação em que o quadrado – a forma – não se assemelha e tampouco é integralmente justaposto ao círculo – a alma. Alma e forma são dispostas como elementos que, apesar de relacionados, estão em permanente tensão, já que a configuração empírica da alma jamais equivale a uma configuração ideal da forma.

FIGURA 1



A perspectiva de Lukács sobre a tensão entre alma e forma nos evidencia a preocupação artística europeia, na época, entre os modelos ideais e a experiência concreta enquanto fato empírico na vida dos indivíduos em sociedade. Mais especificamente, apresenta-se uma diferença entre o que se institucionaliza enquanto forma e o que se singulariza enquanto alma. Por isso, a arte enquanto forma, em outros termos, pode ser associada ao direito, e a análise que visa a relacionar a arte e o direito deve, necessariamente, refletir sobre a representação que ambos realizam sobre a realidade social. De fato, tanto a arte quanto o direito realizam representações, interpretações, leituras e modulações da realidade empírica, o que implica redefinir o que se apresenta no plano do real a partir de suas próprias categorizações, sejam elas de ordem epistemológica, fenomenológica ou simbólica. Por isso, é preciso refletir sobre tais representações, ou seja, discutir em que medida o real é inserido em certas *formas* a partir do momento em que é lido por estas dimensões.

Em outra oportunidade (ASENSI, 2007a), pudemos analisar a relação entre arte e direito a partir da obra de Georg Simmel. Simmel (1988), em sua reflexão sobre arte, sustenta como argumento central a tensão que se estabelece entre uma obra de arte e a realidade à qual ela remete ou, mais precisamente, a tensão entre a representação pictórica (*dever ser*) e a dimensão ontológica da realidade (*ser*). Uma vez que o real é passível de receber múltiplas significações a partir da combinação de seus diversos elementos no *ato de representação*, a questão da *moldura* que se estabelece e evidencia a relação entre o *ser* do *dever ser* ganha relevo. Ao se tratar o direito como moldura, por exemplo, é preciso admitir em que sentido o direito estabelece uma representação *finita* do *real caótico* ou, mais precisamente, que aspectos do real recebem o *status* de *valor jurídico* tal qual a relação entre o quadrado (forma) e o círculo (alma). O próprio Lukács evidencia esta questão quando, ao escrever a Leo Popper, afirma:

Você se lembra de como explicou a mim a qualidade viva das figuras humanas em certas molduras pesadamente estilizadas? Você disse: esses afrescos são pintados entre pilares e mesmo os gestos dos homens pintados neles são rígidos como os fantoches, e toda expressão facial é uma máscara, uma vez que é mais viva que as colunas que delineiam as figuras e formam a unidade decorativa com elas (LUKÁCS, 1978, p. 6).

Esta leitura que relaciona alma e forma pode subsidiar algumas incursões a respeito dos sentidos construídos sobre e pelos usuários no que concerne ao direito à saúde. De fato, é possível observar três representações construídas no Brasil a respeito dos elementos constitutivos da ideia de usuário: a) usuário enquanto número; b) usuário enquanto pedinte; c) usuário enquanto *tradeoff*. As três representações refletem processos culturais, políticos e jurídicos que influem na sua cristalização, além de terem surgido em diferentes momentos da história brasileira. Assim, não se trata de fases ou etapas linearmente constituídas, mas sim representações por vezes justapostas e que permanecem em certa medida na relação entre a forma do direito e a alma das práticas sociais em saúde.

As representações de usuário

a) O usuário enquanto número

Dentre as representações que surgiram no Brasil a respeito da ideia de usuário, é possível afirmar que uma delas se cristalizou de maneira efetiva do ponto de vista histórico e institucional: a representação do usuário enquanto número. Esta concepção encontra-se fortemente relacionada à tradição intervencionista das políticas de saúde no Brasil, comumente traduzida a partir de dois polos – o Estado, que possui o poder

institucional e político de estabelecimento de tais políticas, e a sociedade civil, que historicamente se constituiu muito mais como objeto do que como sujeito ativo no seu desenvolvimento.

Um dos exemplos mais característicos desta representação consiste na perspectiva da epidemiologia tradicional – amplamente influenciada pelo método estatístico –, que se constituiu sob a premissa de uma dissociação entre sujeito e objeto. A quantificação dos usuários em dados, tabelas e números permitiu um diagnóstico macrossocial a respeito das principais questões atinentes à saúde pública, tais como a taxa de natalidade, porcentagem de infectados por HIV, etc. Por outro lado, o custo desta análise foi a incipiente ênfase na subjetividade dos indivíduos, ou, de maneira mais clara, na dimensão qualitativa da experiência social em saúde.

Nesta questão, é relevante considerar a análise de Hannah Arendt sobre a introdução da estatística no mundo contemporâneo. Arendt sustenta que um fenômeno típico da modernidade é a transformação do *governo de um só homem* numa sociedade de *governo de ninguém*, mas que esse ninguém, ou seja, “o suposto interesse único da sociedade como um todo em questões econômicas e a suposta opinião única da sociedade educada nos salões, não deixa de governar por ter perdido a personalidade” (ARENDT, 1987, p. 50). No entanto, a ausência de uma personalidade individualizada não quer dizer, de forma alguma, que haja ausência de governo. Assim, toda ação política “produzirá sempre algum tipo de ‘ficção comunística’, cuja principal característica política é que será, de fato, governada por uma ‘mão invisível’, isto é, por ninguém” (idem, p. 54).

Entretanto, apesar de não serem *de ninguém*, os governos são orientados por determinados saberes e práticas comumente associados a uma *expertise*. Estabelecer programas de governo significa conferir alguma substância a esse *governo de ninguém* com racionalidades e tecnologias orientados por saberes estatísticos, econômicos, sociais, políticos, jurídicos, médicos, etc. Esta *expertise* possui como papel não somente delinear uma rede persuasiva de controle social, mas de desencadear tentativas de administrar, por meio do cálculo racional, “os diversos aspectos da conduta através de incontáveis, muitas vezes concorrentes, táticas locais de educação, persuasão, indução, gerência, incitação, motivação e encorajamento” (ROSE; MILLER, 1992, p. 175). A figura do *expert* como *alguém* neste mundo *de ninguém* está relacionada à incorporação de uma relativa neutralidade, autoridade e habilidade que opera de acordo com um código específico sob a forma de um argumento de autoridade, de modo a transformar e influenciar as próprias racionalidades e tecnologias de governo.

Cabe ressaltar que o mero uso do método estatístico para compreender a saúde brasileira não enseja necessariamente a representação do usuário enquanto número. De fato, é preciso reconhecer que tal método desempenha papel relevante em diversas dimensões, a exemplo do diagnóstico acerca da saúde nas diferentes faixas etárias e origens sociais, a demonstração de quais dimensões epidemiológicas da saúde devem receber prioridade do Estado, etc. Porém, o efeito reverso se expressa na adoção da estatística como critério absoluto de definição das estratégias a serem adotadas nas políticas públicas, revelando-se, em muitos casos, uma desconsideração dos contextos específicos de construção de concepções e identidades dos usuários no sistema de saúde. A compreensão que assume os usuários como número revela que boa parte das políticas de saúde historicamente promovidas no Brasil possui como traço característico o *autoritarismo estatístico*. Isto quer dizer que a figura do usuário foi construída como uma unidade homogênea e classificável de acordo com variáveis previamente concebidas pelo pesquisador, o que reforça o processo de sua dessubjetificação.

Neste sentido, como pensar a cidadania nesse contexto populacional atomizante? Os direitos são efetivamente passíveis de quantificação numa lógica econômica de

definição de programas? Esta representação dos usuários enquanto número se evidencia quando se pensa um modelo e/ou estratégia de intervenção típicos do autoritarismo estatístico: as campanhas. As campanhas foram e são instrumentos amplamente utilizados no âmbito da saúde pública e, historicamente, é possível pensá-las enquanto ações concretas orientadas por diagnósticos numéricos a respeito de uma determinada questão de saúde. Buscam estabelecer soluções em massa para problemas de massa, muitas vezes desconsiderando aspectos elementares que dizem respeito às peculiaridades sociais de cada grupo específico. Trata-se de um modelo de números para resolver problemas de números.

Assim, a radicalização da estatística enquanto instrumento de diagnóstico e enquanto critério de intervenção na saúde a partir de referenciais epidemiológicos cristalizou a representação do usuário enquanto número. Neste caso, a principal consequência consiste na desconsideração da subjetividade no processo de definição, execução e fiscalização das políticas de saúde. No limite, o problema da subjetividade revela o desafio da participação cidadã nesse processo.

b) O usuário enquanto pedinte

A representação do usuário enquanto pedinte se traduz no histórico afastamento entre Estado e sociedade civil no Brasil. Diversas são as justificativas utilizadas pelos estudiosos para refletirem acerca dessa relação, que se manifesta política, econômica e juridicamente. No caso da saúde, essa relação apresenta a dissociação entre as decisões políticas e a participação da sociedade civil, isto é, uma incipiente incorporação de demandas da sociedade civil na formulação das políticas públicas de saúde. O Estado passa a figurar como um verdadeiro “pai” ou “doador”, que possui amplo poder de definição das políticas de saúde, figurando como um *Estado discricionário*.

Nesse contexto, é amplo o debate sobre a influência do Estado no cotidiano das práticas sociais, seja administrativa, seja culturalmente. A tese de Raymundo Faoro sobre a influência do pensamento político português recebe destaque, pois o autor ressalta que o Estado português que se transplantou para o contexto brasileiro promoveu uma valorização da figura do rei em detrimento da figura do povo. O argumento gira em torno da constatação de que o “ator da história seria o rei, não o povo, como já insinuava a inteligência europeia, por intermédio da soberania popular nascente e dentro da tese do poder transmitido por Deus através da mediação do povo” (FAORO, 1994, p. 25). Além disso, na medida em que o súdito seria “o membro obediente da monarquia, sem resistência, passivamente obediente” (idem, p. 25), temos a perspectiva de que qualquer incremento na dimensão dos direitos ou na cultura cívica seria realizado a partir do Estado, e não da sociedade. Em outras palavras, a *mudança social* seria operada pela *mudança estatal*, pois seria primordialmente pela via do Estado que se desenvolveria a sociedade.

Na perspectiva de José Murilo de Carvalho, a organização político-administrativa que se desenvolveu nos séculos posteriores aponta que “os vários grupos que buscavam em modelos republicanos uma saída para a monarquia acabavam dando ênfase ao Estado, mesmo os que partiam de premissas liberais” (CARVALHO, 1998, p. 96). Esta ênfase levou, posteriormente, ao que o autor denominou de “longa tradição estatista” do país. Assim, temas como *vontade geral*, *democracia*, *participação* e *espaços públicos* só fariam sentido se inseridos numa lógica que adotasse o Estado como centro, de modo a desempenhar o papel de principal organizador do exercício da cidadania e dos direitos. De fato, a inserção dos indivíduos “na política se dava mais pela porta do Estado do que pela afirmação dos direitos do cidadão. Era uma inserção que se chamaria com maior precisão de *estadania*” (IDEM, p. 96-97). O termo *estadania* possui um considerável

potencial semântico e heurístico deste traço característico da cultura cívica brasileira, que é marcada muito mais pela passividade da sociedade civil do que por sua forte atuação na efetivação, construção e garantia de direitos. *Direitos*, então, são vistos como *favores* concedidos pelo Estado: é a *cidadania* dando lugar à *estadania*. Na análise de Jessé de Souza (2006), isso seria a chave para se pensar a constituição de um *habitus precário* característico das sociedades periféricas¹.

Neste caso, é importante diferenciar semanticamente a ideia de “pedir” da ideia de “demandar”. De fato, quem pede solicita algo num contexto de subordinação ou assimetria do ponto de vista hierárquico, político, econômico, etc. Assim, o ato de pedir possui uma conotação fortemente privada, que diz respeito à consecução de objetivos particulares porque reconhecidos como particulares pelos demais, o que amplia a discricionariedade estatal no seu cumprimento. Além disso, pedir não enseja obrigatoriedade de satisfação, ou seja, aquele que pede não possui o direito de exigir de outrem a realização do que foi efetivamente pedido.

Por outro lado, a ideia de “demandar” possui conotações distintas. O ato de demandar é mais qualificado, na medida em que não se reduz a uma mera solicitação. Quem demanda requer a satisfação do que foi demandado, de modo que não se observa uma relação de inferioridade entre os polos demandante e demandado. Trata-se muito mais de uma relação entre direito e dever, o que possibilita a exigibilidade de interesses particulares porque são reconhecidos também como interesses públicos, o que reduz a discricionariedade estatal em não satisfazê-los.

Na saúde, a contraposição entre “pedir” e “demandar” revela justamente que a representação do usuário se constituiu tradicionalmente enquanto pedinte, e não demandante. Assim, a figura do Estado exerceu papel decisivo na definição de quais demandas em saúde seriam vistas como demandas, e quais seriam vistas como meras solicitações sem qualquer caráter de obrigatoriedade do ponto de vista do seu cumprimento. Os debates sobre a possibilidade de fornecimento de medicamentos ou sobre os tratamentos com serviços de alta-complexidade revelam esta tensão.

Com o advento da Constituição de 1988 e a cristalização das reivindicações do movimento sanitário, os usuários passaram receber uma configuração jurídica de demandantes. De fato, isto produziu efeitos concretos ao ampliar as possibilidades de efetivação da saúde enquanto direito no Brasil, sobretudo porque reforçou a dimensão da exigibilidade deste direito por parte dos usuários. Por outro lado, a ideia de usuário enquanto demandante não esgota as possibilidades reais de satisfação das demandas pelo Estado. Sobretudo na saúde, em que se observam diversas legislações e estruturas de participação da sociedade civil – tais como os Conselhos e as Conferências de saúde –, admitir o usuário como um demandante do poder público não revela a condição cidadã que a saúde possui no Brasil. Para além da mera demanda, o usuário possui possibilidades efetivas de participação contínua e democrática no processo de formulação e execução das decisões que dizem respeito à sua demanda atual e futura.

No entanto, o que se observa é justamente a perspectiva de um usuário pedinte ou, então, de um usuário demandante com um caráter pouco participativo. Em consequência, esta representação da ideia de usuário ainda mantém a lógica de afastamento entre Estado e sociedade civil, seja no que concerne à ideia de pedido (enquanto favor) ou à ideia de demanda (enquanto dever). No limite, o problema do pedido/demanda também revela o desafio da participação cidadã nesse processo.

¹ Para uma análise sobre a relação entre cidadania no Brasil e efetivação de direitos, ver Asensi (2007b).

c) O usuário enquanto *tradeoff*

A representação do usuário enquanto *tradeoff*, se comparada às anteriores, é a mais recente. Tal perspectiva se constitui de forma embrionária na década de 70 do século XX no Brasil, a partir da inserção dos planos privados de saúde, e se intensificou com a Constituição de 1988 e os debates sobre o papel do Judiciário na efetivação de direitos. Trata-se de uma representação ainda embrionária, que tem se constituído a partir do Estado e, principalmente, dos juristas.

De fato, observa-se uma tendência contemporânea de, embora reconhecendo a existência de direitos previstos constitucionalmente, condicionar sua efetivação à possibilidade econômica do Estado de custear seu regular exercício. Tanto em tribunais quanto no próprio âmbito dos juristas (chamados, no campo do direito, de “doutrinadores”), o debate acerca da relação entre direitos e custos econômicos tem crescido e, inclusive, tem sido objeto de defesa do Estado em diversas ações judiciais, sendo acolhido como argumento juridicamente possível pelos tribunais. Em geral, as reflexões sobre os custos dos direitos incorporam as seguintes tendências: a) pensam os titulares de direitos como consumidores; b) associam os direitos à mera prestação de serviços; c) associam o dever jurídico do Estado em implementar direitos como um dever contratual (e privado); d) admitem que os direitos têm custos e, por isso, seria possível a sua restrição.

Trata-se de uma perspectiva associada ao campo que se convencionou chamar de *Law and Economics*, com forte influência norte-americana. Esta perspectiva busca englobar em suas discussões tanto economistas (Coase, Becker, etc.) quanto juristas (Posner, Calabresi, Bobbit, Sunstein, Friedman, Holmes, etc.). A análise econômica do direito tem ampla utilização nos Estados Unidos; é comum a presença desta perspectiva na formulação de decisões judiciais e na configuração de políticas públicas das mais diversas, influenciando decisivamente na forma por meio da qual se efetivam os direitos. Basicamente, tal perspectiva pode ser pensada de duas formas: a) no âmbito do direito privado, em que desempenha papel decisivo na questão dos custos de transação, taxas, impostos, cláusulas contratuais, etc.; e b) no âmbito do direito público, em que desempenha papel decisivo na alocação de recursos escassos para a efetivação de direitos garantidos constitucionalmente.

Além disso, observou-se que um dos aspectos da introdução da economia no Estado refere-se à defesa de que o Estado não se sacrifica pelo indivíduo, mas sim o inverso. Termos como *cidadania responsável*, *autonomia prudente* e *consequencialismo distributivo* ganham relevo. Por isso, o desafio na efetivação dos direitos no mundo contemporâneo se refere ao problema de *quem vai sofrer no mundo*. Nas palavras de Guido Calabresi e Phillip Bobbit, “*nós não podemos saber por que o mundo sofre. Mas nós podemos saber como o mundo decide que o sofrimento será atribuído a algumas pessoas e não a outras*” (CALABRESI; BOBBIT, 1978, p. 17). Toda decisão, portanto, passa a envolver escolhas trágicas, na medida em que implica um *tradeoff* no momento da efetivação de direitos. E escolher tragicamente envolve estabelecer um critério de decisão para a escolha que, ao considerar os diversos direitos, indique justamente aqueles que receberão maior aporte de recursos e políticas e, dentro de cada direito, quais dimensões devem ser priorizadas.

Uma vez que toda decisão, nesse contexto, implica um *tradeoff*, configura-se uma situação em que os direitos são efetivados de forma distinta, em momentos distintos, por justificações distintas e por contextos políticos distintos. Uma vez que a lógica da política pública implica escolhas para a alocação de recursos escassos, todo esforço de efetivação de direitos se apresenta como imperfeito, pois implica seleção e decisão em contextos de *tradeoff*.

Assim, os direitos são imperfeitamente apropriados e, ainda mais, insuficientemente satisfeitos em contextos de inclusão-exclusão que produzem termos esotéricos que justificam argumentos jurídicos de exceção, tais como os termos *mínimo existencial* e *reserva do possível*. Num breve exame de ações judiciais, é possível observar que, embora reconhecendo a existência de direitos previstos constitucionalmente, o Estado busca, com frequência, condicionar sua efetivação à possibilidade econômica de custear seu regular exercício. Assim, dois argumentos econômicos (e esotéricos) são comumente utilizados quando se trata de efetivação de direitos, quais sejam: o *mínimo existencial* e a *reserva do possível*.

A ideia de *mínimo existencial* seria “o conjunto formado por uma seleção desses direitos [sociais, econômicos e culturais], tendo em vista principalmente sua essencialidade” (BARCELLOS, 2002, p. 14). Assim, seria o patamar mínimo sobre o qual se fundamentam os direitos essenciais de uma vida digna, tais como saúde, educação, etc. Este mínimo existencial recebe, na atual Constituição, forte proteção, uma vez que se configura como fator necessário para a consecução da dignidade da pessoa humana e núcleo do qual se originam os direitos fundamentais. Nesse sentido, e no entendimento de que toda pessoa é um fim em si mesmo, deduz-se que ninguém pode ser sacrificado como meio para a consecução de metas coletivas, devendo ter, no decurso de sua vida, possibilidade de vivenciá-la de forma digna. A função do Estado seria a efetivação dos direitos fundamentais, de modo que, diante da escassez de recursos, seja constituído um mínimo intangível pelo Estado que deve ser efetivado. Esse mínimo seria exigível do Estado, enquanto o que não compusesse tal mínimo somente deveria ser satisfeito quando houvesse disponibilidade de recursos estatais. Para Barcellos, por exemplo, o mínimo existencial em saúde se restringe apenas à dimensão curativa.

A ideia de *reserva do possível*, por sua vez, decorre da realidade da limitação orçamentária estatal, em face das ilimitadas demandas pela efetivação dos direitos, sobretudo no caso da saúde. Trata-se de uma escolha trágica, na medida em que, de um lado, as normas constitucionais possuem efetividade, mas, de outro, existe a impossibilidade fática – eis que os recursos estatais possuem limitação. E, diante da impossibilidade de efetivar plenamente todos os direitos sociais e coletivos, o Estado, na prática, escolhe e seleciona quais setores da saúde contemplar e dedicar maior aporte de recursos. Quanto aos setores não selecionados, se aplicaria a ideia de reserva do possível como um argumento econômico que justificaria a ausência de tais recursos.

As ideias de reserva do possível e mínimo existencial, quando pensadas de forma articulada, podem produzir alguns problemas do ponto de vista da efetivação do direito à saúde. Em não possuindo o Estado os recursos necessários para a compra de determinado medicamento, por exemplo, recorrem à Justiça aqueles que dele necessitam, resultando, da decisão judicial, o dever estatal da compra dos remédios para tal provimento. Entretanto, a compra de tais medicamentos não constava inicialmente no orçamento ou no planejamento financeiro e, devido a seu caráter emergencial, obteve dispensa licitatória, sendo adquirido em pouca quantidade, de modo que, ao fim, a compra de tais remédios pesou em demasia no orçamento público. Com menos dinheiro, menos direitos poderá o Estado efetivar, recomeçando a “ciranda judicial”. Luis Roberto Barroso (2008) salienta que, no fim, o conflito não será entre a necessidade de se garantir o mínimo existencial de alguém contra a impossibilidade do Estado de provê-lo, mas contra o mínimo existencial de outro alguém. E de outra forma não poderia ser, uma vez que, obrigado a conceder medicamento via decisão judicial, o Estado deverá realocar tais recursos. Trata-se de termos que não constam na Constituição brasileira, mas que têm sido frequentemente utilizados pelos juristas de forma nitidamente esotérica.

Na questão da alocação, observa-se também uma pouca proeminência do usuário na definição dos critérios de aplicação dos recursos em saúde, além de revelar que a

construção de tais critérios é definida muito mais pelas instituições estatais do que pela sociedade civil. No limite, o problema do *tradeoff* também revela o desafio da participação cidadã.

Considerações finais: desafios para o cidadão-usuário

A contraposição entre a forma do direito e a alma das práticas sociais é fundamental na compreensão das diversas perspectivas que foram construídas acerca do usuário do serviço de saúde. Aqui reside o valor da análise de Lukács do hiato entre os modelos ideais e a experiência concreta enquanto fato empírico na vida dos homens em sociedade. De fato, o real, sempre quando representado, seja pela arte ou pelo próprio direito, recebe uma significação em *molduras preestabelecidas* cujo atributo principal é a seletividade, de modo que sejam selecionados determinados aspectos, dimensões e elementos do real que serão privilegiados na representação em detrimento de outros.

Esta leitura que relaciona alma e forma pode subsidiar algumas incursões a respeito dos sentidos construídos sobre e pelos usuários no que concerne ao direito à saúde. De fato, é possível observar três representações construídas no Brasil a respeito dos elementos constitutivos da ideia de usuário: a) usuário enquanto número; b) usuário enquanto pedinte; c) usuário enquanto *tradeoff*. As três representações refletem processos culturais, políticos e jurídicos que influem na sua cristalização, além de terem surgido em diferentes momentos da história brasileira. No limite, as três concepções revelam o desafio da participação cidadã.

O direito à saúde no Brasil, mesmo após duas décadas de sua universalização e adoção de princípios constituintes, ainda enfrenta muitos desafios no plano de sua efetivação. Os desafios e debates sobre a garantia do direito não se encontram esgotados, abrindo espaço para novas concepções, sentidos, investigações e reflexões sobre a forma através da qual se pode garanti-lo eficazmente. Neste sentido, não basta mais reconhecer o caráter cidadão do direito à saúde. A conquista do direito à saúde não se dá mais na forma da lei ou nos limites da legalidade; ela extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir seu sentido. Por essa razão, o esforço para a garantia do direito à saúde remete ao próprio processo de *cidadanização*, ou seja, o processo de tornar garantias formais efetivamente exercidas pelos atores sociais em seu cotidiano. Não se trata mais de se *ter* o direito, mas de saber *exercê-lo*. Deve-se fazer com que este direito seja efetivamente exercido, lutado e implementado não pelo Estado, mas por seus próprios titulares. Resgatando Lukács, que a alma do direito seja uma alma cidadã que preenche com seu conteúdo a forma através da qual tais direitos serão efetivados.

No Brasil, o arranjo institucional na saúde tem possibilitado um debate sobre a necessidade de atuação conjunta da esfera social, jurídica e política. Temos, no Brasil, um campo específico que prima pela participação para que, por meio da ação política, se realize o interesse público. A ação política é entendida muito mais como uma regra de sociabilidade do que como uma forma de se chegar ou se manter no poder. Entretanto, os avanços jurídico-institucionais realizados no campo da saúde nas últimas décadas, de certa forma, ainda não foram plenamente incorporados como direitos pelos usuários do SUS, o que denota que o imaginário social de uma saúde como dívida do Estado, que foi constituído historicamente, de fato ainda persiste (em maior ou menor grau) como elemento associado à concepção de saúde, contribuindo para o aumento da passividade e para a manutenção do papel pouco propositivo exercido por esses atores.

No âmbito dos usuários, seria preciso pensar o direito também do ponto de vista da política, isto é, considerar o espaço da política como um espaço em que são institucionalizados saberes e práticas que, por vezes, permitem maior efetivação do direito

à saúde, o que implica uma postura do usuário voltada também para a política pública, de modo a atuar na sua formulação, execução e fiscalização. Com efeito, a participação nos conselhos de saúde é essencial para o incremento desta cultura cívica, que visa a se voltar para o público por meio de formas associativistas. Daí a necessidade de se relacionar com gestão, instituições jurídicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde, ou seja, de participar e reivindicar junto a essas esferas temas comuns à efetivação do direito à saúde, de modo a estimular uma construção democrática das decisões.

Referências

- ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- ASENSI, Felipe Dutra. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007a.
- _____. Direito garantido é direito exercido? Cidadania e marca da origem no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 16., 2007, Belo Horizonte. *Anais...*, 2007b.
- BARCELLOS, Ana P. de. *A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
- BARROSO, Luis R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: SOUZA NETO, Claudio P. de; SARMENTO, Daniel (Orgs). *Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- CALABRESI, Guido; BOBBIT, Phillip. *Tragic choices*. New York: Norton, 1978.
- CARVALHO, José M. de. Entre a liberdade dos antigos e a dos modernos: a República no Brasil. In: CARVALHO, J. M. de. (Org.). *Pontos e bordados: escritos de história e política*. Belo Horizonte: EdUFMG, 1998.
- FAORO, Raymundo. *Existe um pensamento político brasileiro?*. São Paulo: Ática, 1994.
- LUKÁCS, György. *Soul and form*. Cambridge: MIT Press, 1978.
- MARTINS, Paulo H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade nas ações em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.
- ROSE, Nikolas; MILLER, Peter. Political power beyond the state: problematics of government. *British Journal of Sociology*, v. 43, n. 2, 1992.
- SIMMEL, Georg. *Sobre la aventura : ensayos filosoficos*. Barcelona : Península, 1988.
- SOUZA, Jessé. *A construção social da subcidadania*. Belo Horizonte: EdUFMG, 2006.

Considerações ético-políticas sobre a produção do cuidado como bem-comum

FRANCINI LUBE GUIZARDI

FELIPE DE OLIVEIRA LOPES CAVALCANTI

Introdução

As pesquisas realizadas em torno do tema da integralidade têm tido repercussão e capacidade de mobilização ao trabalhá-la como campo aberto à produção de diferentes sentidos. Quer dizer, procurando escapar às normatizações hierárquicas de determinados campos de saberes disciplinares ou estriamentos institucionais, essas pesquisas afirmam a “*a integralidade como uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados*” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 37). Esse posicionamento, sobretudo político, na produção de conhecimento sobre integralidade, torna-se evidente na preocupação em não definir o conceito *aprioristicamente*, mas, ao contrário, em compreender seus sentidos para os diferentes sujeitos envolvidos com as práticas de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2001; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008). Desse modo, a integralidade é imediatamente remetida para o plano das relações, e por isso o cuidado se torna uma categoria analítica fundamental, pois

[...] cuidar requer a aceitação de um outro-sujeito, a aceitação dessa dimensão de *encontro desejante* (AYRES, 2001) que constitui o campo de ação das políticas de saúde. Cuidar implica estar em relação, dimensão imprescindível a partir da qual se erige o referente simbólico (Merhy, 2004) que inscreve as ações de saúde no campo da produção de um sucesso prático, e não apenas de êxitos técnicos, ainda que estes sejam requeridos pelo primeiro. (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 38).

Neste texto, procuraremos desenvolver considerações sobre a constituição desse plano de relações, na medida em que nem todas as relações são de cuidado. Daí nosso problema: como reconhecer uma relação de cuidado?

Ao propor esta questão, não pretendemos de maneira alguma construir uma definição, um quadro normativo que permita estabelecer o que é o cuidado a partir de características objetivadas, como um *escore* no qual um somatório de determinadas ações poderia resultar num protocolo de cuidado. Escolhemos trabalhar o cuidado como um valor que, paradoxalmente, adquire pelo menos duas dimensões. Paradoxal porque, ao mesmo tempo em que afirma uma direcionalidade para as práticas e exclui um conjunto de outras (por exemplo, para nós não é cabível falar em cuidado onde haja violência e assujeitamento do outro), também nega a possibilidade de estabelecer de modo transcendente o conteúdo e a forma das ações que conformam o sentido e a experiência dessa relação. Assim, o cuidado como valor tem como condição uma produção imanente de realidade social que nos exige, enquanto sujeitos políticos, o debate democrático e público sobre os princípios éticos, por meio dos quais desejamos avaliar as práticas e ações de saúde.

Desse modo, vamos nos debruçar inicialmente sobre a explicitação do caráter produtivo do cuidado; em seguida faremos um esforço de pensar as condições institucionais necessárias para sua realização e, por fim, os sentidos do cuidado como Bem Comum.

Cuidado e produção de vida

Neste tópico procuramos ressaltar que, ao contrário do que histórica e habitualmente se afirma, a produção de vida não se restringe à produção econômica. Neste sentido, parece necessário desfazer a compreensão vigente do trabalho nos marcos capitalistas como única atividade socialmente produtiva.

Talvez o melhor modo de visualizar esta questão seja a desvalorização da atividade feminina e do ambiente doméstico. A atividade feminina (cuidar da casa, cuidar dos filhos, cuidar das pessoas doentes na família) foi historicamente significada como “não-produtiva”, menos importante que o trabalho – este sim, “produtivo”. Essa qualificação das relações de cuidado como “não-produtivas”, ou mesmo como meras atividades situadas numa esfera chamada de “reprodução social”, atualizou historicamente formas de dominação que apenas começaram a ser superadas com a saída das mulheres do ambiente doméstico e sua inserção na dita “produção”. Assim, discutir as dimensões políticas e éticas do cuidado requer alargar as possibilidades de uso do conceito de produção, entendendo-o não apenas como produção de *mercadorias*, mas no seu mais amplo sentido, como produção de *vida*. Compreendemos, portanto, o cuidado como algo produtivo em si.

Concordamos com Mattos (2008), quando afirma que as práticas de cuidado situam-se para além do que se tem tradicionalmente entendido por trabalho em saúde, isto é, o trabalho realizado por profissionais em instituições de saúde. Para nós, portanto, o cuidado pode se materializar dentro e fora das instituições de saúde, envolvendo ou não pessoas com formação profissional. Por outro lado, discordamos do autor (MATTOS, 2008) quando o mesmo afirma que todas as práticas realizadas por profissionais de saúde são práticas de cuidado.

Portanto, as práticas do cuidado, tal como as concebo aqui, não são necessariamente práticas profissionais, mas as práticas dos que hoje chamamos de profissionais de saúde se inscrevem entre as práticas de cuidados. O que talvez seja uma das características de nossa sociedade é que nela um significativo conjunto de práticas de cuidado é desenvolvido por profissionais, constituindo formas de trabalho em saúde. (MATTOS, 2008, p. 320).

Nem todas as práticas realizadas pelos profissionais de saúde se constituem em cuidado. Ao contrário, várias delas se afastam bastante da integralidade.

Outra dimensão importante do cuidado diz respeito ao fato de que ele não pode ser entendido como prerrogativa de um único sujeito da relação. Assim, na forma como o assumimos – como valor – o cuidado em saúde não é algo dado, mas precisa ser construído nas relações, nos espaços públicos, no que é comum aos sujeitos implicados com a questão da saúde. Essa maneira de entender o cuidado possibilita pensar como problema fundamental a possibilidade de todos serem sujeitos na construção dessas relações, sem demarcações de autoridade estabelecidas pelo saber técnico, ou por quaisquer mecanismos de desqualificação da experiência humana.

Torna-se necessário, então, refletir sobre os desafios a serem enfrentados na construção das condições institucionais para a realização do debate público e democrático do que é, e de como deve ser exercido, o cuidado como valor no campo das políticas e serviços de saúde.

Políticas do cuidado e produção de cotidiano no SUS

Como indicamos anteriormente, pensar o cuidado requisita ultrapassar o escopo das atribuições profissionais. No que diz respeito ao plano das relações, o valor-cuidado deve atravessar a organização institucional e a implicação de todos os envolvidos na produção de saúde. Se as relações de cuidado apenas podem concretizar-se como relação entre sujeitos, e não como intervenção sobre um outro objetivado, é preciso colocar em discussão o acesso desses sujeitos à definição das normas que organizam as instituições, o modo como conformam determinado campo de possibilidades para as experiências e práticas de saúde. Nesse sentido, a construção do valor-cuidado é um processo imediatamente político de produção de novas subjetividades forjadas num marco democrático, na recomposição da capacidade política de governo da vida por parte de sujeitos e coletivos.

Compartilhamos com Campos (2000) o entendimento da democracia como uma transformação social fruto da práxis de grupos sujeitos, pois essa definição aponta para a impossibilidade de produzir democracia sem acesso real aos processos decisórios. Sendo construção e instituição social, a democracia depende de coletivos autônomos, de suas condições de acesso e construção de informações e conhecimentos, da participação nas discussões e na tomada de decisão. Em suma, democracia pressupõe a constituição de esferas públicas, de espaços de poder compartilhado, nos quais as necessidades sociais possam ser coproduzidas. Dimensão política da experiência que apenas pode concretizar-se se os saberes que a articulam e significam são colocados em discurso, em um plano de visibilidade que conforme essa esfera pública, na qual os processos decisórios que afirmam determinados valores são analisados e interrogados em seus efeitos de produção de realidade social. É neste plano que podemos situar a produção do valor-cuidado.

Desta forma, o cuidado como valor imanente, resultado de avaliações éticas permanentes e constantemente renovadas, não é possível sem uma concepção de democracia que remeta à transformação dos modos de exercício dos micropoderes, especificamente da função de controle que desempenham nas organizações sociais. Pressuposto que interpela a política em seu sentido amplo, remetendo diretamente ao cotidiano institucional, que ganha importância não somente como um meio de organização para determinados fins, mas como um fim em si mesmo (CAMPOS, 2000). O poder político pode ser lido, então, como a capacidade de intervir sobre os modos de vida e sobre a forma como se estabelecem as prioridades em saúde – em suma, a política entendida como atinente à produção de realidade social. Tal acepção inclui necessariamente o conflito entre os vários discursos e saberes, entre interesses e suas possibilidades de expressão. Conflitos democráticos que não se pode pretender superar em um “suposto e idealizado Projeto de Futuro, mesmo quando considerado, por inúmeras razões técnicas, como superior a esta resultante média dos conflitos acima anunciados” (CAMPOS, 2006, p. 72).

Em última instância, entender a política nesta perspectiva significa compreender que os resultados da participação democrática são imponderáveis *a priori*, não passíveis de condução e direcionamento, sob risco de perderem seu significado primordial, ainda que em nome da eficiência, da otimização e da competência do saber técnico. Desta forma, um dos desafios colocados à gestão da política e das instituições de saúde para materializar-se como relação de cuidado é não negar legitimidade à demanda que se apresenta aos serviços, mesmo aquela caracterizada como espontânea, pois presentifica e apresenta construções de sentido para a experiência do adoecimento e da busca por atenção à saúde, expressando modos de apreensão dos processos sociais.

