Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

Governo Federal

Ministro da Saúde
Humberto Sérgio Costa Lima

Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Maria Luiza Jaeger

Chefe de Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Ricardo Burg Ceccim

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente
Paulo Marchiori Buss

Vice-presidência de Ensino e Recursos Humanos
Tânia Celeste Matos Nunes

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Antonio Ivo de Carvalho

Coordenadora do Programa de Educação a Distância - ENSPSA
Lúcia Maria Dupret

Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

Coordenação Nacional
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Lúcia Maria Dupret
Ricardo Burg Ceccim

Equipe Técnica-Pedagógica
Cleide Figueiredo Leitão
Guido Antonio Espírito Santo Palmeira
Lúcia Maria Dupret
Henriette dos Santos
Marisa Teixeira
Valéria da Silva Fonseca

Secretaria Executiva
Karla Travaglia

Apoio Administrativo
Andréia Maciel
Ingrid Merscher
Sherman Santos
Sueli Neves
Vilma Brito

Autores

Orientações para o curso

Cleide Figueiredo Leitão
Guido Antonio Espírito Santo Palmeira
Lúcia Maria Dupret
Henriette dos Santos
Marisa Teixeira
Valéria da Silva Fonseca

Unidade de Aprendizagem Integradora

Cláudia Maria da Silva Marques
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Ricardo Burg Ceccim

Unidade de Aprendizagem: Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde

Carlos Maurício Guimarães Barreto
Débora Cristina Bertussi
Dulce Helena Chiaverini
Gustavo Figueiredo
José Inácio Jardim Mota
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Murilo Wanzeller
Ricardo Burg Ceccim
Roseana Meira
Rossana Staevie Baduy

Unidade de Aprendizagem: Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde

Aluísio Gomes da Silva Junior
Cláudia Maria da Silva Marques
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Maria Cristina Botelho de Figueiredo
Ricardo Burg Ceccim
Silvana Martins Mishima

Colaboradores

José Ivo Pedrosa
Júlio Alberto Wong Un
Liane Beatriz Righi
Lúcia Inês Schaedler
Maristela Cardoso Caridade

Unidade de Aprendizagem: Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde

Angela Capozollo
Cinira Magali Fortuna
Henriette dos Santos
Júlio Wong Un
Silvia Matumoto
Sueli Rezende Cunha
Túlio Batista Franco

Validadores[1]

Adailton Isnal
Adalgisa Borges de Carvalho Assis
Aderli Goes Tavares
Adivete Santos Figueiredo
Adriana Cristina Franco
Adriana de Castro Rodrigues Krum
Adriana Katia Corrêa
Adriana Nunes Chaves
Adriene Jacinto Pereira
Aida Celeste de Brito
Alberto Novaes Ramos Júnior
Alessandra Moreno Maestrelli
Aline Santos Monteiro
Alóide Ladeia Guimarães
Amarílis Pereira Amaral
Ana Cristina Sales de Messias
Ana Cristina Couto Amorim
Ana Maria Martins Moser
Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira
Ana Tania Lopes Sampaio
Anadja Maria dos Santos Rios
André Luiz da Silva
Andréa Cristina de Farias Mello
Andréa Leão e Silva
Ângela Rocha de Lamare Leite
Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
Antonio Carlos Sansevero Martins
Ari Vieira Lemos Júnior
Arminda Rezende de Pádua
Auriman Cavalcante Rodrigues
Aurora Del Carmem Rosell Soria
Bárbara Maria Soares Pereira Wanderley
Beatriz Galvão de Carvalho
Berenice das D. Gonçalves
Betina Black Dalarmelino
Brenda Mercedes Justiz González
Camila Rosália Antunes
Carla Moura Cazelli
Carlos Antônio Leal
Carlos Augusto Fernandes Bêta
Carlos Henrique Ferreira
Carlos Pilz
Carlúcia Maria Rodrigues e Lima
Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Cecília Maria Carvalho Soares Oliveira
Cecília Maria Cruz da Silva
Cinira Magali Fortuna
Clarice Fonseca Mandarino
Claudete Ayane Omotto
Claudete schroeder Lopes
Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto
Claudio Alencar do Rego Barros
Creuza Maria Brito Queiroz
Cristina Amélia Luzio
Cristina Campos dos Santos
Cristina Setenta Andrade
Danilo Figueira Gonçalves
Dânya Fonseca Marcondes
Dario Francisco Olivet Salles
Débora de Sales Pereira
Denise Barbosa de Castro Friedrich
Denise Bueno
Derly Silva Streit
Ediane Ragnini
Edimeia Ribeiro Alves Vieira
Edir Nei Teixeira Mandú
Edylene Maria dos Santos Pereira
Elaize Maria Gomes de Paula
Eliana Marilia Faria
Eliane Aparecida Sanches Tonolli
Eliane Moreira da Costa
Elio Andriolo
Elioenai Dornelles Alves
Elizabeth Barcellos Azoury
Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro
Elizabeth Mitiko Konno
Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro
Elisângela Lucas Teixeira
Elzimar Evangelista Peixoto Pinto
Érica Simone Barbosa Dantas
Ériko Marvão Monteiro Duarte
Etel Matielo
Eugênio Lúcio Vieira
Eunice Alves Gomes
Fabiana Patucci
Fabiano Marques Rosa
Fabio Luiz Storer
Fábio Tetuo Omono
Fernanda Cristina Castelo de Lima Martins
Fernanda de Oliveira Sarreta
Fernando Antonio da Silveira
Fernão Diego de Souza Lopes
Francimeiry Amorim da Silva
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Franklin Leandro Neto
Franscisca Nogueira da Silva
Gesilda Meira Lessa
Gilberto Souto Caramão
Gladys Amélia Vélez Benito
Gloria Maria Pinto Coelho
Graziela Damasceno de Araújo
Hedy Lamar Almeida Sanches
Helen Brüggemann Bunn Schimitt
Heliana Mara Souza Fonseca
Iara Maria Oliveira Torres
Inês Alcione Guimarães Tavares
Inez dos Santos Gonçalves
Iraildes Andrade Juliano
Isabella Murara Vieira
Ivaneide Medeiros Nelson
Ivani de Oliveira Penques
Ivône Gonçalves Nery
Jaqueline Aparecida Erig Omizzolo
Janete Elza Felisbino
Jaqueline Fernandes Pontes
João Roberto Bettoni Nogueira
Joeber Bernardo Soares de Souza
Jorge Adelson Marialva Batista Júnior
Jorge Luís de Souza Riscado
José Carlos Silva
José Carlos Moraes
José Eduardo Moreira Amorim
Judite Hennemann Bertoncini
Juliemy Aparecida de Camargo Scuoteguazza
Kátia Ferreira Costa Campos
Kátia Maria da Silva Lima
Katiane Geria Melo Lima
Kellem Raquel Brandão de Oliveira
Kelly Christina Gomes de Araújo
Laureni Dantas de França
Leci Denise Brinker Siqueira
Leonora Catharina Martins Pinto Rodrigo
Liana Maria Costa Gomes Lima
Lídia Batista Colombani
Lilia Aparecida Kanan
Livia Cristina Benavente
Loíde Clementina da Cunha
Lorene Louise Silva Pinto
Lucélia Borges de Abreu Ferreira
Lúcia Marques Cleto Duarte Iusim
Lucilane Maria Sales da Silva
Luiz Carlos Castello Branco Rena
Luiz Evaristo Ricci Volpato
Luiz Marcos Ribeiro
Luzia Marlene Viveiros Machado
Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde
Manoel Martins Vieira
Mara Christina Martins Freire
Mara Lúcia Rocha Ramos
Marcelo Dala Bernardina Dalla
Márcia Maria Bragança Lopes
Margareth Lucia Paese Capra
Maria Alice Amorim Garcia
Maria Antonia Ramos Costa
Maria Aparecida Davi Monteiro
Maria Aparecida Moreira Martins
Maria Aparecida Rodrigues Cangussu
Maria Cândida de Pádua Bruce Souza
Maria Cristina de Moraes Coelho Caiuby
Maria Cristina Succar Tacla
Maria das Graças Alves Lima
Maria das Graças Silveira de Castro
Maria de Fátima Rodrigues dos Santos Godoi
Maria de Jesus Loredo Rocha
Maria de Lourdes Dutra
Maria do Carmo Moreira
Maria do Socorro de Araújo Dias
Maria do Socorro Leite Galvão
Maria Edinê Schmitt
Maria Elizabeth Araújo Ajalla
Maria Elizabeth da Silva Hernandes Corrêa
Maria Eny Coelho
Maria Fátima Maciel Araújo
Maria Francisca Santos Abritta Moro

[1] *Este material foi validado pelo conjunto dos tutores do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente.*

Maria Gilcia do Nascimento Dantas de Sá
Maria Gorete Ferreira da Silva
Maria Helena dos Santos
Maria Imaculada Ferreira da Fonseca
Maria Iracema Mariano de Amorim
Maria Izabel D'Eça Neves Caruso Macdonald
Maria Liracy Batista de Souza
Maria Lucélia da Hora Sales
Maria Lúcia Tozetto Vettorazzi
Maria Marta Nolasco Chaves
Maria Odete Feres Simão
Maria Paula Cerqueira Gomes
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Maria Rosa Logiodice Cardoso
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Maria Teresinha Pinheiro
Maria Zenilda Lira do Rego
Marilene de Souza Santos
Marileni Marta Nascimento Martins
Marilia Santos Fontoura
Marinêz Gonzalez
Marinila Calderado Munguba Macêdo
Marisa Leal Correia Melo
Maristela Ines Osawa Chagas
Maristela Rodrigues Marinho
Marisa de Fátima Pedrosi
Marlene Madalena Possan Foschiera
Marli dos Santos Matos
Marta Gama de Magalhães
Marta Pereira Coelho
Mayke Heidrich
Milton Menezes da Costa Neto
Mônica Aparecida da Cunha Pícolo
Mônica de Almeida Carrerio
Mônica Kramer de Noronha Andrade
Mônica Valadares Martins
Naderge Nazaré da Costa Moura
Nair Chase da Silva
Neila Falcone da Silva Bonfim
Nelson Ferreira Lima
Neuza Maria Garzim Faria
Neuzely de Oliveira Pereira
Newton Lessa Júnior
Nila da Conceição Cardoso
Nilce Emy Tomita
Norico Miyagui Misuta
Odenir Dias Teixeira
Odete Nazaré Vilhena de Macedo
Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha
Otília Simões Gonçalves
Paulo Klingelhoefer de Sá
Petrônio José de Lima Martelli
Raquel de Moraes Sampaio Araújo
Regina Célia Lima Cardoso Silva
Rejane Roesler Mocinho
Rita dos Reis e Souza
Rita Maria Callegari Basso
Robélia Dórea da Silva
Roberto Echer
Romeu Selistre Sobrinho
Rosa Veronese
Rosana Marcondes
Rosana Maria Paiva dos Anjos
Rosangela Elias
Rosangela Lima Penha
Rosani Pagani
Roseli Maria Cardoso Ribeiro
Roseli Regina Freire Marconato
Rosemery Andrade Lentez
Rosiane Araújo Ferreira Feliciano
Rosimara Werner Lemos Duarte
Rubia Passos Landi de Souza
Salete Mafioletti Kozelinski
Sandra Kennedy Viana
Sandra Lucio Minuncio
Sandra Marcia Soares Schmidt
Sandra Regina Brandão Guimarães
Sandro Schreiber de Oliveira
Sebastião Elias da Silveira
Sebastião Lázaro Ortiz
Sergio Murilo Conti de Souza
Sheila Elke Araújo Nunes
Sheila Saint-Clair da Silva Teodósio
Silvana Maria Gois Gomes
Silvia Matumoto
Silvia Renata Gomes Remígio Sousa
Silvio Yasui
Simone Carvalho Charbel
Sirlei Fávero Cetolin
Sofia Campos dos Santos
Solane Maria Costa
Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Sonia Maria Olhas Gouvea
Soraya Maria de Medeiros
Sueli de Carvalho Vilela
Sueli Soldati Abranches
Suely do Nascimento Silva
Suzete Marchetto Claus
Tânia Macêdo Costa
Tânia Mara da Silva Bellato
Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Telma Semirames de Castro Mendes
Teresa de Jesus Martins
Tereza Kazue Saito Hayasida
Terezinha Eduardes Klafke
Valéria Calil Abrão Salomão
Valter Adriano Paulino de Campos
Vanderlúcia da Silva Pontes
Vanessa Rosar Mattos Dias
Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
Vera Lucia de Barros
Vera Lúcia Gonçalves Pacheco
Vera Lúcia Quinhones Guidolin
Vera Regina do Carmo Mendonça
Vilma Teresinha Nadal Zardo
Virgínia de Freitas Costa Castilho
Virgínia Maria Costa de Oliveira
Virgínia Rodrigues Braga
Vitória Augusta Teles Netto Pires
Vitória Solange Coelho Ferreira
Wanêssa Lacerda Poton
Zélia da Rocha Albernaz
Zélia Maria de Matos Lopes

Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

Unidade de Aprendizagem

Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde

2005 Ministério da Saúde
Todos os direitos desta edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz

Tiragem 1ª edição – 7.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Programa de Educação a Distância – EAD/ENSPSA/ FIOCRUZ
Programa de Formação de Facilitadores de Educação Permanente
Av. Leopoldo Bulhões 1.420, sala 316 – Prédio Torres Homem
Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP 21041-210
Tel.: (21) 2598-2938 / 2598-2525
e-mail: secfacilitadores@ead.fiocruz.br
Home page: www.ead.fiocruz.br

Revisão Técnica Metodológica:
Cláudia Maria da Silva Marques
Cleide Figueiredo Leitão
Henriette dos Santos
Marisa Teixeira

Revisão Ortográfica:
Roberto Botelho Rondinini

Capa:
Alessandra Gérin de Castro

Ilustração:
Alessandra Gérin de Castro
Dino Vinícius Ferreira de Araújo

Editoração Eletrônica:
Abreu's System

Fotolitos, Impressão e Acabamento:
Artes Gráficas Edil Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

B823c Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.
Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro : Brasil.Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

160p.

ISBN 85-334-0929-X

1.Educação em saúde. 2.Educação à distância. 3.Aprendizagem. I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.1042

Sumário

Apresentação 13
Mapa Referencial da Unidade 15

Momento 1 – Um olhar para o processo saúde-doença-cuidado 17
Atividades 21
Avaliação 23
Espaço Aberto – ampliando os sentidos 25

Texto 1 – Saúde e doença: dois fenômenos da vida 27

Texto 2 – Saúde, normalidade e risco 37

Texto 3 – Fazer do amor uma cidade/Fazer o amor numa cidade: a presença do social e do cultural nos contextos e nas práticas da saúde 47

Anexo – Técnica de Estimativa Rápida 65

Momento 2 – Desenhos organizativos da atenção à saúde 69
Atividades 73
Avaliação 75

Texto 4 – Desenhos organizativos da atenção à saúde 77

Texto 5 – Integralidade como orientação da saúde 93

Texto 6 – Malha de cuidados ininterruptos à saúde 103

Momento 3 – Educação permanente em saúde como estratégia de gestão de coletivos 115
Atividades 119
Avaliação 121

Texto 7 – A educação permanente como estratégia de gestão de coletivos 123

Momento 4 – Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde 135
Atividades 139
Avaliação 141

Texto 8 – Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde 143

Apresentação

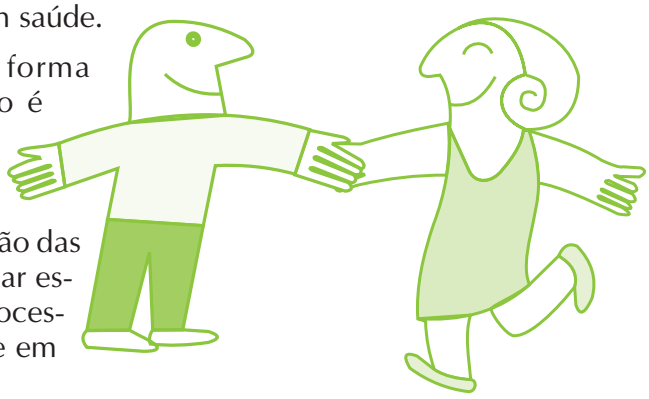
Bem-vindo!

Para desenvolver seu trabalho como facilitador de educação permanente em saúde é muito importante que você potencialize sua capacidade de reflexão crítica acerca do contexto locorregional onde se desenvolvem as práticas de saúde.

Como facilitador, é fundamental compreender a complementaridade entre os setores educação e saúde e, nesta unidade, vamos trabalhar na perspectiva de que, ao analisarmos qualquer problema a ser enfrentado pela educação permanente é necessário considerá-lo na sua totalidade, buscando uma compreensão ampliada das relações sociais e políticas que o envolvem.

Assim, vamos trabalhar com alguns conceitos que possibilitam a compreensão do projeto político de organização da gestão e da atenção à saúde, tomando a educação permanente como uma das ferramentas da gestão para a integralidade em saúde, analisando suas inter-relações. São eles:

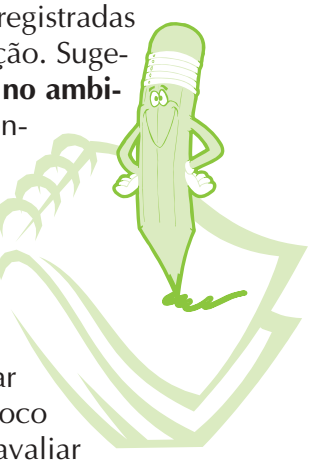
- Saúde e doença como fenômenos da vida;
- Organização do sistema de saúde no Brasil;
- Desenhos organizativos da atenção;
- Malha de cuidados ininterruptos à saúde;
- Educação permanente como estratégia de gestão;
- Informação em saúde, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde.



Não pretendemos explorar de forma exaustiva esses temas; nossa intenção é problematizar essas questões, na perspectiva de contribuir para que você amplie sua capacidade de compreensão e análise dos contextos de sustentação das práticas de saúde, bem como possa atuar estrategicamente na implementação de processos de educação permanente em saúde em sua locorregião.

A operacionalização desta unidade desdobra-se em quatro momentos, nos quais esses conceitos estão agrupados segundo suas especificidades. Cada um desses momentos descreve as experiências de aprendizagem – atividades – a serem desenvolvidas, buscando levá-lo a aproximações sucessivas aos objetos de estudo/trabalho.

As experiências de aprendizagem devem ser registradas para facilitar seus processos de síntese e auto-avaliação. Sugerimos que você utilize o **bloco de notas (disponível no ambiente virtual do curso)**, fazendo as anotações pertinentes ao seu estudo/trabalho, incluindo suas dúvidas, inquietações, percepções e avaliações de todo o processo.



Ao final de cada momento, seus registros referentes à avaliação deverão ser encaminhados ao seu tutor.

Ao final da Unidade, você também deverá enviar seu bloco de notas para seu tutor, porque tanto o bloco de notas quanto seus registros serão utilizados para avaliar seu aproveitamento nesta Unidade.

Mapa Referencial da Unidade

Momento 1 – Um olhar para o processo saúde – doença – cuidado

1) Explicações sobre saúde e doença como fenômenos da vida;
2) Determinantes do processo saúde-doença e a perspectiva das redes sociais;
3) O processo saúde-doença sob as perspectivas do risco e do cuidado.

Momento 2 – Desenhos organizativos da atenção à saúde

1) História da organização do sistema de saúde no Brasil;
2) Conformação dos desenhos organizativos da atenção à saúde;
3) Configurações em rede e a "costura" dos processos de mudança;
4) A organização das práticas de saúde na perspectiva da integralidade e dos cuidados progressivos à saúde.

Momento 3 – Educação Permanente como estratégia de gestão de coletivos

1) Conformação dos diferentes desenhos organizativos da gestão;
2) A democratização da gestão e a transformação das práticas;
3) A educação permanente e a ampliação da compreensão e produção de novos pactos para a organização dos processos de trabalho.

Momento 4 – Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde

1) A informação na produção da ação;
2) Elementos do planejamento de ações de educação permanente em saúde;
3) Indicadores e atributos de qualidade na avaliação.

Momento 1

Um olhar para o processo saúde-doença-cuidado

Momento 1

Um olhar para o processo saúde – doença – cuidado

Para iniciar a análise dos contextos de sustentação das práticas de saúde na sua locorregião, convidamos você a refletir sobre os sentidos da saúde–doença sob as perspectivas do risco e do cuidado. Como ponto de partida, evidenciamos quatro atores sociais intimamente implicados nesta questão: os usuários, os trabalhadores, os formadores e os gestores.

Atores sociais: organizações, pessoas e coletivos envolvidos de forma significativa com o problema

Em que medida as diferentes visões sobre o processo saúde–doença são percebidas e consideradas quando da definição das políticas de saúde e dos modos de organização da gestão e do cuidado?

Para nos aproximarmos dessa questão, faz-se necessário explorar a dimensão de processo da saúde e doença como fenômenos da vida, compreender suas complexidades e sua importância na conformação das práticas sociais em saúde e dos desenhos organizativos da atenção.

Atividades

1 – Reflita sobre as seguintes questões:

O que significa, para você, ter saúde? O que contribui para que as pessoas tenham saúde?

O que significa estar doente? O que faz com que as pessoas adoeçam?

Como os serviços/trabalhadores de saúde interferem no processo saúde-doença?

O que você acha que as pessoas que trabalham ou convivem com você pensam sobre essas questões?

2 – Escute e registre, no *bloco de notas*, as opiniões de pelo menos três trabalhadores (incluindo um gestor) que trabalhem com você e de três usuários dos serviços sobre as questões acima apresentadas.

3 – Sistematize a atividade 1 no *Quadro 1*, como segue:

A escolha do entrevistado é a ação mais importante para este tipo de levantamento. Leia sobre a "Técnica da Estimativa Rápida" (anexo) pois ela poderá ajudá-lo em futuros levantamentos.

QUADRO 1

O que é saúde?	O que é doença?	Elementos que afetam a saúde das pessoas

Texto 1 – Saúde e doença: dois fenômenos da vida.

Para pensar e sentir:

– Como a saúde e a doença se expressam como fenômenos da vida?

Texto 2 – Saúde, normalidade e risco.

Para pensar e sentir:

– Como você entende a idéia de que o risco impulsiona a vida?

Texto 3 – Fazer do amor uma cidade. Fazer amor numa cidade: a presença do social e do cultural nos contextos e nas práticas da saúde

Para pensar e sentir:

– Como você sente a presença do mundo social no cotidiano dos serviços de saúde? Como se estabelecem diálogos, danças, músicas compartilhadas entre eles?

Avaliação

- Compare e registre as opiniões levantadas sobre o processo saúde-doença com as abordagens encontradas nos textos, apontando semelhanças e diferenças nas diversas formas de compreendê-lo.

- Na sua opinião, qual a compreensão predominante de saúde-doença nas práticas de saúde no local em que você vive ou trabalha e na sua locorregião?

Espaço Aberto – ampliando os sentidos

Antes de iniciarmos nossas próximas atividades, gostaríamos de indicar um filme para você assistir junto com seus colegas e com as pessoas que você entrevistou (momento 1 – atividade 2).

Se você já viu este filme, veja de novo!

Depois, faça uma reflexão/discussão sobre a problemática apresentada no filme.

Filme: Ilha das Flores

(35 mm, 12 min, cor, 1989)
(janela 1.33, som óptico mono)

Direção: Jorge Furtado
Produção Executiva: Monica Schmiedt, Giba Assis Brasil e Nora Goulart
Roteiro: Jorge Furtado
Direção de Fotografia: Roberto Henkin e Sérgio Amon
Direção de Arte: Fiapo Barth
Música: Geraldo Flach
Direção de Produção: Nora Goulart
Montagem: Giba Assis Brasil
Assistente de Direção: Ana Luiza Azevedo

Uma Produção da Casa de Cinema PoA

Elenco Principal: Paulo José (Narração)
Ciça Reckziegel (Dona Anete)

(disponível no Pólo de Educação Permanente em Saúde da sua locorregião ou no site www.portacurtas.com.br)

Após ver o filme e discutir com seus colegas...

Pense:

Como você analisa o contexto de vida das pessoas apresentado no filme a partir dos conceitos trabalhados até este momento?

Texto 1

Saúde e doença: dois fenômenos da vida

Saúde e doença: dois fenômenos da vida

1. Resgatando a historicidade do processo saúde-doença

Na maioria das vezes, quando perguntamos sobre a saúde de alguém, escutamos como resposta que tudo está bem se a pessoa a quem nos referimos não ficou doente, não precisou tomar medicamentos e nem utilizou os serviços de saúde. Caso contrário, a resposta será que não anda bem.

Vira-e-mexe, temos definido saúde como oposto de doença, algo que somente percebemos quando sentimos a sua ausência. Por definirmos a saúde dessa maneira é que esquecemos que ela também significa nossa capacidade de enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda e entender o que está ocorrendo, como, ainda, os momentos da vida, nos quais somos capazes de pensar, sentir e assumir nossos atos e decisões.

Para a Organização Mundial de Saúde, essa noção traduziria "um estado de completo bem estar físico, mental e social", mas será que esse estado existe mesmo?

Às vezes, tudo parece tão bem e... de repente, acontece um imprevisto... um acidente, por exemplo. Outras vezes, o corpo está bem, mas as preocupações com os problemas do dia-a-dia são tão grandes e se mostram tão complicados que não nos sentimos bem. Vem o desânimo, a falta de coragem, a tristeza... Outras vezes, ainda, estamos nos sentindo tão dispostos e alegres que resolvemos, por um ato solidário, doar sangue e, no exame que é feito rotineiramente nesses casos, encontramos um resultado que nos revela uma doença de que nem suspeitávamos e temos de passar por mais exames, tomar remédio e assumir cuidados.

Algumas situações nos fazem sentir doentes, algumas vezes, logo identificamos qual foi a causa ou percebemos que alguma coisa agrediu nosso corpo. Outras vezes, algo não vai bem mas não nos sentimos doentes, aguardamos que passe, optamos por relaxar e pedir licença no trabalho, buscamos

conselhos na família. Também existem fatores que perturbam nosso estado de saúde sobre os quais não temos consciência e nem podemos identificar fatores causais. Quando não percebemos nenhuma alteração na nossa vida, como no caso da doação de sangue, ou quando não associamos preocupações com filhos, família, casa, comida e trabalho com nossos estados de saúde ou doença, limitamos nossa compreensão da saúde à presença ou não dos processos fisiopatológicos.

Você é capaz de pensar em situações vividas ou lembrar-se de pessoas em que essa compreensão se faz presente?

Nem sempre é fácil localizar as causas de determinados problemas de saúde. Às vezes, são tantas as causas, que fica difícil dizer quem é quem, como no caso da desnutrição das crianças que está relacionada a fatores que vão desde a política econômica vigente na sociedade, determinando a má distribuição de renda, emprego, escola e alimentação, até a desorientação da mãe em relação aos cuidados na amamentação e o acesso às ações de pediatria e puericultura.

Essas situações nos fazem pensar que existe uma definição a respeito de saúde e de doença dada pelas pessoas, outra que é dada pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde e outra, ainda, pelo modo como a sociedade identifica os indivíduos que são "fortes e saudáveis" e aqueles que, não possuindo tais características, são considerados "não saudáveis" ou que vivem em risco de adoecer e morrer.

Retome as perguntas que você formulou às pessoas como atividade inicial no Momento 1 (trabalhadores e usuários). Você encontrou muitas diferenças na maneira de compreender saúde e doença por esse conjunto de pessoas? Como você explicaria essas diferenças ou as semelhanças encontradas?

Para as pessoas, a idéia de doença e de saúde encontra-se muito próxima do que cada um considera "sentir-se bem". Isto varia de pessoa para pessoa e depende de cada cultura, do meio em que está inserido e do modo como sua relação com o mundo define seu modo de viver. É o que chamamos de "andar a vida".

Em algumas localidades pobres do país, onde, às vezes, o acesso à água potável é um problema, as diarréias infantis são consideradas somente como "desarranjos" e, por sua freqüência constante, acabam sendo encaradas como "normais". Outras vezes, observamos que, para os trabalhadores rurais diaristas, dores de cabeça e enxaquecas, por exemplo, não são consideradas doenças porquanto não os impedem de exercer o trabalho.

De certa forma, o que as pessoas consideram como doença ou não, se encontra em estreita relação com as estratégias de resolução do problema: a busca de profissionais de saúde ou de outros agentes, a utilização de recursos terapêuticos naturais ou a automedicação, a espera que o tempo resolva etc.

Quando pensamos nas práticas e nas representações que os indivíduos, grupos e coletividades apresentam a respeito de saúde e doença percebemos

que existe uma multiplicidade de justificativas, explicações e discursos que se relacionam com saberes da tradição, terapias que não estão vinculadas ao conhecimento científico ocidental e até mesmo modelos de tratar como os que acontecem nos terreiros das religiões afro-brasileiras, nos sistemas de conhecimento indígena e no conhecimento popular.

Os profissionais de saúde, de maneira geral, desenvolvem suas práticas a partir de competências e habilidades adquiridas por meio de um processo de formação que tem por base o acúmulo e desenvolvimento de conhecimentos e de tecnologias que, por sua vez, são orientados pelos princípios de racionalidade científica que lhes confere estatuto de "verdade".

Como o desenvolvimento do conhecimento humano é um processo histórico, também em relação à saúde/doença, a teoria e a prática que orientam o saber-fazer dos profissionais variam no tempo e no espaço. Na Grécia antiga, a saúde e a doença eram consideradas fenômenos naturais na vida de uma pessoa, pertenciam à Natureza, tanto quanto uma árvore que nasce, cresce, dá frutos e com o tempo envelhece e morre. Não havia médicos, enfermeiros, nutricionistas, embora houvesse profissionais que cuidavam da estética e do vigor dos atletas. O estudo em saúde dirigia-se aos "ares, águas e lugares", não ao cuidado, que era relegado aos escravos e às mulheres.

Na Europa do século XVIII, a doença, reconhecida como um estágio diferente da saúde, ganhou duas importantes concepções que definiram as práticas e os sujeitos dessas práticas.

Em um primeiro momento, a doença era considerada resultado da maneira como se constituíam os aglomerados humanos, evidenciada quando do aparecimento de epidemias, sendo as ações daí decorrentes responsabilidade dos governos da época, fazendo com que surgissem profissionais e militantes políticos que, na **França**, por exemplo, diziam que as causas das epidemias são sociais, econômicas e físicas e "o remédio recomendado" consistia em prosperidade, educação e liberdade, que só poderiam se desenvolver numa democracia plena e ilimitada.[1]

Outras práticas eram desenvolvidas por agentes que atuavam como fiscais e guardas com o objetivo de livrar a sociedade das "condições" que colocavam em risco a saúde da população, queimando objetos pessoais daqueles que morriam, isolando os que apresentavam sinais de doença.

Num segundo momento, quando da descoberta do microscópio, as doenças passaram a ter uma causa visível – o micróbio – orientando o conhecimento e as práticas sobre a saúde/doença, que passaram a ter como prioridade a compreensão da dinâmica e das maneiras de se evitar os efeitos da presença desse agente.

Esses conhecimentos e práticas ainda hoje encontram-se presentes tanto em determinados fatos cotidianos como nas práticas profissionais. Podemos citar a proibição de enterrar os mortos em igrejas e a "regra" dos túmulos apresentarem "sete palmos" de profundidade, resultados da concepção de que a doença se transmitia pelos **miasmas** que fluíam dos cadáveres, devendo esses ser isolados em locais apropriados.

França
O texto faz referência a Louis Villermé que, na França, em 1840, pesquisava a pobreza, as condições de trabalho e suas repercussões sobre a saúde da população e militava contra a opressão dos governos absolutistas.

A **Miasmas** seriam as emanações provenientes de animais ou vegetais em decomposição.

1. *Terris, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoria de la salud publica.* Journal of Public Health Policy, *13 (3): 267-276, 1992.*

Outro exemplo clássico do pensamento microbiano encontra-se nos princípios das ações preventivas, nas campanhas de prevenção e erradicação de algumas doenças infecciosas e nas vacinas.

Você já imaginou quantas coisas presentes em seu cotidiano são baseadas nessas concepções? Você consegue identificar e descrever situações vivenciadas por você e por pessoas de sua convivência em que essas concepções estejam presentes?

Passado o período de euforia em que a doença tinha um agente, um lugar para se instalar e medidas para controlar ou evitar seus efeitos e quando as sociedades humanas ficaram mais complexas, organizadas em grandes aglomerados como as cidades, em que a maioria da população, apesar do conhecimento e da tecnologia desenvolvidos ainda morria de doenças infecciosas, o pensamento microbiano e unicausal mostrou-se incapaz de responder a tais questões. Surgiram, então, outras teorias que buscavam explicar a situação de saúde/doença tendo como referência o modo como a sociedade se organizava e estabelecia as condições de vida das pessoas.

No nosso cotidiano, existem situações em que essas teorias de explicação social do processo saúde-doença aplicam-se muito bem. É o caso da desnutrição infantil que apresenta muitos fatores envolvidos, de algumas doenças que são relacionadas ao trabalho, como é o caso dos cavadores de poços que apresentam doenças pulmonares e das doenças diarréicas que aparecem nas pessoas que não têm acesso a condições adequadas de moradia e ao saneamento básico.

Observe e reflita sobre as doenças ou problemas de saúde que mais afetam as pessoas e as famílias de sua convivência e de sua locorregião, relacionando estes fenômenos com o modo como as pessoas e as famílias vivem.

Nos dias atuais, com o aparecimento dos cânceres, a doença passou a ter outra explicação, agora centrada não mais em um agente externo, mas dentro do próprio corpo (nas células), sendo as práticas de saúde desenvolvidas com o uso de tecnologias que invadem nosso organismo e tentam desfazer ou eliminar esses elementos que crescem e se reproduzem de maneira diferente.

Ultimamente, a ciência e a tecnologia foram mais longe... Permitiram "enxergar" dentro das células elementos que podem determinar o aparecimento de doenças – os genes – que estudados pela genética buscam identificar mensagens incorretas ou defeituosas, que são responsáveis pela maior ou menor possibilidade de as pessoas desenvolverem determinados tipos de doenças.

Nas sociedades contemporâneas, são constantemente produzidas e divulgadas pela mídia e pela indústria da saúde, padrões saudáveis de estética, de modos de viver, que acabam dominando até nosso inconsciente, e as pessoas que não se enquadram nesses padrões terminam por se sentirem excluídas e fora do contexto.

É interessante o que acontece com o chamado padrão de beleza. Se você tiver oportunidade de observar alguns quadros ou esculturas antigas, que mostram as pessoas que viveram nos séculos passados, verá que existe uma grande diferença entre homens e mulheres daquele tempo e aqueles que hoje são considerados exemplos de beleza.

E a predominância desse padrão ideal de saúde e beleza é tão forte que contribui para o crescimento de um imenso mercado de produtos que objetivam fazer com que as pessoas atinjam esse ideal. Existem revistas, jornais e programas de televisão que dão "dicas" para emagrecer, ter um corpo escultural, diminuir rugas e retardar o envelhecimento. Existem, à venda, vitaminas específicas, cremes, aparelhos para enrijecer os músculos, alimentos sintéticos, cirurgias plásticas e outros produtos que transformam as pessoas em consumidores implacáveis dessas mercadorias, na esperança de se aproximarem dos "modelos de beleza e saúde" que vemos nos cartazes, no cinema, na televisão e que povoam nosso imaginário.

Reflita e discuta com seu tutor e companheiros este trecho embasado nas idéias de André Martins[2], publicadas em 2004.

A partir do "ideal de saúde", propagado pela mídia e pela indústria de produtos assistenciais e farmacêuticos, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, como devendo ser aniquilado; qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento maior – e insuportável – da perfeição projetada, devendo ser "corrigida". Os afetos são mobilizados e manipulados "narcisicamente" no sentido de suscitar nas pessoas o sentimento e a fantasia de que, caso não sigam o imaginário coletivo da saúde ideal, estarão não só aquém da sua própria possibilidade de saúde, mas sobretudo fora do agrupamento humano atual, vivendo uma espécie de exclusão social, relativa aos padrões simbólicos da sociedade a que pertencem. Sempre que alguém deixa de comungar da moda que une as individualidades está fora deste grupo, que quanto mais ostenta padrões de saúde idealizados, mais exclui quem não partilha do ideal ou das possibilidades reais de acesso a este ideal, produzindo-se sensações de doença que não podem ser detectadas pelos instrumentos tão modernos do laboratório clínico à genética.

2. Os determinantes da saúde

Em razão do que vimos até aqui, poderíamos deduzir que a saúde e a doença dos indivíduos e dos coletivos humanos apresentam várias causas e dependem de vários elementos que podemos chamar de determinantes de saúde e de doença.

Existem determinantes do estado de saúde que dizem respeito às condições que as coletividades, as cidades, as locorregiões ou o país apresentam, como nível de desenvolvimento social e econômico, como infraestrutura, como participação das pessoas nas decisões sociopolíticas e como grau de desigualdade de renda, entre outros fatores.

2. Martins, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Revista Interface – Comunic.Saúde. Educ., v.8, n.14, p. 21-32, set., 2003 – fev. – 2004.

Por sua vez, esses determinantes contribuem para o aparecimento de condições que propiciam a saúde ou a doença. Podemos dizer que as condições de vida e trabalho, assim como a convivência com ambientes poluídos, determina a existência de fatores que condicionam o aumento de agentes transmissores de doenças infecciosas e/ou transmissíveis e alergias; a falta ou a alimentação inadequada que leva à desnutrição; a situação de miséria e exclusão social que pode levar à violência e ao mundo das drogas e outros problemas que fazem, às vezes, parecermos demandar um grande hospital para a própria sociedade.

A modificação desses determinantes por meio de intervenções voltadas para a melhoria da distribuição da renda e acesso aos benefícios das políticas públicas, como disponibilidade de serviços de saúde, escolas e creches, por exemplo, têm efeito positivo sobre as condições de vida e saúde das coletividades.

Um relatório realizado em 1974 pelo Ministério da Saúde do Canadá, conhecido como Relatório Lalonde, propunha o conceito de campo da saúde, no qual os determinantes do estado de saúde da população estariam em quatro níveis: a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção[3].

Na primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978, a saúde foi reconhecida como fenômeno de determinação intersetorial e direito de todos. Foi acrescida, historicamente, no plano das determinações, sua interface com o ambiente, a transformação de relações sociais excludentes e a conciliação entre os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem estar para todos. Passaram a ser destacas, a solidariedade e a eqüidade como condições indispensáveis para a saúde e para o desenvolvimento.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade é a provisão de um sistema de atenção à saúde universal e equânime, tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade da atenção e a participação e o controle social.

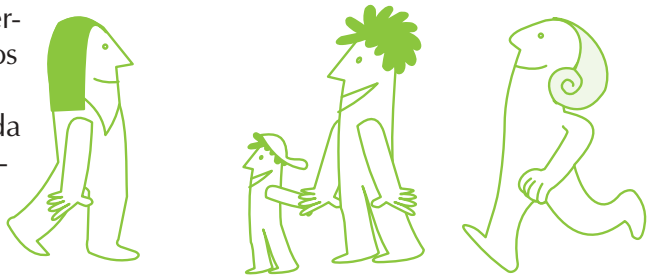
No nosso país, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), do ano de 1990, definiu no Artigo 3º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A concepção ampliada de saúde e a compreensão de que ações realizadas por outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva deram origem a outras perspectivas de promoção e cuidado à saúde. Nesse sentido, promover a saúde é atuar para mudar positivamente os elementos considerados determinantes da situação de saúde/doença.

A promoção e cuidado à saúde dependem do acesso à informação, de direitos sociais, da organização da vida em coletivos e da decisão política de praticar os princípios que caracterizam uma sociedade democrática, como a eqüidade, a solidariedade, o respeito aos direitos e a justiça social, definindo ações

3. Ochoa, F.R.R, Pardo, C.M.L., Ayzaguer, L.C.S. Indicadores de salud e bien estar em municípios saludables. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPAS), Organización Muldial de la Salud (OMS); 1994.

que objetivem a modificação dos determinantes e dos condicionantes da saúde nos ambientes de moradia, vida e trabalho.



Entretanto, para operar no sentido da integralidade, considerar a saúde das pessoas e da população e construir compromissos de gestão, é importante que as propostas organizativas, assistenciais e de promoção da saúde se aproximem mais das pessoas, respeitando aquilo que elas conhecem e valorizando sua cultura. É muito importante considerar a sabedoria popular na construção dos sistemas de informação, no cuidado aos problemas e na regulação da qualidade dos serviços. Também é importante o respeito à crença das pessoas, não banalizando sua espiritualidade e promovendo a auto-estima e a autoconfiança, para que os usuários compareçam, com autonomia, ao encontro com os profissionais e sistemas de atenção à saúde e exerçam efetivamente seu direito de controle social.

Até aqui, fizemos uma aproximação mais geral à noção de saúde como um processo móvel e instável, entre processos biológicos, vivências e condições de vida e trabalho. Nos próximos textos, a proposta é de aprofundar a compreensão de saúde como noção de vida e não como um fenômeno das ciências naturais. A vida expressa a produção dos homens e do mundo, sendo o processo saúde-doença constitutivo das experiências da vida.

Texto 2

Saúde, normalidade e risco

Saúde, normalidade e risco

1 – A saúde como experiência subjetiva

Quando um médico, uma pessoa e o entorno dessa pessoa falam sobre saúde, será que eles se referem verdadeiramente à mesma realidade?

Todos vivemos silenciosamente o fenômeno ao qual damos o nome de saúde!

Neste texto, desenvolveremos a idéia, muitas vezes esquecida pelos profissionais e serviços de saúde, de que saúde, além de ser seu objeto de trabalho, é também um assunto ligado às próprias pessoas, no processo de construção da vida.

Assim, saúde não é algo que vem do exterior, não é um assunto dos outros. Ao contrário disso, a saúde é uma "coisa" que se ganha, que se enfrenta e de que se depende. É algo onde o papel de cada pessoa é fundamental (DEJOURS, 1986).

Além disso, saúde e doença não são conceitos definitivos nem tampouco são opostos. Ambos referem-se à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida. São conceitos que dependem, como discutido no texto anterior, do lugar de onde se está, dos tempos, dos contextos e das tensões em que cada um está inserido.

Para propor um conceito mais amplo, integral e complexo de saúde, nosso ponto de partida é rejeitar a idéia de que o corpo humano seja uma máquina. Para nós, não é possível estabelecer uma analogia entre um relógio desregulado e um homem diabético. Negamos essa antiga e arraigada associação, pela qual se compara a saúde do corpo com a eficiência de uma máquina: o estado de bom funcionamento da máquina não é sua saúde e seu desarranjo nada tem a ver com doença!

Rejeitar essa associação é indispensável para ampliar o conceito de saúde, resgatando seu sentido singular e subjetivo. Ao rejeitá-la, a saúde deixa de ser vista como algo a ser contabilizado, medido por aparelhos e de domínio exclusivo daqueles que se dizem ou se imaginam especialistas. Quando falamos a respeito de saúde, fazemos sempre referência à dor ou ao prazer e essas dimensões, que são subjetivas, escapam a medições e ajudam-nos a compreender a saúde como verdade do corpo e a aceitá-la com uma visão não restrita a um valor universal.

É importante salientar que, ao trazer a dimensão do indivíduo para esta reflexão, não estamos negando a contribuição da ciência, do saber técnico para a compreensão e a construção da saúde. Esses saberes são importantes pois sugerem uma série de possibilidades úteis para a sustentação da saúde. Desse modo, os conhecimentos centrados nos componentes objetivos e biológicos do corpo tornam-se aliados, e não inimigos, de uma compreensão mais ampliada do conceito de saúde.

Afinal, o pensamento científico sobre saúde é o que valida e dá suporte às intervenções que o saber técnico pode *sugerir* como artifícios para sustentá-la. Estamos falando em *sugerir* porque acreditamos que seja necessário que esse "saber" se disponha a aceitar que cada pessoa o instrua a respeito daquilo que somente ela está capacitada a dizê-lo. O profissional, então, auxilia na tarefa de dar sentido ao que não está evidente para a pessoa; para o conjunto de sintomas que, de forma solitária, ela não conseguiria decifrar. Um bom profissional de saúde, além de um bom conhecedor, deveria ser um bom tradutor.

Para pensar e sentir:

Você já parou para pensar o quanto nossa atitude pode ser contrária ao que está dito acima? E, sendo assim, o que de fato estamos valorizando: a idéia de homem-máquina ou de saúde como verdade do corpo?

2 – A saúde e a doença como movimentos da vida

Não existe nada igual a uma saúde perfeita: a experiência da saúde inclui a experiência da doença.

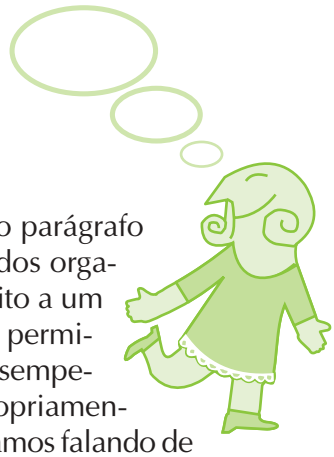
Seguindo nossas idéias, afirmamos que um conceito de saúde vinculado à subjetividade das pessoas não pertence à ordem dos cálculos, não é resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas. Esse conceito subjetivo e não condicionado à medição por aparelhos é definido por alguns autores como "margem de segurança", que significa o poder de cada pessoa em tolerar e compensar as agressões do meio. A saúde é compreendida, então, como a capacidade de cada um, de enfrentar situações novas, como a margem de tolerância (ou de segurança) que cada um possui para enfrentar e superar as adversidades do seu meio.

Nessa perspectiva, a saúde pode ser pensada como a possibilidade de uma pessoa ficar doente e poder recuperar-se a partir, também, dessa margem de tolerância. Isso significa dizer que cada pessoa tem capacidades próprias para administrar, de forma autônoma, as tensões do meio com as quais ela precisa conviver.

Vivemos com saúde, convivendo e equilibrando nosso organismo, mesmo com as anomalias, as tensões e os desconfortos – claramente sentidos por nós, mas nem sempre compreendidos pelos profissionais de saúde.

Para pensar e sentir:

Lembre-se do conceito de saúde da OMS. Você acha que a saúde de uma pessoa, a sua saúde, se aproxima a um estado de completo bem estar?



Podemos compreender melhor a idéia apresentada no parágrafo anterior, levando em conta uma característica importante dos organismos vivos: a prodigalidade. Essa característica diz respeito a um certo "excesso" de cada um de seus órgãos e sistemas, que permite garantir uma certa margem de segurança acima do desempenho normal. Esse aspecto refere-se às funções orgânicas propriamente ditas, mas a idéia de tolerância não se limita a isso, pois estamos falando de um corpo que também é subjetivo.

Isso nos remete novamente à idéia da singularidade de cada ser vivo, cuja saúde exprime os *poderes* que o constituem, ou seja, sua capacidade peculiar de dar resposta às agressões a que está exposto. Essa capacidade não significa simples equilíbrio, adaptação ou conformidade com o meio. É muito mais do que isso, uma vez que saúde implica a possibilidade de instituir novas normas em situações novas.

Assim, reafirmamos: o caráter subjetivo é inseparável do conceito de saúde e essa associação pode ser percebida de forma restrita ou ampliada. No entanto, é necessário admitirmos um conceito que atenda às particularidades das pessoas em sua percepção do que é saúde e doença.

3 – A saúde e a normalidade

Normalidade não é saúde e anomalia não é doença.

Um organismo dito *normal*, ajustado ao meio, pode ou não ser considerado saudável. A explicação para esse ajuste, ou seja, para o que é considerado *normal*, tem uma perspectiva orgânica, fisiológica, correspondendo, teoricamente, não ao conceito de saúde, mas ao conceito de *normalidade*.

A definição de normalidade, nesse sentido, está restrita à idéia de compatibilidade com a vida, estando ligada a médias estatísticas, que nos dão as medidas tidas como certas para um estado que deve ser considerado como *normal* para um organismo.

O conceito de normal também está ligado a um sentido valorativo, que se refere àquilo que é considerado como desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade. No entanto, o normal não tem a rigidez de uma determinação que vale para todas as espécies, correspondendo, de fato, a parâmetros ou médias consideradas como normas de adaptação e de equilíbrio com o meio.

Então, se o normal admite variações, é flexível em relação às condições individuais, fica claro entender que o limite entre o normal e o patológico se apresenta de forma muito imprecisa. A distinção entre eles não se reduz a

uma variação quantitativa; existe uma diferença qualitativa importante, que não pode ser percebida apenas por meio de cálculos, médias ou constantes estatísticas.

Você pode dar exemplos de condições ligadas ao corpo que para algumas pessoas são normais e para outras não?

O conceito de saúde, por sua vez, representa muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio, pois, como já vimos, saúde implica a capacidade de instituir novas normas em vários tipos de situações.

Nosso corpo apresenta certa duplicidade: por um lado, nos é dado nosso *genótipo*. Por outro, desenvolvemos ao longo da vida, nosso *fenótipo*. Podemos, então, compreender o corpo como um produto na medida em que nossa inserção em um meio e o modo de vida por nós escolhido ou imposto contribuem para modificar nossa estrutura morfológica, levando à singularização de nossas capacidades.

Ao falarmos do patrimônio genético que existe em cada um de nós – o genótipo – devemos nos atentar para o fato de que "erros" de codificação genética podem ou não determinar uma doença, dependendo das demandas impostas pelo meio. Uma anomalia, genética ou não, não pode ser associada imediatamente a uma doença. *As anomalias possuem valor neutro enquanto as doenças, um valor negativo.* Dessa forma, uma anomalia só poderá ser considerada patológica se estiver vinculada a um sentimento pessoal e concreto de sofrimento. Somente nesse caso estariam justificadas intervenções no sentido terapêutico.

Os infortúnios, assim como as doenças, fazem parte da nossa existência. Não compartilhamos com a idéia de que qualquer infortúnio seja considerado uma doença e, portanto, seja passível de medicalização.

4 – A saúde, as condições de vida e o risco

Só é possível falar de saúde quando dispomos de meios para enfrentar nossas dificuldades e compromissos; a conquista e ampliação desses meios é uma tarefa ao mesmo tempo individual e coletiva.

Considerando nosso corpo como produto, surgem questões políticas e sociais importantes: ao existirem condições de vida que são impostas às pessoas, passa a existir um conjunto de elementos que precisa ser bem analisado e considerado quando da programação de políticas públicas. Esses elementos dizem respeito, por exemplo, a uma alimentação deficiente, ao analfabetismo ou escolaridade precária, à distribuição perversa das riquezas, às condições desfavoráveis de trabalho, ao desemprego e às condições sanitárias deficientes. Todos nós reconhecemos, nesses elementos, causas para predisposição a diferentes doenças.

Assim, quando analisamos a relação entre saúde-sociedade, é necessário considerarmos diversas questões. Existem condições de vida que não são

nem poderiam ser *escolhidas* pelas pessoas. São condições que refletem as desigualdades econômicas e sociais que precisam ser transformadas por meio de políticas públicas e de intervenções, de modo a possibilitar meios para a superação dessas desigualdades.

Quando a escolha do indivíduo é claramente limitada e ele se encontra exposto a condições de vida insalubres e estressantes, quando seu acesso aos serviços considerados essenciais é inadequado (incluindo aí educação, moradia, saúde) estamos nitidamente diante de situações de iniqüidade, de diferenças injustas em relação a outros indivíduos de uma mesma sociedade. As intervenções que busquem diminuir a exposição a essas condições insalubres são fundamentais, pois é no interior de um meio capaz de garantir uma existência saudável que um indivíduo pode se constituir como capaz de tolerar e superar as infrações a que está exposto.

Sabemos, também, que a diminuição da saúde coloca limites na capacidade de superação às agressões do meio e, ainda, que certas doenças contribuem para diminuir a margem de tolerância dos indivíduos. Assim, há um conjunto de condições desfavoráveis de existência que deve ser considerado como sendo causa de predisposição a doenças futuras. Se vivemos num mundo de acidentes possíveis, de dificuldades e infortúnios e se compreendemos a saúde a partir de um conjunto de poderes que nos permite viver sob as exigências de um meio a princípio não escolhido, é necessário que a margem de segurança dos indivíduos seja ampliada ao máximo possível. A saúde implica, nesse caso, não apenas a segurança contra os riscos, mas também a capacidade de "corrigir" nossa margem de tolerância, ampliando-a de modo a permitir-nos enfrentá-los.

Considerando que a experiência do ser vivo inclui a doença, ou seja, que não há saúde perfeita, salientamos a importância da implementação de políticas de saúde com objetivos possíveis. Isso nos remete a uma nova reflexão, em que o conceito de saúde incorpora a idéia de "abertura ao risco", levando-nos a repensar os conceitos de prevenção e de promoção da saúde. Entendendo saúde como segurança contra os riscos, coragem para corrigi-los e possibilidade de superar as capacidades iniciais, os programas de saúde coletiva deveriam criar estratégias de prevenção de doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e, ao mesmo tempo, gerar políticas de promoção da saúde que permitissem maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir os riscos que estão sempre presentes na nossa história de vida.

Salientamos com isso, que os riscos fazem parte da saúde e que o mais importante é identificarmos aqueles que podem e devem ser evitados e aqueles que são próprios da experiência da vida humana. Essa diferenciação é fundamental para permitir a construção de estratégias que levem em consideração a idéia inicialmente desenvolvida neste texto: que a saúde das pessoas é uma assunto que se refere, primordialmente, a elas próprias e que o papel dos profissionais deve ser o de oferecer seus conhecimentos técnicos para ajudar a construir a autonomia das pessoas, num processo de defesa da vida.