O desenvolvimento desta nova consciência tem uma dinâmica que nenhum diagnóstico epidemiológico é capaz de conter, que nenhum Conselho Popular é capaz de representar completamente, a não ser quando a Instituição Pública for também capaz de criar mecanismos para captar estas reivindicações e desejos, expressão do movimento de milhões de pessoas que procuram conforto e ajuda, e que o mercado tão bem aprendeu a respeitar e a manipular (CAMPOS, 2006, p. 73).

A afirmação feita no trecho anterior expõe os limites que a intervenção técnica e os mecanismos de representação de interesses apresentam para a interface necessária entre cuidado, democracia e cotidiano institucional, a qual foi historicamente negligenciada pelo movimento sanitário. Esta avaliação é resultante da constatação de que o processo da reforma sanitária até aqui empreendido foi marcado pelo argumento técnico-normativo e pelos dispositivos de representação que terminaram por restringir a participação democrática, o “controle social” aos espaços dos conselhos e conferências de saúde. Como consequência, trabalhadores e usuários são negados como sujeitos políticos da gestão do SUS, que não chega a constituir-se cotidianamente como esfera pública democrática.

A análise da participação popular nos espaços dos conselhos de saúde é ilustrativa da insuficiência dos mecanismos representativos, dado o reconhecimento de sua incapacidade de influenciar os métodos de gestão, encontrando sérios limites para intervir no cotidiano dos serviços (SCOREL; MOREIRA, 2009). A isto pode agregar-se a consideração de que mesmo que os conselhos de saúde fossem exemplarmente autônomos em suas atribuições (crítica normalmente feita à sua configuração e atuação) não poderiam substituir a gerência dos serviços, razão pela qual defendemos a generalização de outras formas de participação que se efetivariam no próprio âmbito dos serviços de saúde, colocando em questão o conjunto de práticas e normas que os organizam, e que, em geral, produzem a permanência de padrões de vínculo entre profissionais de saúde e usuários que não são eficazes em produzir relações de cuidado.

Enfim, nossa abordagem parte da compreensão de que tornar a experiência do cuidado referência ética para as ações e serviços de saúde demanda a construção de novos mecanismos de gestão, capazes de recolocar no cotidiano das práticas a construção de novas sociabilidades democráticas como um problema sempre em aberto. Uma busca por novas formas de gerir o cotidiano dos serviços e trabalhar em saúde, em que todos sejam reconhecidos como sujeitos políticos na construção do SUS, com suas diferentes inserções, demandas, responsabilidades e saberes na conformação de esferas públicas, sem as quais o direito à saúde não pode efetivar-se.

Para pensar a relação entre cuidado e a organização institucional da gestão, a noção de coprodução é particularmente fecunda, pois incide diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde, devem responder. Sendo assim, em nossa avaliação, o problema da democracia nas instituições de saúde precisa radicalizar-se com o reconhecimento de todos na condição de produtores das ações de saúde, o que não significa uma tentativa de homogeneização de seus saberes e responsabilidades. Ao contrário, é justamente a peculiaridade de suas diferentes inserções que importa quando defendida a participação ampliada como meio de democratização do cotidiano das instituições e de produção de relações de cuidado.

Um ponto que nos parece central é a necessidade de superar a separação entre as responsabilidades e tarefas ligadas à execução e aquelas identificadas à formulação, planejamento e gerenciamento do processo de trabalho. A horizontalização das relações,

o estreitamento das distâncias institucionais, o estímulo à autonomia e à descentralização das decisões são aspectos estratégicos à democratização da gestão (MERHY, 1994), e que não devem ser restritos à intervenção dos trabalhadores, mas incorporar também usuários, movimentos sociais, comunidades – enfim, os coletivos com quem os serviços devem necessariamente dialogar na produção de saúde. Afinal, tal forma de colocar o problema da gestão das práticas institucionais tem por base a compreensão de que a interseção entre política, ética e cuidado na produção de saúde resulta da relação dialógica com o outro, do fato de que o agir se reporta ao outro, condição de sua existência, já que não pode limitar-se em sua própria esfera de atuação. Os sentidos que adquirem as práticas institucionais são assim forjados como efeito de nossa condição humana de seres de relação. Ao afirmarmos a dimensão dialógica da produção de realidade social seguindo as análises de Bakhtin (BRAIT, 2005), não pretendemos reduzir a experiência ao sentido linguístico, pois,

[...] nessa esfera, as relações são relações de sentido que se expressam pela linguagem e pelos signos, mas não são redutíveis a estes últimos. [...] a relação dialógica não é uma relação linguística. Embora pressuponha uma língua, esta relação não existe dentro do sistema da língua. E porque podemos fazer tal afirmação? Porque a emoção, o juízo de valor, a expressão são igualmente estranhos à palavra dentro da língua, e só nascem para favorecer o processo de sua utilização viva no enunciado concreto. [...] A maior parte dos comentadores de Bakhtin, [...] equivocam-se ao interpretar o dialogismo como um problema linguístico. Para Bakhtin, ao contrário, trata-se de um problema ontológico e político (LAZZARATO, 2006, p. 195).

Considerações sobre a noção de cuidado como Bem Comum

Compartilhamos aqui a hipótese, lançada por Negri (2003), de que é fundamental não a tomada de poder (o que supõe a manutenção da relação), mas a produção de novos e diversos contrapoderes que transformem os espaços institucionais e a produção das normas que os determinam. Essa perspectiva aponta tanto para a articulação de redes de cooperação, como para a produção de saberes, artifícios técnicos e dispositivos que viabilizem a produção e legitimação de bens comuns.

Nessa perspectiva, o cuidado como valor deve concretizar-se sempre de modo singular, não antecipável, em cada contexto particular. O que se pretende com essa sinalização é afirmar que se trata de um efeito e não um ponto de partida, cujos significados dependem intrinsecamente de sua materialização, do regime de produção por meio do qual se efetiva. Ou seja, ainda que ocupe a função de balizar eticamente as ações realizadas, o cuidado é um valor em construção, cuja materialidade é impossível sem o avanço na democratização do cotidiano institucional dos serviços de saúde. Em outros termos, é preciso sempre indagar se não atualizamos formas sutis de autoritarismo ao supor ser possível estabelecer em nome de outrem os sentidos vividos e atribuídos como cuidado, sem considerar a dimensão produtiva e afirmativa da ação dos próprios sujeitos na construção do que é significado por esta relação.

Tendo em vista estas ponderações, parece-nos oportuno aproximar a ética que marca de modo dialógico a noção de cuidado dos caminhos possíveis de reorganização das instituições de saúde e de sua gestão. Quanto a isto, um elemento a discutir é a necessidade de constituição deste valor como bem comum, não redutível às divisões corporativas e mercantis que historicamente delimitam as práticas no campo.

Uma primeira afirmação para esclarecer esta noção de bem comum remete ao modo como se exercem e se materializam as condições da produção de valor (valor-

cuidado), quando resultantes de implicações éticas que asseguram ou inviabilizam sua apropriação privada. Nesta apreensão, o bem comum resulta da interseção de práticas, instituições e dispositivos de diversas ordens (técnicos, comunicacionais, etc.) que engendram territórios existenciais pautados por uma ética do Comum (embora essa adjetivação seja em nossa perspectiva redundante). Ou seja, territórios existenciais que acolhem as singularidades em sua prerrogativa normativa de constituição de mundo, tendo por critério de valoração a expansão da vida, e não sua exploração, limitação ou cerceamento. Sentidos que nos permitem ler o bem comum como artefatos e artifícios que viabilizam a articulação de campos de força que produzem como efeito de realidade relações e práticas de liberdade.

Trabalhar esta aproximação entre o cuidado como valor e bem comum significa trazer para o primeiro plano da gestão em saúde o problema ético dos efeitos que geram as ações e definições institucionais. Um esforço em reconhecer a dimensão ético-política da produção de saúde, reconhecendo no outro alguém com quem se compartilha o direito à saúde.

Tal dimensão da produção de saúde diz, em nossa leitura, do desafio de democratização das condições de realização e apropriação de sentidos, que decorrem diretamente da relação entre igualdade e diferença. Igualdade como direito comum à diferenciação, diferença como invenção (de si e do mundo), constituição ética do tempo (COCCO, 2001). Invenção política que, sendo colaboração, cooperação, coprodução, implica necessariamente o exercício normativo de criação deste valor cuidado. Na medida em que a igualdade que o direito assegura e legitima agencia a potência de diferir e produzir artifícios compartilhados como realidade, podemos remeter a política definitivamente à liberdade, à liberdade de inventar o novo, de concretizar o milagre que nos anuncia Arendt (1981). Liberdade supõe, portanto, o acesso de todos aos bens comuns que tornam possível a criação, que instituem o plano de determinação dos problemas com que interrogamos a realidade, e que nos permitem formular novas questões e produzir outras respostas, tornando aberto o tempo da existência, que não pode ser contido em nenhuma configuração particular do possível, por mais oportuna que seja. Liberdade e justiça se encontram quando a política é materializada como recusa produtiva em separar a potência de expressão e de constituição da multiplicidade humana de sua capacidade de criar e propagar possíveis (LAZZARATO, 2006). Recusa política em estabelecer quem tem o direito de inventar e a quem cabe recolher-se aos contornos e ditames do existente. Como afirma Lazzarato (2006, p. 227), “a justiça social deve garantir também a capacidade de criar o possível”. O cuidado, como relação ética, requer, portanto, que o outro seja reconhecido em seu direito e potência de criar o possível.

Assumindo este valor como criação imanente, efeito da atividade cooperativa das redes sociais, de sua capacidade de produção de subjetividade e de mundo, cabe novamente um alerta quanto à defesa do cuidado como valor norteador das práticas de saúde e gestão. Qual seja, a possibilidade de tornar-se uma referência transcendente, um certo “lugar a chegar”, confundindo a potência ética da noção de bem comum com determinadas configurações institucionais, ações ou modos de operar a produção de saúde previamente estabelecidos. Isto porque, ainda que em uma situação específica tais configurações possam instituir rupturas importantes, é preciso não perder de vista que, em qualquer circunstância histórica, fechar a temporalidade constituinte dos processos sociais em conformações institucionais que se definem como exterioridade, suspensão dessa temporalidade, pode significar novas codificações e cerceamento do direito como potência política de produção de realidade social.

Nosso intuito é somente apontar os riscos de atualização das relações de poder aos quais estamos sempre expostos. Nesse sentido, a ressalva que fazemos significa, sobretudo, um alerta para a sedução que se apresenta em cada esquina e em cada passo

de nossas lutas. Pensar o cuidado como valor, como bem comum, requer a recusa em normatizar institucionalmente como esta relação deve acontecer nos processos sociais. Uma recusa das formas de centralização normativa, sempre próximas à gestão, pois essas conformações de sentido devem ser o resultado de práticas de liberdade e justiça, e não seu ponto de partida. Caso contrário, ainda que inicialmente potentes em suas ofertas, em pouco a história exporia o envelhecimento rígido de nossas certezas. Como, aliás, tantas vezes já o fez.

Referências

- ARENDT, Hanna. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981. 338p.
- BRAIT, Beth. (Org.). *Bakthin: conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2005. 223p.
- CAMPOS, Gastão W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 2006. 175 p.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.
- COCCO, Giuseppe M. Introdução. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. (Org.). *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 7-24.
- SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação social, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 229-247.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando 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. de (Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 37-56.
- LAZZARATO, Mauricio. *As revoluções do capitalismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 268p.
- _____. Trabalho e capital na produção dos conhecimentos: uma leitura através da obra de Gabriel Tarde. In: COCCO, G. M.; GALVÃO, A.P.; SILVA, G. *Capitalismo cognitivo: trabalho, redes e inovação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 61-82.
- MATTOS, Ruben A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas a partir da defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional: contribuições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-352.
- MERHY, Emerson E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.
- _____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005. 189p.
- NEGRI, Antonio. *Cinco lições sobre Império*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. 280p.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. 320p.
- _____. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: 2003. 228p.
- _____. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. 304p.

_____. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. 356p.

_____. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. 484p.

_____. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. 180p.

_____. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. 404p.

A construção do ato de cuidar no espaço da formação em saúde: a ética, a prática, sujeitos e valores

LILIAN KOIFMAN

VERÔNICA SILVA FERNANDEZ

CARLOS DIMAS MARTINS RIBEIRO

Introdução

Nossa abordagem parte da reflexão acerca da constituição de valores na formação do profissional de saúde para a produção do cuidado. A base dessa discussão se localiza nas relações, compromissos e responsabilidades propostas a este profissional, no exercício da sua prática.

A partir de experiências de trabalho como docentes, nos cursos de graduação em saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF), assim como em diversos estudos realizados no âmbito da formação de profissionais de saúde no ensino superior, acreditamos que é no espaço da formação que se tem a possibilidade de construção de um perfil profissional ativo, responsável e participativo, sensível às questões humanas inerentes à produção do cuidado em saúde.

Que responsabilidades estão envolvidas na sua prática? Qual deve ser seu nível de compromisso com o desenvolvimento de uma prática que atenda às inúmeras necessidades de saúde da sociedade, tendo as especificidades de cada usuário como o fio condutor para sua tomada de decisão? Que saberes são necessários para uma formação crítica e comprometida com o funcionamento do sistema público de saúde e com a consolidação dos seus ideais? Estas são algumas das questões que nos afligem, cotidianamente, no ofício da docência e que apresentamos aqui como uma proposta de debate.

Ceccim (2005) propõe uma concepção do trabalho em saúde que combine os componentes de formação dos profissionais, gestão do setor, participação social e ordenamento das práticas de atenção à saúde. O autor sinaliza que cada uma dessas faces libera e controla fluxos específicos, e que cada face também comporta uma convocação pedagógica. Com base nesse raciocínio, o conhecimento relativo às políticas para a formação dos trabalhadores em saúde e à produção de conhecimento sobre formação deveria preconizar a caracterização desses trabalhadores não como “recursos humanos em saúde”, mas como “atores sociais”, na condição participativa e responsável, implicados no estabelecimento de uma atuação com centralidade nos usuários do sistema de saúde e na qualidade da produção social do trabalho, no interesse da sociedade.

Tendo como referência a proposta de mudança da concepção da figura e do papel do profissional de saúde nas práticas cotidianas da área, apostamos na abordagem da valorização dos saberes da prática e no papel do docente em saúde nessa construção.

Produção do cuidado em saúde: a ética na construção da autonomia dos usuários

Nos últimos anos, o cuidado em saúde tem sido objeto de intensa reflexão no campo da Saúde Coletiva. Na produção acadêmica sobre o tema, incluem-se tanto estudos empíricos, que têm como objetivo analisar como o cuidado é concretamente produzido nas instituições de saúde, articulando-se num determinado processo de

trabalho as tecnologias em saúde e os profissionais encarregados de manejá-las, como em reflexões teóricas, com abordagens sobre o significado do cuidado em saúde, adotando-se determinadas teorias normativas de como o cuidado dever ser produzido. Utilizaremos aqui ferramentas teóricas que permitam pensar o cuidado em saúde na perspectiva da autonomia do usuário dos serviços de saúde.

A palavra “autonomia” (do grego *autos*, próprio, e *nomos*, normas) pode ser definida como autogoverno ou governo de si, tendo várias interpretações no debate acadêmico (SCHRAMM, 1998). Adotaremos uma concepção de autonomia, entendida como capacidade de uma pessoa escolher e realizar uma maneira de viver que valoriza, o que requer estruturas e arranjos sociais que possibilitam que ela possa exercer suas liberdades básicas (NUSSBAUM, 2000). Em tal perspectiva, a autonomia é condição ontológica da ética, entendida como uma maneira de ser e de se conduzir – “visível para os outros” – de indivíduos que estabelecem certas formas de se relacionar consigo mesmo e com os outros, caracterizando um modo próprio de viver (FOUCAULT, 2006, p. 270).

O vocábulo grego *ethos* (ética) tinha os significados de caráter e cultura, mas, em um sentido mais arcaico, também era entendido como “guarda” ou proteção dos seres vivos em seus ambientes (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). A Bioética de Proteção resgata este significado na forma de uma atitude protetora que os gestores, os profissionais de saúde e outros atores envolvidos no funcionamento do sistema de saúde devem ter em relação aos usuários dos serviços de saúde, assumindo a responsabilidade de contribuir para promover suas capacidades básicas (KOTTOW, 2007; RIBEIRO; REGO, 2007). Enfatiza-se a função protetora do Estado em relação aos cidadãos sobre sua guarda, que devem exercer essas capacidades que cada pessoa tenha uma vida digna e realize um modo de vida que valoriza – o que ela quer ser e fazer (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Para Kottow (2007), a atitude protetora caracteriza-se pela voluntariedade (compromisso de proteção que é assumido livremente), pela irreversibilidade (a proteção não pode ser rescindida antes que todas as necessidades do outro sejam atendidas), pela inviolabilidade (deve-se ter cuidado para que a proteção não invada áreas onde o outro pode agir livremente) e pelo desligamento (a proteção deve ser reduzida na medida em que o outro aumente sua capacidade de exercer sua autonomia).

Na abordagem adotada aqui, para que a vida seja verdadeiramente humana, a pessoa deve ter a capacidade de exercer certos poderes ou liberdades centrais, cujo exercício requer condições materiais de existência – sociais, econômicas, culturais, etc. Liberdades referem-se a determinadas esferas da ação humana tais como a saúde, a educação, o trabalho, a política, a relação com outras espécies, a razão prática e a afiliação, entre outras, que devem ser exercidas nos vários estágios de um ciclo normal de existência – nascimento, infância, adolescência, fase adulta, velhice e morte (NUSSBAUM, 2000). Entre elas estão a liberdade de ser saudável, de viver uma vida com longevidade normal, de ter integridade corporal, de estar bem nutrido e abrigado, de não ser acometido por doenças evitáveis ou morrer prematuramente, de vivenciar emoções, de pensar e imaginar e de viver com e para outras pessoas, entre outras.

Esta abordagem põe em relevo a vulnerabilidade dos seres humanos – de serem feridos ou sofrerem um dano –, ressaltando uma concepção de nós próprios como não autossuficientes, pois somos dependentes uns dos outros para viver, desenvolver nossas potencialidades e se defender das ameaças que possam nos atingir, como animais políticos e sociais que somos (NUSSBAUM, 2003). Com efeito, nascemos, vivemos e morremos. No percurso de nossa existência, estamos sujeitos ao adoecimento e alguns de nós, durante toda a vida, são portadores de determinadas doenças.

Ressalta-se que esta abordagem adota a máxima kantiana segundo a qual cada

pessoa deve ser vista como um fim em si mesma e não meramente como um meio para satisfazer fins de terceiros (NUSSBAUM, 2000). Numa leitura a partir da Ética do Acolhimento de Lévinas – para quem a ética é uma relação face a face entre o eu e o outro, na qual o outro é um rosto (corporeidade) que expressa humanidade –, cada pessoa deve ser considerada em toda a sua grandeza (LEVINAS, 2000).

Nesta interpretação, quando um usuário demanda a satisfação de suas necessidades, ele não deve ser visto como um pedinte, como um miserável, um pobre coitado, nem mesmo como um sujeito de direito, mas, na imagem deste autor, como um mestre diante do discípulo, onde comanda sem forçar. Deve ser visto como um ser humano com dignidade própria, na sua animalidade – seres de carne e osso – e na sua humanidade – seres capazes de uma vida compartilhada onde a felicidade de cada um não exclui a felicidade de todos (NUSSBAUM, 2003). Dessa forma, visamos a um processo de trabalho nos serviços de saúde centrado nas necessidades específicas e de determinado momento da vida do usuário e organizado de forma a produzir cuidado, entendido como o conjunto de práticas que visa a proteger e/ou promover a autonomia a ou o exercício de um conjunto de liberdades que caracterizam uma vida realmente humana. Entre as dimensões da autonomia, destacamos duas de particular interesse no campo das práticas sanitárias:

a) *Autonomia como exercício da razão prática*

A *razão prática* refere-se à capacidade de formular um plano de vida, incluindo os aspectos ligados à saúde e a elaboração de um projeto terapêutico. No âmbito da relação profissional de saúde e usuários (e suas famílias) dos serviços de saúde, Kottow (1995) ressalta a importância de um modelo dialógico no qual as partes entram numa relação de cooperação, favorecendo um clima de confiança para uma decisão informada. Ou seja, os profissionais de saúde devem ser verazes (dizer o que consideram objetivamente verdadeiro), compreensíveis (proporcionar as informações relevantes e se preocupar com a adequada recepção do que foi dito) e honestos (dizer o que realmente pensam). Assim, o profissional de saúde pode proporcionar ao usuário as condições para decidir, dentre as alternativas terapêuticas propostas, aquela mais adequada a sua singularidade pessoal e existencial (KOTTOW, 2007).

Nesta abordagem, no caso de o paciente tomar decisões que contrariem as recomendações que recebe, não cabe interferência paternalista, mesmo que sejam lesivas a seus próprios interesses, exceto se o paciente não for competente mentalmente (crianças e doentes mentais, por exemplo), justificando-se o paternalismo em algumas circunstâncias (KOTTOW, 2007). A baixa escolaridade do paciente não é razão para considerá-lo incompetente mentalmente, o que se supõe significar uma incapacidade de compreender, raciocinar ou valorizar (KOTTOW, 2007). No entanto, o exercício da *razão prática* não se refere apenas a uma habilidade exclusivamente racional, podendo a tomada de decisão relativa a projetos terapêuticos ser descrita como uma “habilidade que esta no limite entre o intelectual e o passional” (NUSSBAUM, 2009).

A noção das emoções como negativas, porque em nada se relacionam com a cognição ou porque levariam a pessoa a incorporar uma visão falsa do mundo, requer reflexão. As emoções podem desempenhar um papel motivacional construtivo na ação humana, sendo sensíveis à educação e capazes de impelir “a pessoa a objetivos mais apropriados em conformidade a sua concepção, em constante desenvolvimento” (NUSSBAUM, 2009).

As emoções assumem papel importante durante a interação clínica, seja em relação aos profissionais de saúde, seja em relação aos usuários (CONNELLY, 1998).

Com relação aos primeiros, quanto mais os profissionais compreenderem suas próprias emoções, mais adequadamente poderão compreender as emoções expressas pelos usuários. Por outro lado, a tomada de decisão do usuário em relação ao projeto terapêutico requer uma narrativa que considere crenças, valores, desejo e expectativas, observando-se em que medida a adesão, ou não, do usuário ao tratamento está baseada, muitas vezes, em componentes emocionais tais como medo, ansiedade, desconfiança e preocupações.

Além disso, conforme Lacerda et al. (2007), amplas parcelas da população vêm apresentando formas difusas de adoecimento que não podem ser tratadas adequadamente por meio da medicalização. Tais casos exigem uma aproximação entre profissional de saúde e usuário que permitam a expressão de emoções relacionadas ao sofrimento, tais como tristeza, raiva ou angústia, com vistas a sua ressignificação, compreendendo que as emoções podem ser construídas social e culturalmente.

b) Autonomia como exercício da alteridade

Para Foucault (2006), o sujeito não tem uma natureza essencial ou universal, mas se constitui num campo de forças onde se entrelaçam, por um lado, processos econômicos, sociais e culturais indissociáveis de relações de poder e jogos de verdade e saber que visam a dirigir as condutas dos indivíduos e grupos sociais. Por outro, práticas de liberdade ou resistência, expressas nas linhas de fuga em que os sujeitos se transformam e criam formas singulares de existência. Estes jogos de poder/saber e as práticas de liberdade estão em todo o campo social, incidindo sobre várias relações como, por exemplo, entre profissionais de saúde e usuários, pais e filhos, professor e aluno.

Nas práticas de liberdade, o sujeito realiza um exercício sobre si mesmo, no qual procura transformar-se para produzir determinado modo de ser. Foucault (2006), resgatando a importância da liberdade no pensamento grego, ressalta que para exercer adequadamente a liberdade é necessário ocupar-se de si mesmo – cuidar de si –, para se conhecer e se formar, dominando “os apetites que poderiam arrebatá-lo”, não sendo escravo de si mesmo ou dos outros, nem tão pouco escravizar os outros (FOUCAULT, 2006, p. 268).

Para esta “ética da liberdade”, a relação com o outro tem dupla dimensão: o “cuidado de si como condição do cuidado dos outros” e a presença de um outro como necessária para ajudar na autoformação do sujeito (ORTEGA, 1999, p. 129). Na primeira, o cuidado de si é também uma maneira de cuidar dos outros – “se conduzindo adequadamente em relação aos outros e para os outros” –, de modo a não tender para um “amor exagerado a si mesmo que viesse a negligenciar o outro” e nem para o abuso do “poder que se pode exercer sobre os outros” (FOUCAULT, 2006, p. 273). Na segunda, o cuidado de si se faz na relação com o outro – mestre, guia, professor, amigo, profissional de saúde, etc –, numa intersubjetividade agonística em que a presença do outro é necessária para a constituição de uma subjetividade própria (ORTEGA, 1999).

A prática como valor inerente à formação de profissionais de saúde

No âmbito da formação dos profissionais de saúde, especificamente no nível da graduação, destacamos a centralidade da presença de questões do cotidiano das práticas profissionais, em atividades curriculares. As orientações e exigências das políticas nacionais, da Saúde e da Educação, têm provocado uma nova configuração nas relações sociais no interior das instituições. Valendo-se da utilização dos diversos cenários de aprendizagem que podem ser proporcionados pelos serviços, os conteúdos também

passam a ser explorados conforme o aparecimento de questões nesses cenários. As possíveis resoluções para essas questões se aproximam de maneira consistente e funcional às situações reais. O conhecimento passa a ser construído de forma significativa a partir da emergência dessas situações e a aprendizagem se distancia daquela baseada na memorização de conceitos e valores.

O conceito de conhecimento é compreendido sob outras bases, afastando-se da tradicional formulação da ciência moderna, prescritiva, generalizadora e compartimentada. Procura-se um conhecimento percebido como processo, sempre em movimento, favorecendo a ruptura com a visão de ensino tradicional. (PEDROSO, 2008, p. 149).

A superação da dissociação entre teoria e prática nos processos de ensino passa a ser um desafio importante para dar concretude a essa concepção. Pensamos, especificamente, no ensino no campo da saúde considerando conhecimento prático (ou o ensino da prática) como inerente a este processo e como parte constituinte e indissociável do processo educativo.

A influência do meio promove condições que estimulam e desenvolvem ou inibem, por exemplo, a reflexão para a ação e a interação com outros indivíduos pertencentes ao ambiente social, definindo hábitos, matrizes de ação. (MOREIRA, 2002)

No ensino em saúde, os saberes advindos das práticas desenvolvidas nos serviços se apresentam como fundamentais para a construção de novos saberes e para a reavaliação de saberes já consolidados. A formação em saúde vem sendo amplamente discutida no sentido de se tornar mais próxima e coerente com as necessidades de saúde da população. A exigência da aproximação do mundo acadêmico com o mundo do trabalho vem colocando desafios aos processos educativos em saúde ao longo do tempo. Modelos tradicionais de ensino em saúde optam por processos de aprendizagem que priorizam a excelência técnica, muitas vezes desarticulada das reais necessidades sociais da população; organizam-se a partir de uma visão dicotômica positivo-tecnológica, onde são enfatizados os aspectos técnico-científicos, de um lado, e filosófico-ideológicos, de outro. Limita-se assim, a prática em saúde ao exercício de uma técnica afastada da prática social. É dada maior importância ao desenvolvimento técnico-operacional, desvalorizando-se reflexões de dimensões social, afetiva, manual e ética. Nesses processos de aprendizagem, utilizando um termo de Paulo Freire, o “depósito” e a memorização são privilegiados em detrimento de outras possibilidades intelectuais, como a valorização da capacidade de produção de sínteses críticas sobre o que determina o adoecer (KOIFMAN et al., 2007)

A percepção das questões sociais, assim como a articulação e a relação dos ensinamentos técnicos com tais questões, inerentes à prática profissional em saúde, são desafios diante de um processo educativo fortemente orientado por uma lógica “conteudista”, dissociada da prática cotidiana das ações, dos contextos em que essas efetivamente são realizadas.

Quanto à formação de professores, nos últimos anos, notamos o aparecimento de uma produção científica muito rica neste campo, sobretudo quanto aos conhecimentos incorporados em suas experiências de vida, assim como no trabalho e formação. A prática cotidiana, até então colocada em segundo plano quanto ao seu valor como conhecimento válido, passou a ser analisada e valorizada no momento em que se caracteriza como lugar de construção de saberes. Lelis (2001), em debate com Libâneo (1985), esclarece alguns aspectos referentes à “pedagogia crítico-social dos conteúdos” e atualiza o debate sobre o que se chama de “conteudismo”, fazendo referência às interpretações confusas da identificação mecânica entre “conteúdo” e “matéria”. A autora ressalta o fato de que mesmo ampliando o sentido do que compreendemos por

“pedagogia dos conteúdos”, permanece o desafio de refletir acerca das relações que o professor estabelece com os saberes, partindo-se da compreensão de que, na ação prática, saberes de diferentes ordens (entre os quais se situam os conteúdos de ensino) são por ele mobilizados (LELIS, 2001).

A autora, inspirada na filosofia da práxis formulada por Vasquez (1977), busca uma aproximação da perspectiva relacional entre teoria e prática, contrária à lógica positivista e bastante comum nos currículos dos cursos, e ensaia uma visão unificada, que desfaz essa dissociação, em direção ao que chama de uma “teoria revigorada”, visto que é formulada a partir das necessidades da realidade educacional. Contudo, se diante da possibilidade de se pensar uma “teoria revigorada” a questão persiste, pela existência de uma valorização da teoria em detrimento da prática cotidiana, para essa autora, o conceito de práxis se mostra favorável enquanto ferramenta, possibilitando uma reflexão acerca das relações entre conhecimento científico, prática social e saber docente (LELIS, 2001).

Tendo em vista que a relação dos docentes com o saber não se reduz à transmissão de conhecimentos já constituídos, a prática assume papel importante enquanto expressão de diversos saberes incorporados em diferentes tempos e contextos de socialização, caracterizando-se, portanto, como conhecimentos válidos dentro do processo educativo. Dessa perspectiva, a existência de um conflito de prioridade entre teoria e prática se mostra incoerente no processo educativo, tanto no que se refere aos alunos (aprendizagem) quanto às práticas docentes.

O ensino em saúde é estruturado a partir de diversos saberes, incluindo aqueles produzidos no cotidiano das práticas profissionais, nas relações político-sociais e nas experiências dos sujeitos inseridos neste campo. A valorização das experiências práticas significativas, durante a formação do profissional de saúde, pode contribuir para a criação de diferentes espaços de ensino-aprendizagem, durante o processo de formação, orientados por uma construção dialógica entre mundo do trabalho e o da formação, como parte do processo de transformação. Porém, esta valorização dos saberes da prática não se constrói de forma simples e automática; requer diversas estratégias e planejamentos para sua mobilização pelo conjunto de docentes.

Um desenho dialógico para a formação: compartilhando experiências

Consideramos que o trabalho dos profissionais de saúde deve contribuir para a construção e ampliação da autonomia e da capacidade de intervenção dos usuários sobre suas próprias vidas. Tal processo de trabalho, quando centrado exclusivamente na eficiência do diagnóstico, na perspectiva da ação curativa, entre outras práticas que reduzem a atenção à saúde a dimensões isoladas e fragmentadas, mostrou-se (e mostra-se) insuficiente. Valores e conceitos como o de acolhimento, vínculo, responsabilização e integralidade no âmbito da atenção à saúde são próprios desses encontros, possibilitando uma aproximação com as reais necessidades de cada usuário, assim como a construção da sua autonomia dentro da relação profissional-usuário.

Na tentativa de contribuir para a formação deste profissional de saúde, considerado parte de um “coletivo organizador de produção da saúde” e não apenas “recurso humano” (CECCIM, 2005), construímos no cotidiano das nossas atividades docentes, espaços de atuação dos estudantes em cada semestre, a pactuação do trabalho a ser realizado, de acordo com as necessidades e interesses dos diversos atores com quem convivemos (acadêmicos, profissionais, usuários, movimentos sociais e serviços, entre outros). Isso se dá na perspectiva da construção do compromisso e responsabilidade profissional desde o começo de sua formação (KOIFMAN; WONG UN, 2008). A metodologia escolhida para

que seja possível essa construção e posterior inserção em diferentes cenários de aprendizagem é facilitada pelas atividades em pequenos grupos, pela relação professor-aluno pautada no diálogo, na avaliação do processo durante todo o seu percurso (e não somente ao final do semestre), pelo estímulo à participação e criatividade dos estudantes, etc.¹ Dessa forma, damos ênfase à criação de espaços de formação de coletivos organizadores de produção em saúde. Isso se dá pela utilização de coletivo, citado por Ceccim (2005), que dê conta da disposição em grupo de pessoas ligadas por uma tarefa que constitua finalidade produtiva, produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade.

A perspectiva de organização não se confunde com a produção de corpo que, por vezes, gera o corporativismo (com constrangimento e fisiologismo), mas a produção que gera um objetivo em comum: o atendimento do usuário, a ideia do serviço usuário-centrado. Essa noção vê o usuário do sistema como elemento central para sua organização e as necessidades sociais de saúde como foco para o atendimento e para reordenação dos fluxos nos serviços. A relação entre profissional e usuário, ou entre equipe de saúde e usuário, vem sendo discutida no sentido de possibilitar que esses “encontros” aconteçam dentro de uma lógica de relação entre sujeitos. Onde cada um é possuidor de valores e significados que orientam suas escolhas e comportamentos e onde essas características são valorizadas como a possibilidade de uma construção conjunta de um projeto terapêutico, que permita a aproximação ou a fusão dos saberes de ambos.

Observações finais

Com o desafio de trazer para a discussão alguns aspectos da interface entre o sofrimento, o adoecimento e as emoções, próprios da produção do cuidado, consideramos como atores fundamentais nesse processo o usuário, o profissional de saúde e o docente. Este último assume papel de extrema importância no estímulo, construção e prática do ato de cuidar, tanto em saúde como no processo educativo de formação do futuro profissional.

Levando em conta que na construção deste profissional persistimos na formação *dentro e para* a integralidade, seguimos na orientação para que elementos como a ética e a técnica se sedimentem como direito, concebidas como matérias intrínsecas do cuidado.

Esperamos que estes pensamentos possam contribuir para que as experiências e reflexões sejam progressivamente incorporadas ao acervo coletivo de saberes da área de formação em saúde, como opção explícita, refletida e continuamente reflexiva, como consideramos que devam ser os atos políticos.

Referências

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da Demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 161-180.

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. (Org.). Os

¹ Descrevemos mais detalhadamente a metodologia e atuação nos pequenos grupos do curso de medicina da UFF em outros artigos: Koifman e Saippa-Oliveira (2004); March et al. (2006); Saippa-Oliveira et al. (2006); Koifman et al. (2008); Koifman e Wong Un (2008).

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.113-126.

CONNELLY, J. Emotions, ethics e decisionas in primary care. *The Journal of Clinical Ethics*, v. 9, n. 3, p. 225-234, 1998.

FERNANDEZ, V. S. *Práticas integradas na formação em saúde: desafios e possibilidades de transformação das práticas pedagógicas no curso de Nutrição da UFF*. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos V* (ética, sexualidade e política). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

KOIFMAN, L.; OLIVEIRA, G. S. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, João J. et al. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

KOIFMAN, L.; PONTES, A. L. M.; OLIVEIRA, G. S. 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. de (Org.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 129-145.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V. S. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 165-181.

KOIFMAN, L.; WONG UN, J. A. Construindo saberes recíprocos: ética e técnica na prática educativa em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008, p. 251-266.

KOTTOW, M. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitária, 1995.

_____. *Participación informada en clínica e investigación biomédica*. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: Unesco, 2007.

LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 249-262.

LELIS, I. A. Do ensino de conteúdos aos saberes do professor: mudança de idioma pedagógico? *Educação & Sociedade*, ano XXII, n. 74, abr. 2001.

LÉVINAS, E. *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70, 2000.

MARCH, C. et al. O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 295-309.

MOREIRA, C. O. F. *Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey*. Bragança Paulista: EDUSF, 2002.

NUSSBAUM, M. C. *A fragilidade da bondade*. Fortuna e ética na tragédia e na filosofia grega. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

_____. *Beyond the social contract: toward global justice (The Tanner Lectures on Human Values)*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

_____. *Women and human development. The capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

ORTEGA, F. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PEDROSO, M. B.; CUNHA, M. I. Vivendo a inovação: a experiência do curso de Nutrição. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 12, n. 24, p. 141-52, jan./mar. 2008.

RIBEIRO, C. D. M.; REGO, S. Bioética clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 13 (supl. 2), p. 2.239-2.246, 2008.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 205-227.

SCHRAMM, F. R. A autonomia difícil. *Bioética*, v. 6, n. 1, p. 27-37, 1998.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 17, p. 949-956, 2001.

VAZQUEZ, A.D. *Filosofia da praxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 454p.

A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos¹

DÁRIO FREDERICO PASCHE

O mergulho necessário na micropolítica para fazer avançar a reforma do SUS

O debate sobre a medicalização na saúde e da vida é extremamente importante no atual momento do SUS. Boa parte dos dirigentes da área da saúde, desde suas organizações político-sanitárias nas três esferas de governo e suas entidades representativas, assim como legisladores e mesmo entidades e instâncias de representação da sociedade brasileira, têm feito coro e direcionado quase a totalidade de suas preocupações e ação política para questões macropolíticas e macrorregulatórias da saúde, com predileção para o tema do financiamento. Assim, tem ocorrido um processo de concentração dos debates sobre estas questões.

Isto não se deve apenas a uma estratégia política que considera um momento singular da conjuntura político-institucional brasileira que, tomada pela discussão da crise na saúde, propicia aos atores políticos a aglutinação de forças para a definição de recursos para o financiamento de ações e serviços de saúde. Esta opção demonstra, também, entendimento hegemônico na elite sanitária do país, que explica os problemas sanitários quase que unicamente pela falta de recursos ou problemas de gestão, os quais têm-se apresentado como “fórmulas mânticas” no meio sanitário e na mídia.

A sociedade brasileira tem sido cotidiana e intensamente alertada de que os problemas sanitários decorrem unicamente da falta de recursos e das dificuldades de gestão que, no fundo, são remetidas à incapacidade de regular o gasto pelo preceito da eficiência. Isto, obviamente, tem conformado uma agenda política que sistematicamente tem preterido outras abordagens e, portanto, novas perspectivas de intervenção sobre os problemas sanitários ainda presentes no SUS, em que pesem seus mais de 20 anos.

Esta percepção reduzida sobre a dinâmica de produção da crise sanitária nacional, sem dúvida, tem dificultado os debates sobre alternativas para a qualificação do sistema de saúde. Tal postura não tem apenas dicotomizado as relações macro e micropolíticas, mas também as subordina a uma escala hierárquica, com primazia dos primeiros. Assim, há um pensamento hegemônico, na área da saúde, de que seria necessário prover adequadamente recursos, movimento sem o qual não seria possível qualificar as práticas, pois as condições para tal decorrem desses ajustes macropolíticos. Tal polarização tem semelhanças com o debate travado nos anos 1970 e 1980 no campo da economia, que colocou em antítese o crescimento econômico e o desenvolvimento social, e a opção pelo primeiro acabou por tornar o Brasil o mais injusto país do planeta. E vale lembrar que estávamos situados entre as dez maiores economias mundiais – o fenômeno “berlândia”.

No campo da saúde, a não-superação desta visão atrasada que polariza agendas macro e micropolíticas cria as condições de se formar um sistema de saúde densamente constituído, com recursos tecnológicos, bem abastecido de serviços, insumos e força de trabalho, e isto não corresponde, necessariamente, à oferta de cuidados e práticas de saúde que promovam a saúde, defendam a vida e dignifiquem o trabalho.

¹ Texto elaborado para a mesa redonda “Medicalização na Saúde: despersonalização, desumanização e utilitarismo? Afinal, do que se trata?”, no IX Seminário Nacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro, 25 a 27 de novembro de 2009.

Assim, não se trata de retomar um debate que polariza posições, mas construir possibilidades de, ao mesmo tempo, assegurar as condições macropolíticas para consolidar a implementação do SUS e avançar em outro campo de luta que é o cotidiano do trabalho, experimentando inovações nos modos de governar as instituições, abrindo possibilidades de recriar as práticas de saúde. Assim, como já dizia Gastão Campos em meados dos anos 1990,

[...] seria necessário combinar as disputas mais gerais e pretensamente “mais estratégicas”, com uma multiplicidade de micro-conflitos, valorizando todos os procedimentos para fazer também MICROPOLÍTICA [...] A luta pela transformação das instituições em geral e da saúde em particular, só alcançará sucesso a partir da valorização desse outro plano de luta e implicaria na hipótese de que é possível REVOLUCIONAR O COTIDIANO... (CAMPOS, 1994, p. 66-67).

Dessa forma, retomar o tema da medicalização para discutir e problematizar no SUS formas de cuidado, interrogando sobre despersonalização, desumanização e utilitarismo é relevante e necessário e esta problemática deveria compor agendas de discussão em todo o SUS.

A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), criada em 2003 (BRASIL, 2007), mergulha e toma como desafio as relações de poder nas organizações e nas práticas de saúde. Ou seja, seu campo de experimentação e ação é o mundo das interações e mediações entre sujeitos em situação de trabalho, bem como o campo da organização dos processos de trabalho de equipes de saúde.

Para a qualificação das práticas de saúde, efeito esperado da humanização, a PNH toma princípios, método e diretrizes, que sustentam e orientam dispositivos, arranjos de trabalho que fazem funcionar um método (ESCÓSSIA, 2009, p. 692). Assim, a oferta de formas concretas de organização do trabalho com os quais se intentam produzir mudanças nos modos de gerir e de cuidar não está descolada de um modo de fazer (adjetivado como inclusivo), sendo este orientado por diretrizes clínicas, políticas e éticas. A experimentação do método e diretrizes, por sua vez, é guiada pelos princípios da transversalidade, da inseparabilidade entre gestão e clínica e do fomento do protagonismo das pessoas.

Esta construção corresponde a um desvio metodológico introduzido pela PNH, na medida em que os efeitos da humanização, na forma de qualificação das práticas de saúde e de gestão, são produzidos e estão condicionados a processos de reposicionamentos subjetivos e políticos dos sujeitos nas relações, os quais deveriam propiciar a criação de grupidades solidárias, a construção coletiva de novos sentidos do trabalho, entre outros, permitindo a formação e compromisso e construção coletiva de processos de trabalho. Dessa forma, a emergência e produção de novos modos e práticas de gestão e cuidado decorrem da produção de novos sujeitos e vice-versa.

Os efeitos práticos da humanização nos modos de gerir e de cuidar decorreriam, desta forma, de certos “movimentos de feitura” que, efetivamente, são as principais ofertas da política. Estes movimentos se dão pelo acionamento do Método da Tríplice Inclusão. Todavia, estas ofertas se situam em que posição face ao fenômeno da medicalização da vida? A PNH, política inscrita na dinâmica de funcionamento do Estado, não pode se transformar numa proposição funcional no contexto da inobservância de preceitos éticos no cuidado, dada a relação imediata da humanização como atitude benévola, de cortesia e boa educação?

Para tratar destas questões, vamos nos deter no tema da medicalização, extraindo suas principais implicações sobre o cuidado em saúde, cotejando esta produção com os pressupostos e ofertas da PNH, buscando apontar suas potencialidades na criação de novas bases para a gestão nas instituições de saúde e para ofertas de novas práticas de saúde.

Medicalização e iatrogenia cultural: o poder das organizações de saúde e de seus operadores

Foucault (1989) toma o conceito de Biopolítica para designar determinada tecnologia de poder que funciona tomando a vida das pessoas e populações como alvo de regulamentação e de cuidado (NEVES; MASSARO, 2009, p. 509) na perspectiva, entre outros, de responder à dinâmica do capital e sua inerente necessidade de extração de mais-valia.

A organização de práticas e serviços de saúde em coerência a esta lógica exige que se mantenham pessoas e comunidades como consumidores de ofertas induzidas, das quais passam a depender cada vez mais para preservar sua vida e melhorar sua saúde. Ou seja, a construção de modos de existência se dá a partir de contínuo e ininterrupto processo de subjetivação baseado no desejo e vontade deste consumo, criando-se dependência entre satisfação de necessidades e capacidade de satisfação de necessidades, o que se resolve pelo mercado de consumo.

Assim, o exercício da biopolítica, depende (1) de oferta cada vez mais intensa de tecnologias, serviços de práticas sustentadas e legitimadas pelo discurso técnico-científico, cujo avanço demanda por novos recursos, ou seja, é dependente do consumo massivo de suas realizações; e (2) produção de sentidos e conexões entre consumo médico e melhor saúde, incluindo no desejo a vontade de consumo, legitimando e construindo condições ético-morais que justificam o investimento crescente das famílias no consumo e financiamento privado da saúde. Ou seja, o complexo produtivo da saúde em meio às relações de capital não só intervém na dinâmica demanda-consumo de saúde, como interfere na definição das necessidades sociais em saúde.

Ivan Illich² (1975) introduz, em meados dos anos 1970, uma importante crítica à medicina e à biomedicina, apontando para o fenômeno da desapropriação da saúde das pessoas e comunidades por forças heterônomas. Os conceitos de *medicalização* e *iatrogenia* emergem e correspondem a efeitos deste fenômeno.

A medicalização produz, entre outros, o fenômeno da *iatrogenia cultural*, resultante do poder transferido pela sociedade aos agentes e instituições médicas/de saúde, fazendo com que as pessoas gradativamente percam sua capacidade de lidar com problemas de saúde de forma autônoma. A entrega de poder às instituições e seus operadores produziria o efeito de dependência, com perda de cotas de liberdade e capacidade das pessoas para lidarem com sua própria saúde. Este movimento corresponde à ação de heteronomia, a produção de normatividade da vida por forças que se situam fora dos sujeitos e comunidades, antinômica ao conceito de autonomia, capacidade própria de produção de normatividade.

Assim, o desenvolvimento da medicina estaria combinando, num processo paradoxal, oferta de saberes, práticas e tecnologias potencialmente capazes de qualificar a vida e, ao mesmo tempo, exigindo a desapropriação de saberes das pessoas, que

² Uma análise atual desta obra foi realizada por Nogueira (2003).

perderiam a capacidade de lidar com autonomia com sua própria saúde. Boaventura de Sousa Santos (2006) denominaria este movimento de *epistemicídio*, assassinato do conhecimento próprio da cultura subordinada, ou seja, a morte e substituição dos saberes produzidos por várias gerações, até então de domínio público, agora transformados em conhecimentos da ciência, de propriedade privada das corporações.

A apropriação, pela medicina, da responsabilidade pela produção de respostas às necessidades de saúde, passa a ser um fenômeno preocupante, pois ela não seria nem capaz de satisfazer plenamente estas necessidades, como as desviaria para suas próprias necessidades. E esta incapacidade e ação desviante não seriam uma marca apenas da instituição Medicina, mas uma das características das instituições em geral. Isto porque elas são apenas um artifício, uma criação de meios em que há uma tendência à satisfação de necessidades e a instituição não se satisfaz pela tendência à satisfação – logo, exerce ação de constrangimento e mesmo de sabotagem à realização de necessidades (BENEVIDES; PASSOS, 2002; PASCHE, 2003, p. 157).

As organizações, por certo, são necessárias, mas não suficientes para satisfazer necessidades e, na busca disto, elas se recolhem a um ponto tal que se desviam de seu sentido, traindo o próprio sentido de sua fundação (MOURA, 2003). Os sujeitos, ao serem induzidos e forçados a declinar de suas prerrogativas do exercício autônomo da produção e manutenção de sua saúde, delegando-as às instituições, teriam como resposta ação sempre aquém das suas necessidades. Assim, as instituições teriam sempre algo de mortífero (MAFFESOLI, 1998), pois a dinâmica de institucionalização tende a desviá-las das funções originais que motivaram sua criação e, desta maneira, delegar a elas a responsabilidade pela satisfação de necessidades de saúde é perigoso e pouco prudente. Todavia, este é um fato: as organizações de saúde e seus operadores construíram social e historicamente o lugar legítimo do cuidado. Haveria, então, que se criar formas de proteção contra as instituições.

Intervenção terapêutica sobre as organizações da saúde: do fechamento sobre si à abertura para a multiplicidade de interesses

As organizações são construídas e sofrem ação de uma multiplicidade de interesses, sendo produtoras e reprodutoras de práticas e posturas que tendem a se cristalizar como “realidades eternas”, naturalizando-se. Por insuficiência crítico-reflexiva sobre suas construções e realizações, as organizações tendem a perpetuar modos de fazer, mantendo práticas que muitas vezes já não se justificam mais nem pelas evidências científicas, muito menos pelos novos preceitos éticos. Desta forma, é necessário recriá-las, reconstruí-las ou abandoná-las.

Moura (2003, p. 54) diz que, no caso de as organizações de saúde se mostrarem inadequadas, seria necessário reinventá-las e, quando tomadas pela inércia ou se desviarem de suas funções, deveriam ser coletivamente descontinuadas, a exemplo do que foi feito no Brasil como os hospitais psiquiátricos. Para se colocar as instituições em prol dos interesses da coletividade, seria necessário promover uma gestão que ampliasse o exercício democrático, propiciando maior incidência de sujeitos e interesses plurais sobre a dinâmica de funcionamento das organizações, evitando que elas

[...] se fechem sobre si mesmas ou degenerem. Devemos tender a uma sociedade que se argúi continuamente, com respeito, com tudo que nasce em seu interior. Mas para chegar a isso **é necessário dar menos poder às instituições e mais poder real às pessoas**: é, assim a forma de

administrar que deve mudar, bem como o relacionamento entre cidadãos e instituições (BASAGLIA, 1993, p. 71 - grifos nossos).

O fechamento das instituições sobre si mesmas traria como consequência maior distanciamento entre sua dinâmica de funcionamento e sua capacidade de satisfazer necessidades sociais, com perdas importantes do seu valor de uso. Fechamento corresponde à *transformação do espaço público em espaço privado*, onde reinariam quase absolutos interesses de segmentos, de corporações e de grupos o que, de um lado, desvia a instituição da realização de suas funções primárias e, de outro, abre caminhos para a construção de relações perversas, pois as cotas de poder entre as pessoas são muito desiguais. É no bojo do fenômeno da privatização do espaço público que as “más condutas”, a discriminação, o assédio moral e sexual e as violências institucionais de todas as ordens encontram espaço para se manifestar e se reproduzir.

A privatização dos espaços institucionais – da gestão e clínica – permite a emergência de produções humanas que se revelam distintas da compreensão comumente emprestada ao conceito de humano, correlacionado à bondade, à cumplicidade, à capacidade de amar, à compaixão. Ao humano também comparece o oposto disto, não como polaridade, mas como relação antinômica, como dobra. A privatização, a reclusão das relações para espaços privados, propicia a emergência de práticas que vão em direção contrária aos preceitos éticos do bom cuidado e das relações profissionais-usuários que afirmem como seu produto imaterial o exercício compartilhado de saberes, da corresponsabilização e emergência de autonomia como maior liberdade no cuidado de si.

Ampliar a incidência da esfera pública na gestão das organizações, ou seja, o exercício do cogoverno, poderia impedir ou dificultar a emergência e reprodução destas relações de violência e espoliação do humano. Dessa forma, a reorganização do poder nas organizações, a democratização institucional, é uma diretriz importante, pois ao mesmo tempo amplia o controle e vigilância pelo interesse coletivo sobre as instituições de um modo geral e permite a emergência de novas relações, de novos processos de subjetivação, de novos sujeitos.

Democratizar as instituições e as relações de poder se apresenta, desta forma, como exercício clínico-político. Democratizar as relações permite que profissionais e usuários construam processos de mediação para manejo de forma mais corresponsabilizada dos recursos tecnológico-terapêuticos, ampliando as possibilidades de construção de autonomia, ou seja, de liberdade *para criar para si novas normas de vida* (CANGUILHEM, 1982, p. 188). Nesta direção, tomar a cogestão de um problema clínico ou institucional como orientação ético-política que funda as relações trabalhador-instituição e trabalhador-usuário permitiria ampliar a capacidade das pessoas de criarem novas normatividades, que em suma é a própria condição do viver.

Isto exige, certamente, aprender a lidar com os limites impostos pela presença e ação do outro, com o desejo do desejo do outro; exige partilhar, interagir, produzir deslocamentos e se aproximar do argumento do outro, o que requer ampliação da capacidade de escuta, de postar-se em movimentos de recuo-recomposição de seus próprios desejos e interesses, para criar a possibilidade de produzir na diferença consensos provisórios, instáveis. Aprender a viver e a produzir no movimento são requisitos ao exercício ampliado do governo e da clínica.

Além dos riscos da institucionalização, ou seja, da captura dos sentidos que fundam as organizações, as práticas de saúde no contemporâneo foram concebidas a

partir de alguns pressupostos, os quais informam e “enquadram” as relações profissionais que se constroem nas organizações de saúde.

A matriz da biomedicina, sustentáculo do paradigma hegemônico das práticas de saúde, advém de construção cuja síntese toma forma e expressão já no final do século XIX (LUZ, 1988). O desenvolvimento científico-tecnológico impõe à medicina a condição de importante estratégia para a manutenção e qualificação da vida e, ao mesmo tempo, a coloca como disciplina central na dinâmica biopolítica. E assim, passa a ser decisiva nos processos de disciplinamento e regulação da vida.

Esse processo, todavia, se constrói a partir de algumas demarcações conceituais oriundas da tradição científica ocidental. Uma delas é o movimento de *redução do humano à sua dimensão biológica*, ou seja, o que é tomado como *objeto* é o *corpo-matéria*, onde se localizam lesões citopatológicas, então produtoras de disfunções orgânicas. A ação médica no campo científico-tecnológico passa a ser conhecer a dinâmica de produção destas lesões e construir tecnologias para se intervir sobre elas. Assim, os sujeitos são traduzidos a correspondentes de determinadas lesões (agora ontologizadas) que são, então, objeto da ação médica. A ação, portanto, não é nem sobre, nem com as pessoas, mas em agravos ou doenças que as pessoas sofrem ou desenvolvem.

Outra característica significativa do conhecimento médico ocidental é o estabelecimento de processo de *ontologização das doenças* (CZERESNIA, 1997). A descoberta das bactérias produziu uma revolução nas formas de se pensar e de se agir em saúde, o que resultou, entre outros, na minimização, senão eliminação temporária, da incidência e importância de aspectos socioculturais, econômicos e afetivos na explicação da gênese das doenças, e conseqüentemente, a desconsideração das dimensões social e subjetiva como campos de desenvolvimento de práticas sanitárias, que não alcançaram o *status* de objeto de conhecimento da medicina moderna. A partir disto, a explicação das doenças assume direção unicausal, escorada no atributo da precisão e da restrição explicativa dos processos patológicos.

Mais do que em qualquer outra época da história, no final do século XIX se tornou possível exercer com rigor o raciocínio causal na etiologia das doenças e o postulado de cada doença corresponde a uma resposta específica a uma agressão específica; passa a ser a *condição necessária e suficiente* para a explicação das doenças (LUZ, 1988). Esta redução permitiu à medicina uma eficácia que até então ela não conhecera, ofertando soluções relativamente simples a problemas de estrutura complexa, o que lhe imprimiu alto grau de legitimidade social e política. Desta forma, a medicina contemporânea passa a lidar com sujeitos reduzidos à condição de objetos e, paradoxalmente, as doenças passam à condição de “sujeito”. Não é por outra razão que pessoas passam a corresponder como sinônimo da patologia que desenvolvem: o renal crônico, o cardiopata, o diabético, etc. Ou, o que é tão assustador quanto isto, a serem denominados pelos procedimentos que sofreram: a colecistectomia; a cesariana; o transplantado, e assim por diante.

A terceira influência sobre as práticas de saúde contemporâneas é sua inserção como *prática liberal no mercado*, portanto, como atividade regulada por valores de troca. É nas relações de mercado que se passa a oferecer um leque de alternativas de consumo à população, que ajusta suas necessidades à sua capacidade de compra. Cabe ao Estado, nessa visão, mediar o consumo daqueles segmentos que não se “adaptam” perfeitamente às regras de mercado, subsidiando por meio da compra de serviços e/ou seguro o acesso das populações pobres ao consumo médico.

A redução do humano à condição biológica, a “ontologização das doenças” e a oferta de práticas médicas pelas regras de mercado se revelarão incapazes de produzir equidade, garantir acesso universal, portanto o direito à saúde, fazendo ainda com que a extensividade das práticas médicas não seja diretamente decisiva para se melhorar os níveis de saúde da população.

Paradoxalmente ao processo de hegemonização da biomedicina, suas profundas contradições como prática social farão emergir um conjunto de problemas em vários planos, os quais podem ser resumidos como *síndrome da medicina moderna* (PASCHÉ; HENNINGTON, 2006). Na produção deste fenômeno se aglutina uma série de problemas, entre os quais o (1) distanciamento da medicina do compromisso pela qualificação da vida, denunciado pela medicalização e a iatrogenia (ILLICH, 1975), o que leva à execução desenfreada de atividades meio, particularmente procedimentos diagnóstico-terapêuticos, incorporados extensivamente no processo de trabalho e no mercado privado; (2) degradação da clínica (CAMPOS, 2003), orientada para a ação sobre a doença e não para o sujeito portador de necessidades de saúde; (3) baixo impacto positivo das ações médicas, apesar do crescente incremento do gasto na área; (4) iniquidade no acesso, inversamente proporcional às necessidades de saúde das pessoas; e (5) relativização das necessidades sociais de saúde na organização e oferta dos serviços, determinados sobretudo pela lógica e dinâmica do mercado e do consumo, sobretudo da esfera privada.

É desta percepção crítica que emergem, durante todo século XX, processos reformistas no campo da saúde, dos quais o SUS é uma expressão.

Estratégias de desprivatização da gestão das organizações e das relações clínicas

O SUS é um movimento *da e na* sociedade brasileira contra a iniquidade e o autoritarismo, contra as formas autoritárias de gestão do Estado, contra as formas antidemocráticas de exercício do poder nas organizações de saúde (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2009). E todo autoritarismo convoca um centro, a uma centralidade, o que faz com que seja produtor de movimentos de exclusão, de expulsão daquilo que a este centro diverge, não se conforma. Aquilo que o centro de comando não reconhece é expulso num processo de “antropoemia”: vomita-se aquilo que é estranho, não identificado, o diferente (BAUMAN, 1998).

As manifestações deste autoritarismo centripetista na saúde são inúmeras, mas duas formas especiais assumiram expressão hegemônica na organização de práticas de gestão e de cuidado: o *hospitalocentrismo* e o *modelo médico-centrado*. Estas duas centralidades levaram à produção de características na organização do sistema, serviços e práticas de saúde no Brasil, cujo combate se apresenta como a própria pauta do SUS: ampliar a experiência de *redes integradas de saúde* (onde o hospital ocupa um lugar, mas não o lugar de produção de saúde), e fazer emergir o *trabalho em equipe*, articulando e conectando saberes e práticas de distintos territórios de saber para lidar de forma mais eficaz com problemas sanitários que são sempre complexos.

O combate à medicalização e à iatrogenia, manifestações da biopolítica, exige movimentos ético-políticos de produção de interferências nas práticas de saúde que potencializem o vivo (NEVES; MASSARO, 2009, p. 504), contrapondo-se às estratégias da biopolítica, expropriadoras da vida, transformada em mercadoria, em valor de troca, como espaço privado. Assim, é necessário que se construam possibilidades e estratégias de afirmação do vivo, da permanência e expansão da heterogeneidade como manifestação plena do humano, de afirmação da pluralidade da existência. A Política de

Humanização nasce com estes compromissos ético-políticos, os quais orientam as interferências que se quer introduzir nas práticas de gestão e de cuidado. Estas questões apontam para os temas da gestão das organizações e processos de trabalho, do cuidado e da produção da autonomia e responsabilização.

Georges Canguilhem (1982) formulou um conceito de saúde muito importante para se refletir as práticas de saúde e reposicioná-las. Segundo ele, produzir saúde corresponde à capacidade de *inventar modos de andar na vida*, ou seja de *construir com o outro modos de andar pela vida*. Neste conceito estão contidas duas questões centrais para a renovação das práticas de saúde.

A primeira delas é *construir com*. Esta expressão designa ação de interação e mediação de saberes entre sujeitos os quais, desde suas diferenças, seriam capazes de construir algo em comum. Este “construir com” exige, notadamente, reposicionamentos na relação usuário-trabalhador, pois em geral o que se construiu de forma hegemônica foi “um intervir sobre” e um “assujeitar-se à condição de paciente”.

A forma hegemônica de interação entre usuário e trabalhador da saúde resultou no estabelecimento de relações verticais e monológicas, com mudez do usuário e ação prescritiva dos profissionais. Assim, as relações de poder têm sido marcadas pela polarização, levando ainda à construção de organizações de saúde regradas por lógicas autoritárias, assemelhando-se muitos de seus estabelecimentos ao funcionamento de instituições totais (GOFFMAN, 1974), cujo exercício do poder se dá pelo poder disciplinar (FOUCAULT, 1989, p. 105).

O reposicionamento que se coloca como necessário nas relações clínicas, todavia, não é apenas na direção dos trabalhadores, que deveriam, então, constituir novos processos de comunicação capazes de dar passagem aos interesses e necessidades dos usuários e suas rede sócio-familiares, instigando a emergência e utilizando-se dos saberes práticos da vida para compor de forma compartilhada projetos terapêuticos. Esta, sem dúvida, é uma atitude generosa e desejável dos trabalhadores que decorre, sobretudo, de mudanças nos processos de trabalho.

É importante que se atente que o reposicionamento na relação terapêutica se encaminha também na direção dos usuários, instigados que são para moverem-se do tradicional papel passivo de paciente para habitar uma relação que os convoque à construção de novas atitudes no processo de cuidar de si. Dessa forma, o “construir com” exige reposicionamentos na relação usuário-trabalhador, em geral uma relação sujeito-objeto, para a construção de relação sujeito-sujeito.

As diferenças entre os sujeitos em uma relação clínica podem ser, por exemplo, entre interesses e necessidades de usuários e dos trabalhadores que, por não serem coincidentes, exigem modulações. De um lado, a demanda pelo cuidado; de outro, a oferta de tecnologias para se lidar com problemas de saúde e riscos de adoecer. A relação que se estabelece entre usuário e trabalhador se constrói exatamente nesta diferença, pois quem recorre ao cuidado está legitimado pelo estatuto de “cidadão-usuário”, ou seja, tem o direito de demandar recursos para resolver suas necessidades, e quem cuida tem o mandato social e as prerrogativas de ser trabalhador da saúde, dotado de “saberes e ferramentas” para intervir sobre o caso.

Uma nova relação, forjada na transversalidade dos saberes, na composição heterogênea de planos terapêuticos, não anula esta polaridade, senão as combina, buscando singularizações, processos provisórios – portanto, instáveis e cambiáveis no tempo. O encontro e os produtos que emergem dele são, então, singulares e

personalizados, e não haverá um só processo clínico idêntico a outro: a única marca de semelhança que comungarão será em relação às diretrizes gerais que os orientam, que de forma geral podem ser enunciadas como de favorecimento do encontro de sujeitos na diferença para diferirem, para produzirem o comum entre eles.

O segundo elemento da frase é a construção de *modos de andar na vida*. Esta expressão impõe que se assuma com radicalidade que a produção de saúde é um produto singular de uma relação terapêutica que só pode ser estabelecida no plano da experiência, da construção do comum entre os sujeitos. Certos “modos de caminhar”, como expressão de contrato terapêutico ou como produto singular desejado nos processos de saúde, resultam de ação sinérgica entre sujeitos, o que pressupõe que a própria ação profissional se estabeleça como flexível a cada caso.

Assim, é necessário superar visões simplistas sobre o adoecimento. O “saber-fazer” clínico se produz como síntese entre a arte e a ciência; entre a tradição e a inovação; entre a prudência e o arriscar-se; entre intuição e razão. Assim não bastaria, tão-somente, a introdução de protocolos demarcatórios das possibilidades do agir deliberado; clinicar, em alguma medida, é submeter o protocolo à condição de instrumento-guia, mas não no único guia. Clinicar, neste sentido, é uma atividade subversiva: se apoia, mas enfrenta e afronta a regra. Por outro lado, se a regra for radicalmente negada, produzir-se-ia tão-somente a desordem, já que nenhum resultado poderia ser mensurado quando qualquer efeito é esperado. A clínica, portanto, resulta desta imbricação dialética entre o controle e a autonomia.

A experiência clínica a partir de construção mais móvel dos conhecimentos permitiria estabelecer, em cada caso, singularidades. Os protocolos homogeneizam, pois partem do pressuposto de que todos são iguais (diferenciando-se apenas em graus de intensidade); todavia, a relação clínica, a relação entre sujeitos no plano da experiência torna *cada caso um caso*, diferenciando-os de forma radical. Assim, não haveria um só diabético igual ao outro, a não ser que ambos tenham graus de disfunções pancreáticas. E esta diversidade se estabelece porque a doença, problema ou agravo encarnado em uma experiência sensível, portanto com produção subjetiva e um contexto sócio-familiar, singulariza, diferencia, personaliza, fazendo com que cada sujeito se apresente como manifestação ímpar e única no mundo.

Além disso, a vida (e, portanto, a saúde e a doença) pertence aos sujeitos, os quais têm de lidar com restrições de liberdade no seu cotidiano para construir modos de *andar na vida*. Qualquer prescrição de condutas, seja ela clínica ou não, é sempre uma solução para quem prescreve e problema para quem recebe. Qualquer conduta requerida convoca reposicionamentos, os quais nem sempre são possíveis para os sujeitos nos prazos e intensidades que se deseja. Por exemplo, prescrever dietas, uso de medicamentos, exercícios físicos e recomendações como não fumar, usar álcool, emagrecer, evitar o estresse, são soluções carregadas de problemas, pois requisitam novas atitudes e comportamentos em anteposição a outros bastante enraizados no sujeito. Ou seja, a solução posta pelos trabalhadores da saúde toma a dimensão de problema para os usuários.

Dessa forma, “construir modos de andar na vida” não se separa de “construir com”, que significa a construção de processos de corresponsabilização entre sujeitos, misturando-se o cuidar como o cuidado, fazendo com que cada usuário seja ao mesmo tempo “profissional da saúde” e vice-versa. Esta atitude e posição na relação pressupõem o reconhecimento do sujeito e de sua experiência, reconhecimento do outro como alguém que sabe (CYRINO, 2005).

Assim, produzir saúde não pode se restringir a uma prescrição técnica ou moral de condutas ou ao tratamento de queixas, senão a ofertas clínicas como estratégia de abertura para o estabelecimento de encontro de sujeitos, cuja perspectiva é a construção de contratos terapêuticos em que definam corresponsabilidades. O usuário não é um passivo receptor mas, com sua rede social, um provedor de cuidados. Logo, ao considerar e valorizar as experiências dos indivíduos, envolvendo-os mais ativamente no cuidado de si, os serviços de saúde ampliam as possibilidades de produção de saúde.

O saber prático, como conhecimento adquirido na experiência, é o que permite a construção de novas possibilidades de cooperação e compartilhamento destes saberes.

O “saber-fazer” refere-se a saberes práticos ou a capacidade de mobilizar saberes (formais, informais, técnicos, teóricos...) adquiridos em diferentes vivências e experiências em situações concretas da vida (CYRINO, 2005, p. 32-33).

As apostas da PNH vão em direção de se construir dispositivos de gestão que permitam exercício ampliado do governo das organizações, ou seja, a construção de sistemas de gestão compartilhada. Tomando por referência a produção de Gastão Campos (1998; 2000), a gestão é tomada como espaço de encontro de sujeitos que irão estabelecer processos de interação e troca de afetos, saberes e poderes. Assim, a gestão passa a tomar aquilo que os sujeitos trazem para além de seus saberes técnicos. A gestão, nesta medida, passa a ser entendida como espaço analítico e operativo, tratando de questões subjetivas, institucionais e políticas as quais ampliam grupalidades, então mais solidárias, sem o qual os planos de ação correm o risco de se tornarem documentos sem o poder de mudar as práticas e modos de funcionamento de grupos e organizações.

Assim, haveria que se organizar espaços coletivos para o encontro dos sujeitos, ampliado a superfície de contato entre eles, favorecendo a produção de contratos provisórios que permitam aos sujeitos agir em realidades complexas. É necessário, dessa forma, construir espaços efetivos para se analisar de forma mais coletiva as forças que produzem as realidades institucionais e a incidência delas sobre interesses e valores dos grupos, estabelecendo-se processos de negociação que permitam a contratação de tarefas e responsabilidades entre sujeitos – o que implica, necessariamente, produção de reposicionamentos, emergência de novos sujeitos.

Na perspectiva da PNH, não haveria a construção de novos objetos de investimento, de novas práticas, de novos processos de corresponsabilização, de processos mais coletivizados e identificados com o bem público, sem novos processos de subjetivação, da produção de novos sujeitos. Da mesma forma, a reinvenção de modos de gestão e a criação de novos processos de organização das práticas de saúde expressam novas formas de experimentar a existência e as relações com outros. Assim, recriar as instituições, seus modos de organização, de gestão e suas ofertas de serviços, implicaria reinventar os próprios modos de produção de subjetividade.

Experimentações de novas práticas de gestão, de arranjos de trabalho e de novas formas de organização do cuidado, no contexto do SUS, têm propiciado a emergência de novos conceitos-ferramentas,³ responsáveis pela criação de inovações-reposicionamentos. Entre estes se destacam: (a) a clínica ampliada (CUNHA, 2005), propiciando a construção de relações profissional-equipe / usuário-rede sócio-familiar mais solidárias, fraternas e horizontais, permitindo a emergência de cuidados

³ A junção da ideia de conceitos à de ferramenta se deve à concomitância entre o conteúdo abstrato e sua aplicabilidade imediata.

personalizados; (b) a cogestão ou gestão compartilhada (CAMPOS, 2000), que agrega à gestão tarefas coletivas de análise da política e da organização, a formulação de projetos, dotando-a como ação de natureza político-pedagógica; (c) o apoio institucional (CAMPOS, 2003) e o apoio matricial especializado que substituem a clássica concepção de supervisão do trabalho, identificado ao processo de controle da ação dos sujeitos; e (d) a criação de nova arquitetura organizacional, ampliando-se a superfície de contato entre dirigentes e trabalhadores e entre os próprios trabalhadores, modificando-se as linhas de poder hierarquizadas, obstaculizadoras da ação institucional criativa e inventiva.

Nesta nova arquitetura têm-se organizado Unidades de Produção (CAMPOS, 1998), coletivos que se formam para a produção de saúde, a partir de sistemas de cogestão, o que permite colocar a organização em rede para uma construção mais coletiva das tarefas institucionais e lidar com os sofrimentos e tensões delas decorrentes. Neste contexto podem ser construídos novos contratos de gestão (entre as equipes; entre a equipe e gestores; entre os serviços e a população, etc.), que são inovações ético-políticas nos processos de responsabilização, pois decorrem de movimentos de negociação-pactuação entre sujeitos, sintetizando consensos mínimo-provisórios que permitem a construção de organizações mais despojadas do controle paranóico das diferenças e o escamoteamento obsessivo das contradições e conflitos, fazendo possível acreditar que é possível uma vida institucional menos sofrida, mais produtiva e mais humanizada.

Novos arranjos e novos dispositivos para a recriação do trabalho em saúde, fazendo-o menos alienado e mais criativo, e a construção de novos modos e processos de subjetivação que permitam a expressão dos sujeitos na interface de seus interesses, desejos e necessidades com as imposições das necessidades sociais de saúde, são produções que se imaginam possíveis pela reinvenção conceitual e metodológica. De outra parte, são elementos fundamentais para a reorganização das práticas e serviços de saúde, os quais requerem, necessariamente, novos sujeitos.

Estas transformações conceituais e metodológicas, longe de se traduzirem por simples novidades semânticas, expressam novas concepções no campo da gestão das organizações, singularizando a construção de novos sentidos ao trabalho, à gestão e à práxis da ação do campo da saúde, sendo elementos necessários e requeridos para a produção de mudanças nesta área. Mudanças em uma dupla mão: nas organizações e no trabalho, mais afirmativas do princípio da democracia e dos interesses dos coletivos que nela atuam; e na produção de saúde, mais identificada com as necessidades de saúde da população.

Fechando a conversa

A Política de Humanização, por meio de seu Método da Tríplice Inclusão e de suas diretrizes ético-clínico-políticas, aposta na capacidade de produção de normatividade que promova a vida. Capacidade de confrontação de interesses, de produção de analisadores, de perturbação, sem a qual não há movimento, senão o silêncio, o silenciamento face às práticas de gestão e de cuidado que não promovem a vida, senão a espolia.