Se consideramos que populações ou condutas de risco são aquelas em que ocorre um desvio da média ou aquelas identificadas como médica ou socialmente perigosas, fica difícil considerar a inevitabilidade ou mesmo a

positividade de certos riscos e desafios que, em algumas circunstâncias, são tidos como desejáveis e que podem ser integrados ao conceito de saúde.

A aceitação do risco vem sendo, pouco a pouco, incorporada às estratégias de prevenção de algumas doenças. É o caso da Aids, por exemplo, em que já podemos identificar claramente uma nova postura em relação ao conceito de risco: a história nos ensinou que não é possível falar em população ou grupo de risco para essa doença e algumas práticas preventivas, tais como o uso de preservativos e os programas de troca de seringas para usuários de drogas, parecem flexibilizar esse conceito, colocando certa tolerância aos riscos. Esse pode ser um sinal de um novo modo de pensar e organizar as políticas públicas de saúde.

Referências Bibliográficas

CAPONI, Sandra. A saúde como Abertura ao Risco. In: *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências.* Dina Czeresnia e Carlos Eduardo Machado (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg. *Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde.* Cadernos Educação Básica. Saúde e Sexualidade na Escola. Porto Alegre: Editora Mediação, 1998, p. 37-50.

DEJOURS, Christophe. *Por um novo conceito de saúde.* Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 1:2-15, 1986.

Texto 3

Fazer do amor uma cidade
Fazer o amor numa cidade: a presença do social e do cultural nos contextos e nas práticas da saúde

Fazer do amor uma cidade
Fazer o amor numa cidade: a presença do social e do cultural no cuidado em saúde

Sugestão

Antes que venham ventos e te levem
do peito o amor — este tão belo amor,
que deu grandeza e graça à tua vida —,
faze dele, agora, enquanto é tempo,
uma cidade eterna — e nela habita.

Uma cidade, sim. Edificada
nas nuvens, não — no chão por onde vais,
e alicerçada, fundo, nos teus dias,
de jeito assim que dentro dela caiba
o mundo inteiro: as árvores, as crianças,
o mar e o sol, a noite e os passarinhos,
e sobretudo caibas tu, inteiro:
o que te suja, o que te transfigura,
teus pecados mortais, tuas bravuras,
tudo afinal o que te faz viver
e mais o tudo que, vivendo, fazes.

Ventos do mundo sopram; quando sopram,
ai, vão varrendo, vão, vão carregando
e desfazendo tudo o que de humano
existe erguido e porventura grande,
mas frágil, mas finito como as dores,
porque ainda não ficando — qual bandeira
feita de sangue, sonho, barro e cântico —
no próprio coração da eternidade.
Pois de cântico e barro, sonho e sangue,
faze de teu amor uma cidade,
agora, enquanto é tempo.

Uma cidade
onde possas cantar quando o teu peito
parecer, a ti mesmo, ermo de cânticos;
onde possas brincar sempre que as praças
que percorrias, dono de inocências,
já se mostrarem murchas, de gangorras
recobertas de musgo, ou quando as relvas
da vida, outrora suaves a teus pés,
brandas e verdes já não se vergarem
à brisa das manhãs.

Uma cidade
onde possas achar, rútila e doce,
a aurora que na treva dissipaste;
onde possas andar como uma criança
indiferente a rumos: os caminhos,
gêmeos todos ali, te levarão
a uma aventura só — macia, mansa —
e hás de ser sempre um homem caminhando
ao encontro da amada, a já bem-vinda
mas, porque amada, segue a cada instante
chegando — como noiva para as bodas.

Dono do amor, és servo. Pois é dele
que o teu destino flui, doce de mando:
A menos que este amor, conquanto grande,
seja incompleto. Falte-lhe talvez
um espaço, em teu chão, para cravar
os fundos alicerces da cidade.

Ai de um amor assim, vergado ao vínculo
de tão amargo fado: o de albatroz
nascido para inaugurar caminhos
no campo azul do céu e que, entretanto,
no momento de alçar-se para a viagem,
descobre, com terror, que não tem asas.

Ai de um pássaro assim, tão malfadado
a dissipar no campo exíguo e escuro
onde residem répteis: o que trouxe
no bico e na alma — para dar ao céu.

É tempo. Faze
tua cidade eterna, e nela habita:
antes que venham ventos, e te levem
do peito o amor — este tão belo amor
que dá grandeza e graça à tua vida.

Thiago de Mello

Neste texto, tentaremos desenhar uma imagem sobre os aspectos pessoais, sociais e culturais da gestão e da atenção em saúde e, por extensão, dos processos de educação – porque organizar a gestão e a atenção em saúde é uma pedagogia, é um ato transformador de contextualizar o social e o cultural nos contextos e nas práticas da saúde.

Não foi simples enfeite – ou efeito – começar pelo poema do amazonense Thiago de Mello. Ele sugere, com o olhar da poesia, as múltiplas relações entre o íntimo – *privado*? – das pessoas e os mundos culturais. A cidade, complexa metáfora do vivido, do sofrido e do desfrutado, toca todas as pontas da experiência humana.

Vejamos: que dentro dela caiba o mundo inteiro?

O poeta nos convida a fazer do nosso amor uma cidade. Uma cidade, não de nuvens, mas de chão. E que nela caiba o mundo e você inteiro. Nela cuidaríamos do nosso amor e dos mais queridos. Uma cidade de canais e pontes, como o Recife; uma cidade de mares e montanhas mágicas, como o Rio de Janeiro; uma cidade de belíssimo horizonte, como a capital de Minas Gerais ou como o cerrado de Brasília; uma cidade coberta de nuvens poéticas, como São Paulo ou, enfim, uma cidade mirando o por do sol sobre o rio, como Porto Alegre.

Mas porque a imagem da cidade para acalentar o valioso? Por que o poeta da Amazônia, da floresta e da natureza pediria a nós para criarmos uma cidade? Ela não é uma cidade qualquer. É uma *cidade invisível*, como enxergou o escritor Ítalo Calvino. Ela está dentro de nós, mas, ao mesmo tempo, não é íntima, não é privada – *propriedade privada*. Ela está feita de outros – crianças, mar e sol, árvores e pássaros. Outros que não somos nós, outros que nos criam, outros que nos habitam, outros com os quais aprendemos e com os quais compartilhamos vida. Ao construir cidades pessoais, nós também nos transmutamos em cidades: ruas e andares, sinais e becos, parques e praias... somos isso tudo. Ao construirmos cidades, construímos modos de ser a nossa cidade.

Uma cidade onde andar como criança, indiferente a rumos, nos espantando a cada passo, nos ensina. Aprender é uma forma de *ser mais* – e não de *ter mais*. Aprender sabedorias e não somente os saberes. Os conhecimentos, nessa cidade, são somente pretextos para cirandar. Os movimentos circulares que os antigos consideravam sagrados: rodas de dança e de conversa. Rodas de Educação Permanente em Saúde: cidades locorregionais desenhadas por nós.

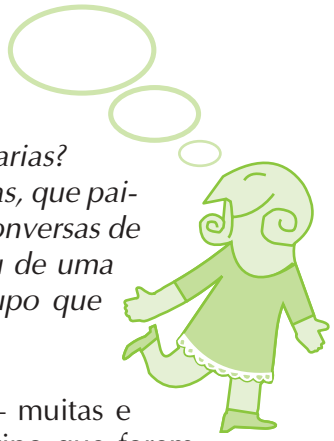
Há, então, desde o início, desde nossa solidão e intimidade, a presença grande e permanente do social e do cultural: essas cidades que somos. Talvez não tão belas como as desejadas pelo poeta; ou talvez muito mais belas e inimagináveis. Cada um sabe. O importante é sentir que, seja como for, fazemos parte ativa de sociedades e culturas e somos, nós próprios, feitos também dessas sociedades e culturas.

Essa consciência *que resulta do pensar e sentir* é uma *consciência afetiva*. Uma consciência crítica, lúdica e sensível de *fazer parte.* As metáforas da roda, da ciranda e da conversa, todas elas sugerem uma forma específica de sermos e de andarmos a vida: andar em diálogo, lado-a-lado, na horizontalidade, na construção conjunta. Isso requer, como você já tem lido, habilidades e saberes para perceber o que está acontecendo. Mais ainda, no papel de facilitar, catalisar e viabilizar a organização da gestão em saúde, essas habilidades, coincidentemente, são parecidas ou são as mesmas que o cuidado e a educação demandam. É que organizar é cuidar de idéias coletivas, fazer jardinagem carinhosa de plantas crescendo – imaginando ainda que serão flores. Escuta, observação, respeito, acolhimento: habilidades humanas nobres, que nos elevam e nos colocam em novo patamar de possibilidades. Também desafios difíceis a enfrentar: sabedorias da mente, do corpo e do espaço relacional que criamos com os outros. Desafios e sabedorias que só o tempo e a experiência vão trazer.

Saber-nos acompanhados nessa caminhada – nessa cidade – já é bom consolo e ânimo para adentrar-nos mais e mais fundo no desafio de facilitar a Educação Permanente em Saúde.

Para pensar e sentir:

Leia novamente o texto do Thiago de Mello. Imagine qual seria sua cidade. Que ruas colocarias? Que pessoas, que lojas, que sons, que brincadeiras, que paixões, que desejos? Pense na cidade da roda de conversas de um Pólo de Educação Permanente em Saúde ou de uma experiência local. Como é a cidade de um grupo que pensa junto?



Este texto abordará rapidamente as relações – muitas e íntimas – entre os serviços de saúde – sejam do tipo que forem, especializados ou básicos – e as coletividades e culturas nos quais aqueles surgiram e vão se desenvolvendo. Normalmente, como participantes – funcionários ou usuários – da vida dos serviços, tendemos a separá-los do "espaço exterior". É como se dentro dos centros de saúde, dos hospitais, das UTIs, das clínicas privadas, ou mesmo das equipes de Saúde da Família, estivéssemos num mundo a parte, com regras próprias e com códigos distintos de disciplina, diálogo e vida social.

Na verdade, essa nossa impressão não é errada: existe, sim, uma cultura especial "dos serviços", do "cuidado em saúde", tal como convencionalmente são delimitados – o interior dos estabelecimentos de saúde. A *cultura dos serviços* – na verdade devemos utilizar o plural: *as culturas dos serviços* já que são muitas e particulares – tem a ver com a forma como os gestores consideram "corretas" ou "adequadas" as coisas do mundo e das pessoas

dentro de um contexto determinado. Isso quer dizer que, ao falarmos em cultura, estamos nos referindo a como as pessoas – usuários, profissionais, funcionários, gestores, docentes ou estudantes:

- interpretam o que acontece: como e porque o serviço funciona assim ou como e porque deveria funcionar assado, como e porque o médico, a auxiliar ou qualquer outro trabalhador de saúde se comporta de uma forma determinada etc;
- realizam determinadas ações "especiais" (rituais): consultas, triagem, limpeza, preenchimento de formulários e relatórios, visitas domiciliares, palestras, oficinas etc – há sempre uma ordem e um significado para tudo;
- comportam-se dentro de determinadas regras – formais ou não – de etiqueta, morais, de respeito, do que deve ser ou não;
- interpretam a doença e a vivem – o que a doença produz na vida das pessoas, seja no seu mundo interior ou nas suas relações com os outros.

Vemos que, mesmo acontecendo entre pessoas ou em pequenos grupos, o cuidado tem uma dimensão social e cultural que exige sensibilidades e ferramentas para melhor compreender, sentir, avaliar, experimentar e viver os múltiplos processos de cuidado, muitos deles imperceptíveis ao olhar natural.

Dos serviços de saúde às coletividades – dos indivíduos às famílias e aos coletivos

A cultura não é simplesmente imposta. Não é uma "coisa", um objeto que está "lá fora". Todos participamos, de forma diversa, da sua forma atual. Ela sempre está mudando. Por exemplo, a forma como "funcionavam" os serviços de saúde antes do SUS era muito diferente da atual. E só se passaram quinze anos! A forma como os usuários relacionam-se com os profissionais de saúde e outros funcionários também vai mudando no tempo. Só que, em geral, não percebemos... a menos que, numa roda de conversa (sempre as rodas!), alguém diga: *leeeeeembra como era naquele tempo*? Só assim, ficamos pensando, recordando e relembrando – *trazendo para o presente o que era*. Re-cordar: *voltar a passar pelo coração*.

Agentes de mudança
Na Unidade de aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde, você encontra o caso Madalena como um exemplo destas questões abordadas aqui.

Quem produz e produziu essas mudanças, esses novos rumos, essas "novas caras"? Todos. Mesmo os indiferentes e passivos. Todos – em sociedade, em coletivo – vamos tecendo as culturas. Com a cultura dos serviços de saúde isso não é diferente.

O cuidado, processo central do Ser em saúde, também é coletivo, cultural e social. Ele transmuta o outro doente, o outro que sofre, o outro com mal-estares. E, ao assim fazê-lo, mudamos também os cuidadores. Eles, os cuidados, nos cuidam, nos mudam, nos levam a outros patamares de sermos pessoas e sermos atores, de sermos **agentes de mudança**.

Mesmo que até hoje se privilegie o encontro médico-paciente ou profissional de saúde-usuário, como os mais importantes no processo de cuidado em saú-

de, esses encontros são fragmentos de um contínuo social e cultural. Como nas orquestras e nas criações coletivas, realizamos o cuidado em dissonância e em harmonia: conflito e alianças. Na verdade, se vemos as nossas caminhadas como parte de músicas de grupo, de duetos, quintetos, quartetos, pequenas orquestras ou grandes sinfonias, perceberemos claramente que somos muito mais "outro" do que "nós". Dependemos profundamente do outro, assim como eles dependem de nós.

Há, em todos nós, dimensões do coletivo: culturas, sociedades, grupos. Essas dimensões influenciam, determinam e orientam o nosso agir em saúde. No contexto deste curso, influenciarão o agir nos processos de *educação permanente em saúde* junto aos Pólos.

Autores e pensadores mais radicais e visionários afirmam que *somos em comunhão* – e somente em comunhão. Fenômenos presentes sempre em todas as histórias de cada um – *família, coletividade, grupo social, parceiros, amigos etc* – seriam fundamentais para o nosso *ser* e o nosso *tornar-se*: quer dizer para as formas como nos reconhecemos, como andamos pela vida e como aceitamos mudar ou não.

Afirmar isso não coloca somente como *importantes* as questões da coletividade e grupos sociais, movimentos sociais, processos coletivos ou redes sociais: elas se apresentam como *fundamentais* para o nosso bem-estar, para a realização da vocação de "ser mais" e transcender – ou "ir além de nós mesmos".

Veja só como o grande poeta pernambucano João Cabral de Melo Neto escreveu:

1. Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.

De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

2. E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.

A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão

A saúde – como a vida – é sempre feita em coletivos, de *muitos galos*. Mesmo quando estamos "sós" na experiência do adoecer, estamos intercomunicados com os outros e com o mundo. Há infinitas conexões que nos sustentam e que fazem da gente o que somos, nossa saúde, nossas doenças e nossos processos de busca por saúde.

No trabalho em saúde, em que é produzido o cuidado de forma permanente, seja dentro ou fora dos serviços de saúde, é importante termos clareza dessas interdependências: formas de construir-nos e de construir. É no diálogo, na conversa, na roda, na troca, no debate, nos impasses e nas soluções que nos fazemos e refazemos, em conjunto, nunca isoladamente.

Nosso amor verdadeiramente é uma cidade. Dentro de nós habita o mundo; e o mundo é composto por tudo aquilo que tocamos e nos toca, especialmente os fracos, especialmente os vulneráveis, especialmente aqueles que sofrem e que são personagens vivos do nosso cuidado.

Entender isso é entender a essência do ser do trabalho em saúde, a comunhão, a união que forma unidade. Dessa forma, apagam-se paredes, transparecem-se muros e barreiras, questionam-se velhas certezas e visões sobre os limites, alcances e abrangências do *fazer saúde*.

Para pensar e sentir:

Como tecer sua manhã, entre todos os galos do Pólo, entre todos os belos bichos que andam acreditando no projeto da Educação Permanente em Saúde?

Relembre sua passagem – passada ou atual – pelos serviços de saúde, ou por experiências populares de saúde. É possível identificar fenômenos isolados, caminhadas solitárias? Como se conformavam as orquestras da música do cuidado? Que banda tocava? Havia solistas que sobressaíam? As destrezas virtuosas eram harmônicas ou destoavam do resto das músicas? E os usuários e suas famílias, que sons produziam? Tente olhar de cima, de longe, para sentir uma grande música única na produção de cuidados. Mas também tente ser pequenina(o) para estar por dentro, invisível, abraçado, fusionado, em comunhão. A música é a mesma? A música (melodia, ritmo, tom) é única?

Até algumas décadas atrás, o mundo da Saúde Pública estava influenciado quase que totalmente por uma forma de pensamento e ação (racionalidade/paradigma/hegemonia) muito influenciada pela **medicalização**. Era consenso que a saúde se fazia nos serviços de saúde e que, no topo de uma hierarquia de excelência e poder de curar, estariam os hospitais, cada vez mais especializados. O que hoje conhecemos como "alta complexidade" era identificado – e ainda o é em muitos espaços e grupos – como o melhor para o cidadão. Isso corresponde a uma visão da saúde como ausência de doença, como vimos no início desta Unidade, visão que limitava nossa ação a resolver casos de enfermidade. É claro que essa forma de pensar não está totalmente substituída; ela serve em muitas ocasiões e em determinados lugares.

Medicalização
Este tema também é abordado no Mirante 1 da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde e no texto "O Modo Hegemônico da Produção do Cuidado" da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

Mas o fato de ser predominante (hegemônica) e excluir outras formas de compreender a saúde era realmente um problema. Muitas realidades e necessidades eram ignoradas, grandes massas de pessoas não ascendiam à atenção de saúde e muitas riquezas culturais eram banidas (saberes e sabedorias de diversos grupos não profissionais). Em parte devido a essa compreensão, houve, no Brasil, um grande movimento pelo Direito à Saúde e pela Reforma Sanitária que levou, depois de longas lutas, à formalização do Sistema Único de Saúde. Depois de quinze anos de SUS, ainda não podemos dizer com tranqüilidade que ele esteja totalmente implantado e funcionando plenamente. Vários dos seus princípios, como a eqüidade, a universalidade e o controle social, não estão "plenamente" incorporados na vida coletiva de todos os grupos que o compõem. Quer dizer, mesmo em processo, ninguém pode afirmar que construímos uma cultura de saúde acorde com o SUS que o Movimento da Reforma Sanitária projetou.

É verdade que muitas das coisas propagadas pelo SUS só acontecerão se toda a sociedade – a grande sociedade que engloba todas as realidades regionais, estaduais, locais, étnicas, de gênero e os mais díspares agrupamentos econômicos e culturais – se democratizar e se abrir ao diverso de si para mudar e crescer. É necessário que tenhamos uma compreensão ampliada do porquê e do como acontecem as coisas no campo da saúde.

Pois bem, para realizarmos os princípios doutrinários do SUS (eqüidade, universalidade e controle social) temos de questionar com firmeza a lógica que hierarquiza profissionais e serviços de saúde, definindo tempos e espaços "superiores" e "melhores" em detrimento de tempos e espaços a serem excluídos. Questionar é ser crítico; politicamente crítico. Entretanto, questionar não significa condenar nem descartar. Há grande valor, utilidade e beleza no cuidado realizado nos serviços de saúde por profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos odontólogos, pessoal de nível médio e tantos outros. Ser crítico também não é ver o mundo em preto e branco, esquecendo as cores, ignorando os matizes. A criticidade se constrói pacientemente, em diálogo, com experiências e vivências e – mais uma vez – com os outros.

Seja como for, precisamos de novas lentes, novos olhos, novos sentidos para quebrar as fronteiras impostas historicamente e que nos limitam ao espaço físico e simbólico de um estabelecimento de saúde ou de uma identidade profissional estereotipada (quer dizer, empobrecida e caricata, com potencialidades cerceadas). Ampliar horizontes para enriquecer nosso cuidado, cuidar mais e melhor e ser com o outro (estabelecer alteridade) é uma forma de humanizar as práticas de saúde e de organizar um sistema de saúde de acordo com as necessidades sociais.

Ainda bem que, no Brasil, temos centenas – talvez milhares – de experiências a nos ensinar sobre a abordagem popular: pastorais da saúde, projetos de extensão universitária, ação social de partidos políticos, projetos locais de municípios ou do próprio Ministério da Saúde e projetos de diversas ONGs e movimentos populares.

É obvio que não é suficiente se autodenominar "popular" para sê-lo, mas a atuação popular em saúde é um primeiro passo de mudança de foco: de uma visão muito centrada nos serviços, excluindo ou subvalorizando o "mundo exterior", para uma compreensão de que é na coletividade, com as famílias e organizações sociais nela existentes, que o cuidado "se completa", "se legitima" e se faz "integral".

Veja bem, isso não nega o grande valor da produção convencional do cuidado: o compromisso, o carinho, o esforço pela criação, de nos encontrarmos com o outro ou a escuta sincera, mas a dimensão ampliada do cuidado deverá abranger também, necessariamente, o mundo social. Há de ser criada – ou aprimorada – uma *sensibilidade cultural* dentre os profissionais de saúde. Isso significa que uma compreensão ampliada da realidade, uma postura solidária e compreensiva sobre outras realidades sociais distintas às nossas, deve ser preocupação e interessante para construir o cuidado e um sistema de saúde a partir do olhar do interessado ou "daquele que sofre".

Na verdade, os projetos e programas populares em saúde são somente o primeiro passo para a compreensão das coletividades como elemento fundamental para realizarmos o Grande Cuidado. Boa parte desse aprendizado, dessa transformação, está fora dos parâmetros formais de qualquer plano, projeto ou programa. Deixemos a vida nos surpreender.

Liste experiências que conheça de aproximação entre os serviços e a população. Que problemas enfrentam os profissionais nos seus mergulhos populares? Como os resolvem? De quem dependem as soluções duradouras? Como poderia o serviço de saúde aprofundar sua proximidade às coletividades? Como isso pode ser direcionado aos processos de cuidado ampliado em saúde?

A população: *mil caras* da saúde

A prática das equipes de saúde da família evidenciou ao longo dos últimos 10 anos, de forma oficial para o SUS, a coletividade e a *família* como dimensões valiosas e centrais na consecução do cuidado. As constatações e intuições que essa prática foi produzindo no Brasil todo, foi mudando também nossa própria idéia do *que* é e *como* se faz o cuidado. Assim como os antigos e os povos indígenas compreendiam, hoje começamos a visualizar e a sentir que a família, o círculo social e as redes de relações e convivência, todas desempenham papel importante em todo o processo que vai do sentir-se saudável, sentir necessidade de buscar o serviço de saúde, obter os cuidados necessários, sentir-se bem acompanhado pelo serviço de saúde e, novamente, sentir-se saudável.

É freqüente ouvirmos falar que a experiência de saúde da família é uma experiência transformadora. Ela tende a mudar radicalmente alguns profissionais mais sensíveis. Com outros, o "toque" é menos poderoso, mas sempre haverá um "antes" e um "depois" à experiência de atuação direta junto aos grupos sociais. Às vezes, acontece antes de formados, com os projetos de extensão universitária espalhados pelo país todo. Os meninos e meninas, estudantes, encontram realidades duras, dramáticas, mas também amorosas, repletas de folclore e sabedoria.

Esse encontro, de estudantes e de profissionais, é marcante para a compreensão das dimensões sociais e culturais do cuidado. Viver é muito mais do que ler, ver ou ouvir. A experiência direta é chave na construção da pessoa e na produção de perfis de compromisso social. É preciso experimentar!

A nossa experiência própria com diversos grupos sociais será produto, sempre, de misturas entre o que aprendemos com o intelecto e com as emoções e o que vemos e sentimos "diretamente". Mas você já deve ter notado que o que "vemos" e o que consideramos "realidade direta" são, ambos, influenciados pela sociedade e pelas culturas às quais pertencemos. Não há experiência direta se não há um esforço por "quebrar" as regras implícitas que fazem com que vejamos e sintamos as coisas de uma forma determinada.

É por isso que a alteridade (o contato com o outro, com produção de diferença-em-nós) é,

acima de tudo, um sentimento, uma presença além da materialidade de terras, casas, perfis epidemiológicos, pessoas, animais etc. *Sentimos* a alteridade. Custa um pouco sentir a diversidade do outro, mas se não houver um "sentir com o outro" e um "mudar-nos" não *contatamos* a alteridade, apenas sabemos da existência do outro. Para aprender com o outro, precisamos dos esforços de que estamos falando aqui: esforço racional e intelectual (ler e debater ajuda muito); esforço ético (viver valores solidários, intenções de consciente compreensão do diverso, do estranho); esforço político (optar por sair do nosso quintal e explorar a vastidão do mundo e dos seres) e esforço estético (criar realidades, comunicações, convivências). Obrigatoriamente, para edificar novos entendimentos, teremos de "viver" a alteridade: com intelecto, razão lógica, criação, ética, emoções e afetividade.

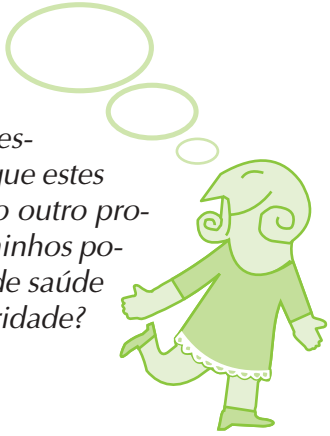
A vivência da alteridade é abertura à diversidade e à presença de fatos e processos com os quais não concordamos, mas nos esforçamos em entender profundamente, transmutando o nosso trabalho de organização da gestão e da atenção em saúde. Nossa presença é outra, nossa identificação com os "usuários", nosso entendimento sobre o *porquê* e o *como* dos problemas de saúde.

É nesse sentido que a abordagem popular de saúde contribui para melhorar a gestão: revela novos mundos e mostra que na desordem há várias lógicas que conferem racionalidade, por certo diversa e estranha, à vida no meio da injustiça, do descaso e do sofrimento, mas queremos a integralidade. Não há como planejar um sistema de saúde sem que se estabeleça a condição de permanente fluxo de mudança, buscando que cada serviço faça sentido para a população usuária para a qual se organiza.

Ao mostrar o fluxo contínuo em que as pessoas – incluídos usuários e familiares – estão imersas, a experiência e a reflexão sobre grupos sociais também permite novas soluções para problemas individuais e coletivos. As soluções e os conhecimentos devem ser feitos de forma compartilhada entre profissionais e população. Indiferença, patologia social, preguiça, vício e outras visões negativas podem então também ser reavaliadas, contribuindo de forma política e solidária à criação de formas novas de organização do cuidado, tanto na sua extensão ("entrando" no mundo popular e familiar) quanto na sua profundidade (incorporando progressivamente pensamentos e sentimentos sobre as variadas dimensões que poderiam explicar o porquê e o como das coisas). Talvez, dessa forma, recupere-se o "para quê" do trabalho em saúde; e se avalie com novos olhos a idéia do Servir em Saúde (trabalhar nos Serviços de Saúde).