A PNH é, portanto, método, que se apresenta como estratégia de fomento à participação. De ativação de protagonismos, de pôr-se na roda, de entrar na roda. De deixar-se tocar pela diferença, sem abdicar de seus interesses, vontades e desejos. Pôr-se na roda para deixar-se afetar, afetando. Ou seja, entrar na roda para singularizar, para fazer a roda rodar, para melhor acolher, para ampliar a clínica, para democratizar o

trabalho, para valorizar o trabalhador e defender os direitos do cidadão, que tão toscopicamente chamamos de usuários.

A humanização, nesta perspectiva, não se coloca no SUS porque há fenômenos de desumanização, mas porque é valor, é princípio de ação na saúde. Por outro lado, como política pública, também não contrai a tarefa de humanizar o humano (sob a hipótese absurda de que haveria alguns mais ou menos humanos), mas para humanizar relações de poder, estas sim produtoras de práticas desumanas ou desumanizadoras (tomando por referência valores substantivos).

Assim, protagonismo e autonomia são potência de ação, de afirmação da diversidade e da diferença, sem o qual as relações correm o risco de serem colonizadas por interesses de sujeitos e grupos protagonistas que não têm a produção da vida e do humano como principal foco de ação.

Referências

- BASAGLIA, Franca O. *Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical*. Tradução: Shirley Morales Gonzáles. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BENEVIDES, Regina D.; PASSOS, Eduardo. Subjetividade e instituição. In: MACHADO, Leila; LAVRADOR, Maria Cristiana; BARROS, Maria Elizabeth (Org.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 145-152.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. *Documento Base*. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMPOS, Gastão W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. (Org.). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez, 1998.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- CUNHA, Gustavo T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CYRINO, Antonio de P. P. *As competências no cuidado com o Diabetes Mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde*. São Paulo, 2005. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva e Social. São Paulo, 2005.
- ESCÓSSIA, Liliana da. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. *Interface* (Botucatu), v.13, supl.1, p. 689-694, 2009.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LUZ, Madel T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

MAFFESOLI, Michel. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes, 1998.

MOURA, Arthur H. *A psicoterapia institucional e o clube dos Saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.

NEVES, Claudia A. B.; MASSARO, Altair Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. *Interface* (Botucatu), v.13, supl. 1, p. 503-514., 2009.

NOGUEIRA, Roberto P. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare, 2003.

PASCHE, Dário F. *Gestão e Subjetividade*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

PASCHE, Dário F.; HENNINGTON, Élide A. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. In: CASTRO Adriana M.; MALO, Miguel. *SUS: re-significando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

PASCHE, Dário F.; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide A. *Política Nacional de Humanização: surgimento e trajetória de implementação de uma política pública*, 2009 (no prelo).

SANTOS. Boventura de S. *A gramática do tempo: por uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006.

A formação docente na saúde e a questão do sofrimento, adoecimento e emoções na produção do cuidado

ISABEL BRASIL PEREIRA

Grande parte dos professores que se dedicam à formação profissional em nível técnico da saúde tem sua ação docente pautada pela racionalidade técnica e pelo ideário positivista/funcionalista, em que a crença da neutralidade da ciência e na razão instrumental são elementos constitutivos para interpretações sobre a prática profissional do trabalhador da saúde, e os procedimentos técnicos, as habilidades e atitudes são entendidos como suficientes para o enfrentamento do cotidiano dos serviços de saúde. A partir do recorte na implicação da formação docente na saúde como significativa para as reflexões sobre o enfrentamento do “sofrimento e adoecimento” e demais emoções, presentes no trabalho em saúde e no trabalho educativo, cabem as primeiras indagações: De que maneira a ideologia de que o conhecimento pedagógico disponível dirige a prática, proporcionando os meios para reconhecer os problemas e solucioná-los, se traduz na formação dos docentes em saúde? Que implicações a compreensão, por parte do docente da saúde, de que sua ação consiste apenas na aplicação de decisões técnicas, acarreta no cuidado na saúde? Uma pedagogia baseada em habilidades e atitudes é suficiente para o enfrentamento do sofrimento e do adoecimento aos quais o professor e o profissional da saúde são submetidos? Desenvolver habilidades e atitudes, por mais abrangentes que se pretendam, é suficiente para o profissional da saúde compreender o processo de produção do cuidado no que diz respeito a lidar com o sofrimento dos usuários?

De que maneira a ideologia de que o conhecimento pedagógico disponível dirige a prática, proporcionando os meios para reconhecer os problemas e solucioná-los, se traduz na formação dos docentes em saúde?

Analisarmos a educação do docente que educa os profissionais da saúde, hoje, requer entendê-la no âmbito da formação de professores de uma maneira geral, e ao mesmo tempo considerar as especificidades do campo da saúde, das singularidades requerida pelo trabalho em saúde, que estão presentes tanto para o docente quanto para o profissional que irá formar. Nesse contexto, a saúde e a educação, como práticas sociais articuladas, se materializam no cuidado em saúde, e possibilitam pensar a formação do professor na saúde não só como o espaço/tempo vivido nas graduações e pós-graduações das áreas de saúde, licenciaturas.

Nilda Alves (1986) analisa a formação do professor e argumenta que essa formação deve ser pensada em várias esferas. Sistematiza a esfera acadêmica: entendida como produtora de conhecimentos e disposições, mas também colabora na constituição subjetiva e profissional do professor. Outras esferas referidas pela autora são: ação política governamental; pesquisa em educação; a da prática pedagógica cotidiana e a da prática política coletiva. Essas esferas se relacionam na vida dos trabalhadores, das pessoas de um modo geral e essas relações são engendradas no contexto de coerção, cooptação, conflito e contradição (ALVES, 1986, p. 18).

A ação política governamental pauta, ou pelo menos inflexiona, a ação docente, na medida em que a legislação educacional regula e ao mesmo tempo induz a adesão às concepções pedagógicas promulgadas pelos governos. A LDB nº 9.394/96, lei vigente, adere à noção de competências tanto para Educação Básica, quanto na modalidade de

Educação Profissional. Portarias e demais instrumentos legais governamentais vigentes têm como norte para a formação profissional em saúde o desenvolvimento de habilidades e atitudes. Somam-se a isso, na formação em saúde, a difusão das noções de empregabilidade, criando assim uns campos férteis e ideológicos, o que Neves (2005) chama de pedagogia da hegemonia. É sempre bom ressaltar que essas inflexões e determinações na ação docente na saúde provocam uma resistência, em menor ou maior grau, dos professores.

A respeito da esfera da ação política coletiva na formação do professor da saúde, podemos perceber que a participação ou não em sindicatos e associações vai inferir diferenças na “educação” dos docentes na saúde. A participação do professor em ações políticas coletiva amplia o caráter político da ação docente e desvela possibilidade de transformações nas políticas educacionais

Não há dúvida de que um dos “lugares” onde ocorre a formação docente na saúde é o espaço da pesquisa. A reivindicação sobre a necessidade de que pesquisa e ensino precisam estar articulados no processo de formação qualificado do professor já é conhecida. O que falta é criar condições de viabilidade para que o professor da Educação Básica e da Educação Profissional possam desenvolver pesquisa. Ou seja, há necessidade de perseguir a construção da figura do professor-pesquisador¹ para atuação nesses níveis e modalidades de ensino.

O professor da saúde que atua no nível do ensino superior público, na sua grande maioria, desenvolve pesquisa, geralmente na sua área de atuação específica, mas poucos investigam questões relativas ao ensino na saúde. E mesmo quando isso acontece, é rara a pesquisa que utiliza como fundamentação teorias educacionais do campo progressista. Nesse caminho, o que se observa é uma adesão forte às teorias progressistas da Saúde Pública ou Coletiva e um baixíssimo conhecimento sobre o pensamento crítico educacional brasileiro. Desse modo, estes professores, a maioria *intelectual críticos e transformadores* (GIROUX, 1997) do setor saúde, não formam o olhar de “suspeita” sobre a adesão a pedagogias hegemônicas, como por exemplo, a noção de competência e sua imbricação com a teoria do capital humano atualizada em conceitos como o da empregabilidade.

Na chamada “esfera da prática cotidiana” presente na formação do professor, conhecimentos são requeridos e produzidos (não só os validados pela ciência), incluindo as vozes de diferentes sujeitos e práticas. Essa concepção promove uma relação que se abre para o imprevisto, para o não-pensado, para o exigido além da racionalidade técnica. No caso dos docentes da saúde, muitas vezes o cotidiano do trabalho profissional educativo se soma ao trabalho nos serviços de saúde, visto que, por exemplo, nas Escolas Técnicas do SUS, grande parte dos professores é dos serviços de saúde. Portanto, ele é um profissional da educação e ao mesmo tempo do setor saúde, o que pode ser entendido como uma vantagem, por um lado, mas ao tempo incorpora à formação docente uma “racionalidade médica” no viés da razão instrumental e do pragmatismo, o que tem também contribuído para que a racionalidade técnica na ação docente seja reforçada.

Heller (2002) ressalta que a vida cotidiana é heterogênea e hierárquica, principalmente no que tange ao conteúdo e à importância de nossos tipos de atividades. Dentre outras, são partes *orgânicas* da vida cotidiana: “a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada” (HELLER, 2002, p. 17). Ressalta a autora, enquanto discípula de Lukács, que a heterogeneidade e a

¹ Ver experiência da EPSJV/Fiocruz, na constituição da figura do professor-pesquisador no ensino técnico em saúde e a pesquisa como princípio educativo.

hierarquia apresentam coincidências e diferenças na vida cotidiana. Como diferenças, como a de que a forma concreta da hierarquia não é eterna e imutável, mas se modifica de modo específico em função das diferentes estruturas econômico-sociais.

Autores como Contreras (2002) chamam atenção para o fato de que, na realização das atividades espontâneas da vida diária, há o “conhecimento na ação” e a “reflexão na ação”, o que reforça o trabalho humano, caracterizado pelo pensar e o fazer. Na prática cotidiana, há uma série de ações que realizamos de maneira pragmática, sem o tempo necessário para uma reflexão mais aprofundada. Nesse tipo de situação, o conhecimento vai se construindo na ação; se “algo que nos afasta da situação habitual, pensamos no que fazemos, é a reflexão na ação” (MENDES, 2004, p. 191).

Outro ponto a ser observado é que se a prática fica estável e repetitiva, o conhecimento se torna mais tácito, insuficiente portanto para uma transformação na qualidade da ação do processo ensino-aprendizagem dos educandos. Nessas situações, ele depende não somente de teorias e técnicas preestabelecidas, mas constrói uma nova maneira de observar o problema de forma a atender suas peculiaridades e decidir quais soluções escolher. Os problemas, nesse caso, provenientes de situações para as quais não se tem, em princípio, uma forma prevista de interpretação, não se limitam à aplicação de técnicas, mas de ações provenientes de reflexões auxiliadas pelas teorias e práticas adquiridas na esfera acadêmica e política que devem desenvolver potencial de criação e vislumbre das consequências psicológicas/biológicas e sociais que provoca.

Ao reconstruir a dimensão reflexiva da prática, os profissionais demonstram sua “arte profissional”, isto é, é capaz de manipular grande quantidade de informação, selecionar as mais relevantes e, diante do conhecimento profissional advindo de casos anteriores, extrair as consequências a partir do reconhecimento da singularidade. (MENDES, 2004, p.190).

Que implicações a compreensão, por parte do docente da saúde, de que sua ação consiste apenas na aplicação de decisões técnicas, acarreta no cuidado na saúde?

A racionalidade técnica ajusta-se ao modelo abstrato das trocas e seus fetiches, servindo para organizar e controlar o mundo do trabalho e o mundo do lazer, integrando por inteiro as esferas da vida social, apesar de toda ideologia voltada para idealizar as ideias de progresso e modernização.

sob o impacto de um racionalismo de ímpeto controlador, a luta pela emancipação dos dogmas e pela afirmação da autonomia da razão se transformou, infelizmente desde muito cedo, em fé na possibilidade de criação de um novo saber, capaz de expulsar os dissensos e as dominações, exatamente por exprimir uma verdade irretocável, purificada das diferenças políticas, das particularidades culturais, enfim, apresentando-se como absolutamente *neutra*. A ciência moderna seria, ao mesmo tempo, a expressão e o modo de expressão desta nova religião laica. (PEREIRA, 2002).

A formação com base na racionalidade técnica produz um outro aspecto de diferenciação em relação ao profissional capaz de refletir como agir sobre situações não previstas: exclui do racional a discussão dos fins, uma vez que os tratava como estados finais, em lugar de discerni-los em sua tradução no dia a dia.

A prática reflexiva está guiada por valores profissionais que cobram autêntico significado não como objetivos finais, mas como critérios normativos que estão presentes no próprio desempenho profissional. As ordens atuarão como pressões que se tem em conta na consideração das

circunstâncias, porém não se pode esperar que os professores se transformem em meros aplicadores de decisões que eles mesmos não tomariam. O desenvolvimento de valores educacionais não pode se realizar a partir das instituições ou sabedorias que surgem fora da própria prática dos docentes, é preciso que eles possuam as ideias. (MENDES, 2004, p. 192)

No caso da formação docente e a produção do cuidado na saúde, começamos lembrando as relações sociais do trabalho em saúde como parte de uma totalidade social. Para tanto, podemos indicar várias determinações, cruzadas e contraditórias, relevantes para a análise. Primeiro, as contradições centrais, que opõem público e privado, o acesso ao sistema de saúde como um direito universal, direito de todo cidadão e seu oposto, a definição particular excludente, privada mesmo, da saúde como um bem, um serviço acessível apenas aos que podem pagar. Contradição que diz respeito, de forma enfática, à década de 1990 em nosso país e no mundo, com vastos projetos privatizantes, em que se fetichizam o mercado e a mercadoria, a qualificação e a competência técnicas, o aparato tecnológico de ponta, a eficiência e a qualidade total, em detrimento dos sistemas públicos em toda a área social, à frente educação e saúde.

No Brasil, o problema mistura contradições econômicas, políticas e culturais. A mais evidente é a econômica, no que implica de violência, ao querer impor a um país com forte herança de atraso, colonial e republicano, com brutal concentração de renda e desníveis sociais, regionais e de classe, um modelo privatista para a saúde, com isso deixando sem assistência social os já desassistidos e reforçando a herança autoritária de nossa formação histórica. Contradição que atravessa toda a implantação do Sistema Único de Saúde. Não fica difícil imaginar a conseqüente diferença de atendimento para pacientes públicos e pacientes privados, do SUS e dos planos privados de saúde. Em terceiro lugar, uma dimensão cultural que não pode ser ignorada: acentuam-se as mazelas e fraquezas do serviço público brasileiro, saúde bastante incluída, em favor de uma sistemática divulgação em massa das maravilhas da empresa privada de saúde, na forma de helicópteros, aviões, equipamentos ultramodernos e invulgar eficiência. Enquanto isso os telejornais se encarregam, como seus trabalhos cotidianos, de induzir nas massas urbanas as imagens, deprimentes, de grávidas tendo seus filhos em calçadas e velhos morrendo antes de terem qualquer atendimento médico.

Dimensão cultural, frisemos, porque diz respeito à construção de uma hegemonia, ao mesmo tempo objetiva e subjetiva, visível e invisível, com o objetivo de impor um princípio quase único de realidade e pensamento. Como construção de uma hegemonia, lembremos, com Antonio Gramsci, que se trata de um projeto ao mesmo tempo político, econômico, cultural e moral². Implica tudo isso e, nessa etapa presente do capitalismo, uma acentuada fragmentação, o estímulo à competição, ao sucesso a qualquer custo, a guerra de todos contra todos, com fortes componentes de violência, de narcisismo, de visão privada da realidade, de ausência de um projeto público e democrático de vida social.

Entendendo a construção da formação em saúde a partir da perspectiva materialista histórica dialética, em dimensão objetiva e subjetiva da formação humana, observa-se que as condições materiais e objetivas de trabalho são como algo inseparável da dimensão subjetiva desses trabalhadores. Não se trata de cair numa ótica subjetivista da subjetividade, e sim perceber que a subjetividade dos trabalhadores está articulada com as condições objetivas da relação capital e trabalho, gerando, nos sujeitos, medo, angústia, alienação, e apontando para uma relação impessoal e/ou de domínio sobre o

² Toda a obra de Gramsci traz essa ideia, mas destacamos uma referência específica: *Os intelectuais e a formação da cultura* (1968).

outro. Isto significa que pode ocorrer uma mutilação das melhores qualidades, sensíveis e práticas, do ser humano, aqui entendido, frisemos, não como entidade abstrata, fora da história, transcendente e metafísica, mas como sujeitos em situação, postos em contextos específicos e vivendo sob condições determinadas, que as mais das vezes não foram resultado de uma livre escolha, mas da pura necessidade de sobreviver.

Buscando explicitar a relação entre cuidado em saúde e a formação docente pautada pelo conhecimento pedagógico técnico, lembramos o estudo de Pinheiro (2008), que, a partir do cuidado como fato da vida cotidiana, conceitua e elucida práticas de cuidado em saúde

Cuidado é um modo de fazer na vida cotidiana. que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas, em lugares e tempos distintos de sua realização. [...] O cuidado. consiste em um modo de agir que é produzido como .experiência de um modo de vida específico e delineado. por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em .práticas. de .espaço. e na .ação. de .sujeitos sobre os .outros. Daí o .cuidado como ato. que, ao ser exercido por um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o .outro..O outro é o lugar do cuidado [...] O sujeito que se responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida.

Ressaltamos que o cuidado em saúde “não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser”. Nesse sentido, a autora dá pistas sobre o que “pode ser ensinado” ao afirmar que “direito de ser na saúde é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos [...] respeitando as relações de etnia, gênero e raça [...] que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas” (PINHEIRO, 2009, p. 114).

Uma pedagogia baseada em habilidades e atitudes é suficiente para o enfrentamento do sofrimento e do adoecimento aos quais o professor e o profissional da saúde são submetidos ?

Há que se reconhecer que profissionais da saúde e da educação exercem trabalho complexo ³, e que no cotidiano desse trabalho lidam com problemas complexos, que não possuem apenas uma explicação. Isto significa que uma educação profissional em saúde pautada pela razão instrumental tende a uma visão limitada das situações que enfrenta e torna mais difícil a transformação, no que é possível pela educação, da ação cotidiana encontrada no trabalho em saúde .

Estudos como o de Brito (1998) e Brito e Athayde (2003) abarcam a problemática da saúde dos trabalhadores/as de escola:

Entre as merendeiras e serventes foram constantes as referências a determinados sintomas ou patologias: problemas de coluna, varizes, perda de força/dormência/edema nas mãos, rigidez matinal, dor no peito, problemas dermatológicos, respiratórios, pulmonares e intestinais, irritabilidade, hipertensão, “estresse” [...] problemas do aparelho cardiovascular, alterações do comportamento, problemas ginecológicos e outros (problemas renais, anemia intensa, cansaço, dor no peito, problemas de visão, falta de ar, verminose), o uso de medicamentos para dormir, sem acompanhamento médico [...]. Verificamos que, na realização da atividade

³ Ler termo “trabalho complexo” no *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*, (2009).

docente, surgem determinados tipos de problemas de saúde, expressos como mal-estar geral, falta de ar, pressão baixa, tonturas, cansaço, labirintite, esgotamento físico e mental, problemas nas cordas vocais (numero , problemas respiratórios, alergias, rinite, perturbações do sono (insônia e sono que não é reparador), perturbações de caráter digestivo, formas de). alimentação inadequada (podendo implicar a médio e em longo prazo em deficiências nutritivas), “estresse”, aumento nos níveis de ansiedade, frustração, angústia, depressão e irritabilidade (BRITO; ATHAYDE, 2003).

Estudos como o de Silva (1996) trazem reflexões sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, mapeando e analisando riscos químicos, de contaminação e danos psíquicos aos profissionais em decorrência do trabalho, pois lidam com a falta de condições de trabalho, de organização do trabalho nos serviços e com o sofrimento e adoecimento dos usuários. Esses pontos são ressaltados como os que fazem os profissionais da saúde adoecer, e provocam sofrimento nesses trabalhadores do setor saúde. Diante do referido cenário, voltamos à indagação sobre o fato de uma pedagogia baseada em habilidades e atitudes ser suficiente para o enfrentamento do sofrimento, e do adoecimento aos quais o professor e o profissional da saúde são submetidos

Habilidades e atitudes constituem uma tradução do ideário da ação docente pautada na racionalidade técnica presente na “pedagogia das competências”. Analisa Ramos (2001) que o ideário das competências se ancora na teoria funcionalista, no pragmatismo, no ideal de controle, no condutivismo, assim como na análise construtivista. A competência está sempre associada à capacidade de o sujeito desempenhar-se satisfatoriamente em situações reais de trabalho, mobilizando os recursos cognitivos e socioafetivos, além de conhecimentos específicos. Nesse sentido, o que importa à competência é formar para ações, para dar respostas a ações controladas e previstas, sendo a competência humana tomada como fator de produção. O construtivismo é capturado pela pedagogia das competências que necessita, entre outros pontos: não deixar de lado a normatização do sentimento, a dos sentidos e da sensibilidade. Como observa Pereira (2002), “no caso o sentido é nítido é o do ‘saber ser’ para o capital”.

A captura do construtivismo pela pedagogia das competências, portanto, de construtivismo de aparência inovadora, que promove uma ida à subjetivação (que não questiona o modo de produção de uma sociedade à construção do sujeito), fornece o ideário da competência constitutiva que a configura como uma noção adaptadora do comportamento humano à realidade. Como aponta Ramos (2001), a noção de competência tem ordenado as relações de trabalho e as relações educativas, considerando-se contextos econômico-político e sociocultural contemporâneos. Promovendo articulação entre o interacionismo com a teoria funcionalista, desse modo, a competência se torna uma característica psicológico-subjetiva de adaptação do trabalhador à vida contemporânea, e ao mesmo tempo como fator de consenso necessário à manutenção do equilíbrio da estrutura social. A autora ressalta, na lógica da competência, traços da teoria do capital humano, mas os redimensiona com base na especificidade das relações sociais contemporâneas.

Neste momento do estudo, há que se relembrar que não houve no passado, e não há no presente, nenhum passe de mágica que possa resolver as resistências e impasses que o educador precisa enfrentar dia a dia, dando conta da tarefa de elaborar conceitos e modelos críticos. Trata-se sempre de um trabalho difícil e de longa duração. E conta muito não jogar fora a acumulação crítica conseguida pelas gerações que viveram antes de nós, que lutaram e trabalharam antes de nós.

No que tange à questão referida, podemos afirmar que desenvolver habilidades e atitudes como um projeto de formação de educadores da saúde reduz a dimensão da

educação à influência da razão instrumental, deixando de lado o caráter maior da educação, que é formar sujeitos que, através de uma consciência, consigam vislumbrar a totalidade social e econômica. Consciência que possibilitará ao professor e profissional da saúde ter instrumentos cognitivos e emocionais de não se culpabilizar enquanto indivíduo pelas mazelas que enfrenta no cotidiano do trabalho, e ao mesmo tempo promover modos de lidar com o sofrimento em que a solidariedade seja ressaltada na “educação do sentimento”, como o contraponto à frieza e ao embrutecimento engendrados pela lógica de um modo de produzir a existência humana pautado na desigualdade. Ou seja, ser solidário não significa sucumbir ao sofrimento do outro, e sim compreendê-lo. Ao mesmo tempo, perceber a função social, ética e política da sua ação de cuidar. Esse processo de conscientização ajuda a formar para o que deverá ser transformado, para que seu trabalho não seja impessoal e alienado. Para tal finalidade, não bastam só o conhecimento técnico e o desenvolvimento de habilidades e atitudes. Como nos diz Adorno, há que se considerar a educação

não a assim chamada modelagem de pessoas, porque não temos direito de modelar pessoas a partir do seu exterior; mas também não a mera transmissão de conhecimento, cuja característica de coisa morta já foi mais do que destacada, mas a produção de uma consciência verdadeira. Isto inclusive da maior importância política; sua ideia, se é permitido dizer assim, é uma exigência política. (ADORNO, 2003, p.141)

A partir de reflexão sobre “para onde” a educação deve conduzir, o pensador alemão ressalta:

Houve tempos em que, como dizia Hegel, os conceitos de formação, e educação, eram substanciais, compreensíveis por si mesmos a partir da totalidade de uma cultura, e não eram problemáticos em si mesmos. Mas, hoje se tornam problemáticos nestes termos. No instante em que indagamos educação - para quê? -, onde este para quê não é mais compreensível por si mesmo, tudo se torna inseguro e requer reflexões complicadas. E sobretudo uma vez perdido este “para quê”, ele não pode ser simplesmente restituído por um ato de vontade, erigindo um objetivo educacional a partir do seu exterior. (ADORNO, 2003, p. 140).

Cabe aqui frisar que a possibilidade de se educar para lidar com o sofrimento do outro não é sinônimo de endossar a metáfora do profissional da saúde sob a égide do sacrifício, muito menos de idealizar os conflitos inerentes às relações entre os homens, mas afirmar o trabalho na saúde na sua própria constituição e essência, o ato de um ser humano compartilhar necessidades de outro. Neste sentido, há que se problematizar a produção da impessoalidade e distanciamento como conduta para o profissional da saúde. Arriscamo-nos a dizer que se a conduta mencionada se apresenta em todas as esferas das relações entre os seres humanos, não se trata, certamente, de um desejo premeditado dos arautos do capital, mas sim de consequência inevitável do capitalismo. Dito de outra maneira, se a lógica de uma sociedade de classes, tendo uma “desigualdade” sem o patamar da miséria, pudesse conviver “harmonicamente”, com a multidão de seres humanos, relacionando-se afetuosamente, ou se preferirem, “todas as classes unidas numa solidariedade orgânica e fraterna”, os arautos do capital ficariam satisfeitos. Mas, como mostra o real, privatização do que deve ser coletivo e falta de individuação para fazer opções e escolha não resulta em igualdade, solidariedade, nem torna a humanidade mais fraterna.

Para os educadores empenhados na educação na saúde, perceber a necessidade de educar para o difícil é também entender as contradições postas na formação de quem educa o trabalhador da saúde. Pois, desde o seu nível mais evidente, lembremos que a

educação escolar, mesmo pública, é processo contraditório que educa para o sistema e, ao mesmo tempo, pode educar para o pensamento e a ação críticos.

O trabalhador do cuidado em saúde, em seu cotidiano de trabalho, sofre a influência e a pressão, percebida ou não, consciente ou não, elaborada ou apenas intuída, a depender do caso, dessas mesmas determinações cruzadas e contraditórias – a começar pela desvalorização do projeto público e universal de saúde, da tradição também pública da medicina brasileira e da própria visão de uma medicina preventiva, ao invés de apenas curativa e invasiva. Continua sofrendo essa influência porque recebe salários baixos e trabalha em ambientes empobrecidos, nos quais muitas vezes faltam os equipamentos e medicamentos básicos. Mais do que isso, indiquemos a importância da estrutura burocrática dos serviços públicos de saúde, muitas vezes fechada e hierárquica, pouco capaz de absorver o conhecimento tácito que o trabalhador desenvolve em seu cotidiano. Portanto, pouco ágil em dar respostas a críticas e demandas, muitas vezes justas e pertinentes. No vértice, existe a pressão para que esse mesmo trabalhador se adapte às novas tecnologias organizacionais e às mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho.

Desenvolver habilidades e atitudes, por mais abrangentes que se pretendam, é suficiente para o profissional da saúde compreender o processo de produção do cuidado no que diz respeito a lidar com o sofrimento dos usuários?

O cuidado em saúde, como afirma Pinheiro (2009, p. 114), é uma dimensão da integralidade em saúde que deve estar inserido nas práticas de saúde, e portanto,

não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos, a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. [...] além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. [...] Cuidado em saúde. é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, com qualidade e resolutividade de seus problemas. (PINHEIRO, 2009, p. 114).

Como lembra a referida autora, durante muito tempo o ideário e modelo biomédico que orientam a formação e o trabalho em saúde, “ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor como totalidade viva, permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde” (PINHEIRO, 2009, p. 114).

Há que se reconhecer um processo “tecnicista”, de “planificação excessiva e controle da vida humana” na vida social como um todo, destacando-se nas ações de saúde e de educação. O ideário da medicina curativa tem no “cuidado” um espaço de normatização das ações e das emoções, em nome das técnicas sobre as quais incide a razão instrumental. No mesmo sentido, a formação docente na saúde sofre inflexões desse ideário, e através dos professores “educa” os também profissionais da saúde no mesmo sentido. Cabe lembrar a esfera acadêmica, como sistematiza Alves (1986), que a entende como produtora de conhecimentos e colabora na constituição subjetiva e profissional do professor.

De forma seca e impessoal, as novas exigências postas pela flexibilização do mundo do trabalho e suas qualificações variadas atingem de modo particularmente duro o mundo do nosso capitalismo, ainda *desigual e combinado*, fazendo conviver atraso e modernização, consumo de massa e miséria ostensiva, tradições populares orais e cultura urbana de massas, formas de trabalho muito tradicionais no mundo rural e outras

ultramodernas nos grandes centros urbanos. Bem ao contrário de um idílico mundo de liberdade entre máquinas e mercadorias, continua em curso um projeto de controle e de absorção dos desejos e da libido dos sujeitos, no trabalho e no lazer, em casa e na rua, na esfera pública e na privada, muitas vezes rasurando a distância que deveria separá-las, em favor do melhor, mais produtivo, mais eficiente e mais lucrativo funcionamento do próprio capitalismo. Em tudo, novos e mais elaborados processos de adequação do corpo e do tempo vital do trabalhador ao mundo da produção e das trocas. Ou seja, lembrando agora Michel Foucault (1986), sempre prontos a *vigiar e punir*, disciplinando os corpos dos sujeitos, em suas dimensões físicas, eróticas e imaginárias. (PEREIRA; STAUFFER, 2006, p. 35).

Os conhecimentos técnicos voltados para o cuidado em saúde, significativos para a resolutividade, são adquiridos na maioria das vezes no dia a dia do serviço, em que

[...] vive sob pressão, tanto das horas de trabalho, quanto dos baixos salários e do imaginário de massa, negativo em relação a toda instituição pública, o que só favorece sua baixa auto-estima; que lida, todos os dias, durante muitas horas, com a dor, o sofrimento e a morte, muitas vezes em condições degradantes, sem ter recebido qualificação ou formação, humanista e psicológica, para lidar e elaborar essas dimensões difíceis e extremas da condição humana. O mesmo acontecendo, diga-se de passagem, com os profissionais de saúde de nível superior, cuja formação universitária não prevê esses problemas. Não é incomum, portanto, que esses profissionais de nível médio se apoiem na religião, como maneira de suportar a pressão. Ou, nos piores casos, na indiferença, no embrutecimento, na fria funcionalidade burocrática e técnica do trabalho. Sobretudo, não pode escapar à análise materialista e dialética a *dimensão ao mesmo tempo objetiva e subjetiva desses processos*, ou seja, as condições materiais e objetivas de trabalho, de aprendizagem, de formação e de qualificação técnica como algo inseparável da dimensão subjetiva desses trabalhadores. (idem).

Como já afirmamos, esses processos cotidianos empobrecem e mutilam os sujeitos trabalhadores, acentuando o sentido prático e imediato do trabalho e, com certeza, relegando à irrelevância as dimensões sensíveis e qualitativas da experiência humana. A humanização, afeto, compaixão e respeito humano, nesses contextos, é algo que se deve às qualidades individuais dos sujeitos, não a projetos de formação humanistas e emancipadoras.

A reflexão acerca do trabalhador de escolaridade média ou fundamental da saúde requer que lembremos que há consequências da organização burocrática do trabalho com a saúde que merecem destaque. Trata-se da convivência, ainda em nossa época, da *cultura capitalista da empresa*, com suas formas ideológicas de controle e de coerção, e de uma *cultura burocrática*, herança colonial que não perdeu a força em nossa história republicana. Com isso, o valor de fato público e civil do acesso ao atendimento médico sofre a forte interferência de uma burocracia de funcionários pouco motivados, mal remunerados, sem qualificação continuada e específica, que tendem a reproduzir as mazelas de uma estrutura de poder bastante impessoal. No final da linha, sofrendo as consequências do processo, estão, justamente, os trabalhadores, a população. (idem).

O que se nota é a reprodução, muitas vezes, do descaso, das pequenas formas de corrupção, herança de uma bem conhecida cultura do favor, do “jeitinho brasileiro”, em que contam as indicações, os contatos, os apadrinhamentos. Em resumo, o oposto exato de um direito público e universal do cidadão do país. O trabalhador não percebe – nem o

faz uma análise maniqueísta desse fato – é que, no limiar desse procedimento, há a captura de um potencial criativo.

Em outras palavras, o que poderia se transformar em forma de desalienação de si próprio e de aliança com o outro – ganhando dimensão coletiva através da exposição das contradições presentes no trabalho e no sistema de saúde –, acaba capturado no “jeitinho brasileiro”, há tempos institucionalizado (MOROSINI, 1999).

Ao pensarmos o real e o possível na educação dos sentimentos, da sensibilidade e dos sentidos dos trabalhadores em relação ao cuidado em saúde, há que se compreender que suas ações no cuidado constituem um produto socialmente produzido, datado e localizado historicamente. São da ordem de uma produção social que, incessante e continuamente, opera a reprodução do sistema político-econômico-cultural vigente.

Neste sentido, uma formação que ofereça possibilidade de qualificar os conhecimentos técnicos, éticos e políticos para o cuidado na saúde para além da racionalidade técnica, deve ser tomada: a partir da negação do cientificismo e a construção do desenvolvimento científico voltado à regressão; conservar os avanços científicos e tecnológicos voltados à melhoria da qualidade de vida e buscar a superação na produção e democratização de acessos desses saberes, construídos pela humanidade. Desse modo, o lidar e cuidar do sofrimento e adoecimento dos trabalhadores (usuários) poderão ter na educação uma aliada, que ajude a combater a captura hoje, no capitalismo contemporâneo, da capacidade de elucidação humana, e a combater o embrutecimento e alienação diante de momentos da fragilidade dos sujeitos, e do adoecimento social.

Referências

- ADORNO, T. Educação - para quê? In: _____. *Educação e emancipação*. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. p. 139-154.
- ALVES, N. Formação do jovem professor para a educação básica. São Paulo, *Cadernos Cedes*, 1986.
- BRITO, J. et al. O trabalho das merendeiras e serventes das escolas públicas do Rio de Janeiro: um debate sobre Saúde e Gênero. In: EPSJV. *Saúde e Trabalho na Escola*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 1998.
- BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho, Educação e Saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 2003.
- CONTRERAS, J. *Autonomia do professor*. São Paulo: Cortez, 2002.
- GIROUX, H. *Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- HELLER, A. *Sociologia de la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós, 2002.
- MENDES, S. Autonomia profissional e os desafios para a formação do professor. In: EPSJV. *Temas de Ensino Médio: trilhas da identidade*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 189-202.
- MOROSINI, M. V. *Subjetividade, trabalho e saúde: estranhando essa conta de chegar*. Rio de Janeiro: EPSJV, 1999. Mimeo.
- NEVES, L. *A nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

PEREIRA, I. B. *A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde*. Tese (Doutorado) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História, Política e Sociedade. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PEREIRA, I. B.; STAUFFER. A Formação das qualidades sensíveis do trabalhador como conteúdo do ensino médio. In: EPSJV. *Temas de Ensino Médio: formação*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 12-27.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. p. 110-114.

RAMOS. M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SILVA, V. E. F. *O desgaste do trabalhador da enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador*. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

Reflexões sobre a prática avaliativa no contexto da saúde da mulher: participação do usuário, estudante e trabalhador¹

TATIANA COELHO LOPES

ELYSANGELA DITZ DUARTE

ERIKA DA SILVA DITZ

LÉLIA MARIA MADEIRA

VERA CRISTINA A. M. BONAZZI

Introdução

A avaliação consiste em um dispositivo² técnico-político imprescindível para a reorientação das práticas em saúde, e para isso utiliza-se de um conjunto de procedimentos sistemáticos que possibilitam dar visibilidade a essas práticas, tendo como referência suas possibilidades concretas e os avanços possíveis (AYRES, 2004).

Dentre as avaliações mais amplamente empregadas, têm-se as de caráter normativo, que partem de resultados e adotam critérios e normas para determinar a eficácia e a qualidade do que está sendo avaliado (CONTRANDRIOPOULOS, 1997; KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2006). Contudo, há que se considerar alguns limites desse tipo de avaliação, sendo um deles relativo ao uso prioritário de informações objetivas que nem sempre garantem a expressão das diferentes dimensões do que está sendo avaliado. A avaliação normativa, por vezes, assume o caráter de um julgamento definitivo sobre as práticas de saúde, sendo mais seletiva do que subsidiária de mudanças dessas práticas.

Outro limite a ser destacado é o fato de esse tipo de avaliação desconsiderar os atores envolvidos e o contexto nos quais as práticas de saúde se inserem, provocando um distanciamento entre o que/quem é avaliado e o que se pretendia avaliar e sua relação com o produto (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2006).

Ao tratar da avaliação em saúde, alguns autores têm defendido a mudança do paradigma avaliativo tradicional, o que requer a incorporação de práticas que contemplem a pluralidade de ações e as singularidades dos múltiplos atores envolvidos, de forma que a avaliação não seja apenas um instrumento técnico para julgar a eficácia das ações, mas configure-se como meio para fortalecer valores e promover mudanças no cotidiano da saúde (AYRES, 2004; BARROS, 2006; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008; FELISBERTO et al., 2008). Dessa forma, adotamos a perspectiva de Pinheiro e Silva Júnior (2009), que entendem a avaliação como uma prática social que envolve também a intersubjetividade presente no campo da saúde. Ao focalizarem e defenderem a avaliação em saúde centrada no usuário, os autores propõem

[...] reconhecer a avaliação em sua acepção pluridimensional, cujo objeto integralidade do cuidado pode ser avaliado em diferentes dimensões – gestão, formação, atenção e participação – que não são excludentes entre si e que, portanto, não devem excluir nenhum dos atores implicados (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2009, p. 41).

¹ Este trabalho teve apoio do Programa de Fortalecimento Técnico-Científico Interinstitucional “Incubadora da Integralidade” do Hospital Sofia Feldman.

² Dispositivo entendido como “uma ação, um projeto, uma tecnologia a ser implementada, algo que dispare um movimento de mudança para transformar as práticas vigentes [...]” (BRASIL, 2009, p. 20).

Isso requer o reconhecimento de usuários e profissionais como avaliadores, e demanda a utilização de práticas avaliativas como parte integrante do cuidado e da formação em saúde. Tal reconhecimento deve constituir-se em fonte contínua de reflexão acerca do que está sendo feito, retroalimentando as práticas assistenciais, de gestão e de ensino.

Para que se efetivem as possibilidades transformadoras da prática avaliativa em saúde, no sentido de melhorar a qualidade da assistência oferecida, é imprescindível que ela esteja integrada ao fazer dos indivíduos e seja reconhecida pelos profissionais como uma ferramenta necessária à tomada de decisões. Considerando que as práticas avaliativas trazem em si a possibilidade da aprendizagem (DEMO, 1988), tais práticas seriam promotoras de oportunidades, espaços e movimentos para a aprendizagem dos sujeitos, reafirmando a potencialidade formativa e transformadora da vida social.

Na medida em que a avaliação é capaz de interrogar as práticas de saúde e orientar a proposição de outras que melhor atendam às necessidades dos usuários, consideramos que ela é favorecedora da integralidade em saúde. E, sendo a integralidade um princípio que se materializa no cotidiano dos serviços, especialmente nas relações aí existentes, a prática avaliativa traz contribuições para esta materialização, oportunizando reflexões e aprendizado diante das diferentes dimensões vislumbradas pelos atores (FELISBERTO et al., 2008).

Neste estudo, tomaremos como objeto de reflexão a avaliação no contexto do cuidado em saúde, entendendo que este acontece em múltiplos cenários e exige uma articulação entre as necessidades do usuário e as ações dos profissionais e de outros atores envolvidos no cotidiano dos serviços.

Práticas cuidadoras e avaliativas no cotidiano do HSF

O Hospital Sofia Feldman, atuando na área da saúde da mulher e da criança, desde seu início tem pautado sua assistência na integralidade e na humanização, buscando romper com a lógica do modelo assistencial hegemônico e tendo o usuário como foco da assistência (DITZ et al., 2009).

Além da centralidade no usuário, ao longo dos anos, foi também direcionando a atenção para o trabalhador e o estudante, presentes nos espaços assistenciais, que passam a compor o escopo de reflexões sobre as práticas cuidadoras na instituição. Sendo um espaço de saúde, não poderia prescindir do exercício de construção da cidadania e do direito à saúde junto aos sujeitos envolvidos na assistência, o que tem permeado a prática cotidiana da Instituição.

No que diz respeito à construção do espaço relacional com a comunidade/usuário, esta tem sua origem nos princípios da Sociedade São Vicente de Paula (SSVP), que criou o hospital na década de 70. Desde então, firmou-se um compromisso entre comunidade e diretoria, o que tem garantido a efetiva participação da comunidade nas atividades da instituição. A parceria com a comunidade foi formalizada em 1994, com a criação da Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF) e, em decorrência da ampliação do controle social no hospital associada à exigência da legislação do SUS (BRASIL, 1990), em 2006 foi criado o Conselho Local de Saúde.

Em consonância com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e com a gestão colegiada implantada a partir de 2003 (MADEIRA; DUARTE, 2006), a instituição tem avançado na proposição de ações de humanização do trabalhador, tendo vários projetos direcionados não só para sua saúde, mas, também, para sua formação como cidadão ativo e consciente de seus direitos.

O hospital também se coloca como parceiro na formação de recursos humanos na área da saúde, implementando atividades favorecedoras da integração ensino-serviço, acolhendo estudantes de diversos níveis de formação e desenvolvendo atividades de pesquisa. Tais atividades são viabilizadas por meio da vontade política institucional que investe em profissionais cada vez mais qualificados tecnicamente e comprometidos com a assistência aos usuários, constituindo-se num espaço privilegiado e fértil para a reflexão sobre as práticas cuidadoras voltadas para a atenção perinatal, norteadas pelos sentidos da Integralidade.³

Neste sentido, apostamos na incorporação de práticas avaliativas que sejam *amistosas à integralidade* e que são entendidas por Pinheiro e Silva Júnior (2008) como

[...] os diferentes modos de avaliar que tomam como base as ações exercidas cotidianamente nos serviços, na medida em que forjam acoplamento de saberes e práticas dos sujeitos implicados (gestor, trabalhador e usuário) na produção do cuidado em saúde, [...] (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008, p. 28).

A avaliação em saúde constitui-se numa prática social e, portanto, deve ser utilizada como uma “potente ferramenta democrática e de *empowerment* dos cidadãos na afirmação de seus direitos” (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008, p. 39), que do ponto de vista metodológico, tenha mecanismos concretos de avaliação não redutíveis às percepções que os atores têm da ação. Assim, *o papel da avaliação é iluminar esses mecanismos para além dessas percepções* (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008, p. 44). Nessa perspectiva, os autores apontam o estudo de caso como uma estratégia que permite a observação e o acompanhamento das ações de saúde num mesmo espaço e em diferentes momentos.

Em consonância com a preocupação metodológica expressa anteriormente, associamos as orientações de Colombo (2005) sobre formas de redação nas pesquisas sociais. Para o autor, o escritor social deve ter clareza das implicações de sua posição teórica, ideológica e de suas escolhas metodológicas sobre a narração, independentemente de sua visão de mundo. Para ele, a narração reflexiva é um tipo de escrita que,

[...] mesmo renunciando a um pretensão privilégio de neutralidade científica do pesquisador, não se exime da tentativa de oferecer uma descrição e uma análise o mais possível fiel e documentada das relações e dos acontecimentos assim como foram percebidos e, em alguns casos, construídos pelo pesquisador. (COLOMBO, 2005, p. 283)

Para esse autor, a narração reflexiva é expressa por meio de um estilo de escrita que deve ser ética, ou seja, a narrativa *assume a responsabilidade pelo poder derivado da possibilidade de escrever* (COLOMBO, 2005, p. 284). Em alguma medida, ao elaborar a narrativa reflexiva, o pesquisador se permite explicitar sua avaliação sobre o fenômeno estudado.

Estes são alguns referenciais dos quais nos utilizamos para sustentar e esclarecer acerca da nossa opção por, neste ensaio, termos como ponto de partida para nossas reflexões, a descrição de uma situação vivida no cotidiano assistencial do hospital. A partir dela buscaremos identificar os valores⁴ que a compõem e que trazem em si o potencial reflexivo sobre práticas avaliativas em saúde.

³ Partimos da discussão realizada por Ruben Mattos em “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos” (MATTOS, 2001).

⁴ Valores, nesse contexto, são entendidos pelas autoras como as características que legitimam o cuidado desejável, capaz de proporcionar o bem para o outro; aquele que é construído, experienciado e fortalecido no cotidiano e que move a conduta humana.

Vinheta de caso

Escolhemos o relato de uma situação vivenciada por uma enfermeira obstetra, trabalhadora do hospital e docente de um curso de graduação em enfermagem durante o acompanhamento de alunos em um momento de ensino clínico.

Ao iniciar as atividades de estágio, a docente orientou os alunos quanto às normas da instituição, especialmente sobre a restrição de permanecer apenas um aluno junto à parturiente, em respeito à sua privacidade. No decorrer das atividades, a docente observou que havia duas alunas cuidando de uma parturiente e solicitou que uma delas se retirasse. Entretanto, a parturiente, mesmo contando com a presença de um acompanhante de sua escolha, ao ver uma das alunas se retirando, pediu que a mesma permanecesse até o nascimento do bebê, argumentando que, com as duas estava se sentindo segura. Diante da solicitação, foi negociada pela docente, junto aos enfermeiros responsáveis pelo plantão, a manutenção das duas alunas na assistência à referida mulher. Assim, as alunas permaneceram durante todo processo de parturição e participaram dos cuidados à mulher e ao recém-nascido até a transferência de ambos para o alojamento conjunto.

Ao refletir sobre a experiência com as alunas, estas relataram à docente que a oportunidade do acompanhamento de todo o processo de parturição lhes permitiu vivenciar a aplicação da teoria aprendida numa situação real, reconhecer a importância do estabelecimento do vínculo entre profissional e usuária e do compromisso e responsabilidade na prestação da assistência.

Reflexões sobre o caso

A partir dessa narrativa, destacamos alguns aspectos que permitem refletir sobre situações comuns nos serviços de saúde e que têm relação direta com as práticas avaliativas. Tais situações trazem subsídios relevantes, não só para a reflexão acerca de práticas avaliativas, mas, também, sobre a repercussão dessas práticas no cuidado e no processo ensino-aprendizagem. Deve-se ainda considerar em que medida e de que forma tais práticas estão sendo incorporadas pelos profissionais, alunos, docentes e usuários como dispositivo de mudança no cotidiano do serviço de saúde.

Franco (2006) afirma que o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, o que possibilitaria um trabalho contínuo, com o envolvimento de todos. Tal assertiva é reforçada por Santos-Filho (2007), ao tratar da avaliação no contexto da política de humanização. O autor afirma que, para a constituição de uma rede de potenciais avaliadores nos serviços de saúde, é necessário o reconhecimento e envolvimento de profissionais e usuários. Citando Contandriopoulos et al. (1997), ressalta que a informação produzida por meio da avaliação *não deve ser utilizada como verdade absoluta, mas como instrumento de negociação entre interesses múltiplos* (SANTOS-FILHO, 2007: p. 1.008-09).

Neste sentido, reconhecemos o papel dos alunos presentes no contexto do cuidado como agentes desencadeadores do processo reflexivo que fomenta as práticas avaliativas, contribuindo também para modificar o que tem sido a tendência das práticas de saúde: orientação pela técnica e pelo conhecimento científico, ficando dissociadas do contexto do cuidado (DUARTE et al., 2008, p. 272). Para as autoras, esse processo formativo tem potencialidade também para o "resgate dos valores éticos dos profissionais".

A situação relatada anteriormente expressa, ainda, uma orientação das práticas, sejam elas cuidadoras ou de ensino, na perspectiva de uma centralidade no usuário. Madeira et al. (2007) entendem que esta centralidade ocorre na medida em que o cuidado deixa de ser uma ação ou procedimento terapêutico isolado para ser uma prática ampla, comprometida com o usuário e que busca responder às suas reais necessidades.

Evidencia-se na narrativa que existe uma norma institucional cujo intuito é garantir a privacidade do usuário e oferecer condição favorável ao aprendizado do aluno. Entretanto, estas só devem ser mantidas a partir de uma avaliação do contexto do cuidado. Entendemos que, mesmo tendo sido estabelecidas em decorrência de processos avaliativos anteriores, as normas que orientam as práticas cuidadoras e de ensino não devem ter força suficiente para cristalizá-las. Elas devem ser plásticas ao cotidiano, devendo ser criadas e recriadas sempre que necessário.

Esse entendimento encontra aporte em Canguilhem (2006), ao considerar a possibilidade de a norma se transformar em sua relação com condições específicas. A sua manutenção baseada exclusivamente no fato de ser normativa poderia trazer danos se utilizada como orientadora das ações sem considerar o contexto e a singularidade de quem será submetido a ela.

Deve-se também destacar, no caso relatado, o fato de o docente que acompanha os alunos ser também um profissional do serviço. Embora não seja uma constante nos serviços de saúde, essa orientação foi adotada a partir de avaliações acerca da experiência de utilização dos espaços institucionais para a realização de estágios. Verifica-se que esse docente, quando também trabalhador do hospital, traz consigo os valores institucionais e atua em harmonia com o processo de trabalho. Esta prática tem sido profícua para formar alunos e profissionais orientados pelos valores institucionais, possibilitando a todos os envolvidos, “na inter-relação estabelecida no processo de cuidado, interrogar esse cuidado produzindo o que de fato construirá novas formas de alargar o viver” (DUARTE et al., 2008, p. 272). Nesse cenário, o reconhecimento dos diferentes atores como potenciais avaliadores das ações de saúde implica a abertura dos profissionais aos questionamentos sobre seu fazer, o que propicia reflexões desencadeadoras de mudanças nas práticas cuidadoras e de ensino.

Na narrativa realizada, há que se considerar a utilização dos saberes e fazeres de cada um dos atores, especialmente no que se refere ao conjunto de aprendizados possibilitados pelas relações estabelecidas. Em tais vivências, há uma troca intensa de afetos, histórias, vínculos e significados; portanto, não se poderia considerar de maneira simplista o papel de cada um: o aluno com a finalidade principal de aprender acerca da assistência à mulher em trabalho de parto; o docente como facilitador desse processo de aprendizagem, tomando como referência um certo modo de cuidar compartilhado pelos profissionais da instituição; e o usuário em busca de assistência que atenda suas expectativas para o momento vivenciado. Nessa perspectiva, a usuária não estaria buscando uma assistência ao processo de nascimento, limitada ao procedimento técnico de atenção ao parto, mas um cuidado que contemplasse esta e outras dimensões do vivido por ela.

Se na estruturação do cuidado identificamos que há uma recusa à sua limitação à técnica e uma exigência de que seu delineamento seja pautado pela ética e pela garantia do direito à saúde, não há como desconsiderar a necessidade de reconhecermos a usuária como uma legítima avaliadora do processo de cuidado. A atuação da mulher como avaliadora no caso relatado não se restringiu apenas ao resultado do cuidado, mas contribuiu, durante sua realização, para os redirecionamentos necessários nesse processo.

Utilizando-nos do referencial de Pinheiro e Silva Júnior (2009), consideramos que houve, no fato relatado, um diálogo entre os diferentes saberes e fazeres e entre as tecnologias necessárias e as demandas e desejos dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

Considerações finais

Avaliar cotidianamente o cuidado em saúde exige a adoção de metodologias que considerem a dinamicidade dos serviços e os diferentes atores que o compõem. Tendo em vista o desafio que isto representa, defendemos algumas diretrizes a serem consideradas no que se refere à construção e à incorporação das práticas avaliativas:

- a criação, nos serviços de saúde, de espaços e condições favorecedoras do diálogo, sejam eles institucionalizados ou não, que possibilitem a escuta e assegurem o encaminhamento das demandas dos usuários. Entendemos que esse processo deve ter potência para modificar os atos de saúde e agilidade para beneficiar, sempre que possível, o próprio usuário-avaliador;
- reconhecer que o exercício do diálogo e da reflexão entre profissionais, alunos e usuários no contexto da assistência em saúde é profícuo à aprendizagem e deve ser considerado como possibilidades avaliativas para o serviço e para o ensino;
- reconhecimento, por parte dos gestores, da capacidade avaliativa de profissionais, usuários, alunos e docentes, utilizando-se dos resultados decorrentes do uso das diferentes metodologias avaliativas no planejamento das ações dos serviços de saúde.

Ressalta-se que tais resultados, sejam eles decorrentes do uso de avaliações tradicionais ou não, realizadas em larga escala ou a partir de situações pontuais, devem ser reconhecidos sempre que possam desencadear mudanças comprometidas com a ética e com o direito à saúde do usuário.

Referências

AYRES, J. R. C. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 9, v. 3, p. 583-592, 2004.

BARROS, M. E. B. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 261-88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 44p.: il. Color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, março 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 25 maio 2009.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

COLOMBO, E. Descrever o social: a arte de escrever e pesquisa empírica. In: MELUCCI, A. *Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 265-288.

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

DEMO, P. *Avaliação qualitativa*. São Paulo: Cortêz, 1988.

DITZ, E. S. et al. Práticas cuidadoras como orientação da atenção à saúde: uma prática à teoria em integralidade na saúde da mulher. In: *Educação em saúde da mulher: construção de valores para o ensino do cuidado integral em saúde da mulher*. Porto Alegre: EdUFRGS. (no prelo)

DUARTE, E. D. et al. A utilização da técnica e o agir ético no cuidado: conciliações possíveis na prática educativa. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 267-278.

FELISBETO, E. et al. Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 59-74.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em 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. 459-473.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVIERA, G. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 245-20.

MADEIRA, L. M.; DUARTE, E. D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. 109 p

MADEIRA, L. M. et al. A escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 185-198.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 39-64.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 17-41.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 37-52.

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

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 12, v. 4, p. 999-1010, 2007.

Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo

José Ricardo de C. M. Ayres

O usuário, o profissional e o professor: integralidade numa hora dessas?

Integralidade não é um princípio da atenção à saúde exatamente fácil de conceituar, tampouco de colocar em prática, o que dirá de ensinar! Isso é verdade. Mas talvez seja apenas uma “meia verdade”. Talvez essa escalada de dificuldades, que culmina com a missão quase impossível do ensino, seja mais um efeito daquilo mesmo a que queremos resistir quando buscamos a imagem da integralidade como horizonte norteador de nossas ambições emancipadoras no campo da saúde.

Se a observarmos com atenção, veremos que há embutida na construção acima a ideia de um conceito-base, um saber fundador, que levamos à prática para aplicar e que, então, pode ser reproduzido, transmitido para o aprendiz que, em seguida, reiniciará o ciclo, se não até nova transmissão, ao menos até sua reiterada aplicação.

Mas será que o núcleo mais fecundo do princípio de integralidade se conforma a tal modelo? Será que se trata de um preceito abstrato que “desce” às práticas para iluminá-las e orientá-las, podendo ser transmitido como uma ferramenta técnica? Penso que não e, ao afirmá-lo, quero de certa forma subverter a proposição inicial e sugerir que as dificuldades do ensino da integralidade podem ser superadas, ou ao menos minimizadas, se conseguirmos fugir da tradicional rota: fundamento teórico, aplicação prática, ensino e reprodução. Isto porque o mais fecundo da integralidade é justamente seu apelo para que, a partir de situações práticas concretas, identifiquemos modos como diferentes saberes e ações em saúde podem ser chamados a configurar um conjunto intimamente entrelaçado, segundo uma arquitetônica própria, de oportunidades para o conhecimento e a ação em prol da saúde de grupos humanos ou indivíduos.

Então a integralidade não se coloca como ponto de partida de partida, como fundamento, mas sim como *organizador do movimento* que transita entre partes e todo na definição do irresistível chamado prático do cuidar/cuidar-se (AYRES, 2009b). Se ainda tendemos a ver a integralidade no Olimpo das ideias iluminadoras, é porque talvez a reconstrução tardo-moderna da nossa noção de racionalidade e conhecimento (GADAMER, 2004; HABERMAS, 1988) seja ainda muito recente para nos permitir conviver produtiva e serenamente com a imanência prática dos saberes, mesmo dos saberes de pretensão transcendental ou quase-transcendental. Nossa “angústia cartesiana” (BERNSTEIN, 1983), leva-nos sempre de volta à busca do conhecido e supostamente sólido refúgio das ideias claras e distintas e sua segura condução em meio ao complexo, mutável e indeterminado em nosso cotidiano. Se aceitarmos na sua radicalidade a ideia de que aquilo que as diferentes ciências da saúde e suas técnicas têm a nos dizer ganham seu sentido mais pleno quanto mais interpretadas em totalidades práticas, conformadas pela compreensão de desafios concretos e singulares (o que não é sinônimo de aplicação particular de uma regra geral), então poderemos reconstruir completamente nossa primeira asserção: quanto mais perto das situações de prática, mais fácil aprender integralidade.

Em outro ensaio (AYRES, 2009a), referi-me a quatro dimensões em que pareceu possível, ao grupo de pesquisadores ao qual pertenço, flagrar o tipo de efeito organizador

que a integralidade exerce sobre os movimentos das práticas de saúde em sua operação técnica: 1) no enriquecimento das *necessidades* postas para o trabalho em saúde; 2) no aproveitamento e inter-referência das diferentes *finalidades* em que se estruturam os processos de trabalho em saúde (promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação/reinserção social); 3) na construção de *articulações* entre diferentes disciplinas e setores para a construção de respostas às necessidades de saúde; 4) na abertura dialógica e afetual¹ às *interações* que realizam os encontros entre as pessoas nas situações de cuidado (populações, serviços, usuários, profissionais). Ora, é quase intuitivo perceber em que sentido estas dimensões atraem o olhar. Certamente não será para o polo abstrato dos discursos teóricos, mas para o polo concreto onde acontecem as experiências práticas nas quais estão consubstanciados os discursos teóricos, atualizando-os constantemente.

Então podemos ser otimistas: ensinar o cuidado em condições de prática não só facilita o aprendizado da integralidade, como ajuda a compreendê-la, ajuda a conhecer melhor os saberes e as técnicas de que os sujeitos cuidadores podem lançar mão quando se trata de responder cotidianamente às necessidades dos sujeitos que buscam cuidar-se. Não podemos nos esquecer, porém, de que a integralidade não está dada como rotina em nossas práticas cotidianas de saúde – ou não nos preocuparíamos tanto com ela e não a encontraríamos tão rarefeita como conceito. A dificuldade de ensinar integralidade não decorre da dificuldade de conceituá-la, mas de praticá-la, e nisso profissional e professor se equiparam em suas angústias e perplexidades, frente ao paciente ou ao aluno. Por isso proponho pensar que, talvez, essa triangulação de papéis no contexto intersubjetivo do cuidado seja não um complicador, mas uma oportunidade de perceber o que em outros encontros não preocupados com o aprendizado permaneceria invisível.

A dor é de quem tem

Camila, aluna de medicina do quarto ano, realiza estágio prático de uma disciplina curricular sobre atenção primária em nosso Centro de Saúde Escola. A paciente que vai atender é Leila, uma gestante. Eu, seu professor, discuto previamente com ela as informações sobre a paciente contidas no prontuário, discorro um pouco sobre os objetivos do pré-natal e suas rotinas e passo o caso para a aluna, para que faça a anamnese e o exame físico e traga o caso para a supervisão. Algum tempo depois, Camila volta, com a história clínica colhida e o exame apenas parcialmente concluído. Está preocupada justamente com isso: não consegue “pegar o foco”, isto é, auscultar os batimentos cardíacos do feto. Vou com ela até o consultório e, após o correto posicionamento do sonar, conseguimos localizar aquele inconfundível e delicioso som. Felizes, eu e ela nos deixamos ficar ali talvez um pouco mais do que o necessário, ouvindo o “batuque” frágil e apressado, sinal da presença de uma vida que parece ávida de acontecer. Acho que estávamos menos preocupados com o ritmo e com a frequência dos batimentos que interessados em desfrutar daquele maravilhoso mistério que uma tecnologia simples nos revelava. No meio da rotina de uma sempre agitada manhã de trabalho, momentos como esse sempre têm o efeito de um oásis. Camila, visivelmente emocionada, se volta para Leila: “Tá ouvindo?! É o coração da sua criança!”. Leila, parecendo indiferente àquilo tudo, responde com um seco “Hum hum”, e permanece com um ar distante e a atitude de quem parecia estar só esperando que a gente terminasse logo o exame. Voltamos a minha sala. Camila estava

¹ Utilizo o neologismo para remeter ao conceito de afeto no sentido espinosano, tal como reaproveitado por Teixeira (2004).

completamente decepcionada e chocada. Como era possível tamanha indiferença diante de um momento tão especial?!

A situação acima repete-se, em seus traços gerais, em inúmeras situações de ensino-aprendizado em serviço. Há, com frequência, desencontros entre as expectativas, os interesses e os valores dos diversos sujeitos em interação. Não estivesse a aluna presente na cena, provavelmente tivesse acontecido o mesmo desencontro. Talvez, porém, passasse despercebido, ou ao menos não problematizado. A ingenuidade do aprendiz na situação de prática, sua espontaneidade, sua crença ainda quase absoluta no poder resolutivo das ciências e das técnicas, sua surpresa ao descobrir seus limites, seu assumido e explícito desconforto diante da não-conformidade do paciente aos seus próprios projetos fazem emergir parte substantiva dos desafios práticos aos quais o princípio da integralidade busca responder.

Na discussão posterior com a aluna, sobre sua decepção diante da suposta indiferença da gestante aos batimentos cardíaco-fetais, problematizamos a situação. O que significaria para ela aquele som? Significaria o mesmo que para nós? Ela já tinha ouvido aquele som antes? Se não, que terá parecido a ela? Que terá lembrado? A que experiências terá remetido? Se sim, a que experiências estaria associado? Ela tinha outros filhos? Ela tinha feito outros seguimentos de pré-natal? Como foram essas experiências? E esta mesma gravidez, foi desejada? Com o que ela estaria preocupada? Por que ela está fazendo pré-natal? O que estaria esperando de nós? O que poderíamos oferecer a ela? O que nós estávamos esperando dela? O que ela poderia nos oferecer? Será que ela percebeu nossa emoção? Como a teria interpretado? Como a teria julgado? Como estaria julgando nosso trabalho?

Não importam aqui as respostas que encontramos, ou se estas eram as melhores perguntas a fazer. O que importa aqui é o próprio perguntar. Ao ser desacomodado da condição estrita de profissional pela presença da aluna, minhas perguntas – que, em outra situação em que não precisasse “ensinar”, tenderiam a se limitar ao questionário pré-categorizado e monológico da anamnese – foram atraídas para outra natureza de questionamentos. A ausculta dos batimentos antes responderia basicamente a quatro perguntas: Está presente? Onde está localizado? Está com a frequência normal? Está com o ritmo normal? Com isso, o profissional estaria tecnicamente informado para tomar decisões cientificamente fundadas sobre o que fazer para propiciar o bom curso da gravidez. Mas a aluna, menos “adestrada” que eu, rompe o curso previsível do exame trazendo para a cena o significado daquele som: “É o coração da sua criança!”.

Com isso as perguntas mudam de sentido. Se atentarmos bem, veremos que das quatro perguntas técnicas fundamentais desdobram-se, sobre um pano de fundo que não é mais a normalidade morfo-funcional da gestação, mas que é agora a experiência concreta da gravidez e do pré-natal daquela mulher, em outras tantas que apontam para as quatro dimensões da integralidade acima indicadas: as necessidades trazidas efetivamente por aquela mulher para o nosso serviço; as finalidades que deviam ser incorporadas ao seu cuidado de saúde e de seu neném; os saberes e recursos que devem ser articulados para fazer isso com competência e qualidade; e modo como podemos interagir para que a compreendamos em suas necessidades e possibilidades, e ela às nossas, para assim construirmos um cuidado integral para ela e a criança.

A subsunção da totalidade morfo-funcional à totalidade prático-moral reorientou a dialética de perguntas/respostas que guiavam o trabalho ali realizado, favorecendo a transformação de seus objetos, meios e produtos na direção da integralidade do cuidado daquela grávida. Com efeito, em todo o trabalho em saúde está implícita uma hermenêutica, isto é, um processo de compreensão/interpretação de uma situação

singular orientado pela necessidade prática de saber o que está em questão e, indissociavelmente, decidir o que fazer. A questão reside em como construímos essa hermenêutica, a natureza da totalidade que conduz nossa atenção para as partes que, no mesmo processo, darão inteligibilidade à totalidade. Quanto mais exclusivamente nos orientamos pelo polo tecnocientífico das práticas de saúde, mais esta hermenêutica vai assumindo o sentido “fraco” de uma aplicação técnica de leis gerais a situações particulares de intervenção. Mas em processos de trabalho em saúde concretamente operados, não há êxito técnico independente dos significados da intervenção frente à situação sociocultural, econômica, política e existencial de populações e indivíduos, isto é, vai depender de que se torne, simultaneamente, um sucesso prático (AYRES, 2009b). Então precisamos realizar uma hermenêutica no sentido forte, de um encontro entre sujeitos, que visa a construir objetos e instrumentos capazes de produzir o que as pessoas precisam, em cada situação, para alcançarem seus projetos de felicidade. Na busca exclusiva do êxito técnico, a totalidade que buscamos para agir em saúde é morfo-funcional; só formas e mecanismos poderemos encontrar como subsídios para a ação. Se consideramos, porém, a mútua dependência de êxito técnico e sucesso prático no trabalho em saúde, isto é, se o entendemos como cuidado integral, então a totalidade visada buscará a experiência vivida, na qual essas formas e mecanismos ganham significado prático para os sujeitos.

Mas o leitor deve estar se perguntando, e com razão, se a mudança de perspectiva na situação descrita – de uma hermenêutica fraca da anamnese tecnocentrada à hermenêutica forte do questionamento prático-moral – só foi possível pela presença da aluna. Certamente que não! Mas a presença do aprendizado, essa sim, foi indispensável!

A resposta pode parecer paradoxal, mas não é. O que quero dizer é que a aluna, diante da surpreendente indiferença da paciente aos batimentos cardíaco-fetais, poderia ter se calado. Ou o professor, frente ao espanto da aluna, ter ele próprio se calado. Poderiam, ambos, calados ou não, ter passado por aquela experiência buscando não se deixar afetar pelo desencontro vivido, ou poderiam ter respondido a este desencontro com paixões tristes (TEIXEIRA, 2004), que desqualificassem o forte apelo da situação à reflexão, diálogo e reconstrução, respondendo, ao invés, com pena, condenação moral ou desqualificação. Ou, ainda pior, poderiam ter buscado resistir à presença inusitada daquele sujeito, que irrompe inesperadamente a previsível cena do pré-natal, com sua “reobjetificação” em algum diagnóstico médico ou psicológico. Igualmente, mesmo sem estar desempenhando a função de professor, um profissional de saúde interpelado pelos móveis prático-morais de seu ofício pode abrir-se, espontaneamente, à “suspensão” crítica de seu raciocínio morfo-funcional, para ressituar-lo frente aos sucessos práticos reclamados.

O ponto que quero destacar é que tanto as vivências práticas, para o ensino, quanto o ensino, para as vivências práticas, têm um expressivo potencial sinérgico. A agudeza com que a cena descrita elucida os sentidos em que a integralidade do cuidado é reclamada por uma atenção à saúde efetiva dificilmente teria sido obtida numa situação de aula expositiva, por mais sofisticada que fosse a pedagogia e arrojados os recursos didáticos. No mesmo sentido, em direção inversa, cabe indagar que outro elemento teria tanta força para desacomodar um profissional de saúde do quase automático operar de seu ofício quanto à necessidade de compreender e explicar a alguém as infidelidades que lhe são impostas pelas diversas situações de prática. Mas o que está por trás deste sinergismo? O que diferencia práticas com aprendizagem e aprendizados em situações de prática que os torna tão fecundos para a compreensão e operação da integralidade do cuidado? A resposta me parece uma só: a presença menos abstrata e mais exigente dos *sujeitos* a quem se dirigem as ações de saúde, em sua constitutiva alteridade em relação à identidade do profissional e em sua resistência à completa “objetificação”. Em outras

palavras, o que estas situações agudizam, e que é um dos pilares fundamentais do cuidado integral, é a importância do *reconhecimento mútuo* entre profissionais e destinatários das ações de saúde para a construção de práticas de atenção e ensino bem-sucedidas.

O reconhecimento mútuo e o cuidado

O adensamento conceitual de uma filosofia do cuidado ainda aguarda o desenvolvimento consistente de uma reflexão sobre a questão do reconhecimento mútuo. Já é em larga medida compreendido e aceito o caráter intersubjetivo de nossas identidades de agentes e destinatários das ações de saúde, conformadas no plano macropolítico das instituições e normas, onde se tornam legitimadas como práticas sociais, e no plano micropolítico dos diversos contextos de ação técnica, nos quais sua conformação e legitimidade se atualizam e reconstróem continuamente. É, por isso mesmo, também razoavelmente aceito que práticas de saúde emancipadoras dependem substantivamente de diálogos o mais possível livres e simétricos entre os diversos sujeitos envolvidos nos seus processos macro e micropolíticos. O que, contudo, segue reclamando melhor compreensão, é o modo como tais processos dialógicos podem chegar de fato a acontecer. O que está a exigir de nós maiores investimentos teóricos é o esclarecimento dos processos que nos permitem fundir horizontes e reconstruir de modo dialógico as práticas de saúde em contextos de profundas desigualdades de poder entre seus sujeitos e de um penetrante monólogo tecnicista, que resiste à alteridade (de projetos, valores, formas de expressão) por meio de um onipotente discurso objetivante, que busca traduzir toda a diversidade das experiências de saúde e doença como variações (de extensão ou intensidade) de uma mesma fenomenologia biomédica. O que nos falta é compreender como podem os sujeitos chegar a se reconhecerem mutuamente, para que possa haver diálogo de fato.

O que aconteceu quando Leila reagiu com uma inesperada indiferença ao convite da jovem aluna à emoção da maternidade? Por que Camila se sentiu tão frustrada com a indiferença da gestante? O que se revela nesse (des)encontro terapêutico? Como poderia decorrer dessa situação um diálogo capaz de levar ao sucesso prático o cuidado daquela paciente?

Independentemente das razões que a levaram a isto, certo é que Leila não era, frente à aluna, a mãe emocionada que ela buscava. Não podemos sequer saber se ela estava emocionada, a despeito de não aparentá-lo, ou se a emoção da maternidade se expressaria mais abertamente em outras oportunidades ou situações. Só sabemos é que, ali, não era como mãe emocionada que a pessoa Leila se apresentava. Diante disso, a primeira tendência de Camila não foi procurar reconhecer quem se apresentava como Leila, mas espantar-se com a “gestante incompleta” que se lhe apresentava. De outro lado, como interpretar a atitude de Leila? Sua não-resposta (o que é diferente de responder negativamente) ao convite de Camila à emoção maternal foi sinal de impotência ou um corajoso modo de resistência a uma identidade que não queria assumir ali, uma luta, aquela possível ali, por fazer-se reconhecer de outro modo?

Axel Honneth, filósofo alemão contemporâneo, é um dos poucos, na atualidade, a tomar o reconhecimento como questão para um estudo sistemático, o que, como aponta Ricoeur (2006), não deixa de ser surpreendente, dada a inequívoca relevância do tema – do que nos dão conta a frequência e pervasividade do termo no léxico comum e nos discursos filosóficos, não obstante a polissemia e dispersão aí observadas. É fundamentalmente de sua obra *Luta por reconhecimento, a gramática moral dos conflitos sociais* (HONNETH, 2003) que virão as preliminares aproximações que aqui faremos à questão.

Entre os diversos sentidos que o reconhecimento foi assumindo na linguagem filosófica, Ricoeur identifica três grandes núcleos de significação: o reconhecimento como identificação de algo, o reconhecimento como identificação de si mesmo e o reconhecimento como identificação mutuamente referida do si mesmo e do outro. Focaliza neste último a contribuição de Honneth, como uma espécie de atualização da filosofia hegeliana do período de Jena, no momento que precedeu a construção da Fenomenologia do Espírito. Demonstra como a filosofia do reconhecimento (*anerkenning*), tal como formulada por Hegel, foi uma resposta ao desafio moderno de construir uma compreensão da coesão social numa sociedade cuja normatividade não promanava mais de qualquer atribuição *a priori* e transcendente de identidades e relações, mas, ao contrário, apoiava-se ideologicamente na liberdade dos indivíduos frente a um mundo naturalmente aberto ao seu saber, querer e agir. Ricoeur aponta a filosofia hegeliana como uma resposta à visão contratualista de Hobbes, que via as normas sociais como um contrato decorrente do medo de não-sobrevivência num mundo onde cada um quer fazer valer seus próprios interesses. A esta concepção, Hegel opôs uma visão dialética, onde o saber, o querer e o agir de cada um já estão sempre em relação com a consciência que temos de nós no outro e do outro em nós, de modo que a contratualidade é substituída por uma racionalidade historicamente imanente na compreensão da normatividade social.