Para pensar e sentir:

Com quais grupos sociais você pode dizer que estabeleceu contato, compreensão e descoberta? Em que estes grupos sociais são diversos? O que a diversidade do outro produz de diversidade na sua subjetividade? Quais caminhos poderíamos seguir para termos – como trabalhadores de saúde – a oportunidade de vivência de sentimento de alteridade?



Quem vê o quê quando *está nas/falas das* coletividades sociais

As visões sobre o que é coletividade variam, segundo a moda e as teorias sobre o social e cultural. Mudam, também, dependendo de quem enxerga e imagina uma coletividade. Por exemplo, hoje quando os políticos ou os planejadores de saúde falam de comunidade, usualmente estão se referindo a:

- Um espaço delimitado geograficamente: um território restrito. Antigamente eram rios e florestas que delimitavam comunidades; depois foram jurisdições políticas e administrativas. Comunidades seriam espaços delimitados – em geral pequenos – geográfica e administrativamente.
- Um conjunto homogêneo de moradores em territórios geográficos, políticos ou administrativos delimitados. Usualmente são consideradas as populações "simples" e com baixa escolaridade cultura, os pobres, os negros e os migrantes.
- Organizações locais que representam a população, bem como as instituições presentes no território definido como "local".

Para alguns políticos, comunidade é voto – real ou potencial – e necessidade de cumprir oferecimentos – realizar obras. E, acima de tudo, espaço de alianças políticas.

Para alguns gestores de saúde, comunidade é o público que vai procurar os serviços de saúde – formando as longas filas. *Comunidade não é toda a população*, pensam muitos gestores, *é somente aquela parcela que utiliza os serviços do SUS: pobres, favelados e moradores de periferia*.

Em outros casos, comunidade já é outra coisa. É o dia-a-dia. As organizações locais – oficiais e clandestinas – que têm grande presença nas decisões (prioridades e rumos) e na viabilização de ações de saúde coletiva (campanhas, cadastros, oficinas e cursos). *Sem eles não se anda*, disse uma vez uma médica do PSF do interior de Minas Gerais.

Enfim, para cada trabalhador dos serviços de saúde, seja da atenção básica ou da atenção hospitalar, a *comunidade* será uma coisa diferente. Num extremo, para alguns "doutores" ela inexiste – é só o conjunto de casas e a massa anônima que fica olhando ou reclamando no Posto de Saúde ou lá fora. No outro extremo, comunidade é uma rede de relações de carinho e apoio mútuo, como para alguns agentes comunitários de saúde. Todas as possibilidades intermédias também existem.

Existem, dentre todo esse leque de possibilidades, formas mais dinâmicas de enxergar as coletividades sociais – das mais gregárias às "sem território": as coletividades múltiplas a que as pessoas recorrem para procurar bem-estar, sentirem-se bonitas, protegidas, fortes e com capacidade de decidir sobre suas próprias vidas. Essas, nos tempos atuais, são muitas, mas são temporárias. À diferença das "antigas" comunidades (que ainda existem e coexistem com as "novas"), as novas são "rápidas", como a realidade, e vão mudando (em movimentos de "metamorfose permanente") com a entrada e a saída de pessoas, novos interesses e características, por mudanças inesperadas, dramas e acontecimentos. Todos nós as temos visto e provavelmente

participamos de mais de uma: movimentos religiosos, grupos desportivos, grupos de auto-ajuda e de solidariedade, amantes das artes, grupos de cultura popular, de dança de salão, de academias de ginástica etc, ou seja, coletivos de toda ordem, nos quais reproduzimos ou produzimos subjetividade.

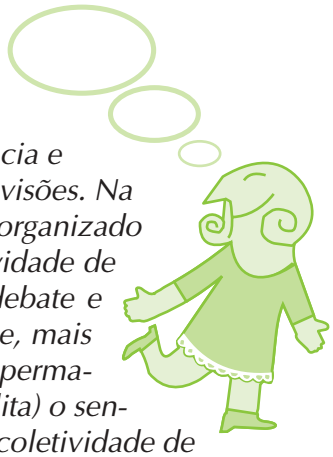
A vivência de comunidade – que corretamente seria chamada por comunalidade – transmuta o nosso trabalho de produção do cuidado se ela consegue ser respeitadora e crítica, direcionada ao bem-estar e aberta à diversidade.

As novas formas de coletividade (e suas práticas sociais de busca de bem-estar e cuidado em saúde) respondem a uma *fome de símbolos* – uma necessidade de encontrar fenômenos e experiências relevantes, que sejam significativas para nosso bem-estar, nossa "boa saúde". Há, em todas elas, a experiência viva de comunidade – a comunalidade.

É importante afirmar aqui a grande importância da comunalidade para a saúde. Este sentimento é uma sensação real e duradoura de que pertencemos a um todo maior. E que esse todo maior nos fornece bem-estar. Bem-estar, cuidado e saúde são sentimentos construídos em coletivo – com e pelos outros.

Para pensar e sentir

Recrie, na memória, as relações entre população e algum serviço de saúde que você conheça. Pense nos conflitos e parcerias. Pense nas formas de entender comunidade dos distintos atores envolvidos. Reflita sobre a importância e desafios de incorporar e compatibilizar variadas visões. Na medida em que é a construção de um coletivo organizado para a produção, o Pólo tende a ser uma coletividade de parceiros. Ao mesmo tempo é uma arena de debate e conflito em que devem ser construídos acordos e, mais importante ainda, ações práticas de educação permanente em saúde. O que impede (e o que possibilita) o sentimento de grupo social? Qual a diferença entre coletividade de moradia e coletividade de interesse? Há grupos sociais dentro de coletividades? Quais os caminhos que podemos seguir, para termos – como trabalhadores de saúde – a oportunidade de vivência de sentimentos de comunidade?



Redes sociais solidárias em saúde

Em mais de um dos sentidos acima descritos, as denominadas *Redes Sociais* são formas de experiência de coletividade. Conhecer o seu significado e conhecer as suas formas de operação é importante para o trabalho de educação de atenção em saúde e de gestão dos sistemas e serviços de saúde, porque essas formas menos hierárquicas de relação social estão acontecendo de maneira crescente – seja de forma "espontânea" ou "induzida" por ONGs, pelos governos ou pelos partidos políticos.

A imagem da rede é muito bonita. No Oriente, por exemplo, a criação e o movimento do universo foram com freqüência traduzidos no ato de tecer,

permanentemente, uma rede infinita, em extensão e em altura: mundos, fenômenos e seres infinitos. Tecer sempre sugere o lado feminino da cultura: um lado paciente, sutil, persistente e criativo. É a criação pela naturaliadade e magia do andar a vida e não pelas explosões e guerras. Tecer o pano que abriga e cuida.

Tecer é cuidar. Tecemos saúde.

A rede para dormir a sesta é uma outra imagem que remete ao aconchego, ao balanço rítmico que nina, ao som suave do mar e ao vento que move a rede. Sentimento de proteção e descanso: oportunidade de repor forças, de encontrar saídas, de se abraçar e fazer amor, criando vida, criando prazer...

Outra rede muito poética é a do pescador. Imagem da força dos muitos fios entrelaçados. A idéia dos nós e das junções ou fios que se unem. A imagem de que todos os nós estão interconectados. Difícil dizer qual nó será o chefe, o mais inteligente, o mais poderoso, o mais malandro ou aquele que tirará maior vantagem do resto. Rede que apreende peixe, enchendo de vida as *barquinhas brancas*. Rede que alimenta e nutre: cuidado. Rede de cuidados: gestão do sistema de saúde.

As práticas de saúde usualmente constituem redes, fluxos de saberes e de fazeres, formas múltiplas de procurar e ofertar bem-estar. Nessas redes de diálogo, de conversa e criação, todos se beneficiam: os que cuidam são cuidados e aqueles que procuram saúde obtêm respostas. Às vezes, não conseguimos perceber redes sociais nos espaços mais formais como os serviços de saúde, mas elas estão presentes. Estão na cumplicidade dos que esperam, na familiaridade e simpatia de alguns trabalhadores para com a população, nas iniciativas de grupos de bem-estar ou de estratégias coletivas, otimistas e esperançosas de enfrentamento de algumas doenças.

Rede, em saúde, usualmente sugere um conjunto de indivíduos ou organizações em diálogo procurando e construindo (tecendo) saúde. As redes são "soltas" e não "sólidas". As hierarquias não são fixas nem eternas, são ***desenhos*** de complementaridade e integração. As vozes escutadas e os atores atuantes vão mudando com o tempo. As pessoas ou organizações entram e saem. Alguns gostam de ficar calados, observando, enquanto outros tomam a palavra, o gesto e a ação para movimentar o conjunto ou partes do conjunto. Exigências de homogeneidade são menores: alguns podem fazer isto e outros aquilo.

Desenhos
Uma discussão mais aprofundada sobre este tema pode ser encontrada mais adiante, nos textos "Desenhos organizativos da atenção à saúde" e "Malha de cuidados ininterruptos à saúde", nesta Unidade.

Mas a rede não só é movimentação, fluxo, flexibilidade, ela vai gerando um conjunto dinâmico de produtos de cultura: a cultura da rede, a cultura em rede. Uma rede social é, também, e acima de tudo, um grupo cultural, uma forma de identificar-se com referenciais de cultura, com outros semelhantes, com os que estão mais próximos. Culturas de rua, culturas vivas, culturas feitas por todos em ação.

No campo da saúde se fala – já faz uns dez ou quinze anos – de Apoio Social; ou melhor, de Redes de Apoio Social. O apoio social seria a presença sistemática e continuada de suporte em relação à capacidade do indivíduo e dos grupos em controlar o rumo da vida. Apoio social é garantir o sentimento de coletivo, as redes de relações e de amizades, o sentir-se cuidado. As Redes de Apoio Social podem ser estratégias de saúde pública – de promo-

ção da saúde – ou surgir de forma mais ou menos independente como iniciativa de sobrevivência e enfrentamento coletivo de problemas. Em qualquer uma das suas versões, essas redes têm se mostrado muito eficazes para "proteger" as pessoas ou diminuir sua "vulnerabilidade". Experiências com populações especiais (idosos morando sozinhos; crianças especiais; populações institucionalizadas em cadeias, hospitais e asilos) têm se mostrado muito positivas, não só no sentido mais óbvio de promover saúde, mas também pelo fato de múltiplos ganhos secundários acontecerem: amizades, namoros, iniciativas de geração de renda, atividades artísticas e de lazer, atividade física... redes de relações produtoras de saúde.

As redes sociais solidárias em saúde são uma das novidades no entendimento profissional. Elas existem faz tempo e somente agora as enxergamos ou tentamos criá-las ou estimulá-las. Elas fazem parte da complexidade dos atores contemporâneos, complexidade que cruza centenas de características pessoais e grupais para produzir infinitas variantes de identidade cultural e participação social.

Para pensar e sentir:

Partindo da leitura prévia, quais poderiam ser as diferenças entre instituições mais estáveis e formais e as redes sociais de saúde? Imagine formas de constituição de redes solidárias em saúde no seu âmbito de trabalho. O Pólo de Educação Permanente em Saúde poderia ser considerada ou vir a tornar-se uma rede? Como?

Controle Social e Participação Popular em Saúde

Uma grande conquista do Sistema Único de Saúde foi incorporar (no final da ditadura militar) a presença do popular, a irrupção do pobre, como dizia Gustavo Gutierrez (o teólogo peruano que inventou o termo *teologia da libertação*). Banido durante quase duas décadas – e antes combatido por séculos – o popular reaparece no centro da concepção do SUS, como um dos seus princípios operadores. A *participação* e o *controle* social são grandes desafios numa sociedade a caminho de democratizar-se. Sabemos que o Controle Social no SUS, exercido por meio dos Conselhos de Saúde, dista muito da perfeição. Ele ainda nega – ou exclui – amplos grupos da população (sejam índios, negros, quilombolas, mulheres, migrantes, bóias-frias, sem-terra etc). Não somente pelas operações de representação – que vão afunilando mais e mais as vozes sociais, até reduzi-las a umas poucas – mas também porque ainda não produzimos sensibilidade de escuta às vozes dissonantes. Ainda negamos, insensíveis, as dissonâncias culturais. Vivemos o próprio mundo das regras sociais estabelecidas. Nossas dinâmicas culturais dispensam outras. Nosso controle social ainda é pouco participativo, mesmo que esteja cheio de indivíduos valiosos e lutadores.

Outros atores, outras culturas, grupos minoritários e excluídos, como bem afirma Victor Valla, nunca ficam passivos, parados. Pela necessidade de viver e sobreviver, eles produzem vida. Eles produzem cuidado e saberes de saúde. Práticas sociais – fragmentárias, temporárias, múltiplas, que se vão

unindo e separando, que vão surgindo e se extinguindo/transformando. Além das formas legitimadas (instituídas) de participação via conselhos, há inúmeras formas de presença e participação em experiências populares de saúde, em grupos de pacientes, em ações de apoio em saúde, alimentação e educação. Essas formas, sutis, fogem da oficialidade – somente são vistas quando, por exemplo, chegam à mídia. Nos últimos anos, mais e mais pesquisadores da saúde coletiva vão se deparando – e encantando – com as denominadas práticas sociais de saúde da população. A discussão da integralidade trouxe à tona a idéia de que para um cuidado ser integral devem ser compostas alianças de saberes e práticas de saúde entre profissionais (o setor "autorizado") e a população (o setor "informal"). A criatividade e a profundeza das práticas sociais de busca de bem-estar é tanta que vai "contaminando" o mundo dos serviços de saúde. Dessa aproximação, novas misturas estão sendo geradas. Processos de constituição de singularidades culturais de saúde, de produção de novos atores sociais – mistos, dialógicos, solidários, engajados.

A participação popular (aquela que extravasa os limites definidos pelos grupos de poder) é impertinente para as formas instituídas de governo ou de praticar a vida social e institucional. Ela é inesperada, criativa, aberta, misturada. Por isso é difícil de gerenciar – racionalizar, controlar.

O Controle Social – aquele mais profundo, que significa democracia real e diálogo profundo e criativo; conflito e embate, sim, mas acordo e construção conjunta – ainda está em construção, com avanços e retrocessos, mudanças e permanências. Há culturas borbulhantes aproximando-se e miscigenando-se. Há grupos e indivíduos inventando formas múltiplas de saúde, não uma, mas muitas saúdes.

No mundo social há grande quantidade de iniciativas para juntar as pessoas em atividades de lazer e saúde. Elas poderiam aproximar-se das ações de educação permanente em saúde? Como dar oportunidade para que os usuários participem realmente dos processos de educação dos profissionais da saúde?

Saberes e sabedorias populares – a voz e o fazer dos grupos populares

A participação popular é pertinente para introduzirmos o tema do saber leigo (e do saber popular) na organização da gestão e do cuidado e na produção de processos de educação. Comecemos pela idéia de Culturas Populares.

Comumente, "*cultura*" é identificada com "bom gosto", "erudição", "acesso à educação formal", quer dizer, a *cultura* comportaria uma elitização. Só as elites, os que estão por cima na escala de hierarquia social e econômica poderiam ascender à cultura. Entretanto, estamos aqui falando de um conceito muito mais amplo. Como já afirmamos, cultura tem a ver com um conjunto de sistemas de significado compartilhados por grupos de pessoas. Significados materiais (a produção de objetos, a forma como se dispõem as coisas no espaço etc.) e significados não-materiais (parentesco, religião, justiça, ética, sexualidade etc.). Assim, todo grupo humano, sem exceção, é produtor de cultura. Produz cultura (ou culturas) e, ao mesmo tempo, é produzido pelas culturas.

Com os grupos populares não poderia ser diferente. Perceba que o termo engloba muitíssimos grupos com ampla diversidade. Há diferenças étnicas, sociais, regionais, de linguagem, de hábitos...

Na saúde, a presença do popular, convencionalmente, é vista como um problema. Acostumados a pensar que "o povo" é ignorante, repleto de defeitos e sem vontade nenhuma de melhorar – ou de ser "mais como a gente" – parte-se usualmente de uma postura prévia que desqualifica o outro, impossibilitando o diálogo. Isso tem sido chamado por Victor Valla de "crise de compreensão": se o outro não é qualificado, como posso compreender ou estabelecer diálogo com ele? Valla conclui que é a postura errada que nos distancia das lógicas e saberes da população (que, segundo ele, se expressam especialmente nas falas) e entrava muitos processos coletivos de saúde.

Negar – por preconceito – os saberes da população; acreditar que os profissionais são superiores, ou que seu saber é melhor porque é científico, ou pensar que nada há para aprender dos grupos populares reduz a escuta e o olhar, assim como o entendimento das pessoas e das realidades e as práticas de saúde.

Aquilo que acabamos de afirmar em relação à cultura, saberes e sabedorias populares, vale também – e muito – para todo processo de educação com coletivos e para organizar as práticas de gestão e de atenção. Os Pólos e as iniciativas de educação permanente em saúde precisam que garantamos bons fluxos – de idéias, emoções e sentimentos – e relativizemos nosso próprio saber, nossa própria visão de mundo.

Uma cidade que é uma roda de tamanho gigante de todos e para todos

No desafio de transformar-se profundamente, sinceramente, ou de aprender a ser facilitador de Educação Permanente em Saúde, a compreensão do social e do cultural pode ser uma grande ajuda. Essa compreensão deverá ser guiada por uma visão ética e solidária e por uma opção de simpatia e aposta pela diversidade de grupos e culturas.

Novas sensibilidades são requeridas: escuta, empatia, amorosidade, solidariedade, gestos e palavras inclusivos. O poema não é mais metáfora, é uma proposta de imagem, é sociologia, visão densa das dinâmicas culturais em que estamos imersos como atores ativos: criadores conscientes. Mesmo involuntariamente, sem saber ou sem querer, participamos de rodas, de fluxos e caminhos, de edificações em constante mudança. Para organizar a gestão e o cuidado, para produzir educação em saúde, temos de mergulhar na invenção da nossa cidade. Uma vez impregnados, poderemos compreender quão ausentes de essência fixa somos, quanta descoberta e maravilha nos espera no meio daquilo que pensávamos monótono, insosso, cinza, repetitivo.

Referências Bibliográficas

HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LANGDON, E.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos povos indígenas*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

VALLA, V. (org.). *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

VALLA, V. (org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*: reflexões da rede de educação popular em saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

WONG-UN, J. A. *Comunidade(s) na saúde*: comunalidade, interexistência e experiência poética. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2002.

A poesia *Sugestão* de Thiago de Mello pode ser encontrada no seguinte endereço: http://www.secrel.com.br/jpoesia/tmello01.html#suges

Anexo

Técnica de Estimativa Rápida

Anexo

Técnica de Estimativa Rápida

A Estimativa Rápida é uma técnica de coleta de informações, que possui como características a sua simplicidade, baixo custo e preparo rápido de técnicos e pessoas da comunidade para atuarem como pesquisadores de campo.

A utilização dessa técnica em serviços de saúde tem sua referência na avaliação qualitativa, porém tem sido freqüentemente utilizada para o conhecimento de problemas e necessidades de saúde de uma determinada população.

Esse método utiliza como principais fontes de coleta de dados:

- registros já existentes, obtidos a partir de fontes primárias e/ou secundárias;
- entrevistas com informantes-chave, utilizando questionários estruturados;
- observação de campo (observações ativas da área e de instituições).

Seu processo de preparação e execução requer alguns cuidados com a coleta e sistematização dos dados das diferentes fontes, a elaboração dos questionários, a seleção e treinamento dos pesquisadores, o reconhecimento da área e a organização do trabalho de campo.

É importante coletar dados do território que permitam, como resultado, construir o perfil demográfico (censo) e epidemiológico da população (morbi-mortalidade e infra-estrutura, como abastecimento de água, rede de esgotos, oferta de equipamentos de saúde e educação, entre outros).

Embora essa abordagem apresente falhas, tais como o despreparo dos pesquisadores, os efeitos da sazonalidade e os problemas da amostragem não representativa, essa metodologia, se usada com bom senso e planeja-

mento criterioso, apresenta resultados importantes sobre um determinado território. Essa técnica permite coletar informações com vistas à elaboração de um plano de ação.

A Estimativa Rápida apóia-se em três princípios:

- coletar apenas dados necessários e pertinentes ao objetivo do programa;
- identificar as informações necessárias e as maneiras aceitáveis pela população local de se obter esses dados;
- envolver a comunidade no exercício da pesquisa, não apenas para realimentar as informações para os planejadores, mas também para se obter maior aceitação numa intervenção futura (ampla interação entre pesquisados e pesquisadores).

As informações na pesquisa de Estimativa Rápida devem ser coletadas através dos "informantes-chave" da comunidade. O uso de informantes representativos da comunidade é fundamental porque eles estarão legitimando o caminho para a aplicação dos resultados. Os pesquisadores precisam acompanhar o processo de escolha desses informantes, visto que eles representam o primeiro contato com a comunidade e a "ponte" para alimentar a pesquisa de informações.

O texto de Acúrcio, F.A.; Santos, M.A.; Ferreira, S.M. A aplicação da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: MENDES, E.V. (org.) **Organização da saúde no nível local**. São Paulo, Hucitec, 1998. Cap. 3, p. 87 a 110, traz de forma detalhada os passos da técnica além de apresentar o relato de experiência de sua aplicação.

Momento 2

Desenhos organizativos da atenção à saúde

Momento 2

Desenhos organizativos da atenção à saúde

Conhecer os desenhos organizativos da atenção à saúde em sua locorregião significa compreender como as ações de intervenção no processo saúde – doença – cuidado estão organizadas e combinadas.

Convidamos você a conhecer a história da organização do sistema de saúde no Brasil e refletir sobre os aspectos tecnoassistenciais que caracterizam a organização dos serviços, da rede, da gestão dos serviços. Os aspectos tecnoassistenciais dizem respeito a como o processo saúde-doença-cuidado é localmente compreendido, às tecnologias desenvolvidas a partir desse conhecimento para intervir na saúde e na doença e às escolhas políticas e éticas que recortam problemas a serem enfrentados pela política de saúde.

Nesse sentido, estamos propondo que, a partir de algumas reflexões, você perceba a dinâmica de funcionamento presente na rede de atenção locorregional e como essa rede se articula com as necessidades de saúde, com o perfil cultural da população que dela faz uso e com as redes sociais que tornam a saúde uma questão de vida.

Salientamos, neste momento, a importância de se pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema de saúde, redesenhando-os a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos, valores e necessidades. Assim, a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão deve viabilizar a construção de um sistema de saúde mais efetivo, humanizado e comprometido com a vida das pessoas. Nesse sentido, um sistema mais aberto aos diferentes modos de vida, possibilitando que a organização da saúde "fale" com as vivências das pessoas, coletivos e grupos sociais.

Atividades

1 – Com base nas suas observações, experiências e conhecimentos, descreva:

- O que você entende por gestão do sistema de saúde?
- Como está organizada a gestão do seu município?
- Como são tomadas as decisões sobre o funcionamento, os temas de trabalho e as prioridades de ação das unidades de saúde?
- Quem participa dessas decisões?
- Como os diferentes serviços de saúde se relacionam dentro do seu município?
- Como seu município se relaciona com os outros municípios de sua locorregião?
- Como a população circula nos serviços de saúde e nos espaços de decisão?

Discuta com o seu tutor e colegas caminhos para obter informações sobre essas questões e os porquês da realidade encontrada.

2 – Veja e reflita sobre o filme:

Se você já viu este filme, veja de novo!

Filme: História das Políticas de Saúde no Brasil

Créditos: CEFOR-SP
(disponível no Pólo de Educação Permanente em Saúde da sua locorregião)

Discuta e registre:

Qual a influência dessa história na organização dos serviços de saúde na sua locorregião?

3. Leia e reflita:

Texto 4 – Desenhos organizativos da atenção à saúde

Para pensar e sentir:

Como você caracteriza o sistema de saúde de seu município/locorregião em relação ao desenho tecnoassistencial? Por quê?

Texto 5 – Integralidade como orientação da saúde

Para pensar e sentir:

Para você, como a integralidade é compreendida na atenção, na gestão, no controle e na participação social, no seu município/locorregião?

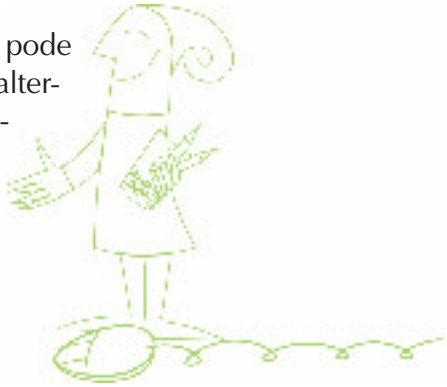
Texto 6 – Malha de cuidados ininterruptos à saúde

Que mudanças são necessárias na organização da gestão e do cuidado para transformar o desenho tecnoassistencial na sua locorregião?

Avaliação

Após a realização das atividades e das leituras, discuta e registre:

A educação permanente em saúde pode contribuir para a construção de novas alternativas, novos circuitos de integração entre os serviços e entre esses e a população? Por quê?



Texto 4

Desenhos organizativos da atenção à saúde

Desenhos organizativos da atenção à saúde

Um *desenho tecnoassistencial* diz respeito à maneira como são organizadas e combinadas, isto é, "desenhadas", numa dada sociedade, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença-rede de atenção. Esse *desenho* comporta aspectos *tecnológicos* e aspectos *assistenciais*.

Neste texto, usamos as designações "desenho" e "tecnoassistencial" em lugar das designações "modelo" e "técnico-assistencial". Você já pensou sobre qual a diferença entre desenho e modelo e qual a diferença entre acoplar a noção de tecnologia ou de técnica à organização da atenção à saúde?

Pois bem, os aspectos *tecnológicos* envolvem não só recursos materiais, científicos e instrumentais ou operacionais, mas também as escolhas estabelecidas para articular e promover conhecimentos, as estratégias de interpretação, de planejamento e de avaliação e o investimento em negociação, pactuação e inovação. É o estatuto tecnológico que permite que, a partir da sensibilidade e do enfrentamento criativo de problemas da realidade, exista a transformação de um conhecimento técnico. Novas práticas de cuidar, tratar ou escutar, isto é, de atenção à saúde, são assim construídas.

Já os aspectos técnicos se referem à construção de saberes *aplicados*, isto é, saberes relativos aos processos, à arte ou aos modos específicos de executar ou fazer algo, resumindo-se aos recursos materiais, científicos e instrumentais ou operacionais que *definem* maneiras, jeitos ou habilidades de atuar na realidade ou de intervir em um dado campo de práticas.