Honneth retoma a filosofia hegeliana da *anerkenning*, mas, como legítimo herdeiro da Teoria Crítica frankfurtiana pós-habermasiana, ele a reconstrói nos marcos do diálogo entre a reflexão filosófica e a pesquisa empírica, de um lado, e da Teoria da Ação Comunicativa, de outro. Assim, não é mais a consciência, como expressão de um espírito absoluto que se realiza na e como história, que responde pela aposta normativa no reconhecimento mútuo como categoria central da filosofia política, mas a efetividade pragmática de uma racionalidade discursivamente construída; da mesma forma, não serão mais de caráter especulativo as bases proposicionais da reflexão, mas buscarão sempre mais apoiar-se na validação oferecida pelos diversos ramos da pesquisa nas ciências humanas. E, acima de tudo, é fundamentalmente na perspectiva de uma reconstrução crítica ética e politicamente situada que se buscará delimitar as pretensões e condições de validade pretendidas pela teoria. É a partir destas premissas que Honneth vai identificar na luta por reconhecimento o movimento que funda o sincrônico processo de construção da identidade pessoal dos sujeitos e das normas que regulam suas relações sociais, identificando, contrafaticamente, o *desrespeito* como a “patologia” social que nos cobra ativamente um esforço crítico-reconstrutivo de natureza emancipatória.

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

(a “mãe suficientemente boa”), dá ao indivíduo a segurança e autoconfiança de que necessita para sua individuação/socialização.

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

Nos três planos de experiência do reconhecimento, Honneth sustenta a ideia de luta, seja no sentido de simples resistência ou de uma atitude ativamente propositiva, sem o que, já desde as experiências amorosas, não podemos reconhecer quem é o outro nem fazer-se reconhecer pelo outro. Embora possa ser questionada sob este aspecto (Ricoeur [2006], por exemplo, o relativiza e chama a teoria da dádiva, de Mauss, em seu auxílio), a teoria de Honneth abre um importante caminho para, nos marcos de uma concepção dialógica de racionalidade, jogar luz não sobre como os processos comunicacionais podem vir nos socorrer na solução dos inelutáveis conflitos da vida social, mas sobre as situações e motivos que justificam e orientam sua interveniência.

No caso das práticas de saúde, tal contribuição não me parece pouco importante, e nos três planos de experiência delimitados por Honneth. Embora não possamos explorar aqui este tema com toda a propriedade, cabe apontar algumas potencialidades de sua discussão para a questão do cuidado.

No plano do *amor*, aponte-se a relevância do suporte acolhedor e lúcido do cuidador para que o outro ganhe autoconfiança e se aproprie criticamente de seus pertencimentos identitários, colocando-se em melhores condições de participar criativamente da construção de alternativas para compreender sua dor, identificar suas vulnerabilidades e superar os obstáculos aos seus projetos de felicidade (SALETTI FILHO, 2007).

O plano dos *direitos* é cada vez mais valorizado na promoção e proteção da saúde. De um lado, os direitos oferecem uma referência normativa fundamental para que indivíduos e grupos possam identificar suas necessidades de saúde de modo integral e, de outro lado, lutar pela obtenção de respostas a elas nos serviços e políticas de saúde (FRANÇA JÚNIOR; AYRES, 2004). Do lado negativo da experiência dos direitos, isto é, do seu desrespeito, tem sido também denunciado o efeito danoso do estigma e da discriminação sobre a saúde física e mental de indivíduos e populações (MALUWA; AGLETON; PARKER, 2003).

Por fim, talvez um pouco menos explorado, mas igualmente instigante, as recentes discussões e ações sobre vulnerabilidade, especialmente no contexto da epidemia de HIV/aids, nos mostram o valor da *solidariedade* como caminho para a transformação de contextos e relações sociais que nos expõem ao adoecimento e ao sofrimento, de diferentes modos e intensidades, conforme nosso pertencimento social (AYRES et al., 2006).

E o professor numa hora dessas?

A situação prática que discutimos acima é, talvez, insuficiente para explorar em sua plenitude as potencialidades e desafios que a categoria do reconhecimento traz para prática do cuidado integral à saúde e seu ensino. Para isso seria necessário expandir “o caso” para as condições mais amplas que cercaram aquele encontro (identidades e pertencimentos sociais de Leila, as características do serviço, as condições da gravidez e suas necessidades, etc.). É especialmente difícil encontrar os planos do direito e da solidariedade no espaço da atenção individual, dado o viés individualizante e naturalizante que caracteriza a maior parte das práticas de atenção individual.

Não obstante, vimos como o desencontro vivido pela aluna abriu uma chance rara, se considerados os ambientes habituais de aprendizado formal, para a experiência da alteridade e do desafio de reconhecimento mútuo no cuidado em saúde. É isso que me parece ser precioso no ensino em serviço, especialmente na perspectiva da integralidade, e que configura uma oportunidade que não se pode perder.

Em que outra experiência se poderia colocar em xeque, de modo tão convincente, a onipotência tecnocientífica que nossa cultura já incute em nossos alunos antes mesmo de que entrem na universidade? Diversamente do que acontece no ensino estritamente interessado no adestramento técnico, e mais ainda nas aulas teóricas, experimenta-se em espaços de aprendizado deste tipo o vivo contraste entre o que idealizamos como objeto, meio e produto do trabalho em saúde e aquilo que efetivamente ocorre na complexidade da vida cotidiana e do cuidado integral. Leila ensinou a Camila, no mínimo, que as gestantes não eram todas como ela imaginava.

O estar em contacto com as exigências do cuidado integral convida nossos jovens alunos a experiências de reconhecimento que, como vimos, podem remeter a problematizações nas dimensões das necessidades, finalidades, articulações e interações. Dependerá em grande medida de nós, seus professores, a capacidade de demonstrar como estas dimensões se relacionam com os três planos apontados por Honneth – do amor, do direito e da solidariedade – na situação singular do encontro interpessoal da consulta individual, e de como interessá-los em explorar essas dimensões e planos em outros espaços de construção da saúde, especialmente da saúde pública.

Como se vê, os processos de reconhecimento mútuo em questão aqui não se limitam às relações entre os diversos sujeitos sociais e o Estado, entre os cidadãos e as políticas e serviços de saúde ou entre os pacientes e seus cuidadores. O ensino do cuidado depende também de progressivos refinamentos no reconhecimento mútuo de quem somos nós, professores e alunos, aprendizes, todos, do lugar do cuidado nos caminhos da integralidade.

Referências

- AYRES, J. R. de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, s. 2, p. 11-23, 2009a.
- AYRES, J. R. de C. M. et al. Vulnerability, human rights and comprehensive health care needs of young people living with HIV/Aids. *American Journal of Public Health*, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, 2006.
- AYRES, J. R. de C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009b. 282 p.
- BERNSTEIN, Richard J. *Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and praxis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1983. 284 p.

FRANÇA JÚNIOR, Ivan; AYRES, J. R. de C. M. Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, Paulo A. de C.; ZOBOLI, Elma L. C. P. (Org.). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2004. p. 63-69.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2004, 631 p.

HABERMAS, Jurgen. *Teoría de la acción comunicativa I: racionalidade de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus, 1988. 517 p.

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

MALUWA, M.; AGLETON, P.; PARKER, R. G. HIV and Aids related stigma, discrimination and human rights. *Health Hum Rights*, Boston, v. 6, p. 1-18, 2003.

RICOEUR, Paul. *Percurso do reconhecimento*. São Paulo: Loyola, 2006. 279 p.

SALETTI FILHO, Haroldo C. *Cuidado e criatividade no contínuo da vulnerabilidade: contribuições para uma fenomenologia hermenêutica da atenção à saúde*. 2007. 304 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

TEIXEIRA, R. R. A grande saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, v. 8, n. 14, p. 35-72, 2004.

A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade

CARLOS ESTELLITA-LINS

Quais os jornais diários que não trouxeram alguma notícia-denúncia sobre a precariedade das emergências em nosso país ? Quem não fica insatisfeito ou temeroso ao visitar uma delas, em qualquer circunstância, tratando-se do SUS ou de assistência suplementar, seja como acompanhante ou como paciente ? Ou ainda, quem não pensa que uma situação de emergência médica é um estorvo na vida de cada um de nós, pequena tragédia pessoal que deveria ser resolvida imediatamente e esquecida mais rápido ainda ? Faço perguntas meramente retóricas, apenas para sublinhar aquilo que imagino ser imediatamente compartilhado. Refiro-me ao valor extremo das emergências, assim como à sua precariedade nos tristes trópicos, entendendo a palavra emergência na dupla acepção de local e de situação. Inexiste um ensino médico sistematicamente voltado para as emergências. A precariedade de seu funcionamento precário mostra-se diretamente proporcional ao tamanho do aglomerado urbano que lhe corresponde. Sua maioria padece de pouco investimento tecnológico e nenhum humano. Neste contexto constituem vetores de medicalização e iatrogenia distorcendo a prática clínica. A experiência compartilhada das emergências não integra o imaginário brasileiro senão negativamente, o que significa que aparece e desaparece rápido demais, fácil demais, talvez tentando não deixar rastro algum. A espessura desta experiência evasiva precisa ser visitada e revisitada mesmo que seja necessário expor alguns regimes de violência simbólica a que nos acostumamos.

1) Justificando o questionamento das emergências

A hipótese mais geral deste trabalho supõe que o binômio urgência/emergência pode ser adotado como modelo crítico privilegiado para analisar a agenda da integralidade no país {Mattos, 2004 #50}. Trata-se de uma afirmação incomum e excêntrica, que contudo não ignora absolutamente seus desdobramentos. A razão que justifica a utilização de modelo(s) analíticos deste tipo situa-se a partir de pelo menos três necessidades de cunho lógico-argumentativo provenientes da exigência da integralidade.

A primeira resume-se à necessidade de aceitar polêmicas e de assumir focos de ataque para a construção efetiva da integralidade, que deve ser instaurada a partir de situações efetivas. As Emergências compõem um lócus privilegiado para o questionamento de uma lógica assistencial do SUS que pretende ser pautada na integralidade. Seria equivocado supor que uma emergência médica constitui uma circunstância delimitada e circunscrita ao seu agravo principal, ou ainda que o escopo assistencial das urgências seria discreto e limitado. A portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, {MS, 2006}, prevê igualmente um componente pré-hospitalar móvel, as unidades de urgência/emergência e uma rede de prevenção, suporte e assistência pós- hospitalar, que constituem um enquadramento não-redundante de intervenções disponíveis para urgências. A questão das emergências implica simultaneamente na dicotomia local-global tanto do organismo como da sociedade. Trata-se aqui de uma justificativa perspectivista que pretende adotar a questão das emergências como problema maior da assistência, recusando momentaneamente os argumentos já tradicionais, aqui-justificados e parcialmente esgotados que recomendam fugir da medicalização ou investir em assistência básica. Discuto menos o mérito e mais a tática que assume estes pontos enquanto contra-modelos hegemônicos (e politicamente corretos). A ruptura com modelos

dispendiosos hospitalocentrados é uma tarefa contínua e incontornável. Será contudo necessário encontrar novas imagens para a reforma sanitária, mais adequadas aos desafios da desterritorialização constante da população, da dissolução da família e do envelhecimento progressivo das massas. Cada vez mais o adoecimento é coletivo, imitativo, propagando-se na multidão. A vida cotidiana tornou-se urbana, violenta e imprevisível. Somos cada vez mais errantes e nômades. Os conglomerados urbanos das megacidades engendram novas formas de adoecer. Precisamos do mais difícil, que são novas formas de viver... Deste modo poderíamos inclusive admitir a promoção de saúde como tarefa ética às avessas, centrada no cuidado de si no sentido grego antigo, que Michel Foucault evocou sob o conceito de uma estética da existência.

A segunda necessidade deve-se à importância de trabalhar com modelos que se mostram problemáticos em seu contexto de implantação no SUS. O funcionamento atual das emergências (gerais e psiquiátricas) no Brasil constitui contra-exemplos efetivos, arcaísmos ainda existentes ou sobreviventes, hiper-criticados precisamente onde constituem um problema contemporâneo desprovido de políticas maciças direcionadas. Sabemos evidentemente que se trata de um “modelo” conjuntural, que ninguém o planejou nem tampouco o deseja, e que embora tomado como provisório já perdura por uns 20 anos. Acreditamos aliás, que os argumentos envolvidos nos prós e contras sejam tão provisórios e caducos quanto o modelo.

Integralidade supõe integração. Alguns autores estudaram estereótipos e problemas da emergência neste contexto: “A integração dos serviços de saúde, os sistemas de informação e os programas de prevenção, entretanto, não se apresentam como papéis tradicionais de um SEM, de acordo com os entrevistados por Koenig {1998}” inclusive “Alguns dos serviços analisados se consideram muito atuantes quando se trata de funções tradicionais de assistência, isentando-se, contudo, das atividades ligadas à prevenção, educação e promoção da saúde.” {Dallari, 2001} A criação de centrais de controle e distribuição de atendimentos e leitos de crise encontra muitas resistências e ampla incompreensão por parte dos profissionais a despeito de constituir uma recomendação técnica.

Por último, como justificativa para questionar diretamente as emergências, pode-se mencionar a formação de um campo conceitual do cuidar interessado na integralidade. Este projeto implica em um panorama vasto, dotado de iniciativas plurais, irreduzíveis à lógica da assistência ambulatorial convencional (ou do cuidado crítico). O campo emergente do cuidar baseia-se na oposição entre a utilização imediata de tecnologias virtualmente desumanizadas e a vigência de valores do cuidar, mediatos e integralmente compartilhados por uma coletividade. As emergências representam nichos institucionais de alta complexidade, dispendiosos e sobrecarregados de demandas tecnológicas por parte do usuário e do trabalhador da saúde (demandas que o gestor recalca ou renega). A utilização maciça da tecnologia não deve ser pensada enquanto contraditória do cuidado humanizado. A integralidade admite, viabiliza-se e exerce-se a partir de situações clínicas de alta complexidade. A “boa prática clínica” estende-se para além da pesquisa, não sendo “especialista” mas apenas circunstancialmente especializada. Sua prova encontra-se na experiência humana de saúde e doença que se constitui por valores, avaliações e interpretações. Sabemos que a formação humana é mais importante do que máquina, porque a opera e por que a dirige, constituindo sua interface com o usuário das emergências. Na experiência clínica se dá a continuidade do cuidar que deve caracterizar a terapêutica. Esta continuidade obedece aos ciclos de atribuição de valor, que são maquínicos antes de serem simplesmente mecanizados. Concepções de cuidado que admitam hibridizações tecnológicas interessam profundamente à discussão originária acerca do cuidar e seus fundamentos. Por outro lado, o atendimento de emergência goza de grande valorização e visibilidade no imaginário ocidental, constituindo um calcanhar de

Aquiles de qualquer sistema assistencial sob o aspecto administrativo-gerencial. Os fluxos institucionais emulam o funcionamento de outra máquina tecnológica. A fachada *high-tech* caracteriza a medicina contemporânea de modo indelével enquanto as tecnologias mais leves mostram-se menos exuberantes para as vítimas da tecnologia.¹ O planejamento das urgências exige uma análise pormenorizada desta partilha entre máquina e mão, além dos processos de reinscrição da maquinaria tecnológica na cadeia produtiva.

Caso nenhum dos três argumentos seja suficientemente forte, pode-se recorrer ao dispositivo político constitucional republicano. O direito à assistência constituiu um acordo que reconstrói nossa identidade política e enseja uma práxis comunicativa consensual. O risco de vida e de agravos permanentes pode destacar esta agenda de direitos trans-humanos renovando-a mais uma vez. O concernimento com novos programas de integração da assistência em urgências precisa subir à cena sem que possa ser apropriado pelos tradicionais modelos exclusivamente orientados para hospitais, sabidamente dispendiosos e autocentrados, cuja hegemonia vem sendo combatida com sucesso. Nosso usuário padrão possui muito pouco poder ou controle sobre a máquina assistencial das emergências embora conte quase sempre com ela. A democratização da saúde encontra na assistência emergencial um repertório de reivindicações bastante claro e visível.

2) questionando as emergências

Não menos relevante, vem a ser o exame do processo de assistência crítica no interior das práticas de integralidade, onde situa-se de direito mas infelizmente ainda não de fato. A assistência crítica precisa ser pensada e planejada antes de ser praticada, mas quem poderia interromper algo que jamais fecha, que fica sempre disponível durante as vinte e quatro horas do dia para qualquer cidadão? A série sucessiva de plantões torna o sistema conservador e idêntico a si próprio. Este é um segredo de polichinelo: esta “abertura” tão retórica é sabidamente uma fronteira rigorosa e intransigente. Falta resolutividade. A figura canhestra da “triagem” desmente a inclusão. A ausência de protocolos ou treinamento abre espaço para decisões baseadas em preconceito. O senso comum imperante nas emergências expressa-se na acumulação indevida de poder dos balcões de recepção. Os mecanismos tradicionais de compartilhar a direção de um caso tendem a desaparecer (*round*, passagem de plantão, apresentação, discussão de caso). A racionalidade de intervenção crítica provém de uma *ratio* de guerra, lógica de conflito e de dano, não sabendo situar-se imediatamente na prática contratual das intervenções assistenciais senão através da integração de vários níveis de cuidado. Seus desdobramentos a longo prazo são táticos e estratégicos como testemunham os hospitais de veteranos americanos, em tudo tão diferentes das santas casas de misericórdia do século XIX. Esta integração depende de um projeto laborioso, onde a técnica relacional é muito importante. Em suma, atiramos na integralidade mas atingimos em cheio o princípio da equidade...

A Lei Orgânica de Saúde estabeleceu a integralidade como um dos princípios do SUS, entendida como repertório articulado e permanente de intervenções, ações, serviços tanto preventivos quanto curativos, indo do infra-individual até a coletividade mais inclusiva, sempre circunstancialmente determinados: “em todos os níveis de complexidade do sistema”. O caráter ideal do princípio, que possui o mérito de articular cidadania e política, inclui necessariamente “promoção, prevenção, tratamento e

1 A rivalidade entre engenharia e arquitetura ou desenho industrial encontra seus motivos na preocupação com a interface homem-máquina. No Japão altamente tecnológico mas igualmente tradicionalista divulga-se a novidade absoluta constituída por celulares grandes, com teclas simples e enormes e rotinas elementares, especialmente desenhados para idosos.

reabilitação”². Esta perspectiva não apenas deve incluir a assistência das emergências, como nos obriga a pensá-la em seu alcance maior enquanto assistência potencialmente integradora, capaz de armazenar e veicular informação, prevenir dano secundário e construir um sólido nó na rede de cuidados em saúde, com destaque absoluto para seu potencial de intervenção mais resolutiva em situações de alta morbidade física, psíquica e social. A maior vulnerabilidade do usuário demanda maiores cuidados suportivos e preventivos.

Martini (2008) afirma que “reflexões desenvolvidas por pesquisadores da área apontam para” significados que ampliam a noção de integralidade jurídico-política, a saber, a integralidade entendida como: “a) atributo das práticas dos profissionais de saúde, incluindo os valores ligados ao que se define como uma boa prática (...) não só no âmbito do SUS; b) atributos da organização dos serviços e ainda, c) respostas governamentais aos problemas de saúde”. Qualquer questionamento das urgências-emergências cabe perfeitamente neste nexo ampliado de compreensão da integralidade. O caráter altamente tecnológico, complexo e terciário da assistência crítica tende a afastar a saúde pública de sua esfera de discussão e reivindicação, equívoco a ser evitado com o recurso a uma agenda de integralidade ainda mais ampla e determinadamente focada nos pontos de estrangulamento do sistema. Este afastamento tende a gerar um hiato, improvisadamente ocupado por médicos especialistas desorganizados ou deslocados, por políticos clientelistas e ainda por gestores sem formação adequada. Este espaço vacante doravante precisa ser preenchido por atores sociais competentes, efetivamente preocupados pela questão das emergências em sua triangulação mínima com a sociedade, a universidade e a rede.{Neto, 2008}

Quando Jane Sayd fala em um “empirismo que se põe leve, sem pretensões a enfeixar conceitos rigorosos” toca em cheio na direção mais profícua do movimento pela integralidade que é sua vocação e “ótima maneira de combater a fragmentação do conhecimento, a especialização e prepotência científicas modernas”, tão anacrônicas na atualidade, como afirma {Sayd, 2003}, e sobretudo incongruentes com a racionalidade da medicina baseada em evidência, que torna-se insidiosamente hegemônica mas corre o risco de ter que se contentar com uma vitória de Pirro quando acaba entendida como modismo de pesquisa e não como gestão de fluxos do conhecimento médico. Lembre-se inclusive que a EBM propõe que qualquer atuação em emergência seja tutorialmente assistida por bases de dados médicas e sistemas ágeis de informação em saúde.

A assistência de urgência deve ser concebida e praticada como instância globalista e integradora, tal como aparece nos *textbooks* canônicos. Trata-se de um elemento importante na rede de cuidados em saúde em função de sua posição estratégica de vigilância em saúde por visibilidade “quase absoluta” de acidentes e agravos ligados à violência ou catástrofes. Na racionalidade epidemiológica destaca-se sempre a resolutividade de eventos novos (com seu papel determinante na incidência), que, podendo cronificar-se acabam engrossando desnecessariamente taxas de prevalência. Igualmente, atribui-se às emergências responsabilidade médico-legal, previdenciária e securitária extrema pelo valor jurídico agregado ou derivado das condições assistidas. A estrutura de assistência pré-emergencial e pós-cuidados críticos fazem conjunto com o acompanhamento clínico, que deve necessariamente ambicionar uma diminuição da carga global de doença, dias perdidos, morbidade e custos para a comunidade e Instituições. Muitos estudos indicam a resolutividade de intervenções rápidas e certas em inúmeros setores da medicina crítica. Outros se perguntam sobre dogmas universalmente adotados, como a efetividade da ressucitação cárdio-pulmonar (RCP)

2 Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União 2008 mar 05. Disponível em: URL: http://www.cff.org.br/Legislação/Leis/lei_8080_90.html.

móvel ou pré-. As emergências modernas são verdadeiros escritórios de contabilidade onde investe-se muito, gasta-se muito e sempre calcula-se muito bem o quanto foi poupado evitando agravos subseqüentes. Refiro-me à um panorama econômico estranho à nossa prática emergencista. Mais do que máquinas de calcular, utilizamos equipamentos “de fazer calar” – silenciar o usuário, tornado ainda menor pelo sofrimento eminente, pois sempre que possível deve sair com a impressão de que foi prontamente atendido (mesmo quando espera horas). Isto pode frequentemente significar: “colocar um sorinho”, alcinha de hidratação venosa periférica, como se mililitros de água doce (soro glicosado) ou salgada (soro fisiológico) nas veias já abertas da nossa Outra América fossem mais do que um maravilhoso cala-boca-anestésico-e-paliativo universal. Paradoxalmente, sempre que acontece um descalabro, a imprensa denunciadora deve berrar muito e responsabilizar diretamente a autoridade abstrata de plantão, para então, silenciar rapidamente sua histeria e preparar-se para um novo ciclo de escândalos. Neste caso, a máquina de fazer calar funciona dirigida às testemunhas e não mais voltada para emudecer a vítima. Coloca-se doravante a questão de saber quem deve perguntar pelas emergências. Proponho como resposta que o princípio da integralidade tem este dever.

Admitindo que seria pertinente eleger o território problemático-programático da Política Nacional de Atenção às Urgências enquanto cenário que convida à reflexão sobre a integralidade, devemos também buscar razões para o esquecimento, invisibilidade ou desvalorização da questão assim colocada. Motivos imperceptíveis merecem hipóteses heurísticas, assim como as razões de governo, de planejamento e de custeio. Em um plano mais geral pode-se atribuir motivo relevante à sutil confusão entre Emergência-instituição e emergência-situação. A duplicidade semântica corresponde por esta dicotomia, - emergência como instituição clínica da biomedicina, dotada de local e rituais correspondentes (unidade ou departamento de emergência); e ainda, a emergência/urgência significando a crise e seu *pathos* correspondente, experiência irreduzível de sofrimento, estresse, contingência e desorganização em seus nexos patológicos. A *Instituição* é pública, científica e médico-sanitária enquanto a *Situação* é privada, empírica e fenomenologicamente vivida. Junto com a etimologia podemos invocar aqui nossa dificuldade em separar público de privado, assim como as dificuldades institucionais face à inexperiência, corrupção e falta de cidadania.

No princípio era a dor e a ferida. Em seguida a era pasteuriana entronizou a cirurgia como modelo de resolatividade. Paralelamente, mas timidamente, desenvolveu-se uma racionalidade justificativa acerca do *pathos*, do sofrimento inesperado e da crise – entramos então na época do “stress” de caráter endócrino e neural. A noção de crise, ainda em construção no domínio psicopatológico, acarreta desdobramentos imediatos em saúde física e mental instruindo-nos acerca de seu alcance. Modelos tipo estresse-diátese tem sido utilizados na compreensão do processo de adoecimento em sentido mais globalista. Ao longo do século XX estabeleceram-se solidamente arranjos institucionais voltados para urgências, com uma intrincada história que se confunde com os equipamentos médico-hospitalares. O desenvolvimento da medicina de emergência inicia-se entre os anos 60 e 70 nos USA. Em 2008 encontramos apenas 6 países com a especialidade plenamente desenvolvida a partir do curso médico. A residência médica para a formação de clínicos de emergência foi adotada até agora em 25 países, incluindo basicamente Europa e América do Norte e excluindo o Brasil.{Mulligan, 2008} Pode-se deste modo entender o paradoxo de uma “Emergência” sem emergências (apenas praticando “pronto-atendimento”) e igualmente admitir emergências que prescindem de uma verdadeira Emergência, construção paradoxal porém evocadora da ambigüidade destes conceitos. A racionalidade biomédica fomentou o exame da situação crítica e prescreveu a instituição-Emergência que lhe é contígua. Seus privilégios aumentam-lhe o valor. Advogamos entretanto uma repartição mais coerente entre os espaços e os tempos

imbricados nas várias acepções de emergência em curso no país.

Advinha-se então um efeito problemático. Quando a organização assistencial encontra-se precária, tende a ocorrer uma supervalorização indevida da patente de Emergência em unidades que funcionem próximas desta missão, ainda que coartada. Passa-se a confundir emergência enquanto crise a ser adequadamente resolvida, situação de direito e missão transcendente, com Emergência enquanto instituição hospitalar supostamente competente, situação de fato, mas que meramente designa espaços e competências inflados; ambas estão necessariamente articuladas, porém, quanto maior for o problema assistencial – recursos, gerenciamento, formação, treinamento, atitude – maior a desarticulação e o efeito de contrabando de uma noção rumo à outra.³ Possivelmente também, maior será a violência, iatrogenia e dano para o usuário assim como para o funcionamento da rede. Competências para assistência, equipamentos coletivos de saúde e recursos de formação tecnológica convergem quando se cumpre o ideal de situar emergências efetivamente dentro das Emergências. Esta estranha tarefa, em nada supérflua ou sequer retórica, configura um desdobramento da integralidade dedicada às urgências. Uma perspectiva de integralidade deve distinguir regimes implícitos no binômio urgência/emergência.

A reforma Flexner tem sido eventualmente responsabilizada por uma medicina pouco preventiva ou humanizada, mas em verdade apenas atualizou nos USA as prerrogativas da medicina experimental da Escola de Paris,- fisiologia experimental e patologia enquanto “ciência básica”. O modelo flexneriano foi capaz de abrir caminho para as emergências como projeto altamente organizado. Este programa foi considerado progressista no início do século XX, funcionando com grande destaque e sucesso na América do Norte, aonde encontramos a emergência constituída enquanto especialidade respeitada e disputada. O ACEP, Colégio Americano de clínicos de emergência, fundado nos anos 80, é “a maior e mais antiga sociedade na especialidade de medicina de urgência” contando com mais de 17 mil membros em um país onde se estima 25 mil praticantes ativos. As atividades desta instituição que não trabalha isolada, consistem em “educação médica, formação e promulgação de políticas, proteção jurídica para membros e lobby voltado para clínicos e pacientes de Emergências”. Este desenho liberal está bastante orientado para competências exclusivamente técnicas e indissoluvelmente ligado ao solo onde cresceu. Muito possivelmente este modelo não revela suas características aos praticantes locais, como por exemplo a excessiva juridicização e baixa politização, típica de uma sociedade de controle mais desenvolvida que é para nós mais evidente. O privilégio da guerra em detrimento da violência urbana nos USA também acrescenta fatores que devem ser ponderados para compreensão dos rumos de diversos modelos.

A reforma do ensino médico sem dúvida explica um solo a partir do qual as especialidades tornam-se bastante tecnicistas, sendo progressivamente capturadas por um tipo de fordismo especialista. Neste contexto, a temporalidade soberana da situação crítica, quando ensinada ou planejada (níveis de reprodução de saber), subordina-se necessariamente aos diagnósticos, síndromes e sistemas. Uma clínica da crise, da temporalidade ou da ameaça precisou ser subordinada aos avanços da biomedicina científica experimental derivada do princípio de Broussais e da lógica da lesão anatomo-patológica. Esta subordinação contudo não significa submissão nem tampouco redução. Com o advento da epidemiologia clínica, especialmente em sua fase atual *evidence-*

3A polêmica sobre a criação de UPAS em nossas megacidades, que começam a viver epidemias novas ou velhas, mas que não podem mais permanecer escondidas, apenas sublinha esta ordem de problemas. O fulcro central da existência de pseudo-emergências reside na prática do pronto-atendimento auto-intitulado “SPA”, que não é meramente um erro gerencial mas um aspecto constitutivo de práticas históricas do serviço público. A perda de potência de qualquer greve em serviços essenciais de saúde do SUS deve ser considerada reveladora acerca daquilo que significa “indispensável”. Ninguém poderia dizer o mesmo do transporte aéreo...

based, tenta-se reconfigurar o ensino médico através da medicina baseada em problemas ou da psiquiatria baseada em valores. A dimensão estratégica da assistência em crise poderia ser agora resgatada a partir deste novo enquadramento rumo à uma atitude interessada na construção da integralidade. A temporalidade irreduzível da clínica permanece uma questão inexplorada assim como a dimensão trágica da crise. O interesse contemporâneo pela resiliência ou por modelos tipo stress-diátese testemunham o impasse. Tratam-se de dimensões que se furtam a uma analítica tradicional, demandando consenso, politização e cidadania. As perspectivas irreduzíveis emergem junto com a necessidade de admitir um sistema pluralista. Como já foi suficientemente lembrado, caberia mais uma hermenêutica da saúde que sua derivação pragmática a partir de alguns princípios elementares.

Algumas armadilhas tornam o cuidado crítico prisioneiro de uma escalada de especializações interligadas. Uma especialização excessiva, progressiva, já foi mencionada no nexo da proliferação de especialidades e sobretudo de novos procedimentos. Hoje, o cateterismo coronariano caracteriza uma unidade de emergência de modo icônico-emblemático, assim como a apendicectomia respondeu durante décadas pela eficácia da cirurgia de urgência. Não deve ser considerado inócuo ou supérfluo o privilégio de imagens triunfais da sala de emergência (*ER*) no cinema e na televisão americana pois constituem uma verdadeira semiologia da supervalorização da medicina tecnicizada. Deveria inclusive ser possível distinguir algumas variantes desta ênfase na especialização. A especialização dita do instrumento, que deveríamos caracterizar como “lógica da cirurgia”, constitui uma forma padrão da circunscrição do cuidado ao panorama tecnológico. A técnica “sempre avança” junto com o progresso científico. Uma especialização que poderia ser considerada metonímica, variante menos comum, refere-se ao cuidar tecnicizado que não deixa de ser cuidado humano, mas se crê dependente de insumos ou recursos mensurados pela ferramenta tecnológica. Esta forma de especialização se constitui como metonímia da máquina sem reduzir-se necessariamente à esta ou ser por ela substituída. Outra modalidade de especialização, por vezes disfarçada de generalista, opera por razões preciosas de prestígio ou de mercado, onde desponta um ator investido de “dono da doença”, de “realizador independente”, ou de cuidador privilegiado. As pequenas ações do especialista mais típico e enconstrado alinham-se aqui, seja como procedimento simples ou complexo (mas fortemente delimitados por um saber não-compartilhado). A partilha entre especialização analítica e integração sintética ocorre de modos distintos, sempre por linhas tortas. Encontramos aqueles personagens bisonhos de Zarathustra rondando a modernidade tardia, - o homem com um olho enorme, com um só braço gigantesco, etc.

Caberia então ousar falar em holismo ou vitalismo “esclarecido” em uma época altamente orgulhosa de suas soluções tecnológicas ? Provavelmente sim. Alguns exemplos da tendência tecnológica que substitui parcialmente o médico por sua sombra protética, como por exemplo na telemedicina ou em robótica (cirúrgica), garantem paradoxalmente que o caminho para um cuidado integral permanece muito pertinente, ainda que pouco reconhecido. Ao prolongar e regular a *expertise* médica, estes recursos encontram sua vocação plena nas urgências, mostrando-se dependentes do cuidado particularizado e de uma forma peculiar de presença, ainda que virtual. São inflexões tecnológicas que tentam re-democratizar o especialista, publicando sua *expertise* ou multiplicando seu alcance. Redimensionam o papel do especialista ao circunscrevê-lo como consultor ou agente remoto, mediado entretanto pelo cuidado básico padrão. Neste caso a tecnologia trabalha contra a vulgata do especialista e seu rosto, tido por desumano.

No mundo civilizado e globalizado do G-8 encontramos grande especialização e intenso treinamento em medicina de urgência. Pode-se refletir que este especialista é

sobretudo um clínico geral, um médico versado em medicina interna com ênfase em diagnósticos e tomadas de decisão sob pressão. No caso norte-americano valorizou-se um clínico emergencista com aptidões globais que vão de psiquiatria à dermatologia, podendo-se verificar que o intensivista não se confunde com o emergencista como ocorre no Brasil, nem do ponto de vista da prática nem tampouco de sua formação pós-graduada. Em psiquiatria clínica ocorreu igualmente um denso desenvolvimento da clínica de urgência no mundo anglo-saxão, sempre alocada em hospitais gerais e voltada para o apoio em situações críticas diversas. Na América latina, ao contrário, constata-se uma lacuna na formação de especialistas em medicina de emergência, especialidade inexistente no país, que titula apenas médicos especialistas em unidades fechadas. A carência de um praticante da sala de emergência acaba exacerbada pelas dificuldades de financiamento dos hospitais universitários e pelo surgimento de Faculdades de Medicina que vendem diplomas e uma certa ilusão de prestígio. A precariedade da assistência não pode ser atribuída simplesmente ao problema da formação, entretanto não seria incorreto levá-la em consideração. Ocorre um grave descompasso no Brasil contemporâneo em função da desarticulação de ensino universitário, necessidades da rede e do usuário.{Mendes, 2003} A formação de generalistas como um tipo de super-especialista em medicina crítica (independente de sua atuação em UTIs/unidades fechadas) constitui uma tendência recusada. Por algum tempo entendia-se que procedimentos invasivos, cruentos e cirúrgicos eram a porta de entrada para a prática do emergencista, geralmente franqueada aos anestesistas, intensivistas e cirurgiões. Atualmente há pouco interesse na sala de emergência. No caso de nossas unidades de urgência percebemos que o espaço hospitalar da emergência funciona preponderantemente como porta de entrada para circuitos intensivos mais ligados ao tradicional hospital geral das especialidades. Estas circunstâncias capturam interesses e engendram práticas mais invasivas. Eventualmente ainda estes circuitos inexistem. Ou ainda estão completamente adventícios ao funcionamento da rotina não-emergencial do restante do hospital. Houve um sequestro das habilidades de emergência, que deveriam ser clínicas, dialogantes, dialógicas e voltadas totalmente para o sofrimento do paciente, rumo às “especialidades-meio” onde as noções de agudo e crônico se opõem de modo menos rigoroso.

A lógica da disjunção entre a unidade *hard* e a prática *soft* da medicina crítica sugere que se poderia separar a solução do problema em duas extremidades igualmente privilegiadas: PSF e Emergências, ambas voltadas para uma racionalidade de apoio ao usuário em situação de emergência. No caso da saúde mental esta proposta se mostra totalmente viável devido à baixa tecnologia da psiquiatria clínica (sobretudo se comparada à medicina interna).{Calazans, 2008; Gawryszewski, 2008; MacLean, 1995; Murray, 2008; Pompili, 2005; Silva, 2005} Em algumas situações epidêmicas uma rede interligada aos domicílios e às famílias também poderia ser extremamente eficaz como começamos a perceber na Dengue e em novas pandemias virais.