Os aspectos assistenciais envolvem não só a realização de procedimentos clínicos, mas também a trajetória dos atos terapêuticos, a história das ações de saúde e os movimentos de disponibilização ou de incorporação, para o uso social, de modos de cuidar/tratar/escutar.

O desenho tecnoassistencial implementado em cada realidade é revelado pela análise da combinação de um conjunto de *recursos tecnológicos* e de *modalidades assistenciais*, ordenados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e das populações e para a gestão das ações, serviços e sistemas de saúde.

Você já se questionou sobre os aspectos envolvidos na organização e estruturação das estratégias institucionais de atenção à saúde?

Por que preferimos não falar em modelos de atenção?

É o caráter ou possibilidade de difusão de um desenho tecnoassistencial que permite denominá-lo por *modelo.* Mas essa imagem carrega uma noção conservadora, de molde, ao qual devemos nos adaptar, de "receita" para a reprodução das "melhores práticas" em diferentes localidades, regiões e até países.

A idéia de modelo vem das concepções tidas como nobres em relação à eficiência, ao melhor uso dos recursos, à maior produtividade no trabalho e ao alcance de metas "técnicas". Como se as técnicas *definissem o único modo correto de fazer as coisas*.

Vale a pena compreender um pouco melhor como "surgem" as práticas de saúde. As práticas de saúde são práticas sociais, produto das relações sociais. As relações sociais correspondem ao modo como os homens se relacionam entre si e com a natureza.

Os homens, então, agem e pensam condicionados pelas relações sociais em dado momento, em dada sociedade. Portanto, há razões determinadas para que as práticas sociais surjam e se conservem, já que correspondem à satisfação ou ao predomínio de determinados interesses.

No entanto, apesar de ser fruto da ação humana, à medida que uma prática social se estabiliza, se fixa e se repete, ela é convertida a uma *idéia comum.* Daí, passa a ser percebida como se fosse uma coisa em si, existente por si mesma. Deixa de ser percebida como conseqüência das ações humanas.

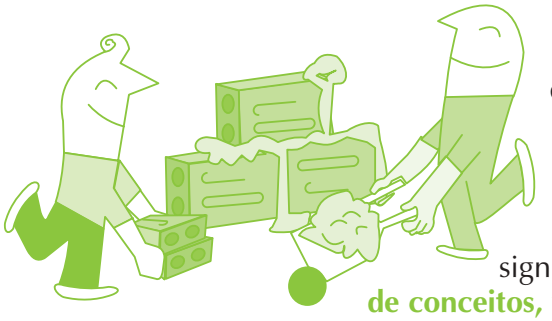
A fixação de uma atividade social, então, impregna o cotidiano da sensação de que as práticas são regras naturais ("é assim porque sempre foi assim"/"sempre foi assim porque deve ser assim"). Os diversos atores envolvidos nas instituições sentem-se constrangidos pelas regras *naturalizadas* e têm dificuldades de mudar o que parece *tão natural* continuar.

Para pensar e sentir:

Você já se sentiu assim no seu trabalho, "esmagado pelo peso das coisas que são como são"?

Você já reparou que, de tempos em tempos, precisamos refletir sobre nosso cotidiano, identificando novas questões e atualizando a forma de enfrentar velhas e novas situações de trabalho?

A noção de desenho deixa mais claro que um modelo é uma configuração provisória de práticas, que representa sempre um embate entre conservação e mudança. Conviver com a mu-



dança permite viver em realidades em construção, promovendo as possibilidades e as escolhas coletivas.

A educação permanente em saúde pode ativar processos vivos de transformação, que questionam o naturalizado (desnaturalizar a realidade significa revelar o processo de **construção de conceitos, valores e práticas**) e possibilitam movimentos propositivos de mudança.

A transformação pode ser criativa, cheia de potência inventiva, como a própria vida. Ao invés de nos sentirmos esmagados pelo peso "das coisas que são como são", podemos resgatar nossa capacidade de ação e encarar as organizações como estruturas vivas, que podem ser do modo como os usuários necessitam que sejam. Organizações vivas em que os trabalhadores sejam incentivados a estar como um coletivo organizado, motivado e responsável.

Como você já viu, as concepções e as práticas de saúde são múltiplas e, ao longo do tempo e da história, umas predominam sobre as outras. Mas nós perdemos, às vezes, essa noção de movimento permanente. Há de se compreender, então, que estão em jogo forças de *conservação* e de *mudança* como em uma luta entre *atos instituídos* e *movimentos instituintes*. Por esse estado de tensão permanente, em todo cenário de práticas, estão presentes possibilidades, escolhas coletivas e construção de realidades.

Outras referências, que não as técnicas e a eficiência, podem ser importantes para definir práticas de saúde. Por exemplo, um problema grave como a mortalidade infantil pode ser enfrentado com recursos baratos e eficazes, todos de caráter técnico comprovado, utilizando-se intensivamente trabalhadores com pequena incorporação de recursos de formação. A mortalidade infantil vai diminuir, mas estaremos passando ao largo das necessidades das pessoas. Deixaremos de enfrentar os efeitos históricos do processo saúde–doença–rede de atenção na vida social e cultural de uma população que vive os sofrimentos da pobreza. Estaremos passando ao largo também dos fatores que promovem a fixação dos profissionais de saúde nos lugares.

Luiz Cecílio (1997) propõe-nos abandonar a "segurança" que a idéia de "modelo" possa nos trazer e assumir uma postura muito mais criativa e "arriscada" de modelar os serviços, tendo como referência as necessidades dos usuários. A liberdade em elaborar novas combinações entre os diferentes recursos de que dispomos e sua relação com o uso social de cada arranjo tecnológico e assistencial será sempre uma tarefa de *desenhar* estratégias *tecnoassistenciais*. Essas estratégias devem estar relacionadas – sempre – com sua utilidade para pessoas e populações.

A noção de desenho permite-nos acenar com os campos de possibilidade como estratégia de gestão, isto é, admitir que nenhum método dispõe da chave do sucesso perfeito.

Construção de conceitos, valores e práticas

Lembra quando discutimos no Momento 1 desta Unidade como o conceito de saúde-doença embasa a construção da política de saúde e dos modos de organização da gestão e do cuidado em saúde?

Você acredita que tais questões tenham alguma importância para pensar e sentir as prioridades indicadas à educação permanente em saúde?

Por que nos referimos ao tecnoassistencial e não ao técnicoassistencial?

Os *aspectos tecnológicos* não se resumem à escolha dos recursos técnicos e científicos. São modulados pelas sucessivas aproximações à realidade, pela sensibilidade diante das necessidades sociais e pela abertura ao contato com as diversidades locais.

Esses aspectos contribuem para desenhar as estratégias tecnoassistenciais por meio do processo de busca permanente de informações; da documentação histórica, legal e sobre as práticas; da articulação entre os recursos físicos, financeiros e de infra-estrutura, destinados ao enfrentamento de problemas, e da interação com as redes sociais de apoio e as de mobilização pela saúde.

Dentre as *modalidades assistenciais*, não existem apenas as alternativas de atendimento ambulatorial e hospitalar. Elas incluem o conjunto de conceitos operados para cuidar, tratar e escutar as necessidades e os direitos de atenção à saúde e o foco das propostas de trabalho. Incluem a escolha de práticas: centradas nos profissionais, nos procedimentos e na tecnologia por equipamentos, centradas nas equipes de saúde, rotinas e protocolos ou centradas nas pessoas e coletividades, por exemplo.

A escolha do desenho tecnoassistencial que melhor responda às necessidades de saúde deve atender aos princípios do SUS: assegurar universalidade de acesso; integralidade da atenção; descentralização da gestão; regionalização da atenção; alta resolubilidade em cada serviço ou em sua articulação em rede intercomplementar; integração intersetorial; fortalecimento das instâncias de pactuação e de controle social e educação permanente dos trabalhadores de saúde.

A escolha do desenho tecnoassistencial deve também preservar e desenvolver a autonomia das pessoas; enfrentar os preconceitos ou privilégios (garantia de igualdade na assistência); garantir o direito dos usuários e populações à informação sobre sua saúde (pessoal e coletiva); tornar conhecida a proposta "arquitetada" para a utilização da rede; incorporar, além dos saberes da saúde, as outras visões de direitos sociais na alocação de recursos e nas orientações programáticas e incentivar, ao máximo, a participação popular.

Todas essas questões devem fazer parte do planejamento de qualquer educação permanente em saúde, demandada por qualquer ponto do sistema de saúde, sob pena de resumir-se a formação ao "modelo técnico".

Por fim, cabe dizer que quando falamos de um desenho tecnoassistencial de um serviço ou de um sistema de saúde, fazemos referência não somente aos programas assistenciais, mas também ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho no setor da saúde.

Essa escolha diz respeito às distintas opções ideológicas, organizacionais e técnicas utilizadas para estruturar o trabalho a ser ofertado, para definir necessidades de saúde e para avaliar os resultados do setor.

O trabalho em equipe ou as práticas profissionais compõem os modos com que oferecemos atenção de saúde, entretanto, isoladamente, elas não

são capazes de qualificar a assistência. As práticas de gestão, a visão sobre o direito à saúde e o estabelecimento de prioridades assistenciais e de promoção de saúde interferem e direcionam as práticas assistenciais.

Na condição de facilitadores de educação permanente em saúde, estamos certos de que a compreensão da "mobilidade dos desenhos tecnoassistenciais", seu "redesenhar permanente" ajudará a detectar caminhos de mudança tecnológica e caminhos de mudança assistencial, ambos capazes de possibilitar o desenvolvimento de estratégias institucionais de atenção à saúde em sua locorregião!

O propósito desta unidade é buscar com você essa compreensão.

Pode ser que você venha a reforçar sua visão a respeito de sua inserção na educação permanente em saúde ou venha a modificá-la e preenchê-la com questões antes imprevistas.

Mas o mais importante é você encontrar maneiras de favorecer um ambiente de trabalho mais criativo, mais inovador e mais orientado à gestão de processos de educação permanente em saúde. Que esses processos se direcionem para a resolução dos nós críticos no ordenamento da gestão, formação, participação e atenção de saúde, estando comprometidos com as necessidades sociais.

Para pensar e sentir:

Como você pensa e sente o Pólo como parte do desenho tecnoassistencial de sua locorregião?

A educação permanente em saúde pode possibilitar que você interrogue a realidade e "pesque" o que nela há de atividade *re-produtiva* e o que há de forças *produtivas* pedindo passagem:

- Qual é o desenho tecnoassistencial vigente?
- Como se dão as disputas de poder entre os vários atores institucionais que sustentam o desenho tecnoassistencial vigente?
- Como os atores incorporam as demandas populares e a satisfação dos usuários em seus projetos?
- Como estão as relações entre os profissionais na assistência e na gestão?
- Onde e como a população participa das decisões?
- Onde e como os trabalhadores e usuários trocam, entre si, e constroem novos saberes?

Essas, entre outras perguntas, ajudam a orientar a definição do quadro de trabalho para processos de educação permanente em saúde.

Desenhos tecnoassistenciais em saúde: o debate acumulado e os vetores ordenadores

No Brasil, ao longo de sua história, alguns desenhos tecnoassistenciais se tornaram predominantes como o da "saúde pública campanhista" e o da "assistência medicalizadora", associados a uma maneira de orientar a formação dos profissionais, conhecida como ***modelo flexneriano***.

Modelo flexneriano
Para maior aprofundamento veja o texto "O Modo Hegemônico de Produção do Cuidado" da Unidade de Aprendizagem: Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

Nesse modelo, a formação e a prática profissional são centradas no Hospital e na utilização intensiva de tecnologias de diagnóstico e de terapêutica. Recorta-se a realidade, na medida que o critério para a priorização de problemas baseia-se na possibilidade de eles serem investigados e/ou tratados por suas tecnologias.

Essa opção de **formação e atuação na saúde** articula-se aos interesses econômicos do mercado de saúde, não necessariamente atendendo aos interesses e necessidades das pessoas e populações.

Formação e atuação na saúde
Você pode retomar estas questões revendo o filme História das Políticas de Saúde do Brasil.

Você consegue perceber isso no seu cotidiano?

Desde a década de 1970, o Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil vem lutando pela difusão de outros desenhos tecnoassistenciais que incorporem outras opções ideológicas, tecnológicas e organizacionais na construção do sistema de saúde.

O que você conhece das lutas pela Reforma Sanitária no Brasil?

Quais os principais desenhos tecnoassistenciais disputados pelos atores envolvidos no processo da Reforma Sanitária?

São várias as alternativas que foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS: Ação Programática ou Programação em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde – Silos; as Cidades Saudáveis ou Saúde Cidade e o Movimento em Defesa da Vida.

Há um certo consenso dessas propostas em torno de alguns eixos orientadores da reformulação dos serviços de saúde:

- a noção de território, que é compreendido não apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história;
- a definição de problema de saúde de maneira mais ampla que as doenças, por meio de uma sistematização de causas e conseqüências das situações que interferem na saúde da população, a programação de ações e da avaliação de seu impacto sobre problemas identificados;

- o estabelecimento de estratégias para a percepção das desigualdades regionais e microrregionais, de forma que seja possível orientar propostas redistributivas de recursos visando à maior eqüidade;
- a reorganização das práticas de saúde privilegiando uma abordagem interdisciplinar na qual epidemiologia, ciências sociais, clínica, educação em saúde e política setorial, entre outros conhecimentos, possam se articular na compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos;
- a ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários, que devem ser compreendidos nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais; desenvolvimento de ações que articulem a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos ou coletividades doentes e a vigilância à saúde (Integralidade na abordagem);
- a revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, a partir do reconhecimento da complexidade da atenção básica em suas relações com a população e seus problemas sanitários. O reconhecimento de que os problemas apresentados pelas populações, em especial na área urbana, requerem uma abordagem multiprofissional e uma articulação em rede (Integralidade na rede de serviços);
- a articulação do setor da saúde com os demais setores de governo na formulação de "políticas saudáveis" para as cidades (Intersetorialidade);
- a gestão democratizada, tendo em vista a horizontalização dos organogramas e a construção de instâncias coletivas de gestão, apontadas como alternativas para possibilitar maior participação dos trabalhadores.

Existem, também, diferenças e lacunas, que podem ser evidenciadas se examinarmos os vetores que definem os focos organizativo, avaliativo ou de prioridades de atenção nos diferentes desenhos tecnoassistenciais propostos:

- **vetor lógico-programático:** propõe uma análise da situação de saúde por meio dos padrões de adoecimento, vulnerabilidade e risco de morte por doenças e agravos. Traz a tendência ao caráter prescritivo ou normativo para os serviços no seu encontro com os usuários, ofertando uma programação que interpreta a população pela sua "curva epidemiológica".
  Esse saber é absolutamente necessário, mas, quando é utilizado para desenhar o sistema de atenção e gestão, leva a uma atuação vertical e de produção de impactos sobre indicadores, enfraquecendo o olhar sobre a produção de acolhimento e escuta às pessoas em suas dificuldades pontuais ou difusas no modo de andar a vida.

- **vetor da intersetorialidade:** propõe uma análise da situação de saúde com base nas condições mais gerais de vida, destacando a necessidade das boas condições de acesso aos bens coletivos, ou seja, a tudo aquilo que entendemos como determinante da qualidade de saúde. Baseia-se na proposta de promoção da saúde e enfatiza a necessidade de articulações intersetoriais, por exemplo, com as áreas de ambiente, educação, atividade física, urbanismo etc. Esse vetor propõe aspectos essenciais para uma política de saúde, mas, quando utilizado para ordenar o sistema oferece poucos elementos para a organização das práticas de atenção e da rede de cuidados, visando à garantia de acesso a todos os recursos assistenciais de que venham a necessitar pessoas e populações.
- **vetor epidemiológico:** uma ampla conjugação do método epidemiológico com o de promoção da saúde, valorizando enormemente a educação em saúde como desenvolvimento da autonomia das pessoas e populações. Configura propostas que consideram os fatores determinantes ou condicionantes da qualidade de saúde, a necessidade de informações e conhecimentos para promover a autonomia e a necessidade de acesso às tecnologias do cuidado com produção de vínculo entre profissionais e equipes de saúde com os usuários.
- **vetor da integralidade:** uma construção mais aberta e, além do reconhecimento de todos os fatores referidos aos demais desenhos, traz ,como destaque, a necessidade de se ter acesso a todas as tecnologias de saúde para a redução de danos e sofrimentos e prolongar a vida. Como integralidade, revela-se em defesa de que as tecnologias de saúde não sejam vistas como as de maior ou de menor importância e que não sejam hierarquizadas entre melhores e secundárias, mas vistas como recursos que precisam ser consumidos na hora certa e no espaço adequado, sejam as imunizações, os grupos com portadores de patologias, o diagnóstico por imagem ou laboratorial, as cirurgias ou os transplantes. Como se trata do sistema de saúde, o encontro com os usuários estende-se desde a participação no cuidado ao controle social sobre o setor.

Ruptura com a dicotomia rede básica – hospitais

A idéia predominante em relação ao desenho tecnoassistencial do sistema de saúde envolve uma *imagem em pirâmide* para a atenção à saúde, bem como a idéia da *complexidade crescente* em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde.

Supõe-se que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência.

Na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando jamais.

Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas.

E por que tem sido tão difícil articular os diferentes serviços do sistema de saúde? Por que não se consegue assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades?

São várias as explicações. Por um lado, ao mesmo tempo em que se atribui um papel crítico à atenção básica, ela é desvalorizada.

Como assim?

Segundo a noção formal da pirâmide, é possível organizar um sistema verticalizado, desenhado com uma base formada pela atenção básica e o topo pelos serviços de *alta tecnicalidade* (concentração de equipamentos e recursos técnicos).

De acordo com essa concepção, os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos e atendem às situações com maior risco de vida. Nesse âmbito, têm grande valor os conhecimentos técnicos necessários, sobretudo, ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, que são valorizados como verdadeiramente científicos.

Como, em geral, não há risco de vida e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto, desvalorizados. Na verdade, enfrentam-se desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida, inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida (relações sociais, violência urbana, gravidez indesejada ou em adolescentes jovens etc). Essa complexidade só pode ser enfrentada com a articulação dos conhecimentos biológicos com outros, advindos de campos como a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outros.

No entanto, muitos admitem a possibilidade de que profissionais menos preparados sejam suficientes para dar conta dos problemas mais simples e para encaminhar os mais complicados. Não reconhecem a especificidade nem a complexidade envolvida nesse trabalho.

Capacidade de reconhecer o contexto, capacidades de comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e de compreender diferentes valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções para situações aparentemente sem saída. Uma formação mais ampla e contextualizada, o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores são fundamentais para tudo isso, mas há pouca ênfase no **desenvolvimento de tecnologias para esses tipos de situações**.

Só os especialistas podem trabalhar num hospital ou num ambulatório de especialidades, mas qualquer médico pode trabalhar na atenção básica. Você já pensou por quê? Quais as conseqüências disso?

Desenvolvimento de tecnologias para esses tipos de situações
Este tema também é trabalhado no momento 3 da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

Um outro aspecto importante é que não se assegura a retaguarda necessária para garantir à atenção básica capacidade de enfrentar efetivamente uma série de situações e agravos. Foi ampliada a cobertura da atenção básica, mas são sérias as limitações para exames laboratoriais e radiológicos ou para apoio nas áreas de reabilitação, saúde mental e outras, indispensáveis para a continuidade da atenção.

Um serviço que não consegue assegurar esse tipo de apoio, acaba se desmoralizando. Muitas pessoas preferem procurar diretamente os hospitais, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será menos complicado.

Por outro lado, os hospitais estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo. Há, também, um profundo desconhecimento sobre a atenção básica e seu potencial de cuidado. Como conseqüência, descontinuidade da atenção, ambulatórios sobrecarregados, população cativa.

Então,

A atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas.

De outra parte, o conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de andar a vida no local ou o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde.

Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como "**malha de cuidado ininterrupto à saúde**" e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos .

A maior parte das propostas tecnoassistencias desenvolvidas para o SUS centram suas propostas na reorganização da atenção básica. Mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde.

Uma mudança importante será desenvolver práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar, tais como a incorporação da presença de acompanhantes e familiares na internação.

Outra mudança será visualizar os serviços básicos, os ambulatórios de especialidades e hospitais gerais ou especializados, formando um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado de serviços, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Por fim, obviamente, é necessário fortalecer a atenção básica como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde.

No lugar formal e burocrático da pirâmide, podem ser desenhados os mais diversos diagramas, dependendo de quais serviços já se dispõe, de quais as características da população e quais as possibilidades de investimento e apoio.

A estrutura e os processos de gestão também constituem-se em grandes desafios. Ainda são incipientes os mecanismos que favoreçam a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais. As instâncias formais de pactuação entre gestores (comissões intergestores), de participação dos trabalhadores (mesas de negociação) e de participação da população (conselhos de saúde) ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção.

Investimentos na capacidade de escuta às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção parecem oferecer maior capacidade de viabilizar gestões participativas.

Há uma carência de processos de avaliação que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam avaliar, também, o desenvolvimento de políticas ou qualitativo das práticas e dos resultados. Alguns autores têm proposto outras abordagens que levam em conta a Integralidade, o processo de trabalho e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários.

Para que seja possível construir esse novo modo na gestão, atenção e controle social, precisamos de um outro perfil de trabalho e de trabalhadores. É aí que a proposta da educação permanente em saúde ganha o vigor, pois tem o potencial de ajudar a pensar o próprio sistema ao realizar a formação e desenvolvimento em saúde. Por meio da educação permanente em saúde, é possível que cada equipe de cada serviço construa espaços coletivos para resolver os problemas enfrentados no trabalho.

Um problema de hipertensão arterial, por exemplo, tem de ser acolhido desde a orientação alimentar com respeito às necessidades e possibilidades pessoais e dos locais de moradia, passando pela orientação e oportunidade de estar em grupo para abordar as questões subjetivas e do andar a vida até a cirurgia e recuperação de uma ponte de safena.

Pouco a pouco parece surgir a possibilidade de trazer aos serviços e à própria lógica de gestão setorial o componente mais subjetivo dos usuários, aquilo que para as pessoas são necessidades de saúde, mas que não se enquadram no referencial técnico-científico hegemônico.

Novos desenhos tecnoassistenciais precisam entrar em curso com referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho. Sabemos que hoje é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares.

Embora muitas formas de modelagem permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde pela educação permanente em saúde, pelo menos no que diz respeito à modelagem dos "corações e mentes".

Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde.

Referências Bibliográficas

CECÍLIO, L. C. O. *Modelos tecnoassistenciais em saúde*: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n.º 3, jul/set 1997, p. 469-478.

SILVA Jr.; A. G. S. *Modelos tecnoassistenciais em saúde*: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. *Modelo de atenção à saúde como contrato social*. Texto apresentado à 11ª CNS.

Texto 5

Integralidade como orientação da saúde

Integralidade como orientação da saúde

Viver não é apenas existir, mas arrancar da existência a vida, onde ela está aprisionada, equilibrada, estabelecida, submetida a uma forma majoritária, a uma gorda saúde dominante. Diante disso, a vida como palpitação, ardência, a ser liberada.

PETER PÁL PELBART

Sem desejar esgotar as discussões sobre os sentidos e impressões acerca da integralidade, este texto se propõe a colocar em cena algumas reflexões ou problematizações sobre o tema. Ele é um convite à exploração de algumas possibilidades de compreensão da integralidade e das implicações para a organização da atenção em saúde e também para a gestão setorial, para a participação popular e o exercício do controle social em saúde e para a formação e educação permanente na área.

A estrutura *racionalista* e das *verdades científicas*, presente desde a nossa entrada na sociedade dos "**tempos modernos**" nos impõe modos frios, rígidos e regrados de ser, sentir, agir, pensar e estar nos coletivos, no trabalho ou na vida.

Tempos modernos
Sugerimos ver o filme Tempos Modernos de Charles Chaplin, disponível em locadoras.

Esse modo de ser, sentir, pensar, agir e estar impõe uma existência pautada pela regularidade, que se afirma no igual e abomina a diversidade de modos de existir, pondo em ação uma prática pedagógica de "saber mais sobre o mesmo", isto, é de conhecer mais daquilo que já conhecemos e não o desconhecido; de aprofundar os termos com que aprendemos a aprender, mas não aprender a desaprender esses termos para ousar invenções de conhecimento (pelo comportamento afetivo diante das coisas; pelo desenvolvimento da sensibilidade para entender o outro, o mundo e as coisas; pelo espírito criativo e investigativo que – cada vez mais – só vemos nas crianças)

e de evitar a educação que não interroga/não põe em dúvida, de fato, a realidade.

A vida que se afirma, nesse caso, é linear, regular e livre de "afecções", evitando as dúvidas, a criação ou a invenção. Tal forma de entender e organizar a vida ou de estar na vida, deve-se, em grande parte, à *ciência positivista*, que pretendeu ensinar a compreender os comportamentos do todo a partir das propriedades de suas partes. Dividir ou repartir em pequenos espaços, a fim de conhecer e explicar fenômenos: tendência a compartimentar o corpo, o trabalho e a vida em sistemas hierárquicos. O desenho ou arranjo organizacional que tem correspondido e dado corpo a essas práticas está bem representado pela pirâmide que é sustentada por uma base que faz, mas não cria e que tem no seu topo, na direção ou gerência, os espaços de comando, controle e criação.

As práticas em saúde, constituídas nessa perspectiva, centram-se em um conjunto de técnicas e procedimentos ou na medicalização das doenças. A saúde, assim produzida, passa a ser um "bem" a serviço da reprodução – conservação – da sociedade e do *status quo* das relações sociais e a doença passa a ser um mal que deverá ser sanado a qualquer custo. Assim, a educação popular em saúde passa a ser informativa, corretiva e indicativa de práticas de higiene e do cuidado de si e o efeito produzido é a separação ou dualidade entre corpo e pensamento, saúde e doença, normal e patológico.

A expressão da relação saúde-doença é colocada numa correlação binária de oposição, como certo e errado, bem e mal, bom e mau, em que a doença é a falta de saúde e o rompimento da harmonia e do equilíbrio humano e a saúde é seu perfeito equilíbrio e enquadramento nas normas padronizadas pela fisiologia ou biologia; como vimos desde o início desta unidade e está abordado, enfaticamente, na Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

O vetor programático ou a saúde pública campanhista de que falávamos nos desenhos organizativos da atenção parece evidenciar essa lógica. Os veículos de comunicação (TV, rádio, *outdoors* etc) e as campanhas, de modo geral, colocam em movimento, por períodos determinados, ações de alcance nacional com temáticas bem específicas, voltadas para públicos bem específicos (mulheres, idosos ou crianças, por exemplo) que alimentam a noção de saúde-doença como acesso ou falta de informação, como cumprimento ou abandono de regras de vida, como fator individual e de decisão pessoal. São, geralmente, ações de caráter preventivo, às vezes, com distribuição de recursos e que implicam mobilização nacional, com farta distribuição de materiais – cartazes, fôlderes e, se for o caso, vacinas, seringas etc.

Execução programática
Esta crítica está apresentada de modo bem mais consistente na Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

"Pacotes de capacitação" são, também, colocados em cada campanha/programa. A cada programa de assistência ou prevenção, um programa de educação que implicará a realização de uma "qualificação" de profissionais, "reciclagem" das equipes de saúde, "supervisão" da

implantação das ações e "mobilização" de multiplicadores. Assim, reproduz-se uma cadeia de comando vertical de **execução programática**.

É possível perceber dicotomias e hierarquizações na organização da atenção, da gestão, da participação social e da formação em saúde? Como?

No que se refere aos atuais desafios do sistema de saúde, é possível perceber que essa "cadeia reprodutiva" perde sentido. A priorização de alternativas e práticas que valorizem o encontro entre profissionais de saúde, gestores, movimentos sociais, usuários e profissionais responsáveis pela formação, parece evidenciar práticas e perspectivas de mudança e reversão das noções "aplicadas" para produzir noções "implicadas".

Se, por um lado, há todo um investimento no uso de tecnologias cada vez mais avançadas para a realização de exames e intervenções clínicas, por outro lado, parece haver, ainda, forte necessidade de trazermos os usuários para o centro das "cenas" de gestão e de atenção à saúde.

Na discussão sobre os desenhos organizativos da atenção, vimos que o centro das abordagens tecnoassistenciais variam: centro em programas, em rotinas, em procedimentos, nos hospitais, nos profissionais etc. Certamente, tal situação aponta para a necessidade de redução no distanciamento constatado na relação trabalhadores-usuários, isto é, entre aqueles que portam algum tipo de necessidade que precisa ser satisfeita (usuários) e aqueles que podem, por meio de suas habilidades e conhecimentos, ofertar estratégias para a satisfação de parte dessas necessidades (trabalhadores/ profissionais/ pessoal da saúde). Colocar os usuários como centro da gestão e da atenção é o primeiro caminho para a integralidade.

Redes, sistemas e integralidade: possibilidades de encontro

Cuidar da saúde de alguém implica competências, habilidades técnico-científicas, mas isso não é tudo: é preciso estar preparado e disponível para o diálogo com interesses de natureza estética, emocional e moral, entre outros, que são muito distintos. Nesse sentido, temos de estabelecer a possibilidade de, na atenção da saúde, realizar mais "bons encontros" do que práticas curativistas de doenças, desconfortos, comportamentos ou orientações pessoal-subjetivas.

Você concorda que essa perspectiva já exista na saúde? Como você percebe a educação permanente para o desenvolvimento de outras habilidades necessárias aos "bons encontros"?

Se, por um lado, nos constituímos como cidadãos, como profissionais ou como trabalhadores numa perspectiva *racional-científica* que produz fragmentação, por outro, acompanhamos, também, as provocações e os efeitos de mudança nesse paradigma. As idéias sobre redes e sobre a perspectiva sensível-aproximativa da realidade para detectar processos sociais podem produzir novidades não somente nos modos de compreensão científica, mas

também sobre a organização da vida, do trabalho e, mais especificamente, sobre as formas de atenção, gestão, participação social e formação para a área da saúde.

À proposta e à constituição do SUS corresponde um conceito de saúde que implica a complexidade, a diversidade e a amplitude da produção da vida humana. Tal como definido na lei, o SUS deve buscar dar conta de pensar e organizar um sistema de saúde que corresponda ao conceito mais abrangente de *saúde como expressão da qualidade de vida*.

Leia o capítulo II da Constituição Federal de 1988 que discute a questão da saúde e a Lei Orgânica da Saúde – (Lei 8080/90 e Lei 8142/90). Você identifica os fatores explicativos da integralidade no texto das leis? Em que aspectos?

Mattos (2003) chama-nos a atenção para o fato de que a disputa pela reforma sanitária brasileira produziu um dos sentidos da integralidade que é o que está gravado na Constituição Federal: a não aceitação de uma política voltada para a oferta de serviços assistenciais descompromissada com as conseqüências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população, bem como a não aceitação do ordenamento de um sistema descontextualizado das necessidades e dos problemas de saúde das pessoas e da população.

Apenas com assistência não seria possível reduzir a magnitude da maioria das doenças. Por isso a integralidade deve estar presente nas práticas de atenção, nos princípios da gestão e na organização das políticas de saúde.

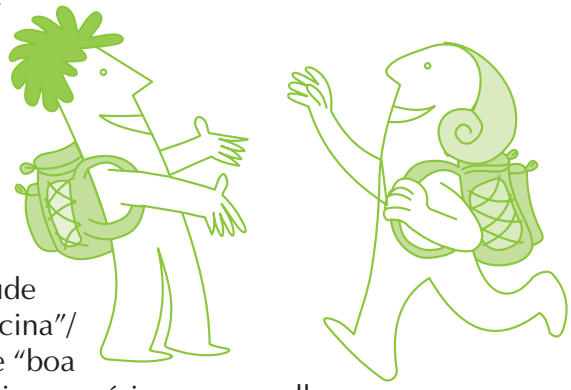
Na disputa pela reforma sanitária, assistiu-se à recusa ao pensamento de que políticas de atenção exclusivamente assistenciais poderiam melhorar a situação de saúde. Destacou-se a importância da formulação de políticas de saúde e não apenas os dispositivos de coordenação e gestão do sistema de serviços. A configuração desejada ao Sistema Único de Saúde deveria envolver o arranjo das instituições/instâncias de formulação das políticas de saúde e de condução da implementação dessas políticas.

Descentralização da gestão setorial, integralidade da atenção à saúde e participação popular com poder deliberativo constituem as diretrizes do SUS, configurando caminhos e formas para a rede definida pela Constituição Federal de 1988 (Art. 198). Essas diretrizes devem indicar os processos e os modos de gestão e a organização do trabalho e das práticas cotidianas. A cada diretriz correspondem possibilidades distintas, mas entrecruzadas, estabelecendo-se rotações de eixo e produção de sentidos.

Colocada essa perspectiva, talvez seja importante e pertinente pensarmos um pouco sobre o sentido ou os sentidos que estamos dando à integralidade. Comecemos por uma definição básica, afirmando que a integralidade é um dos princípios constitucionais e um dos pilares do SUS. Refere-se tanto às pessoas quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual constitui uma *singularidade* com capacidade/poder de introduzir sentidos que "inovam" os sentidos anteriores. A participação muda a atenção e a gestão; a gestão muda a atenção e a participação; a atenção muda a participação e a gestão.

Cada pessoa constitui um todo e é membro de uma coletividade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser compartimentalizadas senão para efeito didático. As unidades constitutivas do sistema configuram também um todo, capaz de propor-se, ou não, como atenção integral. Para Mattos (2001), a integralidade não é apenas um princípio constitucional, mas uma *bandeira de luta*, pois se refere a um conjunto de princípios que apóiam a perspectiva de construção de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Pelo menos três grandes conjuntos de sentidos podem ser identificados para compreender a integralidade: aqueles que a definem como atributo e valor das práticas de cuidado e prestação de serviços de saúde; aqueles que a definem como critério de qualidade e de avaliação para a organização da rede de ações e serviços e aqueles que a definem como explicação das respostas governamentais (as políticas) aos problemas de saúde.



A identificação da integralidade com as práticas de cuidado e prestação de serviços de saúde poderia ser resumida como "prática da boa medicina"/ "traço da boa prática profissional". Esse traço de "boa prática profissional" estaria ligado a não reduzir o usuário aos aparelhos e sistemas do corpo e a criar *espaços de encontro* entre o trabalhador de saúde e o usuário, para que esse possa ser ouvido em todas as suas demandas, lançando mão de todas as tecnologias disponíveis para ampliar a capacidade de atenção.

A produção de cuidado de saúde, nessa perspectiva, requer o concurso de tecnologias de diferentes naturezas: equipamentos e recursos materiais disponíveis, conhecimentos de que cada trabalhador é portador (núcleos de saberes e de práticas) e o recurso às redes de apoio social para a ajuda pontual ou para a ampliação da autonomia das pessoas e coletividades.

Ações cuidadoras sustentadas pela integralidade deveriam estar presentes na preocupação e na prática de todos os trabalhadores, articulando as ações de promoção e as de prevenção, ações voltadas à identificação de riscos, aquelas ligadas ao sofrimento imediato do usuário e as de acolhimento e desenvolvimento da auto-determinação.

Pensando em seu cotidiano, você poderia identificar encontros marcados pela preocupação da integralidade enquanto traço de uma "boa prática profissional"?

Merhy (1997) destaca a importância do investimento nas tecnologias da interação, da escuta e do olhar que consideram acolhimento e produzem autonomia. Para o autor, essas **tecnologias "leves"** permitem e potencializam que a organização do trabalho esteja centrada no **trabalho vivo:** possibilidade de produção de compromisso e implicação na produção do trabalho e dos encontros. A atenção, nessa perspectiva, pode se configurar como dispositivo para respos-

Tecnologias leves e trabalho vivo
Para saber mais sobre as tecnologias leves e duras e trabalho vivo, leia o texto "Processo de Trabalho em Saúde" da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

tas criativas no momento do encontro trabalhador-usuário e igualmente no encontro trabalhador-trabalhador, que sempre é singular (Mishima et al, 2003).

Como vimos na discussão sobre os desenhos tecnoassistencias, os modos tecnológicos de atuar em saúde estão sempre relacionados, social e politicamente, com determinados agrupamentos de força, que têm interesses específicos no que se está produzindo. Isso quer dizer que cada conformação tecnológica impõe suas finalidades nos processos de produção.

O modelo de saúde hegemônico, por exemplo, expressa interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção dos atos em saúde. Esse modelo empobrece ou mesmo anula a dimensão da integralidade, subjugando a clínica à baixa interação com os usuários, bem como à menor produção de autonomia dos mesmos. Esse modelo, também promove a submissão dos processos decisórios sobre a organização do sistema de saúde à busca da padronização do processo saúde-doença, à focalização das intervenções e ao arranjo dicotômico entre "cestas" de ações básicas e filas para serviços altamente especializados.

Dessa forma, fragmentam as populações sob assistência, os cuidados a serem assegurados, os padrões de acesso aos serviços e às tecnologias, as práticas multiprofissionais e tudo o mais que compete contra a integralidade.

A identificação da integralidade com a organização dos serviços e das práticas de saúde busca uma necessária e efetiva horizontalização e articulação entre as ações programáticas presentes nos serviços de saúde. A integralidade como parâmetro contribui para quebrar a dicotomia entre as ações de saúde pública e as assistenciais, assim como o distanciamento e a cisão entre as áreas especializadas.

Nesse sentido, a integralidade pode ser tomada como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, permitindo a ampliação da leitura e intervenção sobre os problemas enfrentados pelos usuários. A organização dos serviços se daria também no sentido de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem.

Para pensar e sentir:

Como você se vê como agente de transformação das práticas de cuidado à saúde, de gestão, de participação social e de formação? É possível identificar, em seu cotidiano, espaços em que se analisem e se articulem as necessidades de saúde à organização da produção de cuidados? Como se dão? Você percebe os sentidos da integralidade na organização da gestão em saúde?

A identificação da integralidade às respostas governamentais a determinados problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos levaria a definição de políticas de atenção e não mais a "programa de assistência" ou "ação programática" para grupos específicos. Essas *políticas* de atenção consideram ações tanto na perspectiva preventiva quanto assistencial, numa direção de contextualizar os grupos sociais atendidos e buscando a ampliação de seus direitos. Para tanto, faz-se necessária a abertura de espaços coletivos de escuta e busca de alternativas às demandas sociais por saúde.

O trabalho em saúde exige o desafio de, no ensino e na prática assistencial, trabalharmos com a possibilidade de potencializarmos a escuta e a construção coletiva das equipes, *em ato*. Implica o encontro das diversas competências dos trabalhadores que se voltam para a produção de cuidados e de uma gestão que faça sentido na vida coletiva. Trabalho que exige rever as relações de poder e mesmo de onipotência de cada trabalhador para que se construa o trabalho em equipe com a intercessão e a articulação de conhecimentos e competências e com a criatividade de diferentes membros da equipe.

Todos os sentidos da integralidade trazidos até aqui parecem evidenciar a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais, com caráter interdisciplinar. A integralidade implica mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde, para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais e entre os profissionais de saúde e os usuários, para que se amplie efetivamente a autonomia dos usuários e coletividades.

Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental e uma estratégia mais exeqüível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atender toda e qualquer necessidade dos usuários, mesmo as não percebidas, ou a tentativa equivocada de atribuir aos profissionais individuais a chave da integralidade.

Considerando as discussões apresentadas e tendo como referência a integralidade, quais os principais problemas que afastam da atenção integral os profissionais, serviços e projetos pedagógicos na sua locorregião?

Referências Bibliográficas

FRANCO, T.; MERHY, E. E. PSF. Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al (org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

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: Uerj/Abrasco, 2001.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco, 2003.

MISHIMA, S. M. et al.. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*: Estudos e Análises. Brasília: MS, 2003.

RIGHI, L. B.. *Poder local e inovação no SUS*. Campinas: Unicamp, 2002. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

SCHAEDLER, L. I.. *Pedagogia cartográfica*: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos. Porto Alegre. UFRGS, 2003. Dissertação de mestrado. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

Texto 6

Malha de cuidados ininterruptos à saúde

Malha de cuidados ininterruptos à saúde

A rede de assistência produzida a partir do modelo científico é uma rede que separa os espaços lucrativos e os não-lucrativos, as ações individuais e as coletivas, a cura e a prevenção. Um exemplo disso é a rede de atenção desenvolvida no Brasil: até a década de 1980, as organizações que se fortaleceram foram aquelas que apresentaram maior capacidade para incorporar equipamentos e algumas especialidades.

A atenção à saúde na década de 1970 propiciava a cristalização de redes de atendimento separadas, destituídas de mecanismos de integração entre elas, privilegiando o setor privado no que dizia respeito à execução dos serviços. A rede de serviços próprios, estruturada antes do processo da Reforma Sanitária foi, depois, subordinada às Secretarias Estaduais de Saúde e, a partir da década de 1980, consolidou-se uma rede sob a gestão do município, mas essa descentralização não implicou, necessariamente, aumento de autonomia desses serviços nem possibilidade de diversificação de seus processos.

De qualquer forma, é importante considerar que a construção do Sistema Único de Saúde e a produção de uma *rede de cuidados* coerente com suas diretrizes esbarram em uma *rede de serviços* e uma *forma de gestão* que carreiam propostas de desenvolvimento organizacional coerentes com outros desenhos organizativos da atenção à saúde, que não o da integralidade.

Veja-se que, para a Constituição Federal de 1988 (Art. 198), as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, da integralidade da atenção, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação social, com poder deliberativo.

Se o sistema deve ser único, devendo ter direção descentralizada, ser pautado pela integralidade e estar sob o interesse dos usuários, a rede de

serviços tem de ser uma rede de cuidados, comportando-se como uma rede única. Nessa, regionalização significa garantia de acessibilidade, dispor de todos os serviços de que se necessite o mais próximo de onde se vive; e hierarquização significa garantia de complementaridade entre os serviços. Com outras formas de gestão não se poderá alcançar a integralidade, corresponder aos interesses dos usuários e nem efetivar um comando único de caráter local (descentralizado).

Diferentes aspectos tecnoassistenciais convivem dentro do SUS. Esses aspectos expressam diferentes desenhos organizativos da atenção, inclusive seu entendimento ao significado de "rede", de "cuidados à saúde" e de "sistemas de referência e contra-referência". Portanto, diferentes formas de regionalizar e hierarquizar.

Um dos significados de rede seria o que trabalha com a regionalização da atenção e com o desenvolvimento de programas de saúde, saindo fortalecidas as unidades básicas e o papel das unidades de referência. O conceito de hierarquização é bastante enfatizado.

Nesse caso, há uma importante aposta na percepção de que a solução para os problemas de saúde está nos locais de moradia, demandando educação para a saúde, saneamento e habitação, seguida da oferta de serviços de porta de entrada ao sistema de saúde. A partir da porta de entrada, há um itinerário de serviços de complexidade crescente.

Esse desenho investe no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em rede e sua expressão na organização da atenção é a estruturação da rede básica e dos processos de hierarquização por encaminhamento e devolução à porta de entrada.

Uma outra noção de rede é a que propõe a hierarquização por níveis de assistência. Nesse tipo de hierarquização, são definidas atribuições para as unidades básicas de saúde (atenção primária), para as unidades de referência (atenção especializada ambulatorial) e para os hospitais (internação). Aposta-se na vigilância à saúde como expressão da integralidade e do contato com os usuários; na atenção básica como atribuição dos municípios; na regionalização como distribuição geográfica dos serviços e na participação social focada na educação popular em saúde.

Trazemos uma terceira noção, esta mais focada nas propostas de gestão democrática: a saúde como direito de cidadania e dever do setor público, voltada para a defesa da vida individual e coletiva. A problematização do conceito de integralidade seria uma de suas características, sendo motivo para a flexibilização dos critérios clássicos de hierarquização. A rede básica seria vista como um lugar estratégico e complexo de atribuições, tanto mais resolutiva para conjuntos cada vez maiores de problemas de saúde conforme puder ser a distribuição das ações e serviços para alcançar a integralidade sem prejuízo da qualidade da atenção. O conjunto da rede de serviços de saúde precisa incorporar as noções de cuidado e integralidade.

Para uma configuração em rede, sob comando único descentralizado, controle social e a integralidade na qualidade da atenção e nas formas de gestão, o SUS precisa investir nas noções de acolhimento, responsabilidade e resolutividade. A forma como os processos de trabalho se estruturam e as

formas de gestão precisam ser colocadas em análise na produção da integralidade e do comando único por esfera de governo sob controle social. A gestão produz atores e não haverá mudança sem a participação dos operadores do SUS, seus trabalhadores.

Procure identificar, na rede de serviços de saúde da sua locorregião, aspectos que você considere mais próximos aos destacados nos diferentes desenhos tecnoassistenciais.
Esses aspectos apontam uma outra forma de organização do SUS em relação à produção de cuidado à saúde, à gestão e ao controle social e participação popular?

O tema de uma rede, de verdade, é o da produção de uma "malha" em que se conquiste a integralidade da atenção pelo conjunto dos serviços e pelo conjunto das ações que se façam necessários. Para que se alcance a integralidade da atenção em saúde pelo itinerário por entre o conjunto das ações e dos serviços, não se poderá pensar em um percurso a base de encaminhamentos, mas um percurso onde, progressivamente, se passa de um âmbito para outro, conforme a capacidade de resposta de cada um. A regionalização e a hierarquização integradas resultariam em uma malha de cuidados ininterruptos, organizados não por complexidade crescente, mas por cuidados progressivos.

A idéia de cuidados progressivos introduz responsabilidade à rede como conjunto diante de cada usuário, como uma pessoa sob o cuidado do sistema de saúde. Isto rompe com a noção de redes variadas que dialogam com problemas, mas não com pessoas. Por isso, a rede deve ser tomada como uma malha e a atenção, como cuidados progressivos ininterruptos (não como referência e contra-referência de cuidados de complexidade crescente ou descendente).

A noção de malha de cuidados ininterruptos à saúde acrescenta uma perspectiva inovadora à agenda dos atores que pretendem construir o Sistema Único de Saúde. Uma forma que responda ao desafio da integralidade, que tome a avaliação de qualidade pelo diálogo com os sentimentos populares e com a plenitude de integração da rede de serviços como rede de cuidados.

Quem produz a nova institucionalidade da rede do SUS? Uma rede como malha de cuidados ininterruptos

A integralidade como modo de organizar as práticas indica a importância da superação dos programas verticais (por exemplo: Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Programa de Atenção à Saúde da Criança, Programa de Atenção à Saúde do Adulto e demais) que desenham estruturas e ações homogêneas, que servem para todo e qualquer usuário pertencente ao grupo em questão e desvalorizam a possibilidade de criação presente nos espaços locais para a produção do cuidado e da gestão.

A perspectiva da rede de atenção integral – e da malha de cuidados progressivos ininterruptos – é a da *heterogênese*, ou seja, produção de novidade/diferença/inovação pelo confronto/contato/afecção de/por diversidades/estranhamentos/singularizações.

A importância dos espaços locais que historicamente foram percebidos como lugares de baixa complexidade, como o município pequeno ou as unidades básicas de bairros ou os serviços das zonas rurais, são os que mais requerem estruturas interdependentes entre as várias modalidades de equipamentos de saúde que se dispuser. Esses locais se constituem em potência para originar arranjos de uma rede que atenda às expectativas, demandas e necessidades das pessoas em relação aos serviços de saúde e mesmo de assistência social.

É possível pensar, a partir da perspectiva colocada acima, a rede de atenção em seu município/locorregião? Por quê?

Na rede de serviços expressa na forma de pirâmide (com serviços de atenção primária localizados na base e serviços de alta complexidade no ápice, com os serviços intermediários de apoio diagnóstico e terapêutico distribuídos hierarquicamente pelo meio), diferentes concepções têm sido utilizadas para cada um dos seus âmbitos hierárquicos.

No desenho da pirâmide, a rede básica revela-se em uma concepção de rede tutelada, sem autonomia, um espaço de execução de programas de saúde e ações primárias. Nessa "rede" constata-se uma certa homogeneidade na formação das equipes, nas propostas de área física e na padronização do processo de trabalho.

Esse é um espaço essencialmente público estatal, em que os processos de gestão se referem aos serviços da rede própria. Os âmbitos mais altos da pirâmide apresentam-se como uma outra concepção de "rede": clínicas, hospitais ou serviços de referência integram-se à atenção, mas mantêm sua identidade. Nesse âmbito, o gestor municipal relaciona-se, prioritariamente, com o setor privado. Os serviços de referência para especialidades, quando ambulatoriais, são executados hegemonicamente por uma "rede" de consultórios privados, cuja principal articulação ou idéia mobilizadora é da venda de serviços.

O principal perigo da forma piramidal é a aceitação de que tudo tende à pirâmide e que a base, tida como pouco complexa, poderia ter normatizadas todas as suas ações. Na maioria das vezes, a noção de território aparece como espaço para a organização da atenção, reduzida à localização de equipamentos e não como espaço político e social no qual estão inscritas vivências, pessoas e populações. Os processos de regionalização da atenção terminam definidos pelos critérios de mercado para o que é mais ou é menos complexo.

Nessa direção, Milton Santos (1997) diz que o problema do âmbito dos serviços previstos ainda está sem solução quando pensamos os territórios políticos da vida coletiva, ou melhor, ainda não foi esboçada uma ação política:

> [...] *a situação atual exige correção urgente, de forma a atribuir à totalidade da população aquele mínimo de condições sem as quais a vida não é digna. Devemos, porém, estar conscientes dos limites da tarefa. Tais limites são, sobretudo, limites estruturais. Parece em primeiro lugar inviável, nas condições presentes, trazer às populações todos os serviços de*

> *que elas necessitam, em virtude da forma como os recursos são alocados; em segundo lugar, é provável que a própria realização de tais serviços, em lugar e tempo inadequado, venha a agravar as condições agora reinantes* (Santos, 1997, p. 81).

Aos procedimentos burocráticos que correspondem à lógica da pirâmide – com definições pré-estabelecidas e resultados prévios aos encontros possíveis – correspondem as formas de ensino, atenção e gestão cristalizadas, com centralização na tomada de decisões. Porém, a defesa que fazemos aqui é a de que a produção da malha de cuidados ininterruptos progressivos à saúde é uma tarefa de todos os espaços de gestão do SUS. O espaço local assume, portanto, a importância de um espaço de produção de alternativas tecnoassistenciais.

Na perspectiva do desenvolvimento de redes, ao trabalhar com a idéia de nós e fluxos de nós interconectados, propomos a imagem do rizoma. Na tensão entre o local e o global e entre a centralização e a descentralização, constroem-se mais do que serviços padronizados por "níveis" de complexidade. Deveríamos mesmo erradicar a noção de "nível", pois essa noção desautonomiza, gera subordinação e dependência, contrariando os princípios do SUS.

A idéia de rizoma é a que mais expressa a noção de rede em malha. Em uma rede como malha não há maior e menor, anterior e posterior, início e fim. Tudo o que há é o tramado, só há meio, "entre-nós", ligações, conexões. Para Deleuze e Guattari, o rizoma (tipo de raiz não axial, mas ramificada) possui alguns princípios que definem seu funcionamento. Esses princípios podem apresentar consonância com os princípios da constituição de rede no SUS: *acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito à informação, responsabilidade, hierarquização e regionalização*.

São princípios de um rizoma:

- *Tramado de malha*: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. O rizoma faz conexões que não obedecem a ordens de hierarquia vertical ou burocrática, atua por *contato* e *contágio mútuo*. Embora suas conexões provoquem modificações nas linhas conectadas e imprimam novas direções e possibilidades, não condicionam as conexões futuras;
- *Conexão entre diversidades:* um rizoma é composto por múltiplas linhas, conectando-se com diferentes tipos de matérias: biológicas, tecnológicas, lingüísticas etc;

- *Heterogeneidade e multiplicidade:* princípio de auto-criação que explica as transformações do rizoma, sem apelar para qualquer instância supostamente exterior.
- *Formas mutantes*: tensão permanente entre o movimento de criação de formas e organizações e o desmachamento dessas mesmas formas (reconfiguração permanente, isto é, mutação permanente das configurações organizadas);
- *Aberto às aprendizagens por sensibilidade*: um rizoma nunca é representacional (representação dada por antecipação). É sempre inventivo, pois é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente;
- *Produtor ativo de política*: o rizoma, como ação política de conexões, pode se converter em prática de desestabilização permanente, atualizando-se constantemente, mesmo sobre mapas previamente traçados ou instituições normativas, sempre disputando pela mudança e por coletivos em gestão.

Tente fazer uma relação entre os princípios do rizoma apontados no texto e os princípios da constituição de rede no SUS: acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito à informação, responsabilidade, hierarquização e regionalização. Não se preocupe se as relações que você estabelecer estarão certas ou erradas, a idéia é possibilitar diversas formas de estabelecer tais relações.

O que aparece em uma rede como único elemento constitutivo é o nó, pouco importam as dimensões de uma rede, uma vez que se pode aumentá-la ou diminuí-la sem que perca suas características de trama. A trama não é definida por sua forma, por seus limites extremos, mas por suas conexões, por seus pontos de convergência e de bifurcação.

Exemplos de rede/trama/malha: redes neuronal e imunológica; redes de informática e da comunicação pela internet. Outras redes são as redes ferroviária, rodoviária, aérea e marítima. Todas são exemplos de figuras que não são definidas por seus limites externos, mas por seus agenciamentos internos. Uma malha não pode ser caracterizada como um todo fechado, dotado de superfície e contorno definidos, mas como uma totalidade aberta, sempre capaz de proliferar, o que se daria por meio de seus nós, suas tramas, suas conexões por todos os lados e em todas as direções.