Importa observar que a assistência emergencial não se define estritamente pelo espaço. O espaço dedicado às intervenções funciona com justificativa tecnológica para alocar recursos e constituir ilhas de excelência em determinados protocolos. Trata-se de avanços verdadeiros ou duvidosos que necessitam de espírito crítico permanente e que, em sua complexidade, constituem um desafio para clínicos e epidemiologistas. A situação crítica tampouco prescinde de uma assistência integralizada com atitudes clínicas cuidadosas, resolutivas e mensuradas em seus desdobramentos. Pode-se concentrar a assistência dedicada à crise em uma atitude principal e soberana: respeito pelo sofrimento. Este respeito permanece do tamanho daquele que nossa tradição judaico-cristã preconiza – sempre cuidar do órfão, da viúva e do estrangeiro – pois eles atravessaram o deserto. Aqui o sentido maior da hospitalidade se articula com a atitude clínica. Alguma coisa precisa ser ensinada aos emergencistas, que inexistem, e esta

estranha coisa é verdadeiramente o osso do cuidar: apenas e sobretudo uma atitude de hospitalidade que a tradição nos prescreve. Hospitalidade para aquele que mora na crise, que foi tomado pela catástrofe, que ainda não se acostumou com a dor. Respeito hospitaleiro pela alteridade do estrangeiro. {Dufourmantelle, 2007; Derrida, 1983} Diz-se que os gregos, nada cristãos em sua elegância absoluta, eram muito hospitaleiros. Por outro caminho que não a escritura, chegaram ao extremo respeito com o estrangeiro pois não acolhe-lo poderia ser equivalente ao ato de enxotar um Deus. Ninguém suportaria a ira de um Deus disfarçado... Fico me perguntando quando chegará este personagem olímpico capaz de vingar todos nossos usuários indignamente maltratados... O debate sobre a relação das emergências com o restante das iniciativas de integralidade na construção do SUS mostra-se capaz de carrear tantos aspectos pertinentes ao debate da integralidade que deve ser pensado como uma verdadeira caixa-preta prestes a ser reaberta. O atendimento domiciliar, as cirurgias ambulatoriais, o *home-care* e o acompanhamento terapêutico representam soluções alternativas para situações de maior complexidade fora do hospital. Uma deshospitalização que admita regimes de hospitalidade parece condição prévia para que a discussão sobre as emergências seja retomada em novas bases. No lugar do hospital com seus hospitalismos será preciso colocar uma hospitalidade com seus preciosismos.

2) por uma fenomenologia (caipira) do infortúnio súbito

Como descrever a entrada de um vivente, falante e sofrente no interior de uma emergência. Trata-se de um acontecimento. Falamos de algo absolutamente decisivo. Uma experiência traumática. Um motivo para alívio e até alegria. Uma saída do “mundo da vida” e do panorama da rua para entrar de sopetão nos ambientes intervencionistas do cuidado intensivo, com suas permissões de invasão ao organismo, invasão ao ser consciente e desprezo pela cidadania pedestre. Ali dentro todo paciente “deveria” deslocar-se sobre rodinhas. Todos devem pedir permissão para mudar de lugar. Trata-se de uma brusca e rápida transformação de regimes existenciais, aonde alinhamos a violência da crise à violência da *ratio* médico-sanitária,- desgraça, prejuízo da liberdade de seguir sua própria rotina, troca do cotidiano por rotinas hospitalares ou ainda troca do certo pelo incerto; *hybris* aninhada na sabedoria socrática, refeições com hora marcada e excreções assistidas a meio minuto de distância do ontem; Ainda precisamos de muita pesquisa qualitativa sobre nossas emergências, de muita investigação sobre seu funcionamento precário, sua licença para decidir aquilo que não deve ser decidido, e sobretudo a fenomenologia abrupta e desgovernada do estar ali, que nem sempre significa estar morrendo. A lógica torta e perversa da não-prevenção e a carência de assistência primária formaram um exército de zumbis cardiovasculares, diabéticos, alcoolistas e desmazelados que acreditam no pronto atendimento praticado ainda em algumas *soi disant* emergências, onde muitos usuários passam algumas horas esperando para receber uma injeção intramuscular de analgésico=dipirona e um atestado médico para mostrar no trabalho no-dia-de-amanhã.

Uma emergência não pode ser desvinculada da experiência correlata de padecer de algo que se impõe. Qualquer um de nós pode ser atropelado, atingido por PAF ou chocado por IAM. Qualquer de nós pode pretender se suicidar. Estas experiências distribuem-se equitativamente entre agente e paciente, cuidador e cuidado, trabalhador de saúde e usuário. Cada uma destas experiências demanda um exame pormenorizado de suas condições de possibilidade. Cabe portanto admitir uma fenomenologia da experiência crítica, que não deveria ser entendida como simplesmente experiência de infortúnio do paciente, cliente ou usuário, mas como experiência compartilhada de crise. Esta experiência vivida é necessariamente rica, densa, espessa e poética. Ou pelo menos deveria sê-lo caso pudesse ser frequentada de modo sereno, se não fosse esquecida

imediatamente ou lembrada compulsóriamente. Algumas pesquisas qualitativas vem tentando resgatar a espessura destes acontecimento ínfimos porém importantíssimos. {Deslandes, 2002; Giglio-Jacquemot, 2005} Adoto palavra “caipira” para figurar esta atitude fenomenológica, representando aqui, simultaneamente, humilde, brasileira e senhora-de-si. Significando especialmente que ciscamos no terreno dos fundos do quintal. Trata-se portanto de uma descrição fenomenológica desprestenciosa mas husserliana, autóctone mas universal e efêmera porém determinada. O passar subitamente mal constitui uma experiência inequívoca, assim como sofrer violência ou acidente. Neste nexos, o usuário não se constitui apenas enquanto sujeito despossuído mas como rede complexa de experiências possíveis e improváveis. Uma memória proveniente da dor é fácil de conceber pois as marcas ficam...

Existe uma tensão entre a resolutividade local e a situação global que manifesta-se na espessura das experiências vividas nas Emergências. Estudos em saúde coletiva sobre as experiências dos usuários em Emergências tem sido bastante eloquentes. Pode-se falar em uma experiência fenomenológica da situação crítica. Esta dimensão envolve igualmente controle social, cidadania e empoderamento do usuário face ao sistema assistencial. A extrema hierarquização do espaço assistencial, com seus efeitos de poder capilarizados, contrasta com o esquecimento característico da superação daquilo que é traumático. Este tipo de esquecimento contribui com a debilidade reivindicativa dos que foram atingidos pela ineficiência ou iatrogenia. A positividade do esquecimento também existe, residindo na capacidade de cura e auto-cura, nos circuitos de regeneração, na capacidade resiliente.

Na crise revela-se um momento de assimetria extrema do conhecimento. Situação de extrema vulnerabilidade e mesmo de entrega total, quiçá de coma ou choque cardiovascular, representa o máximo de subordinação na relação médico-paciente. Do ponto de vista jurídico, uma ameaça à vida reconhecida por médico lhe faculta e mesmo obriga a intervenções extremas, invasivas ou muito arriscadas, mesmo sem que nenhum consentimento possa ser obtido ou solicitado. Contudo, o fato do paciente incapacitado chegar ao complexo emergencial-intervencionista não constitui nosso problema, ao contrário, a escolha voluntária do paciente pela emergência enquanto espaço de acolhida necessária ou garantida mostra-se digna de reflexão. Tem se discutido se o usuário saberia o que é uma emergência, o que deve fazer dentro dela, e o que pode esperar desta situação. Cabe a pergunta acerca do uso destes equipamentos. Será preciso talvez restituir alguma positividade mínima para que se possa recompor uma agenda reivindicativa relativa ao conjunto de equipamentos envolvidos e seu usufruto compartilhado. Uma expectativa selvagem do usuário permanece inequívoca: menos sofrimento e mais vida. Se possível, o mais rápido possível... A ignorância radical sobre aquilo que emerge, que é emergencial, recoloca a pergunta célebre sobre uma pedagogia do tratamento.

O “doutor” sabe mais e pode muito: assimetria proveniente de um reconhecimento da ciência através do primado da tecnologia. Considerando que o impasse entre vida e morte coloca-se mais propriamente como mais dano ou menos dano (disfunção, seqüela, prejuízo), a decisão imediata que provém deste sobre-poder determina tudo que será considerado desfecho em longuíssimo prazo – sobrevida, queimaduras extensas na pele ou no esôfago, disfunção cardiovascular incapacitante, demência pós-ressucitação, transtorno de estresse pós-traumático, epilepsia secundária. Decisões que não podem ser compartilhadas aumentam o abismo do dispositivo e incrementam seu uso equivocado. Não nos parece descabido admitir a necessidade de graus de *literacy* em saúde para usar um dispositivo de emergência tecnológica contemporânea, apontando para a importância de critérios imediatos, empíricos, porém socialmente pactuados, difundidos e cultivados. Ter dor torácica súbita e desconhecida implica em visitar uma Emergência geral. Saber

disto implica em formas de *literacy* e circuitos comunicativos mediatos e complexos, que precisam propagar-se de várias maneiras não podendo depender apenas de novelas ou grandes redes de TV. Neste sentido uma fenomenologia da crise poderá contribuir com o planejamento. Integralidade nas urgências pode ser uma forma de repensar a dimensão crítica dos atendimentos em seus componentes principais.

A experiência de dor, de sofrimento, de desamparo, de vulnerabilidade mostra-se duplamente valiosa na formação de atitudes clínicas adequadas. Por um lado implica tecnicamente os profissionais na resolutividade exclusivamente voltada para o usuário, e ainda, por outro lado, obriga-nos a escolher entre reconhecer ou desconhecer algo que não nos concerne naquele aqui e agora, mas situa-se a partir dali em todo e qualquer horizonte de acompanhamento do Outro. Constitui deste modo uma declinação incontornável do cuidar absoluto, desmecanizado. Compromisso com o sofrimento entendido enquanto *pathos* sempre significa um compromisso com o processo de cuidar.

Somos todos caipiras e muito jeca-tatus com nossos celulares cheios de botões e conexões, mas incapazes de compreender que a saúde jamais vai embora de repente nem nos visita “naquela hora”. Muito lento é o processo de demolição que faz a partilha entre saúde e doença. Talvez, por outro lado, muito rápida seja a oportunidade, que se abre ou se fecha, de criar novas soluções para o organismo, de lhe ajudar a estabelecer novas normas, fato corriqueiro para nosso corpo, que é simultaneamente a mais alta instância avaliadora, legislador permanente e amigo dos botões.

O advento de novas demandas em emergência clínica tem ocorrido em função das pandemias virais contemporâneas, do temor de bioterrorismo nos USA e da utilização de armas de grosso calibre em confrontos policiais. Em psiquiatria de urgência se tem valorizado continuamente o transtorno de estresse pós-traumático. O contexto de violência urbana crescente nas grandes cidades (bastante singular no RJ) revaloriza as emergências enquanto espaços estratégicos de resistência e construção de políticas de saúde. Uma vasta literatura sobre violência tem valorizado as articulações deste espaço assistencial em conexão com as tarefas de promoção de saúde. O atendimento a causas externas constitui uma exigência e um modelo nesta vertente. {Deslandes, 1999} A necessidade de treinamento dos profissionais da rede nesta direção é bastante evidente, compartilhando alguns problemas da violência urbana de megacidades com outros equipamentos coletivos de saúde. Cada cidade tem as causas externas que merece... A humanidade não se coloca problemas que não possa resolver... O deslocamento micropolítico desta articulação constitui porém alguma novidade.

3) Problemas de hospitalidade

Em um estudo já clássico, Padget&Brosski {1992} analisaram o processo tripartite de busca de cuidados na urgência pautados nos critérios Andersen-Newman: (1) reconhecimento do problema; (2) tomada de decisão em buscar ajuda; (3) a decisão de utilizar a Emergência; mostrando que a fonte mais comum de busca de cuidados não-urgentes em uma Emergência (85%) foi a “indisponibilidade de outra forma de atenção médica”. Os autores atribuem esta demanda à ausência de cuidados primários, lembrando que isto ocorre principalmente associado a fatores como estresse socioeconômico, co-morbidades psiquiátricas e falta de suporte social.

Alguém se dirige ao hospital de emergência porque sofre e por que acredita que encontrará uma solução adequada para o inesperado. Seria importante distinguir a busca de alívio da expectativa de tratamento. Seria igualmente relevante abordar alguns atendimentos enquanto prática de solidariedade urbana mínima, mesmo que motivados por injunções policiais ou jurídicas. A certeza de encontrar ajuda é um componente tão

importante quanto à condição de incerteza da crise. Uma perturbação da vida cotidiana faz que um atendimento imediato, sem plano, programa ou escolha, tenha justificativa plena. Contudo, esta perspectiva da hospitalidade tornada acolhida, não nos esclarece sobre os motivos para a utilização de uma emergência, nem tampouco as circunstâncias de sua visita pelos usuários. A hospitalidade tradicional dos indo-europeus, já há muito perdida por nós, permanece insinuada na prática do plantão, absoluta disponibilidade para o Outro em uma casa que jamais pode fechar-se.

Por sua vez, a racionalidade diagnóstica também busca alguma certeza. A situação, violência-trauma-acidente, ou algum sintoma-sentinela operam no sentido da circunscrição espacial, de uma metafísica tradicional que localizaria e reconheceria o mal para poder tratá-lo ou removê-lo (ontologia do mal na medicina classificatória, modelo pasteuriano na invenção do micróbio e ufanismo causalista no antibiótico ou na cirurgia), já está dito em muitos lugares que o devir da terapêutica tende a ser fetichista... Para agir é preciso localizar... Ao lidar com uma situação, modelos críticos causalistas e circunscritos tornam-se mais importantes porque mais explicativos, mais úteis à medida que são mais coerentes com os recursos utilizados. Será preciso extrair o máximo do mínimo no processo diagnóstico das intervenções urgentes. Qualquer experiência de vida, por mais exuberante que tenha sido, será reduzida a alguns signos cardinais que permitam uma tomada de decisão veloz. A preocupação com a continuidade da vida permite que ela seja resumida na avaliação-processo para ser prolongada no desfecho. Este tipo de atalho diagnóstico-terapêutico possui um espectro de aplicação plausível, o que não está em foco neste momento, mas igualmente engendra uma grande concentração de privilégios, exceções e anomalias que se transformam naquela opacidade condenável dos atos e procedimentos terapêuticos de um ambiente de emergência. Ocorre inclusive um sequestro de poderes e decisões quando a dissimetria usuário-equipe é muito grande, seja devido à baixa literacy, experiência de cidadania precária ou de capacidades circunstancialmente impedidas pela situação traumática.

A crise e o contexto crítico são coextensos: uma crise é seu contexto. A tensão do processo diagnóstico em emergência é frequentemente vivida pelo profissional de saúde, sendo correlata do estresse sofrido pelo paciente. Esta tensão se explica pela importância do contexto, que fazendo-se também absolutamente necessário, dirige outras iniciativas e arrasta um emaranhado de novos problemas. Neste ponto torna-se importante não confundir a expressão “não se envolver com os problemas do paciente”, que designa uma defesa por isolamento, com a impossibilidade de tomar decisões sem responsabilidades, que significa sempre ter medo e dúvida quando uma decisão é tomada. Ignorância e não-saber estão bem distintos a partir deste ponto. Uma atitude clínica abrangente, acolhedora e cuidadosa se distingue pelo valor concedido aos detalhes, pela avaliação concomitante de aspectos e dados globais; pela importância do diagnóstico (evidentemente multidisciplinar) que deve ser rápido, muito pragmático, reorientável, substituível; e ainda pela valorização da informação rápida, fidedigna e abrangente. Estes requisitos constróem uma tomada de decisão coerente com a crise.

O organismo precisa ser globalmente visado quando a vida, sua continuidade ou algum dano permanente, ganha importância. Os sistemas revelam-se funções em contexto de crise, que somente funcionam em conjunto articulado engendrando um globalismo de urgência, forma de apreensão do todo a partir do instante do desequilíbrio. A descrição desta tensão, que permanece totalmente ausente da consciência imediata dos atores, implica em um conhecimento paradoxal, onde precisamos do Todo, organismo e consciência, para diagnosticar e agir, mas minha ação será decididamente local e portanto presumidamente muito específica. Somos convidados a pensar globalmente e agir localmente face à situação crítica. Entretanto, a velocidade da intervenção, a contextualidade da ação e as expectativas derivadas trabalham no sentido de construir

nova percepção da experiência terapêutica que representa tensão mas se resolve em justificação antecipada, talvez *a priori*. O protocolo, alguma esquematização pré-determinada e sólida, oferece a segurança do conhecimento e a pretensão-ambição de parar o tempo que corre. Sua função de cálculo não se esgota pois ele fornece ilusão de controle e uma forma decaída de antecipação. Ao urge, responde-se com um falso conhecimento do futuro. As salas de recepção das emergências podem ser entendidas como linha de fronteira, onde situa-se o núcleo duro das decisões, que assim são contrapostas às UTIs, territórios que primam pelo cuidado continuado, ainda que no território da incerteza. Esta articulação apóia-se na temporalidade diagnóstica e terapêutica do atendimento crítico, sem ignorar a terapêutica multifacetada de qualquer atendimento urgente nem a escalada diagnóstica de cada minuto-leito de cuidado intensivo. Ninguém duvida que uma intervenção correta em emergência precisa de anamnese, contato humano, exame físico, reflexividade clínica.

Tenta-se, portanto, explorar a temporalidade emergente da crise. Horizonte de morte ou dano permanente que funciona como obrigação e imposição, onde decisões exigem participação, geram estresse, admitem o reconhecimento imediato de perdas. Trata-se de um limite brusco entre vida cotidiana e restrição enorme imposta pela doença emergente. Oposição entre demanda e pessoa crítica [organismo e consciência em negociação] que dá pleno sentido à expressão corriqueira “descompensação”.

Uma desumanização involuntária ocorre quando alguém mergulha no sono patológico, desligando o sensorio e apagando o campo da consciência. Ocorre uma experiência de redução ao organismo funcionando sem nossa ajuda ou critério. Continuidade indeterminada mas soberana. Experiência que não pode ser narrada com facilidade. Oposição entre organismo e consciência: paciente apagado e organismo totalmente acordado: monitora-se tudo, todos os sistemas fisiológicos falam e fazem ruído... As máquinas ciclam junto com os ritmos corporais. Diz a lenda que intensivistas não costumam gostar de pacientes acordados que falam ou se queixam. Qualquer vontade atrapalharia aqui as invasões-intervenções variadas. O silêncio e a síndrome do encarceramento (Stockholm) são cúmplices de um projeto altamente tecnicizado que orchestra próteses de funções fisiológicas e administra novos ecossistemas.

Esta sofisticada parafernália justifica-se pela prática da emergência. Trata-se daquilo que deveria durar o mínimo possível, apenas o instante que separa vida e morte ou eternidade e condenação, mas geralmente nos custa dias ou semanas. Para um pensamento estritamente fisopatológico duraria apenas o necessário para restituir a autonomia perdida do organismo. Para o paciente em coma (Escala de Glaskow 3-15, coma induzido ou mórbido, etc.) dura o tempo de seus sonhos. Para a família do lado de fora, dura uma escansão entre horários de visita e horários de sobressalto. Para as equipes que se sucedem no atendimentos verificam-se ainda ritmos diferentes, adequados ao cotidiano estressante, que muitas vezes parecem insensíveis ao sofrimento assistido, mas que não deixam de ser recursos inconscientes contra seu próprio *burn-out* eminente. A pressa do urgente convoca experiências de tempo heterogêneas.

O excessivo privilégio da intervenção especializada porque sensivelmente resolutiva constitui um modo de apreensão da eficácia: cessada a causa cessa o efeito nos adverte a tradição hipocrática. Entretanto passamos a repensar a questão do ponto de vista da eficácia e construir experimentos para discutí-la, que acabam constituindo-se em complicadores ou moderadores desta racionalidade fetichista do cuidar especializado. Equipamentos técnicos e humanos voltados para a atenção imediata a quaisquer dos sistemas fisiológicos, mentais ou níveis de integração superiores, que forem atingidos tem sido buscados incessantemente. Admite-se a pressuposição de que um diagnóstico de crise extremamente receptivo ao contexto, portanto bastante globalizado e humanizado, deve constituir o padrão na porta de entrada. Toda reflexão dirigida para a reorganização

da medicina de crise pode adotar um única palavra de ordem: Interesse mediado por intervenção. Níveis de complexidade alinhados com clareza de interesse.

A indissolúvel conexão do hospital de emergência com o hospital geral deve ser admitida como paradoxo: um torna-se permanentemente outro, não existe um sem o outro, eles são completamente irreduzíveis, mas permanece sendo impossível fundí-los e bastante descuidado confundí-los. Um fluxograma ideal entende a ER como porta de entrada fracassada do sistema de saúde, quando o evitável insiste em ocorrer e as medidas preventivas se mostram ineficientes. Seria assim caso não houvesse o acaso, a sorte e as moiras. Seria necessariamente assim caso saúde fosse sinônimo de imortalidade além de significar a mudez absolutamente silenciosa de qualquer órgão. A oposição entre eletivo e intercorrência ilumina este tipo de raciocínio com sua etimologia. As emergências são de direito terciárias/quaternárias, demandando intervenções de alta complexidade, espécie de *nec plus ultra* do estabelecimento hospitalar. De fato, as emergências são dispositivos de cuidado extremo em situações críticas, rápidos, intensivos, atentos para desdobramentos, agravos e desfechos esperados ou inesperados. Estes veículos de cuidado devem operar em quaisquer condições tecnológicas pois estão dotados de permissão e razão para isto. Quando operam em condições precárias transformam-se em agentes desagregadores – desumanizam a assistência e impedem sua autocrítica. O principal vetor tecnológico em uma perspectiva de integralidade permanece sendo o trabalhador da saúde.

3) fenômenos de gerenciamento tortuoso;

O que se passa ali dentro geralmente precisa ser reprocessado pelos atores envolvidos. Minha hipótese inclusive consiste na ocorrência de um esquecimento automático. A intimidade do sofrimento pode ser constrangedora, indigna ou mesmo obscena. Uma emergência torna-se pública (= visível e publicada) quando algo não funciona, pois constitui o espaço em que o extremamente disfuncional recebe acolhida para consumo do público em geral, através de denúncias midiáticas. Estas queixas dirigem-se para a reiterada incapacidade de gestores em resolver conflitos de interesse e reorganizar a assistência de emergência nas unidades. A imprescindível articulação entre município, Estado e União recebe aqui seu desafio mais imediato no sentido de construir a integralidade a partir da cooperação no planejamento de ações. A escassez de pesquisas e de avaliações de custo-benefício no campo é muito reveladora do grau baixo de concernimento com o problema. Tem sido difícil praticar algum planejamento neste panorama de acusações e *forfait*. Mais factível e melhor motivada fica uma reflexão qualitativa sobre a dimensão antropológica do cuidado crítico em nossas emergências, especialmente do Rio de Janeiro, que se mostra bastante próxima daquelas de Salvador e Recife e talvez um pouco distinta de estados mais desenvolvidos como SP, RS e MG. A tentativa de implementar um Sistema Metropolitano de Atendimento de Emergência na região de São Paulo se arrasta há pelo menos uma década fazendo com que “algumas dessas instituições lidem com uma crônica falta de recursos humanos” em todos os níveis de atividade.

Encontramos problemas de administração e gestão que concernem indiretamente à integralidade. O problema administrativo gerencial ocasiona fracassos, gerando profundo descrédito das emergências da rede do SUS. Sem nenhuma escola de gestão até poucos anos atrás, organizar um dispositivo terapêutico dispendioso envolvendo humanos e máquinas, constituía uma tarefa inglória. Atualmente, para além de boa governança espera-se que o planejamento do atendimento às urgências seja capaz de localizar e receber casos novos, formar uma rede de referência e contra-referência baseada nos agravos mais comuns, e preocupe-se com a *literacy* em saúde, fomentando a

mentalidade de uso racional das urgências na comunidade, em suma, que se possa colocar algum cosmos no lugar do caos reinante. Encontramos ainda inúmeros gestores não especializados, e por muito tempo isto ainda poderá acontecer, não somente em função dos favores de políticos clientelistas, mas igualmente por absoluta incapacidade de compreender as exigências gerenciais estratificadas que decorrem do SUS e porque a carência na formação está começando a ser sanada através de iniciativas como por exemplo a escola de gestão da ENSP/FIOCRUZ. A gestão não pode ser coisa para principiantes nem tampouco praticada ao longo dos erros e acertos empíricos da administração pública. Alguns se escandalizam quando se confunde administração hospitalar com gestão do SUS. São naturalmente as Emergências que sofrem em função do descaso gerencial, que não deixa de ser também um equívoco estratégico.

A trajetória do RJ ilustra bastante este descompasso, quando hospitais municipais menos qualificados assumiram as Emergências em detrimento de unidades universitárias que eram mais caras, geograficamente mal situadas e desvinculadas de qualquer articulação ou compromisso com o SUS. Durante um longo período de municipalização onde houve sucateamento e reutilização de unidades desprovidas de investimentos, desconheceu-se a necessidade de estudos de localização ou logística de acesso comunitário, faltava tradição clínica e sobrava descompromisso, permitindo a reprodução do funcionamento irracional baseado nas tradicionais filas da madrugada e médicos “papa-filas”. Como afirma a portaria da Câmara Temática Especial de Saúde, Projeto SAMU Metropolitano: “Verificou-se que um protocolo padrão, bem estruturado e manipulado por profissionais devidamente treinados, reduz a possibilidade de improvisos, facilita a observação da rotina dos plantonistas, permite priorizar as chamadas e a alocação de recursos.” O déficit de recursos humanos revelado por alguns estudos tem sido bem maior do que o tecnológico.

A experiência internacional no atendimento de emergência tem revelado a necessidade de tecnologias mais atuais estarem disponíveis, e “a importância de um sistema controlador para orientar o atendimento à emergência e às eventuais necessidades de transferências de pacientes entre unidades de saúde no Município de São Paulo já foi suficientemente salientada (FERREIRA, 1999).” Nos Estados Unidos, os Sistemas de regulação de Emergência Médica tiveram início em 1966, havendo um consenso acerca da necessidade de cooperação das três instâncias para sua efetivação. Pode-se também afirmar que existe um consenso sobre a necessidade de estabelecimento de uma agenda para o futuro visando incorporar inovações curriculares na formação dos futuros profissionais. Tende-se igualmente a privilegiar quaisquer intervenções de Instituições de atendimento de emergência – SUS, assistência suplementar e filantrópicas - para priorizar a identificação precoce e modificação de fatores de risco antes que os agravos e danos à saúde venham a ocorrer.

Atualmente, ações dirigidas para a necessidade de formação específica são esperadas, ambicionando-se uma formação continuada dirigida para as respectivas Unidades de acordo com suas características demográfico-epidemiológicas, em suma, enseja-se treinamento, desenvolvimento de protocolos, adaptação formal de condutas, etc... A criação de unidades reguladoras de encaminhamentos e vagas/leitos disponíveis tem sido implementada em São Paulo, com o envolvimento da assistência móvel pré-hospitalar e instâncias reguladoras, além de privilegiar-se a rede no lugar do “rumo espontâneo” adotado pelo nosso querido usuário pedestre enquanto fonte de encaminhamentos. Alguém já disse que, enquanto houver filas em emergências – ou estamos vivendo uma catástrofe urbana (furacão, tsunami, incêndio) ou simplesmente não estamos olhando para uma unidade emergencial. Mas, como lembram O'Dwyer&Pepe {O'Dwyer, 2008} o “grande acúmulo de doentes nos serviços de emergência ocorre tanto no setor público como no privado, tanto no Brasil como no

exterior, em países em desenvolvimento ou em grandes potências” pois muitos aspectos conspiram para a superlotação das unidades.{Lovalho, 2004 #29}

Sabe-se que as Emergências são muitas vezes utilizadas como ambulatórios improvisados{Gill, 1996a; Gill, 1996b}. Uma tradição nefasta dos pronto-atendimentos do antigo INPS/INAMPS precisa ser denunciada,- spa, papa-fila, atendimento *on demand*, tudo aquilo que resulta em oferta de medicalização no lugar de resolutividade. Em última análise trata-se da satisfação em “tirar este cara daqui”, limpar a fila, resolver a inquietação do balcão de recepção. Isto reforça uma imagem cruel e arcaica da emergência ambulatorizada a que muitos se acostumaram. Neste tipo de arranjo perverso predominam pseudo-consultas sem exame físico ou atendimentos em público onde uma anamnese seria impossível. Um estudo realizado por Garlet e colaboradores no Rio Grande do Sul {2009}, constatou que o trabalho da equipe “divide-se entre atendimento aos casos com potencial risco à vida, assistência aos pacientes na sala de observação e atenção aos usuários com demandas não urgentes. Assim, os profissionais sobrecarregam-se e os pacientes nem sempre têm suas necessidades atendidas adequadamente.” Qualquer estudo capaz de dimensionar ou medir o tempo gasto na avaliação de um paciente crítico na sala de recepção de uma urgência (consulta) nos surpreenderá muito pois será mais do que um inquérito- *survey*, uma pesquisa qualitativa, uma avaliação de qualidade de serviço ou um indicador de satisfação do usuário, em verdade, será quase uma peça jurídica a ser fornecida ao Ministério Público para erigir tribunais semelhantes àqueles de Nurnberg, Kosovo ou adjacências.

O balcão todo poderoso vem a ser o personagem principal de nossas emergências. Embora alguns autores como {CLAWSON, 1998} lembrem a importância de critérios que devem orientar a elaboração de um protocolo padrão para atendimento pré-hospitalar e {Dallari, 2001 #25} os enumere: criar um grupo administrativo e de advertência; treinar atendentes; estabelecer critérios para o desempenho dos profissionais da equipe; compor e treinar os profissionais para melhorar a qualidade do grupo; rever e priorizar o atendimento dos casos; treinar e avaliar os procedimentos dos atendentes; prover educação continuada aos atendentes”, ainda permanecemos concedendo aos funcionários destreinados e inábeis a faculdade de priorizar atendimentos ou mesmo recusá-los.

Um estudo não publicado de microetnografia dos balcões de recepção, demonstra uma plethora de recursos sociais reconstruídos no ambiente emergencial de modo espontâneo, desregulado e desregulamentado, onde o papel do guarda de segurança, do funcionário administrativo, dos trabalhadores de saúde e do corpo clínico na manutenção e disseminação de valores discricionários, vulgares, derivados do senso-comum e do preconceito no poder se mostra comumente aceita pelos atores envolvidos. Trata-se, com algum exagero, de uma cultura da violência praticada em ambiente de recepção de vítimas de violência. A própria diretriz da Reforma psiquiátrica antimanicomial e não-hospitalocentrada encontra-se em cheque quando se suspeita que os critérios para uma urgência não estão suficientemente pautados em respeito pelo sofrimento, equidade, integralidade e solidariedade. É muito provável que uma atitude asilar sobreviva quando se privilegia o atendimento de quem chega de ambulância ou “quebra tudo” em casa. Ainda se percebe com frequência excessiva que os critérios de internação estão ligados a certa percepção empírica da psicose, que tende a concebê-la como desrazão equivocada, violenta e passível de enquadramento policialesco quando não policial. Como se escutou certa vez no balcão de uma emergência: “quebrar televisão é loucura!”... Enunciado de caráter semiológico nativo tão espontâneo quanto condenatório, mas absolutamente incapaz de nos convencer de sua coerência pois provavelmente não quebrar a televisão é que vem a ser nossa mais reiterada forma de loucura.

4) proliferação de imagens do cuidar

Uma análise psicossociológica das práticas gerenciais em hospitais públicos através de narrativas de diretores de hospitais do RJ, Brasil, encontrou três regimes de enunciado que os autores denominam “modalidades de prática gerencial”: no primeiro encontramos uma visão de futuro que admite mudanças, no segundo destaca-se o privilégio de projetos muito específicos que tomam a cena e dominam a gestão, e no terceiro, identificado como hegemônico pelos pesquisadores, destaca-se o chamado “modelo da urgência”, que estaria marcado pela luta permanente em fazer funcionar o hospital, tendo como motor o imaginário da urgência. Parece importante assinalar que trata-se de uma metáfora construída exclusivamente a partir do modelo biomédico, mas que guarda relações com o panorama de guerra e conflito generalizado que motiva atitudes “de ação contínua” francamente imediatistas. Como é mencionado: “Sob o domínio absoluto da urgência, os hospitais foram se tornando espaços para manifestação de diversas formas de violência, de degradação, de desvalorização da vida, configurando então um quadro de mudanças para pior: os hospitais públicos tornaram-se palco de cenas dramáticas, expressando a dificuldade de atender e ser atendido. Essas condições, mais que nunca, vêm levando esses hospitais a ocuparem um pólo contra-identificatório, minimizando, então, as possibilidades de afiliação e os vínculos de pertencimento por parte de seus profissionais.”{Azevedo, 2007} O que não significa que exista um modelo efetivamente implicado na assistência às urgências, mas ao contrário, prevalece uma desorganização típica da idealização das urgências de *front*, de guerra e de conflito imprevisível. Possivelmente a categoria reconstruída neste discurso tenta tematizar a desorganização das emergências, alvo de denúncias, através da desorganização do corpo, buscando simplificar o problema gerencial através de sua naturalização.

Não somente no imaginário dos diretores-gestores encontramos o heroísmo piegas e vulgar daquele que luta para salvar vidas. O ideal de um médico sacerdote, funcionário da vida, tende a desaparecer da formação médica para permanecer ainda mais onipresente em sua representação. A imagem midiática do médico encontra-se profundamente ligada àquela do emergencista, que como foi dito, quase inexiste nos trópicos. O prestígio da cura, que não passa de um resultado caricato, absoluto e fictício se considerada através da normatividade de Canguilhem, deriva de proezas clínicas onde temporalidade e vida são sinônimos. Não caberia colocar em dúvida o caráter espetacular de uma ressuscitação cardio-pulmonar bem-sucedida, porém deve-se observar que as decisões clínicas são menos espetaculares e talvez mais relevantes a longo prazo. A própria etimologia nos adverte sobre o termo bíblico oferecido: “re-ssuscular”.

Os meios de comunicação constroem e reconstróem incessantemente uma certa imagem da medicina através do prestígio absoluto do emergencista no mundo anglo-saxão. O enredo de filmes, seriados de TV (sitcom&soap-operas) e até documentários organiza-se de maneira clássica com anticlímax, clímax e desfecho triunfal. Neste panorama de imagens do médico advinha-se a oposição de herói altruísta versus monstro egoísta, polaridade sempre moralmente condenável mas subterraneamente aceita através de silêncio ou chiste no desenlace da narrativa ficcional. Possivelmente encontramos face às visões de classes socialmente separadas em seus nichos assistenciais, portanto de experiências distintas que aparecem idealizadas em seus contrários, como foi descrito no romance medieval. Isto ocorre no panorama atual do SUS (já melhorou muito!) mas igualmente na sociedade norte-americana, dividida de direito e de fato entre os empregados-cobertos e os abandonados.

A imagem de uma assistência idealizada e heróica, capaz de socorrer a todos em momento de máxima vulnerabilidade, representa um acontecimento ético-político que precisa ser analisado em seus nexos comunicativos. Sua participação micropolítica não se reduz às noções esquemáticas de ideologia, manipulação midiática e nem mesmo da

“construção social” do emergencista. Neste sentido seria rico começar uma análise e discussão pela política da imagem (que naturalmente nos escapa aqui). Aceitar ou recusar os estereótipos anglo-saxões equivaleria inclusive a repetir uma discussão já esgotada pela experiência do cinema de autor, cinema novo e *nouvelle vague*, que ousaram desafiar a indústria cultural hollywoodiana contornando seus ícones. Esta experiência cinematográfica fracassou exatamente porque teve sucesso. Não se trata portanto de repeti-la mas de buscar novos contextos para novos desdobramentos. Neste caso, parece que a existência de um setor defasado e estratégico da assistência no SUS nos fornece campo sólido para iniciativas de mediação em comunicação e informação deliberadamente voltadas para a saúde coletiva. As ações assistenciais sempre podem ganhar um tratamento épico. A prática preventivista, ao contrário, afasta-se desta dramaturgia e tem dificuldade em vender-se através de personagens quaisquer. Percebe-se aliás uma nova ênfase na vitrine tecnológica que figura e reconfigura a imagem das emergências. Trata-se da crescente juridicização do ato médico e subsequente reorganização das responsabilidades adventícias. A retomada de temas médico-legais e bioéticos é representativa desta inflexão. Ao ator social, capturado em uma extensa rede de cooperações e compartilhamento de decisões, corresponde um personagem psicológico e interiorizado, que é necessariamente figurado como herói ou anti-herói. Encenam-se conflitos deontológicos com personagens icônicos – a forma assemelha-se a um estudo de caso. O laborioso e evasivo processo do cuidar aparece reduzido aos atos discretos ou proezas tecnológicas de um agente quase onisciente lutando contra seus demônios interiores. Toda ação é enquadrada pelos episódios críticos de emergência, mas há um desinteresse nada incomum pela experiência interior do paciente situado no cerne desta mesma situação crítica. A fenomenologia das urgências seria neste sentido um complemento precioso à narrativa televisiva habitual das Emergências. Pressuponho que nossa identidade caipira (sempre travestida de cosmopolitismo) forneça um ponto de vista privilegiado para a análise da construção das práticas emergencistas no país e no mundo em desenvolvimento.