Percebe-se a potência criativa, o conflito com a ordem, os arranjos arriscados, a ausência de modelos seguros, isto é, a liberdade de combinar e recombinar, tendo como medida conseguir desenhar uma malha de cuidados à saúde. Assim, lugares periféricos, ao contrário da visão hegemônica dos campos do planejamento e da gestão clássicos ou da visão racionalista em saúde, são espaços com potencial para a produção de desenhos organizativos e de redes mais complexos e com maior diversidade tanto nas alternativas de financiamento como da produção do cuidado.

Para Boaventura de Sousa Santos (2000), essa diversidade se deve ao fato de que, em lugares periféricos, a criação de obrigações horizontais sobrepõe-se à criação de obrigações verticais, o que conduz a uma participação mais orientada pelo princípio da coletividade local. Esses lugares – os lugares periféricos – são lugares privilegiados para a invenção de novas formas de produzir a gestão e o cuidado em saúde.

Para pensar e sentir:

No seu espaço locorregional, é possível se pensar em criar essas "obrigações horizontais"? Identifique em sua vivência situações de participação para a construção coletiva de alternativas assistenciais.

Trabalhar na perspectiva de uma malha de cuidados implicará mudança nos processos de gestão

Arranjos organizacionais em rede podem não ser uma total novidade, mas sua potencialidade em configurar os serviços de saúde só foi anunciada pelo SUS. Como estratégia de comunicação e relações, a informática dá corpo às redes. Em termos de cuidado à saúde, a formação de redes parece não só ser imprescindível, como também inevitável à concretização de um SUS que pertença ao andar a vida.

O SUS ainda se ressente de uma proposta em malha de cuidados ininterruptos para fazer corresponder à rede o vetor da integralidade. Enquanto estratégia de organização dos serviços de saúde, o trabalho em malha traz algumas implicações, entre as quais podemos citar:

- *Acessibilidade*: cada nó pode e deve conectar-se a outros nós, o que implica acesso irrestrito da população, de tal forma que quem necessita/quer/deseja atendimento possa ser dignamente acolhido, seja qual for a porta escolhida como meio de acesso;
- *Resolutividade:* o trabalho dos profissionais deixa de ser uma atividade solitária. A perspectiva de equipes multiprofissionais passa a ganhar espaço nos ambientes de trabalho, onde projetos terapêuticos devem ser formulados diante das histórias de vida que chegam aos serviços;
- *Preservação da autonomia:* o trabalho em saúde, constituído em malha, implica capacidade de maleabilidade, demandando, portanto, uma prática de escuta, não só relativa àquele que procura/necessita os serviços, mas entre os diferentes profissionais implicados no atendimento, direta ou indiretamente;
- *Direito à informação e divulgação de informações:* não significa necessariamente que todos deverão saber tudo, mas que devem ser pensadas formas de acessar, discutir, construir/desconstruir desde conceitos até rotinas de trabalho;
- *Responsabilidade:* na relação entre os profissionais e deles com a população. O trabalho em malha traz a possibilidade da invenção

(não só de novas técnicas e tecnologias, mas da vida e de variadas possibilidades de existência) e, portanto, de responsabilização frente ao criado, ao inovado;

- *Regionalização e hierarquização:* cada nó, como uma unidade produzida e produtora de linhas e fluxos, caracteriza-se como ponto de entrada da rede, devendo estar o mais acessível ao usuário, por proximidade geográfica e facilidade de ingresso assistencial, produzindo a intercomplementaridade entre todos os serviços.

Na rede única, fica claro que não se trata mais de fazer corresponder a cada esfera de governo uma única ação, do tipo: governo federal que planeja, estadual que controla e municipal que executa. Talvez a proposta não seja sequer de inverter esses papéis, mas de propor uma construção coletiva e ações conjuntas, em que cada esfera possa compartilhar planejamento, execução e regulação. Trata-se, talvez, de acolher e somar: não mais planejar *ou* executar, mas planejar, *e* executar, *e* controlar.

Em rede única, mudam os movimentos que fazemos como trabalhadores na saúde. Já não podemos ser mais apenas trabalhadores que executam ações centradas na assistência por procedimentos (injeções, curativos, preenchimento de formulários, encaminhamentos), mas trabalhadores que refletem, planejam, propõem e controlam a gestão e as formas do trabalho.

Dessa forma, é especialmente necessária a concepção de apoio matricial para o desenvolvimento de uma malha de cuidados ininterruptos progressivos, sustentada em processos de co-gestão – que indicam o aumento da autonomia de lugares e de atores e, ao mesmo tempo, indicam a necessidade e a valorização dos fluxos, pois o matriciamento só pode se dar por fluxos e transversalidade de conhecimentos e práticas.

Na política de educação permanente em saúde, a roda aparece como uma referência central para a gestão produtora de redes/malhas. Contrapondo as formas tradicionais de gestão, a noção da roda nos serve para provocar um movimento de relativização dos organogramas piramidais e das estruturas ou lógicas verticais de organização do trabalho.

Referências Bibliográficas

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Mil platôs*: capitalismo e esquizofrenia – volume 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A.(Org.) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj: Abrasco, 2001.

MEHRY, E. E.. *Saúde: cartografia do trabalho vivo.* São Paulo, Hucitec, 2002.

RIGHI, L. B.. *Poder local e inovação no SUS.* Campinas: Unicamp, 2002. Tese (doutorado em Saúde Coletiva), Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

SANTOS, B. S.. *A crítica da razão indolente:* contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, M.. *Espaço e método*. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SCHAEDLER, L. I. Pedagogia cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos. Porto Alegre: Ufrgs, 2003. Dissertação (mestrado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

Momento 3

Educação permanente em saúde como estratégia de gestão de coletivos

Educação permanente em saúde como estratégia de gestão de coletivos

O SUS é um sistema de saúde democrático que vem sendo construído a partir dos serviços e práticas de saúde já existentes no país. Esses serviços operavam e ainda operam em outra lógica, alimentada por interesses econômicos e corporativos e por conceitos, idéias e proposições diferentes das do SUS. Essa é parte da explicação para a distância entre determinados enunciados já consagrados da reforma sanitária (integralidade da atenção, conceito ampliado de saúde, intersetorialidade, descentralização, gestão democrática, controle social) e as práticas de saúde vigentes.

Todos e cada um dos trabalhadores do SUS, na atenção e na gestão do sistema, bem como os usuários, têm idéias, conceitos, concepções acerca da saúde, de sua produção, do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada um e cada unidade deve cumprir na prestação de serviços de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera e que cada usuário e cada coletivo expressa suas expectativas, demandas e necessidades.

Para produzir mudanças de práticas de gestão, de atenção e de controle social é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e construir novos pactos de organização do sistema, de convivência e de práticas que aproximem o SUS dos princípios da reforma sanitária, da atenção integral e da qualidade.

A educação permanente em saúde é uma das estratégias que possibilita construir um novo estilo de gestão em que os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social são construídos coletivamente.

Atividades

1 – Veja o filme:

Convide seus colegas para assistir ao filme indicado.

Se você já viu este filme, veja de novo!

Depois, faça uma reflexão/discussão sobre a problemática apresentada no filme.

Filme: O dia em que Dorival encarou a guarda

Diretor:	Jorge Furtado
Elenco:	João Acaiabe
	Pedro Santos
	Zé Adão Barbosa
Ano:	1986
Duração:	14 min

(site www.portacurtas.com.br)

2 – Para sentir e pensar:

Após ver o filme:

- Quais os sentimentos que o filme despertou em você?
- Que lembranças da sua vida e da sua prática o filme traz?
- Que conexões você faz com as discussões propostas nesta unidade?

3 – Leia e reflita:

Texto 7 – A Educação Permanente como estratégia de gestão de coletivos

Avaliação

Após a realização das atividades e da leitura, e considerando seu cotidiano no SUS, exemplifique situações em que a prática de gestão interfere diretamente nas ações e nas relações estabelecidas.

Texto 7

A educação permanente como estratégia de gestão de coletivos

A educação permanente como estratégia de gestão de coletivos

Você já se perguntou por que se fala tanto em crise? Crise da saúde, crise da universidade, crise do trabalho... E não é só aqui no Brasil, não. É uma questão mundial.

Pois é, acontece que, de tempos em tempos, em função de uma série de fatores, a sociedade humana sofre reviravoltas. Uma das mais marcantes foi a Revolução Científica, que começou na época do Renascimento.

O mundo virou do avesso. Rompeu-se de uma vez com o feudalismo, com a vinculação dos homens comuns à propriedade da terra e com o domínio total da Igreja Católica em relação à ciência, à filosofia, aos valores morais e aos comportamentos.

Contestaram-se os limites que eram impostos ao pensamento, à criação e à ação humana em todos os campos. E a ciência passou a se desenvolver utilizando uma metodologia para descobrir o mundo. Essa tecnologia de investigação, a metodologia científica, tornou-se parte de um modo específico de produzir verdades.

Para conhecer o verdadeiro ser do universo, a ciência propôs que fossem abandonadas, por completo, todas as sensações e impressões, desejos e afetos, tudo o que se apresenta como subjetivo. Isso porque a subjetividade não permitiria que se elaborassem proposições científicas rigorosas e universais.

A ciência organizou-se por disciplinas para possibilitar, por meio da especialização, o aprofundamento do conhecimento nas mais diversas áreas. E o conhecimento especializado foi tomado como referência para organizar o mundo em todos os campos, inclusive o trabalho e a saúde.

Pois bem, essa racionalidade vitoriosa, produzida ao longo dos últimos cinco séculos, parece não estar

mais dando conta de responder aos desafios do mundo contemporâneo. Por isso, tantas crises.

A ciência ainda trabalha por disciplinas, que, isoladamente, não dão conta de produzir as respostas necessárias a um mundo em constante e acelerada mutação, que propõe à resolução problemas cada vez mais complexos. Problemas que, para serem resolvidos, pressupõem o diálogo entre saberes, conhecimentos e disciplinas.

Também não há mais lugar para verdades absolutas. Já se sabe que o método científico não é neutro, pois todas as ciências estão baseadas em critérios de seletividade, que não são neutros nem naturais. O desafio que está colocado para a ciência é o de ser capaz de dialogar com todas as formas de conhecimento.

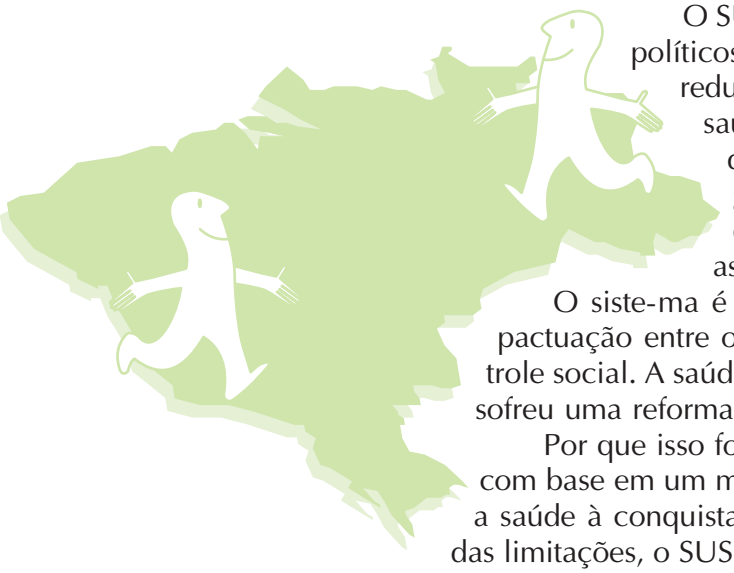
No campo da saúde, há uma incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas. Há problemas graves para o financiamento dos sistemas de saúde, o modelo de atenção predominante não responde às necessidades da população, que também está insatisfeita com a relação com os profissionais da saúde.

Estamos em um daqueles momentos históricos em que surgem muitas dúvidas e questionamentos, em que há busca significativa por alternativas, em que muitas contradições se explicitam.

E, por isso, tantas contraposições: saúde biológico-centrada X produção social da saúde; planejamento normativo X planejamento estratégico; pedagogia da transmissão X pedagogia crítica ou pós-crítica; ciência como única possibilidade de produção do conhecimento X valorização do conhecimento produzido a partir da prática; especialização X transdisciplinaridade.

Outra reviravolta? Parece que sim.

E o que isso tem a ver com o SUS e a educação permanente em saúde? Muita coisa.



O SUS vem conseguindo superar obstáculos políticos importantes. Em tempos de políticas de redução do Estado, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, conseguiu-se assegurar recursos mínimos para o setor. O siste-ma é descentralizado, existem instâncias de pactuação entre os gestores e existem instâncias de controle social. A saúde é um dos únicos setores do Estado que sofreu uma reforma democrática.

Por que isso foi possível? Porque o SUS foi construído com base em um movimento social vigoroso, que associou a saúde à conquista da democracia no país. Assim, apesar das limitações, o SUS conseguiu ser democrático em suas bases institucionais. Foram necessárias estratégias políticas ousadas para assegurar essas conquistas e superar inúmeros ataques.

No entanto, o SUS trabalha com diretrizes, conceitos e propostas de práticas que são contra-hegemônicos na sociedade. Ou seja, sua consolida-

ção implica a superação de conceitos e de práticas sociais que são predominantes há muito tempo. E tem havido muitas dificuldades para conseguir superá-las. Essa é uma das explicações para a dificuldade em operacionalizar propostas como a integralidade e a organização de um sistema de saúde usuário-centrado.

Mas há outras, sobre as quais podemos atuar. Assim como para a construção da institucionalidade do SUS foram adotadas práticas não usuais, mais democráticas, em outros campos a ousadia também se faz necessária. Aliás, indispensável.

Você já pensou sobre isso?
Na sua locorregião, existem práticas democráticas de saúde? Por quê?

As diferentes maneiras de entender a gestão, o trabalho em saúde e a condução das políticas

A racionalidade cartesiana

Tradicionalmente, o Ministério e as Secretarias de Saúde trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado.

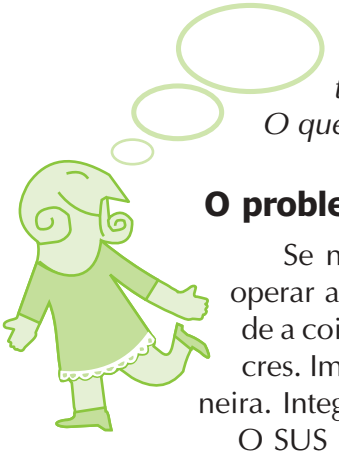
Cada área técnica parte do máximo de conhecimentos acumulados em seu campo e dos princípios políticos considerados mais avançados para examinar os problemas de saúde do país. A partir dessas referências, são propostos os programas de ação e, para a implementação de cada programa de ação, propõe-se uma linha de capacitações.

Os trabalhadores são considerados "caixas vazias", orientadas pelas normas e o trabalho em saúde é organizado de maneira parcelar, de modo que cada profissional é responsável apenas pela realização de uma de suas partes, sem participação e compreensão do todo. A fragmentação do trabalho leva ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização do profissional em relação aos resultados finais. Nessas circunstâncias, produzem-se trabalhadores alienados, insatisfeitos e descomprometidos. Pessoas que realizam um trabalho mecânico, cumprido à custa de mecanismos coercitivos.

Existe, além do mais, uma valorização moral diferenciada do trabalho dos profissionais, particularmente dos médicos. Neste caso, o saber e as práticas dos demais trabalhadores acabam ficando subordinados ao saber e às práticas dos médicos.

Para completar, existe a idéia de que cada serviço corresponde a um todo orgânico, constituído por diversos órgãos, cada um deles com um papel específico a cumprir. À gestão corresponderia todo o conjunto de ações de governo com o objetivo de manter a articulação funcional das partes com o todo. O retrato dessa concepção é um organograma expressando uma estrutura vertical de poder.

Para pensar e sentir:
Você já vivenciou uma experiência desse tipo?
O que ela mobilizou em você?



O problema

Se no campo da produção em geral essa maneira de operar a organização do trabalho traz problemas, em saúde a coisa é ainda mais complicada e os resultados, medíocres. Impossível assegurar qualidade da atenção dessa maneira. Integralidade, então, nem pensar.

O SUS como sistema não tem se preocupado em romper com essas formulações, embora haja muitas experiências inovadoras de gestão e de organização da atenção acontecendo no país.

Ora, um sistema de saúde usuário-centrado somente pode ser construído com trabalhadores que se responsabilizem por seu trabalho, que estejam dispostos a acolher, responsabilizar-se, cuidar. Essa disposição precisa ser construída, mas para isso é preciso disputar concepções de saúde e construir contratos coletivos em defesa da vida; é preciso ter trabalhadores com possibilidade de invenção e criação; é preciso ter trabalhadores e unidades que possam contar com o apoio necessário para enfrentar com responsabilidade, situações que extrapolam sua governabilidade; é preciso fazer política de saúde de modo a fortalecer a capacidade de resposta de gestores e trabalhadores diante das circunstâncias de seu contexto.

Como é possível, então, ficar indiferente à maneira como se organiza a gestão e como se propõem e implementam as políticas de saúde no país?

Uma outra interpretação é possível

Para começar, o trabalho em saúde não é completamente controlável. Como se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização ele está sujeito aos desígnios do trabalhador em questão.

Depois, muito longe de ser uma "caixa vazia", cada trabalhador tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, ou de acordo com seus interesses.

O serviço de saúde, então, é palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador.

Você já vivenciou esse jogo?
Ele era explícito?
Que conseqüências tinha para o trabalho em saúde?

Apesar de formalmente haver uma direção a quem formalmente cabe governar, na verdade todos governam. Carlos Matus diz que todos são agentes da organização (g) e alguns estão em posição de "alta direção" (G). Então, a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia. Ou seja, planeja quem faz.

Quer dizer, então, que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem. Claro que os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de ferramentas, que compõe sua capacidade de governar). Quando um ator "joga bem", pode ampliar sua governabilidade.

A gestão do cotidiano em saúde e suas tensões

Existem, então, pelo menos três campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde:

- O território das práticas de saúde é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo de modo a fazer valer os interesses dos usuários é por meio do controle social e da pactuação política;
- A produção de atos de saúde é um terreno do **trabalho vivo** (isto é, em que predominam as tecnologias leves – relacionais – em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados. Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitam a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção;
- O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Esse também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários);

Trabalho vivo
Para saber mais sobre trabalho vivo e sobre as tecnologias leves e duras, leia o texto "Processo de Trabalho em Saúde" da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

As possibilidades de ação diante desse contexto da produção das ações de saúde

Esses três campos de tensão são lugares estratégicos para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor ou para definir as possibilidades de implementação de um dado desenho organizativo da atenção.

A intervenção pode estar orientada a aumentar a governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, impactando os exercícios privados dos profissionais (restringindo-a, por exemplo, por meio do controle de custos), atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos.

Mas eles podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder.

A educação permanente em saúde como uma estratégia para a gestão de coletivos

Reconhecendo o cenário de disputas e diversidade de compreensões, o primeiro passo é criar oportunidades para a explicitação dos diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde.

Essas oportunidades devem ocorrer em espaços coletivos que tenham como objeto de discussão o processo de trabalho em cada unidade de produção, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido. O primeiro tema em torno do qual se deve buscar construir acordos é exatamente para que serve o trabalho da unidade e o significado do trabalho em saúde.

Essa é uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional. Um espaço com tantos atores, com tanta diversidade de pontos de vista, suscita debates, inquietações, mobilização de afetos e desconfortos.

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a inconformidade (o desconforto com a realidade atual), a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho.

Esse desconforto ou percepção de insuficiência tem de ser intenso, vivido, percebido. Não se produz mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o desconforto e depois a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Conceitos e problemas que pareciam imutáveis, inerentes à contingência das organizações, passam a ser transformáveis, revelando a potência de cada um dos atores na medida de sua participação no coletivo.

Quando nos referimos a espaços coletivos como arranjo organizacional, queremos dizer que são espaços concretos destinados à escuta e à circulação de informação, à elaboração e tomada de decisão. Podem tomar a forma

de equipes de trabalho e grupos. Esses espaços revelam desejos, interesses e posições e podem facilitar o desenvolvimento integral das pessoas.

Cada grupo humano e cada ator dispõem de recursos de interpretação de sua realidade. Esses recursos podem ser potencializados como recursos de poder. Constrói-se poder nos indivíduos e nos coletivos – empoderamento – quando eles põem em ação, de maneira consciente, seus recursos de interpretação e se apropriam de sua experiência.

A construção do processo de ***co-gestão*** cria espaços de ***poder compartilhado*** e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho, podendo contribuir para estimular o compromisso e a responsabilização pelo processo e por seus resultados.

Diferentemente das "caixas vazias" orientadas pelas normas, a partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes, crenças e desejos existentes em um coletivo, pode-se identificar as suas repercussões e construir novos pactos e novos arranjos consensuais entre os atores envolvidos na gestão, na atenção, na formação e no controle social.

É necessário subverter a "ordem" existente na organização tradicional, na qual, em geral, não há espaço nem tempo para escuta e construção coletiva, uma vez que o lugar da tomada de decisão está no ápice da pirâmide (organograma). É necessário descentralizar sem perder o norte e para isso precisamos envolver todos para dar "cara" (identidade) ao coletivo. Portanto, precisamos coletivizar tudo, desde definição de objetivos até os métodos de trabalho.

Construir novos pactos, que coloquem a favor do interesse do público (dos usuários) a relativa autonomia/liberdade de que os trabalhadores de saúde dispõem na concretização de suas práticas.

Construir novos saberes implica identificar interesses; confrontar os saberes anteriores (pré-existentes) com as realidades; desequilibrar certezas ou desestabilizar convicções (rupturas epistemológicas); garantir condições para o diálogo; construir uma nova forma de aproximação, formulação e comunicação com os saberes produzidos.

Para pensar e sentir:

Você já viveu uma experiência de gestão democrática? Que lições você tira dela?

Por que isso é tão importante?

A construção do SUS é um jogo complexo: uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria. Ao mesmo tempo em que avançamos na implementação do sistema público, também o subsistema privado, chamado de complementar, avançou em sua organização.

O SUS herdou um conjunto de serviços – hospitais, ambulatórios e unidades básicas – que funcionavam em estreita relação com os serviços privados por meio da compra de serviços (de internação, laboratoriais e de diagnóstico, por exemplo).

As forças construtoras do SUS lutam por assegurar saúde como direito, acesso universal e eqüidade. Mas não conseguiram transformar a lógica de

distribuição dos recursos, que seguem fortemente orientados à atenção terciária (chamada de alta complexidade), em que estão concentrados os procedimentos e a tecnologia dura. Esse segmento é remunerado a preços de mercado, ao contrário de tudo mais no sistema.

Você já se perguntou por quê?

O sub-sistema privado reforça, na sociedade e junto aos profissionais de saúde, valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde traduzido como direito a consumir serviços médicos. A valorização dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional. A supervalorização do trabalho do médico em detrimento dos demais profissionais de saúde. A centralidade do hospital por ser o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura.

Essas idéias são predominantes na sociedade. Essas idéias orientam a formação dos profissionais de saúde. Essas idéias estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Mas, ao mesmo tempo, há insatisfação e crítica. Há percepção, por parte de vários atores, dos problemas, insuficiências e contradições que essas idéias predominantes provocam. Há insatisfação da população com a qualidade da atenção. Há insatisfação dos profissionais com as oportunidades de prática que lhes são oferecidas. E há propostas alternativas e forças sociais disputando por outra proposta.

A grande possibilidade de quebra da lógica predominante é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde. Por isso é tão importante transformar a gestão e criar a possibilidade de que, no espaço coletivo, as pessoas descubram que têm o poder de mudar, que os desconfortos possam ser trabalhados na direção da construção de outras interpretações, outras práticas e outros compromissos com o público.

Por isso a educação permanente é tão importante. Possibilita operar uma dinâmica inovadora de relações e conceitos. E é assim que o mundo vai mudar: pela transformação do poder em autoridade compartilhada, do direito despótico em direito democrático e do conhecimento-regulação em conhecimento-emancipação, em todos os espaços da vida humana.

A modo de síntese

A Educação Permanente em Saúde possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho (formação, atenção, gestão, controle social), seu "alvo" são as equipes (unidades de produção), seu lócus de operação são os coletivos, pois o olhar "do outro" é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de "incômodos".

As possibilidades de inovação e mudança das concepções e práticas de saúde dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão dos processos de trabalho.

Exatamente por ser uma estratégia para a aprendizagem coletiva a partir das práticas e do trabalho é que a Educação Permanente em Saúde é parte constitutiva da gestão democrática: ela é uma estratégia para a gestão de coletivos.

A Educação Permanente é uma oportunidade para produzir diálogo e cooperação entre os profissionais, entre os serviços (hospital e rede básica, por exemplo) e entre gestão, atenção, formação e controle social – para que as áreas se potencializem e ampliem a potência do sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade.

É uma oportunidade de construir pactos para ampliar os compromissos com o interesse público, usando dos espaços de liberdade que a prática em saúde proporciona.

A Educação Permanente em Saúde concretiza-se plenamente, sendo parte constitutiva da agenda dos gestores do SUS, como estratégia indispensável para a construção do SUS que queremos.

Referências Bibliográficas

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E; CHACKOUR, M. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Momento 4

Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde

Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde

A construção de maneiras mais democráticas de organizar a gestão do SUS pressupõe uma releitura de ferramentas comumente usadas nesse campo.

Planejar e avaliar são processos presentes no nosso cotidiano, da mesma forma que a informação é necessária para qualquer ação ou decisão. Nesse sentido, a informação, além de ser uma ferramenta para o planejamento e avaliação em saúde, é também considerada um instrumento necessário para a análise dos sentidos das ações, na busca da abertura de novas possibilidades do agir em saúde.

Para planejar, é necessário desenvolver ou potencializar habilidades, tais como a capacidade de compreender o contexto, dialogar, negociar, produzir acordos. É também importante mediar conflitos, assegurar a articulação entre os propósitos e os objetivos políticos com as estratégias definidas e os resultados esperados, bem como avaliar sistematicamente as ações e os resultados alcançados.

Assim, aqui estão apresentados alguns elementos acerca da informação, do planejamento e da avaliação que ajudam na construção das ações de educação permanente.

Atividades

1 – Com base nas suas experiências, reflita:

- Uma mesma informação pode gerar diferentes interpretações e conduzir diferentes formas de ação. Por quê?
- No seu dia-a-dia, como você obtém informações para realizar suas atividades?
- Como as informações em saúde são divulgadas e discutidas com os diferentes atores?
- Qual a sua experiência com atividades de planejamento e avaliação?
- Quem são os atores envolvidos com o planejamento e avaliação das ações?

2 – Leia e reflita:

***Texto 8* – Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde**

Para pensar e sentir:

– Quais informações são necessárias ao planejamento da ação de educação permanente em saúde que você irá desenvolver?