O cinema narrativo extra-hollywoodiano, mais cuidadoso e autoral do que outros dispositivos midiáticos de consumo imediato, vem tentando muitas vezes encenar um processo de cuidados continuados e complexos, desde o Dr. Caligari e seu paciente cativo Cezare, passando pela psicanálise americana, pelo Dr. Edwards de Hitchcock e pelo cinema catástrofe ou de guerra. Feridas ou traumas tornaram-se campeões de roteiro e argumento. Contudo, muito daquilo que constitui a experiência clínica, repartida desigualmente entre aquele que cuida e o que é cuidado, escapa completamente do projeto de representação moderno. Acreditamos que a literatura permanece mais pródiga em narrativas de adoecimento assim como de situações emergenciais do que os filmes mais difundidos, que em contrapartida recorrem muito frequentemente à dramaticidade contemporânea do ambiente médico-cirúrgico das emergências. Cabe também perguntar se este tipo de hipótese, que privilegia formas de narrativa etnográfica, de interpretação densa e autoral, não provém do interesse contemporâneo por narrativas de doença praticado na pesquisa em medicina social e antropologia médica. Sabemos inclusive que a crise atual da etnografia clássica nos dirige para o privilégio da enunciação em detrimento dos enunciados. Já começamos a nos tornar mais sensíveis ao adoecimento dos personagens do Ulisses de James Joyce do que ao sofrimento dos heróis do Ulisses de Homero.

De outra perspectiva, bem no alto do Olimpo do prestígio universitário, muito gloriosos e bastante polêmicos, mais fotogênicos e sedutores do que a faxineira de plantão no cotidiano hospitalar,- Dr. Lacan e Dr. House triunfam no imaginário cult com sua paixão exorbitante pelos enigmas.

Referências

- AZEVEDO, C. S. et al. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2.410-2.420, 2007.
- CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. 11, n. 4, p. 640-652, 2008.
- DALLARI, S. G. et al. Atendimento médico de urgência na grande São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 2, p. 75-99, 2001.
- DERRIDA, J. *D'un ton apocalyptique adopté naguère en philosophie*. Paris: Galilée, 1983.
- DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.
- DESLANDES, S. F. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- DUFOURMANTELLE, A.; DERRIDA, J. *Da hospitalidade*. Anne Dufourmantelle convida Jaques Derrida a falar. São Paulo: Escuta, 2007.
- GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*, v. 18, n. 2, p. 266-72, 2009.
- GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Violence related injury in emergency departments in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 24, n. 6, p. 400-8, 2008.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- GILL, J. M.; RILEY, A. W. Nonurgent use of hospital emergency departments; urgency from patient's perspective. *J Fam Pract*, v. 42, n. 5, p. 491-496, 1996.
- GILL, J. M.; REESE, C. L. Disagreement among health care professionals about urgent care needs of emergency. *Ann Emerg Med*, v. 25, n. 5, p. 474-479, 1996.
- KOENIG, K. L. EMS systems and managed care integration. *Prehospital Emerg Care*, v. 2, n. 1, p. 67-9, 1998.
- LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *O mundo da saúde*, v. 28, n. 2, p. 160-171, 2004.
- MacCLEAN, T. A. et al. Objectives to direct the training of emergency medicine residents on off-service rotations psychiatry. *The Journal of Emergency Medicine*, v. 13, n. 4, p. 545-551, 1995.
- MARTINI, J. G. Mas, do que é mesmo que estamos falando quando abordamos a integralidade? *Rev Bras Enferm*, v. 61, n. 3, p. 285, 2008.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.411-6, 2004.
- MENDES, H. W. B. *Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao Serviço de Urgência/Emergência de um Hospital Universitário*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de atenção às urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- MULLIGAN, T. M. et al. Medical Student Interest in Emergency Medicine and Participation in a Student Organization in the Netherlands (Poster). *Annals of Emergency Medicine*, v. 51, n. 4, p. 504-505, 2008.
- MURRAY, M. L. et al. Pediatric emergency medicine fellowships: faculty and resident training profiles. *The Journal of Emergency Medicine*, v. 20, n. 10, p. 5, 2008.

NETO, F. C. B. et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 665-704.

O'DWYER, G. et al. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1.637-1.648, 2008.

POMPILI, M. et al. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine*, v. 12, n. 4, p. 169-178, 2005.

SAYD, J. D. A noção de integralidade como mote para transformação no setor saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 215-231, 2003.

SILVA, A. T. M. C. et al. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 4, p. 411-415, 2005.

Tensões delineadoras da integralidade na saúde suplementar

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR

THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO

THIAGO ENRICO MASSI WERNECK

VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA

CÁTIA MANTINI

O objetivo deste ensaio é contribuir para o debate sobre a integralidade na política de saúde no Brasil, refletindo sobre seus sentidos no âmbito da saúde suplementar. Não pretendemos esgotar o assunto, mas mapear questões importantes que observamos em nossos estudos sobre o setor e que merecem aprofundamento (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

A compreensão ampliada de integralidade nos permitiu avançar para além dos sentidos tradicionais apontados por Mattos (2001), projetando-a como uma imagem-objetivo na construção da política e das práticas de saúde, indissociável da equidade e da universalidade, associada fortemente, portanto, à noção de direito de cidadania (PINHEIRO, 2001, 2006; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004; PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004). Visamos, pois, a práticas sociais que permitam compreender as necessidades de saúde da população em seus contextos diversos, nas dimensões individual e coletiva. Compreensão esta que possa mediar os conhecimentos, as práticas e as tecnologias na oferta articulada de ações de saúde mais adequadas à solução das necessidades apontadas.

Portanto, integralidade, para nós, pressupõe diálogo entre os vários atores da sociedade brasileira na produção da saúde, sem esquecer a luta por diminuir a assimetria nas relações de poder estabelecidas entre esses atores. Por outro lado, observamos que a mesma Constituição que aponta a integralidade como diretriz do sistema público também abre a possibilidade, no seu artigo 199, de o segmento privado operar no setor de maneira suplementar, demandando a regulação do Estado devido à relevância pública atribuída à saúde (artigo 197). Entendemos que estamos falando de um sistema único que tem um segmento privado de caráter suplementar, regulado pelo interesse público e que tem como pressuposto a ideia de uma integralidade garantida por um contrato entre as partes. Dessa maneira, podemos dizer que esse contrato passou a ser um dos alvos principais da regulação do setor suplementar.

Olhando atentamente para este cenário, nos questionamos se na prática a contratualização entre partes dá conta de garantir o conceito de integralidade na amplitude em que o tema é discutido no Sistema Único de Saúde (SUS). Ou, considerando a negativa, quais seriam as forças tencionadoras dessa ampliação/redução da integralidade na saúde suplementar?

Ao nos debruçarmos sobre o campo de forças da política da saúde suplementar, podemos comentar indícios e limites do preceito da integralidade.

A integralidade na saúde suplementar

Imbuídos de algumas reflexões sobre a integralidade das ações de saúde e, sobretudo, como ela se materializa no setor público, podemos agora discutir alguns mecanismos de sua concretização na saúde suplementar.

Nesse âmbito, a integralidade é compreendida geralmente como um conjunto de ações e serviços que são garantidos por leis e normas de operação na oferta de produtos – os planos e seguros de assistência à saúde. Ao adquirir como um produto de mercado algo que é garantido na Constituição como direito universal, o usuário passa a ter direito a uma série de ações e serviços listados em contrato. Mas como é possível garantir que essa prestação de serviços seja balizada pelo princípio da integralidade? Ora, é neste contexto que os dispositivos legais e normativos, que apresentaremos sucintamente, contribuem, seja de forma indutiva ou coercitiva, para o estabelecimento de regras mínimas de operação às quais se sujeitam as empresas que desejam participar deste mercado como provedoras da assistência à saúde. Talvez seja esse o significado mais facilmente identificado e utilizado no setor privado para garantir uma suposta integralidade das ações de cuidado. Ou seja, a contratação de um plano ou seguro de saúde comporta o direito à assistência a um dado conjunto de doenças (referenciado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde – CID) sobre as quais se pode intervir por meio de um rol (definido) de procedimentos.

Mesmo antes da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Estado se fez presente na regulação ao intervir na questão assistencial. Houve intensa movimentação política no Congresso Nacional em 1997, a fim de garantir a cobertura de itens que favoreciam o cuidado integral. Por exemplo, ao citarmos a Lei nº 9.656/1998, entendida como marco inicial do processo de regulação pública do setor privado, temos algumas assertivas que apontam para a integralidade. Vejamos:

Art. 1º (3º parágrafo) - A assistência que alude o caput desse artigo compreende todas as ações necessárias a prevenção da doença e recuperação, à manutenção e reabilitação da saúde observados os termos da lei e o contrato firmado entre as partes.

Quando a mesma lei, no seu artigo 10, institui o denominado plano referência de comercialização obrigatória, percebemos uma contraposição veemente aos produtos existentes até aquele momento, procurando mais uma vez estabelecer uma cobertura assistencial tendendo à integralidade das ações, conforme podemos observar no trecho selecionado a seguir:

Art. 10º - [...] compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde [...]

Portanto, podemos perceber que os instrumentos legais deram formato ao que deveria ser oferecido como cobertura padrão ou referência – leia-se toda a CID. Torna-se importante recordar que havia na época a exclusão, legalmente permitida, de cobertura assistencial a determinados grupos de doenças ou de procedimentos nos contratos firmados, bem como o rompimento unilateral dos contratos – neste caso, por interesse das empresas quando os mesmos deixassem de ser “lucrativos”. Em resposta a essa inconsistência, a lei fixou, além do conjunto de doenças e agravos a serem tratados, o rol de procedimentos médicos e odontológicos de cobertura obrigatória pelas empresas.

Em seguida, ratificando a necessidade da regulação pública e ainda do acompanhamento das atividades do setor, foi criado o órgão responsável por regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no Brasil. A Lei nº 9.961/2000 instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar

(ANS) e determinou ainda suas competências, conforme nos mostram os trechos destacados adiante:

Art. 3º - A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País."

Compete à ANS, segundo o artigo 4º da mesma lei:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras [...];

Podemos considerar que está nestas leis o primeiro esboço de integralidade para a saúde privada. Esta primeira referência dá ideia de um contrato amplo (padrão) contemplando as doenças e agravos em saúde previstas na CID e ainda um rol de procedimentos e eventos. Neste momento o leitor questiona se estas prerrogativas fazem alusão ao conceito de integralidade norteador do SUS já discutidos na primeira parte deste texto? Entendemos que sim; entretanto, fomentamos a discussão a partir de algumas analogias, isto é, em que medida a integralidade tradicionalmente estudada e desenvolvida pelo setor público é contemplada ou representada no âmbito do privado. Parece-nos que o conceito de integralidade que buscamos ao longo de nossa luta, entendida como prática social, de fato é bastante amplo e que na legislação da saúde suplementar são dados limites, contornos, ao que entendemos até o momento como integralidade.

Vem sendo instituída uma política mais focada da regulação pública que tenciona a operação do setor nos rumos da integralidade, mas ainda verificamos limitações. Veremos adiante, neste texto, como se dão essas relações e os papéis que jogam os diferentes atores no campo suplementar, tencionando os limites da integralidade em diferentes sentidos, ora buscando ampliá-los, ora pretendendo reduzi-los. Deixaremos esse debate para o próximo momento do texto, já que ainda se fazem necessários alguns apontamentos sobre os limites jurídico-ideológicos da integralidade no âmbito suplementar.

O Conselho Nacional de Saúde Suplementar, órgão anterior à ANS e ligado diretamente à União, instituiu algumas resoluções, destacadas a seguir, e que em nossa visão contribuíram para definir algumas regras de operação a serem seguidas pelas empresas no sentido de ampliar a integralidade das ações.

A Resolução CONSU nº. 08/1998 dispõe sobre os mecanismos de regulação nos planos e seguros privados de assistência. Isso diz respeito à microrregulação, ou seja, a uma regulação praticada pelas próprias operadoras através de mecanismos legalmente permitidos e que concedem às empresas a utilização de dispositivos para ordenação do acesso e da utilização de serviços pelos usuários. Sem criar impedimentos ou barreiras de acesso, as empresas podem, por exemplo, instituir coparticipação e franquias, ou ainda determinar o acesso através de médicos generalistas, como fatores de inibição do uso indiscriminado dos serviços. Em suma, é permitido às empresas utilizarem mecanismos que sensibilizem o usuário para um uso mais racional e ordenado dos recursos disponíveis.

A Resolução CONSU nº 10/1998 estabeleceu o rol de procedimentos médico-hospitalares, entendido como a base de cobertura do plano referência. Vejamos o artigo 2º da referida Resolução:

Art. 2º A cobertura assistencial de que trata o plano ou seguro-referência, estabelecido pela Lei n.º 9656/98, compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, os atendimentos de urgência e emergência, representando o somatório das segmentações e as exceções definidas no art. 10 da referida Lei.

A Resolução CONSU nº. 11/1998 complementa, ao dispor sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID, sendo importantíssimo considerar que este grupo de transtornos era usualmente excluído nos contratos anteriores à regulação.

Cabe ressaltar que o rol de procedimentos sofre revisões periódicas, e a competência para tais revisões é legalmente atribuída à ANS. Observamos a primeira revisão já quando da criação da ANS em 2000 (RDC nº. 41, de 2000); a seguinte é datada de 2001 (RDC nº. 67, de 2001); em 2004 (RDC nº. 82, de 2001); sendo a última em vigor instituída em 2008 (RN 167, de 2007). Neste ano de 2009 foi constituído novo grupo de trabalho para revisão do rol, cuja implantação está prevista para abril de 2010.

As diretrizes básicas das últimas revisões aprimoram a ideia de garantir o conjunto das ações de promoção e prevenção em saúde, uma grande inovação no setor suplementar brasileiro. Consideramos esta e outras mudanças evoluções importantes, por exemplo: seguir a lógica de cobertura e não de pagamento; incluir as ações de todos os profissionais envolvidos no cuidado à saúde, e não apenas de médicos e dentistas (como nos primeiros textos regulatórios); analisar demandas existentes; corrigir erros e distorções; incorporação crítica de novas tecnologias; diretrizes de utilização de determinados procedimentos, com normatizações específicas e ainda uma extensa avaliação do impacto financeiro dessas inclusões. Vale lembrar também que os últimos grupos de trabalho contaram com a representação de todos os atores envolvidos na regulação, empresas operadoras de planos de saúde, profissionais de saúde e usuários.

Não é intenção deste ensaio sistematizar minuciosamente todas as revisões do rol ou a evolução detalhada dos mecanismos legais de regulação do setor, mas referendá-las num exercício de compreensão da integralidade na saúde suplementar, mostrando que há um movimento permanente de reformulação e ampliação dos direitos de cobertura dos usuários de planos privados de saúde. O papel exercido pela Agência tem sido, sobretudo nas últimas gestões, o de fazer avançar a perspectiva de construção da integralidade do cuidado, trabalhando a ideia de modelo tecnoassistencial mais adequado e de produção da saúde e não meramente a oferta de procedimentos técnico-profissionais, o que trouxe para o setor avanços importantes (SILVA JUNIOR, 2008).

Esse esforço da política de regulação atual é materializado em recentes resoluções da Agência, o qual tem caráter indutivo e de fomento às empresas, para que desenvolvam ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, e também da ratificação e avanço na questão da assistência aos transtornos mentais.

O campo de forças na saúde suplementar

Até o presente momento, vimos que a imagem de integralidade da assistência na saúde suplementar tem sido delineada pela ação do Poder Legislativo e da regulação do Estado por meio da criação da ANS e de suas normatizações. Por outro lado, é interessante apresentarmos alguns atores que exercem pressão considerável para a ampliação ou redução da oferta de cobertura. Ilustramos a atuação das principais forças na figura 1.

Iniciaremos nossos comentários pelo Poder Legislativo, que por excelência amplia ou restringe o acesso à integralidade, dependendo dos debates que ocorrem neste foro. Apresenta papel relevante desde as considerações postas em lei, que incluem coberturas e procedimentos outrora excluídos pelos planos. Por outro lado, no momento em que o Legislativo afirma a importância do acordo comercial entre as partes (contrato), pode-se entender que a integralidade está sendo limitada, para que, por exemplo, ocorra uma previsibilidade dos custos e/ou prêmios ressarcidos ao usuário do plano.

É interessante destacar que esse efeito “sanfona” também ocorre nos processos de regulação do Estado no momento em que induzem mudanças na operação do setor por meio das normas do órgão regulador. No momento, a Agência prioriza a implementação de programas de promoção e prevenção. Está em curso também uma avaliação sobre a qualidade da assistência prestada, no sentido de produção da saúde, em que há preocupação com o impacto epidemiológico das ações de saúde produzidas pelas operadoras, em termos de diminuição de determinados índices e agravos (BRASIL/ANS, 2009).

Em contrapartida, também pode haver indução no sentido de reduzir a oferta da integralidade. O órgão regulador, em seu colegiado, possui diferentes representações ideológicas e partidárias, e esse campo de forças pode de maneira conjuntural permitir a involução de conquistas.

As empresas que contratam planos de saúde para seus empregados desempenham papel importante no setor, considerando que aproximadamente 70% dos planos de saúde comercializados são planos coletivos de empresas. Essas companhias exercem pressão sobre as operadoras, com a finalidade de garantir nos contratos a fixação de itens negociados com empregados no campo das relações capital-trabalho, via de regra, instituindo pactos que são os acordos coletivos de trabalho anualmente revistos. Ou seja, em troca de determinados benefícios, os trabalhadores também fazem pactos de trabalho e, em alguns casos, esse pacto é repassado para uma operadora de mercado que será a executora do acordo. No caso das seguradoras e medicinas de grupo, opera-se com a necessidade de margens de lucro, o que torna a “sinistralidade” um componente estratégico para estudar e negociar os valores financeiros deste pacto.

Na verdade, o que ocorre é uma negociação entre empregados e empresa e entre empresa e operadora (quando não é ela mesma que opera o benefício saúde), no sentido de discutir esses itens, adequar-se às lei e como gerir e regular todo o processo internamente. Dessa maneira, torna-se claro que nas empresas onde há maior incidência de adoecimento de pessoas o “custo da saúde” se eleva; então há uma negociação entre essas partes, com o intuito de reduzir a “sinistralidade”, a fim de viabilizar o pacto desejado. Não podemos negar que existe uma tensão nessa negociação. Dependendo da conjuntura local, importantes investimentos na produção de saúde podem ser realizados. Para exemplificar, podemos citar casos de empresas que montam programas de promoção e prevenção próprios, por vezes nos locais de trabalho, com vistas a baratear a contratação de planos de saúde ou minimizar seus custos assistenciais diretos.

As operadoras são outros atores importantes na oferta de seus produtos e na regulação permitida do acesso à integralidade (por meio de mecanismos de microrregulação). Isso se tornou evidente a partir de estudos de atenção de algumas doenças mais graves, em que observamos um processo de autorizações de procedimentos especiais ou de eventos que envolvam alto custo. Estes mecanismos podem se tornar meios de dificultar acesso ao cuidado (FRANCO et al., 2007; CECILIO et al., 2005a, 2005b).

Sob outra ótica, chamamos de “pressões especulativas” as forças representadas pelos meios de comunicação e da chamada “inovação tecnológica”, que por vezes estão

associadas à ideia de “consumo de tecnologias da saúde”, agindo no aumento da pressão por cobertura desses novos itens. Pressões deste tipo criam uma perigosa tensão para ampliar os limites da integralidade, porque são muitas vezes baseadas na especulação tecnológico-comercial do complexo médico-industrial, ávido por lançar novos produtos para elevar sua lucratividade, sem necessariamente trazer impactos positivos sobre a saúde das pessoas.

Os meios de comunicação têm papel importante na informação da população sobre essas tecnologias; contudo, também há certa manipulação das informações por interesses comerciais, incentivando o consumo acrítico dessas tecnologias, a medicalização dos problemas, beirando inclusive a iatrogenia. Observa-se que essa atuação pode ter repercussão instantânea sobre a população, que passa a pleitear tais “produtos” sem tomar conhecimento de avaliação mais aprofundada. Na mesma esteira, identificamos as estratégias de marketing das empresas do complexo médico-industrial que assediam com propaganda os profissionais de saúde. Esses profissionais, como prescritores que são, desempenham papel fundamental na adoção e difusão das tecnologias de saúde. Muitas vezes adotam condutas estimuladas pela indústria sem a devida crítica de sua real utilidade ou conveniência. Recentes escândalos divulgados na mídia expõem relações comerciais perigosas entre alguns profissionais e a indústria na prescrição de novos medicamentos (VEJA, 2008; CARVALHO et al., 2007).

Os principais obstáculos para a adoção de novas tecnologias em saúde são os custos econômicos para esta absorção. Esses custos se inserem numa escala às vezes tão grande que se tornam proibitivos. Concretamente, os custos com adoção de tecnologias impactam o orçamento do Estado e das operadoras. Mesmo as autogestões que não têm fins lucrativos e buscam oferecer benefícios ampliados a seus usuários reagem ao aumento de custos. Surgem movimentos de operadoras para impedir ampliação do rol de procedimentos e o retorno de planos de saúde mais segmentados. Por outro lado, a organização de grupos de pressão de usuários vem crescendo, ocupando espaços em conselhos decisórios e na grande imprensa, defendendo a manutenção e/ou ampliação de direitos.

Essa disputa acirrada deságua, em escala crescente, no Poder Judiciário, mediada pelos Órgãos de Defesa do Consumidor e pelo Ministério Público. Operadoras de saúde e o próprio Estado têm sido compelidos a garantir a cobertura de procedimentos, internações e outros, independentemente da evidência contratual do direito do usuário. E embora parte considerável dessa demanda ao Judiciário seja oriunda de usuários com contratos anteriores a janeiro de 1999, ou seja, não submetidos à regulação da ANS, vem crescendo o número de processos para garantir o acesso às “inovações tecnológicas” (FRANÇA; PINHEIRO; ASENSI, 2007; ASENSI; FRANÇA; PINHEIRO, 2007).

Devemos considerar que muitas dessas demandas são justas e pertinentes, mas não podemos nos esquecer de que parte considerável é fruto de especulações tecnológico-comerciais produzidas pelo conluio de alguns profissionais com algumas empresas do complexo médico-industrial. A complexidade dessa questão se torna um desafio às decisões do Judiciário, que não possui ainda suporte técnico adequado para diferenciar a legitimidade das demandas.

Todos esses atores em disputa ou aliança conformam o que Lenir Santos (2006) chama de “integralidade regulada”, que entendemos no sentido de conciliar demandas com as possibilidades orçamentárias disponíveis.

Possíveis caminhos

Considerando este mapeamento sumário das forças que atuam no setor, observamos a complexidade na construção das políticas setoriais. As conquistas obtidas pela legislação e por uma regulação forte e indutiva de práticas de integralidade precisam ser sustentadas por mobilizações mais amplas da sociedade que garantam sua direcionalidade.

Numa primeira aproximação, alguns aspectos merecem destaque, por consideramos estratégicas a preservação e a expansão da luta pela integralidade: primeiro, o grau de transparência em que as decisões da política setorial são tomadas. Sem negar o esforço da ANS em dotar-se de mecanismos de visibilidade, parece-nos ainda incipiente a circulação de informações sobre o setor e suas questões, o que dificulta a participação dos grupos que representam usuários, tornando-os presas fáceis de manipulações por grupos de interesse que usam melhor os meios de comunicação de massa. Segundo, a necessidade urgente da criação de instâncias técnicas que possam conjugar esforços de avaliação tecnológica e até consubstanciar as decisões do Poder Judiciário no campo da saúde. Terceiro, o aperfeiçoamento do processo avaliativo promovido pela ANS, no sentido de conferir as mudanças induzidas no modelo assistencial e produzir mais informações que possam regular a qualidade do cuidado oferecido (SILVA JUNIOR et al., 2008). E por fim, a necessidade de promover maior articulação entre as políticas do setor público e do suplementar, visando à sinergia nos impactos sobre os problemas da população.

Como afirmamos no início, estes podem ser novos pontos de partida para novos debates, estudos e ações concretas que alarguem a integralidade para além dos limites de hoje.

Referências

ASENSI, F. D.; FRANÇA, A. M.; PINHEIRO, R. Ministério Público e Poder Judiciário: limites e possibilidades para assegurar “demandas coletivas” no campo da Saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 153-167.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Resolução - RDC nº 82, de 16 de agosto De 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=117&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Resolução NORMATIVA - RN nº 82, de 29 de setembro de 2004. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=616&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Resolução Normativa - RN nº 167, de 9 de janeiro de 2007. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Resolução-RDC Nº 41, de 14 de dezembro de 2000. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=155&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Resolução-RDC Nº 67, de 7 de maio de 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=130&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=584&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Lei nº 9.656, de 24 de agosto de 1998. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Resolução CONSU n.º 08, D.O.U., n. 211, 04 nov. 1998. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=86&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Resolução CONSU n.º 10, D.O.U., n. 211, 04 nov. 1998. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=82&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

_____. Resolução CONSU n.º 11, D.O.U., n. 211, 04 nov. 1998. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=80&id_original=0. Acesso em: 03 out. 2009.

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

CARVALHO, M. et al. Aspectos do direito à saúde na Saúde Suplementar a partir das relações entre campo jurídico e campo jornalístico. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 111-130.

CECÍLIO, L.C.O. et al. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro, 2005a.p. 63-74.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro, 2005b.p. 75-140

FRANÇA, A. M.; PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Saúde Suplementar: integralidade, contrato e mercantilização do direito à saúde In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 131-151.

FRANCO, T. B. et al. As linhas do cuidado como analisadoras da integralidade na Saúde Suplementar. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 65-89.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 - *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão. Brasília: OMS, 1993.

PINHEIRO R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de Estudo e Construção da Integralidade. : PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 67-114.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Integralidade e saúde suplementar: uma experiência de pesquisa interdisciplinar e colaborativa. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/ 2008 – Brasília: OPAS, 2009 (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 14).*

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A; SILVA JUNIOR. A. G. Integralidade na atenção à saúde das populações. In: MARINS, J. et al. (Orgs). *Educação médica em transformação*. São Paulo: Hucitec, 2004.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 21-36.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 159 -166.

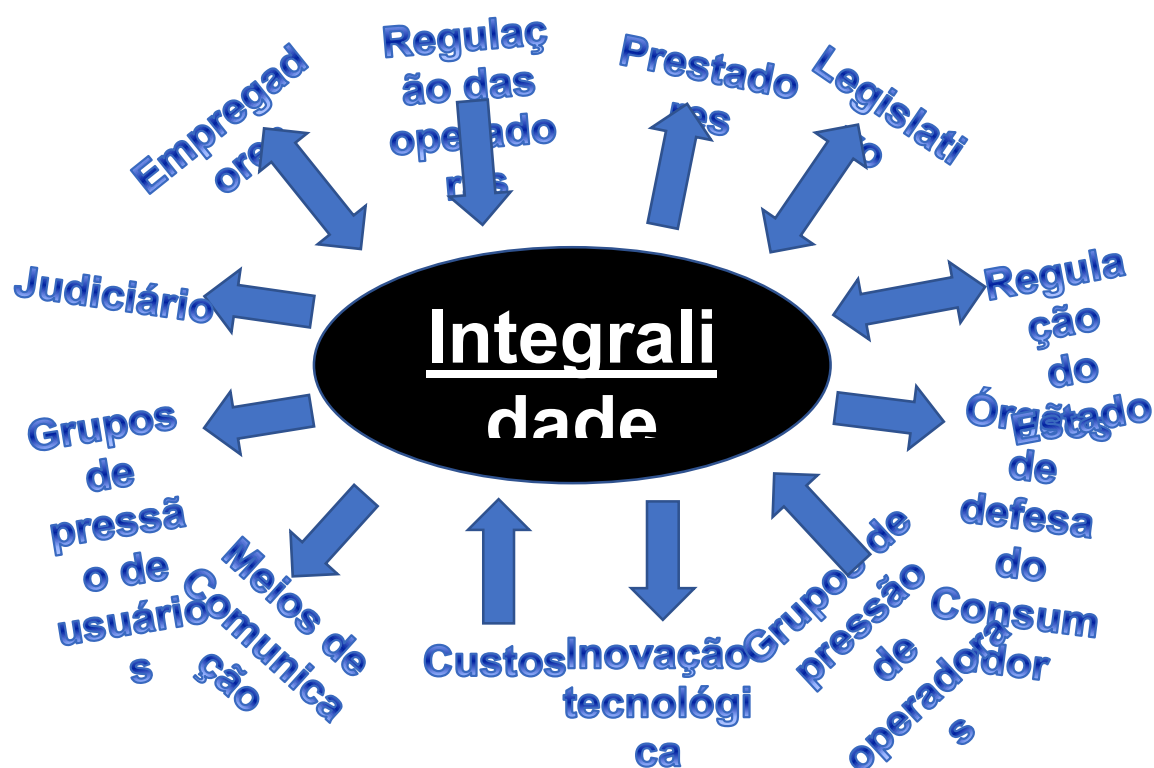
REVISTA VEJA. Remédios:sustos difíceis de engolir. São Paulo, Editora Abril, 5 nov. 2008.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. *Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS*, Brasília, ano II, n. 19, set.-out., p. 46-47, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G. Promoção à saúde e mudanças na prática da saúde suplementar. In: BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro. ANS, 2008. p. 71-76.

SILVA JUNIOR, A. G. et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. , v. 13, p. 1127-1132, 2008.

Figura 1 – Tensões delineadoras da integralidade na saúde suplementar



SOBRE OS AUTORES

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR - médico sanitário; doutor em Saúde Pública; professor associado II no ISC-UFF; coordenador do GEGES – PROPP/UFF (CNPq); Pesquisador associado ao LAPPIS. Endereço eletrônico: agsilvaj@gmail.com.

ANA LUCIA C. HECKERT - professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Endereço eletrônico: anaheckert@uol.com.br

CARLOS DIMAS MARTINS RIBEIRO - médico; doutor em Saúde Pública; professor do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFF) e do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (ENSP/FIOCRUZ-UFRJ-UFF-UERJ). Endereço eletrônico: dimasribeiro@cremerj.org.br

CARLOS ESTELLITA-LINS - ICICT-FIOCRUZ. **Endereço eletrônico:**

CÁTIA MANTINI – odontóloga; especialista em regulação da ANS; mestranda em Saúde Coletiva no ISC-UFF; membro dos grupos GEGES–PROPP/UFF (CNPq). Endereço eletrônico: catia.mantini@ans.gov.br.

CLAUDIA ABBÊS BAÊTA NEVES – psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP; professora do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Subjetividade e do Departamento de Psicologia da UFF. Endereço eletrônico: abbes@luma.ind.br

DÁRIO FREDERICO PASCHE - enfermeiro, sanitário, doutor em Saúde Coletiva/DMPS/UNICAMP; professor do DE/UFSC; coordenador da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde. Endereço eletrônico: dario.pasche@saude.gov.br

EDUARDO MENDES RIBEIRO – psicanalista, doutor em Antropologia Social (UFRGS), consultor do Ministério da Saúde, coordenador da Política Nacional de Humanização na Região Sul, diretor do Instituto APPOA – Clínica, Intervenção e Pesquisa em Psicanálise. Endereço eletrônico: eduardomribeiro@uol.com.br

ELYSÂNGELA DITZ DUARTE – enfermeira, doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Endereço eletrônico: ditzduarte@ig.com.br

ERIKA DA SILVA DITZ – terapeuta ocupacional do Hospital Sofia Feldman, doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, integrante da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman. Endereço eletrônico: erikaditz@hotmail.com.

FELIPE DE OLIVEIRA LOPES CAVALCANTI - médico residente em Medicina Preventiva e Social pela UFF e mestre em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: felipeolcav@yahoo.com.br.

FELIPE DUTRA ASENSI - cientista social formado (UERJ); advogado (UFF); pesquisador do LAPPIS/IMS-UERJ, da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FGV-RJ) e da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/RJ); mestre e doutorando em Sociologia (IUPERJ). Endereço eletrônico: felipedml@yahoo.com.br

FRANCINI LUBE GUIZARDI - psicóloga, doutora em Saúde Coletiva (IMS-UERJ) e assistente de pesquisa do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde

da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Endereço eletrônico: flguizardi@hotmail.com.

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR. – médico, doutor em Saúde Coletiva (IMS-UERJ); professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde (IMS-UERJ). Endereço eletrônico: kenneth@uerj.br

ISABEL BRASIL PEREIRA – doutora em História e em Filosofia da Educação; professora-pesquisadora, diretora da EPSJV/Fiocruz; professora FEBF/UERJ. Endereço eletrônico: ibrasil@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:**

LAURA GONÇALVES - psicóloga, consultora da Política Nacional de Humanização e doutoranda pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Endereço eletrônico: lauralmg@terra.com.br

LÉLIA MARIA MADEIRA – enfermeira, doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, coordenadora da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman. Endereço eletrônico: lelia.bhe@terra.com.br

LILIAN KOIFMAN - pedagoga; mestre e doutora em Saúde Pública; professora do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; coordenadora do LUPA-Saúde; professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFF); pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: lilian@vm.uff.br

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS - professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Endereço eletrônico: betebarros@uol.com.br

MONICA MARIA RAPAHIEL DA ROZA - psicóloga, doutora em História das Ciências pela FIOCRUZ/RJ, professora de Psicologia da UFF/Departamento Interdisciplinar de Rio da Ostras; consultora do Ministério da Saúde (PNH). Endereço eletrônico: monica.roza@gmail.com

SERAFIM SANTOS FILHO - médico sanitaria, mestre em Saúde Pública e Epidemiologia pela UFMG; professor da PUC-MG e pesquisador do Grupo de Pesquisa em Gestão do Trabalho e Formação em Saúde/Nescon/UFMG; consultor do Ministério da Saúde (PNH). Endereço eletrônico: serafimsantos@terra.com.br

ROSENI PINHEIRO –

RUBEN ARAUJO DE MATTOS -

TATIANA COELHO LOPES – fisioterapeuta do Hospital Sofia Feldman; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; integrante da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman. Endereço eletrônico: tatianacoelho@yanoo.com.br

THIAGO ENRICO MASSI WERNECK – médico; mestrando em Saúde Coletiva no ISC-UFF; membro dos grupos GEGES-PROPP/UFF (CNPq) e LAPPIS/UERJ. Endereço eletrônico: thiagoenrico@yahoo.com.br.

THIAGO INOCÊNCIO CONSTANCIO – médico; residente do Programa de Medicina Preventiva e Social no ISC/HUAP/UFF; membro do GEGES–PROPP/UFF (CNPq) e LAPPIS/UERJ. Endereço eletrônico: tconstancio@gmail.com

VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA – publicitária; especialista em Gestão de Autogestões em Saúde; mestranda em Saúde Coletiva no ISC-UFF; membro dos grupos GEGES–PROPP/UFF (CNPq) e LAPPIS/UERJ. Endereço eletrônico: valeria.marinho@yahoo.com.br.

VERA CRISTINA AUGUSTA MARQUES BONAZZI – enfermeira obstétrica do Hospital Sofia Feldman; enfermeira responsável técnica pelo Serviço de Enfermagem do Hospital Sofia Feldman; coordenadora da Linha de Apoio ao Trabalhador do Hospital Sofia Feldman. Endereço eletrônico: veracam@globo.com

VERÔNICA SILVA FERNANDEZ - nutricionista; mestre em Saúde Pública; professora do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; membro do LUPA-Saúde. Endereço eletrônico: verosfy@yahoo.com.br