– Como pode se pensar em estruturar um processo de planejamento mais coletivo?

3 – Com base na sua vivência como facilitador, reflita:

- Que elementos são necessários para você planejar estrategicamente sua ação como facilitador?
- Como abordar de "forma ampliada" os problemas colocados pelo Pólo para que você desenvolva ações de educação permanente em saúde?
- Que recursos você precisará para implementar ações de educação permanente com vistas a sua viabilização técnica, material, pedagógica e política?
- Quais estratégias de avaliação você poderá utilizar no desenvolvimento da ação de educação permanente em saúde na sua locorregião?

Avaliação

Como está sendo o processo de planejamento da ação de educação permanente no Pólo de sua locorregião?

Considere, por exemplo:

- informações utilizadas para análise do problema;
- interação com os atores envolvidos com o problema;
- recursos utilizados;
- estratégias de operacionalização, acompanhamento e avaliação;
- outros elementos que você julgar importantes.

Texto 8

Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde

Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde

1. Alguns elementos sobre a questão da informação

A informação é necessária para qualquer ação ou decisão na vida cotidiana, já que é um insumo para os processos decisórios próprios de instituições e pessoas.

O processo de produção da informação envolve um conjunto de elementos, que incluem a definição de intencionalidades e objetivos – que orientam o desenho e a coleta de dados, bem como sua interpretação e utilização.

O **dado**, quantitativo ou qualitativo, é o elemento básico, em forma bruta, para a produção da informação, mas ele, por si só, não permite compreender os fatos ou situações. A **informação** é o produto da análise contextualizada de dados.

A informação propicia a produção ou transmissão de conhecimento e deve iluminar a compreensão de fatos e situações. A informação nunca é neutra, pois reflete concepções, valores, intenções, visões de mundo e outras particularidades de quem a produz, utiliza e interpreta.

Na área da Saúde, a informação é produzida com diversas finalidades. Por exemplo, com o objetivo de identificar problemas de saúde, individuais ou coletivos, de uma população. Também pode ser produzida para ampliar o conhecimento sobre o funcionamento do próprio sistema de saúde, de suas unidades e de suas equipes de trabalho. Ou ainda, para se conhecer a opinião dos usuários sobre os serviços de saúde ou para fornecer elementos para avaliar a aplicação dos recursos etc. Ou seja, trata-se de fornecer elementos para a análise de uma situação, a partir da identificação da necessidade de conhecer mais sobre problemas ou questões relevantes, contribuin-

do para o conhecimento da realidade sócio-econômica, demográfica, epidemiológica, da organização do sistema, da atenção etc.

A **Informação em Saúde** deve ser entendida como um instrumento de apoio à decisão para o planejamento, gestão, organização e avaliação, nos diferentes níveis que constituem o Sistema Único de Saúde, incluindo o controle social, a população em geral e seus diferentes tipos de organização (ONGs, sindicatos, universidades etc).

Um conjunto de procedimentos organizados para produzir informação de apoio a uma organização configura um **Sistema de Informação** (SI). Um Sistema de Informação não é um mero aglomerado de informações: envolve pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações. Por meio dele coletam-se, armazenam-se, processam-se, recuperam-se **dados** (de maneira informatizada ou não), disponibilizando-os aos usuários (indivíduos ou grupos que demandaram o levantamento dos dados), que irão interpretá-los.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde. Um dos objetivos do Sistema de Informação em Saúde, na concepção do SUS, é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local considerando a influência das condições de vida da população no processo saúde-doença e orientar a tomada de decisão.

Na área da saúde, além dos sistemas voltados para a informação epidemiológica (mortalidade, morbidade e seus determinantes) e sobre as condições de vida da população (aspectos demográficos, sociais e econômicos), há os sistemas mais diretamente relacionados à gestão e organização do sistema, voltados para a informação sobre as condições da oferta de serviços (produção e utilização, qualidade do serviço e grau de satisfação do usuário), orçamento, pessoal, medicamentos, etc. O SIS também é uma ferramenta importante para a reflexão sobre os processos de trabalho nas instituições prestadoras de serviços.

A descentralização, princípio constitucional do SUS, implica a necessidade de o município, os distritos, as unidades de saúde, os profissionais, os conselhos de saúde e outras organizações da população participarem ativamente da produção dos dados e também de serem capazes de organizá-los, analisá-los e utilizá-los para identificar problemas, caracterizá-los, estabelecer prioridades, propor estratégias para seu enfrentamento e mobilizar pessoas e recursos para que as ações sejam concretizadas. É importante, também, que a informação produzida seja divulgada a quem produz o dado, para quem planeja ações de saúde e à população em geral, particularmente a diretamente afetada pelo problema ou usuária do sistema de saúde em dada região.

Quem coleta os dados de saúde na sua locorregião?
Os municípios/distritos/unidades de saúde/conselhos de saúde da sua locorregião têm acesso/trabalham com as informações em saúde das respectivas áreas? Como? Por quê?

E os usuários e os movimentos sociais de sua área trabalham com que tipo de informações? Como fazem para obtê-la?

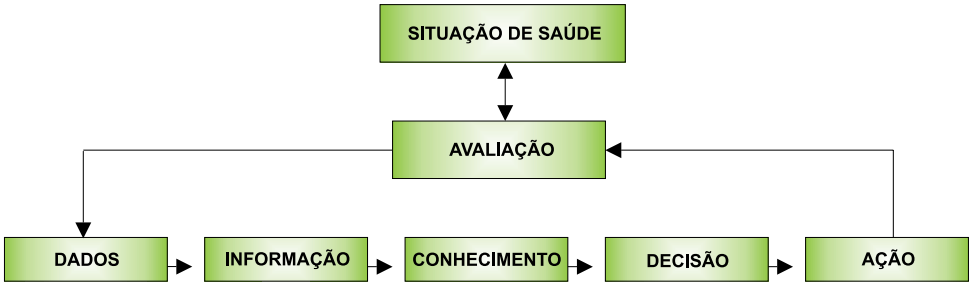
Você conhece as informações de saúde da sua locorregião? Como as utiliza em seu trabalho ou ação em saúde?

As informações podem ser obtidas por meio de diversas fontes, incluindo censos, pesquisas populacionais (IBGE – Censo Demográfico, Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios – PNAD), estatísticas vitais, dados (de diversas ordens) produzidos nos serviços etc.

Nem sempre os dados disponíveis nos sistemas de informação existentes são suficientes para caracterizar um problema ou uma situação que se quer conhecer e, então, é necessário produzir outras informações. Isso pode ser feito mediante diferentes tipos de levantamentos, dependendo das necessidades: entrevistas, pesquisa em prontuários, grupos focais, questionários, observação dos processos de trabalho etc. É importante ter clareza do que se quer levantar para não ampliar ou reduzir excessivamente o contexto do trabalho.

O aperfeiçoamento dos sistemas de informação está diretamente relacionado ao manuseio das bases de dados pelos usuários. O uso da informação produzida contribui para melhorar sua qualidade, para identificar erros e falhas, estimulando o aperfeiçoamento do trabalho de quem produz o dado.

O diagrama abaixo mostra, de forma sintética, a dinâmica de um Sistema de Informação em Saúde.



Quadro apresentado por FERREIRA, S.M.G. retirado do Caderno Vigilância Sanitária organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Gustavo Furquim Werneck. Belo Horizonte: Coopmed, 2001 (Cadernos de Saúde, 4)

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) foi criada visando articular, por meio de parcerias, entidades técnicas e científicas nacionais envolvidas na produção e análise de dados para compreensão da realidade de saúde brasileira e suas tendências. Na página eletrônica da RIPSA[3], é possível obter maiores informações e ter acesso a seus produtos.

É importante citar ainda a utilização de **Sistema de Informações Geográficas – SIG** na área da saúde, que é um sistema digital de captura,

3. http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/ripsa/index.cfm

Indicadores do Pacto da Atenção Básica
Os Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2004 para os municípios, segundo número de habitantes e Estado, estão disponíveis no site do Ministério da Saúde – http://portalweb01.saude.gov.br/pacto2004/portaria2004.doc

armazenamento, recuperação, análise e apresentação de dados espaciais. É uma ferramenta que permite a integração de informações sobre a saúde da população por meio da localização espacial. Sua grande contribuição está na agilidade para construção de cenários, facilitando a análise.

Indicadores de saúde são parâmetros construídos a partir de dados fornecidos pelos SIS com o objetivo de mensurar as atividades realizadas ou o grau de risco de um evento ou agravo à saúde. Trata-se de atribuir valor aos dados, permitindo comparações: dentro de uma mesma instituição, ao longo do tempo, entre instituições, municípios, estados, regiões ou países.

Os indicadores de saúde são um dos elementos utilizados para estabelecer prioridades, objetivos e definir metas a alcançar dentro do sistema. Alguns deles compõem a base para a pactuação de metas entre as esferas de governo que compõem o SUS, como, por exemplo, os **indicadores do Pacto da Atenção Básica** (PAB) selecionados e pactuados anualmente.

A Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD[4] é composta por um conjunto de indicadores de gestão, relacionados a metas, execução física e financeira, pactuados pelos Estados e Municípios anualmente. A Instrução Normativa nº 2 da FUNASA estabelece os procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da PPI-ECD.

Em poucas situações, entretanto, os Sistemas de Informação têm sido utilizados para analisar a organização e a qualidade da atenção ou a dinâmica de trabalho das equipes de saúde.

Por que você acha que isso acontece?

Um indicador, de forma isolada, não é capaz de dar conta da realidade. Em geral é necessário um grupo deles para caracterizar determinada situação. Além disso, os dados dos sistemas de informação existentes e os indicadores de saúde são apenas parte do que é necessário para conhecer uma situação. Ou seja, os dados e as informações servem para caracterizar, para descrever uma situação, mas não são suficientes para explicá-la. Para chegar lá, a contextualização das informações no tempo, no espaço e na sociedade são fundamentais. Como fazê-lo?

Há várias maneiras de construir o conhecimento sobre uma dada situação. A diferença tem a ver com o modo de encarar a realidade, o planejamento e as maneiras de intervir sobre os problemas.

O conceito de *diagnóstico,* oriundo da medicina, pressupõe ser possível encontrar uma explicação científica, objetiva e rigorosa e, portanto, *espelho da verdade*, para o que se encontra na realidade epidemiológica, social, da vida. O diagnóstico, portanto, deveria ser único e válido para todos e essa é a base do planejamento tradicional – o planejamento normativo, que só leva em conta o ponto de vista de um ator, aquele que planeja, geralmente o governo ou a direção das instituições.

A *análise de situação* pressupõe que a realidade é produto de um jogo entre vários atores e que os diferentes jogadores explicam a realidade da

4. Informações sobre os indicadores da PPI-ECD e suas metas http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ppi03/ppi03.htm

vida, do jogo a partir de seu ponto de vista. Todos podem partir dos mesmos dados e informações e fazerem uma leitura diferente a respeito deles. Ou seja, dependendo da *lente* com que olha a realidade, dependendo *do lugar onde está posicionado*, cada ator retira da realidade, constrói uma determinada explicação dos fatos.

Ou seja, toda explicação é dada por alguém e esse alguém é humano, tem seus valores, suas ideologias e seus interesses. Sua leitura está carregada de subjetividade e movida por um propósito, por seus interesses em relação ao tema em questão.

Segundo esse referencial, que é o do planejamento estratégico situacional, então, a realidade não é explicável por sua simples descrição, mas pelas *leituras* que os diferentes atores fazem dela, sob diferentes códigos, postos de interpretação, de acordo com seus interesses e lugares. Ou seja, a análise de situação nos obriga a determinar *quem explica*, implica *diferenciar as explicações e compreender suas diferentes lógicas.*

Lembra-se da história do copo com água até a metade? Cheio ou vazio até a metade, dependendo do olhar de quem o vê.
Você se lembra de alguma situação – no seu trabalho ou em sua ação social em saúde – em que os diferentes olhares sobre uma mesma situação produziram explicações e propostas distintas?

Para a educação permanente em saúde essa questão é fundamental, pois ela parte do princípio de que todos os atores da saúde interferem em sua produção de acordo com seus pontos de vista e seus interesses.

Imagine uma equipe de saúde: como será possível construir uma dinâmica de trabalho sem saber desde que ponto de vista cada um dos trabalhadores opera?

Geralmente "supomos" que existe acordo sobre uma série de questões. Por exemplo, **todos** estão interessados em oferecer uma atenção à saúde de qualidade. Mas, já sabemos, cada um dos membros de uma equipe entende saúde e qualidade da atenção de maneira diferente. Sem conversar sobre isso, sem criar oportunidades para que os diferentes pontos de vista se expressem, é muito difícil construir **acordos**. E aí surgem ruídos, diferentes interpretações sobre fatos, sobre necessidades, sobre problemas.

Para organizar um trabalho que envolve tantos atores e em que cada um tem um grau significativo de autonomia em seu campo de atuação, é fundamental entender o outro. Não necessariamente para concordar com ele, mas para saber desde onde ele fala e com que valores está trabalhando.

Para transformar uma realidade, então, é indispensável conhecê-la muito bem: caracterizá-la e entender como cada ator envolvido entra no jogo, construindo sua parte da realidade e sua explicação sobre ela.

Por exemplo, vamos supor que na sua locorregião o problema identificado como prioritário para a educação permanente tenha sido a elevada taxa de mortalidade materna. Para agir sobre esse problema – nesse caso expresso por meio de um indicador de saúde – é preciso compreender sua explicação.

Será preciso localizar, no território, o local em que as mortes acontecem – ou seja, identificar o(s) serviço(s) de saúde envolvido(s): quem são os profissionais de saúde implicados, quem são e de onde vêm as mulheres que morreram (como era sua família, como moravam, viviam, trabalhavam etc), saber se fizeram e como foi feito seu acompanhamento pré-natal (onde, quem, como, quando), saber como foi (onde, quem, como, quando) o atendimento durante o trabalho de parto e, *MUITO IMPORTANTE*, compreender a visão de cada um dos atores (pessoas e coletivos) sobre a situação (o atendimento ao pré-natal e ao parto, em geral, e nesses casos, em particular).

Como você vê, somente o indicador e os dados de produção das unidades de saúde não serão suficientes para compreender as explicações do problema. Mais ainda, o olhar de cada um dos atores envolvidos é fundamental para a construção de possíveis soluções.

Ou seja, vai ser preciso compreender a dinâmica das equipes (de atenção e de gestão) envolvidas na atenção pré-natal e hospitalar, bem como a relação entre as diferentes unidades e equipes (e se os serviços estiverem localizados em diferentes distritos ou municípios, a dinâmica de relação entre os gestores); vai ser preciso compreender a utilização que a população local faz dos serviços de saúde e sua relação com cada um deles. E todos esses atores terão de ser parte ativa da construção da explicação do problema, de sua problematização, bem como da proposição e implementação de alternativas.

Como você analisa o processo de eleição do problema a ser trabalhado por você na educação permanente?
Foi construída uma explicação coletiva sobre ele? Essa explicação contou com a participação de todos os atores-chave envolvidos? O que você vai fazer, então, a partir dessas reflexões?

2. Alguns elementos de planejamento úteis para pensar a educação permanente em saúde

A educação permanente em saúde oferece à gestão do sistema, das unidades e das equipes elementos, recursos e estratégias pedagógicas que são fundamentais para a produção de mudanças de pensamento e de práticas. Na verdade, a educação permanente é constitutiva de estilos democráticos de gestão, como você pôde conhecer no Texto 7, desta Unidade.

Uma idéia importante a destacar é que a educação permanente em saúde não trabalha com problemas em abstrato nem trata os problemas de maneira genérica ou geral. Tomemos novamente como exemplo a mortalidade materna, que é um problema presente em todo o Brasil.

Para a educação permanente em saúde, o indicador de mortalidade materna não é suficiente para que compreendamos esse problema. Certamente, as causas da mortalidade materna são diferentes em cada lugar do país e, para enfrentá-las, é preciso que localizemos esse problema em cada território.

Território que não é só uma delimitação geográfica de algum lugar, mas um determinado espaço, ocupado historicamente por uma população. Em

alguns municípios, certas comunidades são cortadas por acidentes topográficos que caracterizam os limites geográficos entre municípios. Entretanto, às vezes, a ocupação daquela localidade se deu com famílias migrantes oriundas de uma mesma região, com determinados costumes e modos de levar a vida que conferem identidade própria e única àquela comunidade – dividida pela geopolítica.

Ou, por outro lado, algumas localidades, mesmo bem delimitadas geograficamente, são habitadas por uma heterogeneidade de grupos populacionais, o que torna necessário subdividi-las para melhor compreensão das questões de saúde e doença. A determinação de território pressupõe essas possibilidades de análise a partir da característica dos grupos populacionais que o ocupam.

Em cada território, o sistema de saúde está organizado de maneira diferente, dispõe de recursos diferentes, obedece a uma certa lógica de gestão, conta com profissionais de saúde diferentes. E todos esses elementos, como já vimos, interferem na produção do problema Mortalidade Materna.

A formulação de propostas de atividades ou operações para dar conta de reduzir a Mortalidade Materna, um problema nacional, carece, portanto, de uma contextualização, da compreensão de suas explicações específicas em cada lugar do país – região, microrregião, município, distrito – conforme as características de organização do sistema.

É muito comum vermos certos gestores, às vezes cobertos de boas intenções, terem sérias dificuldades na implementação de seus projetos. Na maioria das vezes, o motivo está no choque de visões e interesses daqueles que gerenciam com aqueles que executam ou se beneficiariam dessas ações. Outras vezes, acontece de as propostas, apesar de endereçarem problemas importantes e reconhecidos por todos, estarem orientadas por explicações que não correspondem às que efetivamente estão em ação.

Quando um problema nacional como a mortalidade materna é abordado de maneira genérica, trabalha-se com explicações genéricas, perde-se a possibilidade de captar sua gênese específica e a potência das soluções propostas diminui drasticamente.

Em geral, essas abordagens genéricas levam à identificação de uma única possibilidade de explicação, que é a falta de conhecimento das equipes da atenção à saúde em relação tema. E aí, invariavelmente, é proposta uma capacitação para resolver o assunto.

Pode ser que exista mesmo a necessidade de ampliar os conhecimentos a respeito dos cuidados pré-natais, da atenção ao parto e ao recém-nascido.

Mas será que todas as equipes de saúde do Brasil desconhecem os mesmos aspectos do problema? Como seria possível, então, definir uma capacitação nacional?

E se uma das causas da má qualidade do pré-natal em uma região estiver relacionada à dinâmica da equipe de saúde, que limita a possibilidade das visitas domiciliares ou o diálogo entre os profissionais para uma boa interação com os usuários? E se, como acontece em partes da região norte do país, o problema estiver relacionado à migração da população ao longo do ano

por conta do trabalho sazonal – aí a solução tem a ver com uma boa relação com a população para saber quando e para onde vai ser a mudança e com uma boa comunicação entre as unidades para transferir o acompanhamento das pessoas. E se o problema for dificuldade de acesso à atenção ao parto? E se o problema for a falta de profissionais nas maternidades? Em todos esses casos, a capacitação não será uma boa estratégia para o enfrentamento do problema Mortalidade Materna.

Ou seja, identifica-se um problema relevante, mas não se conhece bem sua explicação e, então, a estratégia de enfrentamento proposta resulta equivocada e ineficaz. Por essa razão, tanto o planejamento das ações e serviços de saúde como as ações de educação permanente, têm de estar baseados em um bom *processamento dos problemas*, que envolva a participação de todos os atores implicados (ou de todos os que pudermos reunir).

Você já viveu uma situação como essa? Quais foram as conseqüências?

Mas o que é mesmo um ***problema***?

Problema
Veja mais sobre esse tema na Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no cotidiano do trabalho em Saúde!

Problema é uma *brecha entre um aspecto da realidade e um valor ou desejo sobre como deveria ser essa realidade para um determinado observador* (individual ou coletivo).

Então, os problemas não existem independentemente da existência dos atores. Ou seja, para nós não existem problemas e sim atores que problematizam uma dada realidade. Os problemas são, necessariamente, subjetivos porque são produtos da percepção das pessoas individualmente ou de coletivos de pessoas.

Existem vários tipos de abordagem para compreender a natureza dos problemas. Uma delas classifica os problemas em *estruturados* e *quase-estruturados*. Os problemas quase-estruturados são problemas complexos, em que há dificuldades para enumerar todas as causas; portanto, são multicausais. A maior parte dos problemas com que trabalhamos na área da saúde pertencem a esta categoria, de quase-estruturados, pois há causas biológicas, sociais, culturais, de organização dos serviços, das práticas de saúde envolvidas em sua explicação.

Outra abordagem classifica os problemas em *intermediários* e *finais*. Os problemas finais são os vividos pelos usuários – do sistema de saúde ou da escola, por exemplo. Os problemas intermediários são aqueles que vivemos no cotidiano das organizações (serviços de saúde e escolas, por exemplo) e que interferem na qualidade do seu produto final. Para atingir os problemas finais é preciso enfrentar os problemas intermediários, mas é importante não perder a referência e ficar emaranhado nos problemas intermediários. Então é preciso ter claro que o alvo a ser atingido para resolver uma situação são os problemas finais e é a sua modificação que mede o sucesso de nossas ações transformadoras.

Processando um problema:

a) descrição do problema:
A descrição de um problema serve para caracterizá-lo da melhor maneira possível, para que não haja dúvida a respeito de qual é o tema efetivamente tratado e, para isso, usamos os chamados *descritores*. O descritor quantifica ou qualifica direta ou indiretamente o problema. De modo geral, podemos descrever um problema utilizando poucos descritores, de modo a deixar clara sua natureza e sua dimensão ou gravidade.

b) a explicação do problema:
O próximo passo é entender melhor, explicar o problema, compreender que outros problemas (intermediários) contribuem para que ele exista. A melhor coisa a fazer é construir as explicações do problema de maneira coletiva, de modo que os diferentes atores levantem suas opiniões a esse respeito.
Depois do levantamento inicial, as diferentes explicações e causas precisam ser agrupadas e ordenadas para que seja possível encontrar as causas mais importantes. Especialmente é importante identificar aquelas causas que, se atacadas ou modificadas, produzem um grande impacto sobre o problema: esses são os nós críticos.

c) fazer planos para atacar as causas do problema:
Para o enfrentamento dos nós críticos é que se propõem as ações/operações. Toda operação proposta, ao ser implementada, deve propiciar a obtenção de produtos e resultados. Os produtos são mais imediatos, mais palpáveis. Os resultados são o impacto sobre o problema ou sobre as causas do problema. Um "teste" para sabermos se a proposição de ações está boa é verificar se é possível identificar produtos concretos que sejam decorrência delas.
Os recursos necessários para a implementação das ações são de vários tipos: físicos, econômicos, de conhecimento, de poder. Há recursos que estão sob controle do grupo que está construindo o plano de ações e outros que não. O controle sobre os recursos reflete o controle ou o poder que os atores têm sobre as causas/problemas que estão sendo trabalhados. A isso chamamos *governabilidade*.

d) análise de viabilidade e propostas para construir viabilidade:
É importante, então, conhecer a motivação dos demais atores que controlam recursos e poder que são importantes para o enfrentamento dos problemas. A motivação pode ser favorável, contrária ou indiferente. Favoráveis são aqueles atores que estão dispostos a ceder os recursos críticos que controlam porque estão de acordo com a proposta. Indiferentes são atores que, em princípio, não se mobilizarão ativamente, nem contra nem a favor. Contrários são aqueles que se mobilizarão ativamente contra as propostas.

Mas essa motivação pode ser modificada a partir de movimentos estratégicos do grupo que está planejando a ação. Portanto, a governabilidade não é fixa. Ela aumenta se você conseguir envolver outros atores no reconhecimento do problema e no planejamento das soluções, por exemplo. Um problema que envolve as relações entre a UBS e o hospital dificilmente poderá ser superado por uma ação exclusiva da Unidade Básica: temos de trabalhar para incluir no processo alguns atores-chave do hospital ou do distrito.

Mas isso não acontece espontaneamente. É preciso desenvolver estratégias específicas para sensibilizar outros atores e mobilizá-los a participar do jogo. As estratégias têm de levar em conta os interesses e motivações dos demais atores, buscando movê-los para posições mais favoráveis ou imobilizá-los/neutralizá-los quando opositores francos.

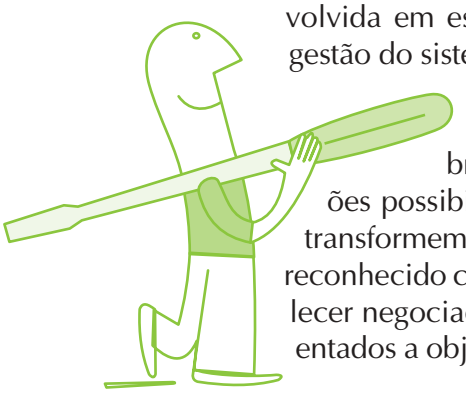
Veja como isso é importante para a educação permanente! A análise do problema ajuda-nos a definir quem será o grupo ou coletivo que temos de reunir para ter capacidade de enfrentar um problema!!! O Pólo pode ser uma instância interessante para ajudar a mobilizar os diferentes atores necessários ao enfrentamento de um problema!!!

Quando num processo de planejamento vários problemas forem identificados, como você vai fazer para priorizá-los? Há vários critérios que envolvem a gravidade do problema ou a força de seu reconhecimento e a governabilidade que os atores que planejam detêm ou que pode ser construída para enfrentá-lo, por exemplo. Não adianta eleger um problema sem trabalhar para mobilizar os atores ou os recursos necessários para seu enfrentamento (às vezes, isso não é possível, não adiantando, portanto, eleger esse problema). E também não adianta propor ações que tenham que ser desenvolvidas por outros atores, que não participam do processo!!

Uma breve síntese sobre a utilização do planejamento na educação permanente

Como você vê, a utilização de algumas ferramentas de planejamento é fundamental para o desenvolvimento da educação permanente. Elas nos ajudam a entender os problemas sobre os quais vamos trabalhar. Também nos ajudam a reconhecer facilidades e obstáculos, a identificar aliados e oponentes e facilitam a proposição de estratégias para acumular capacidade de resolução e diminuir as possibilidades de resistência.

É por tudo isso que a educação permanente em saúde só pode ser desenvolvida em espaços coletivos e de maneira articulada com a gestão do sistema.



Nos espaços coletivos, os diferentes atores podem colocar sobre a mesa suas explicações sobre determinado problema e o confronto de opiniões possibilitará que as percepções dos diferentes atores se transformem (e o que antes não era problema pode passar a ser reconhecido como tal). Nos espaços coletivos, é possível estabelecer negociações, construir novos pactos e novos acordos orientados a objetivos comuns agora explicitados.

A produção conjunta de estratégias aumenta o compromisso com a concretização porque processos participativos produzem mais compromisso que processos verticais, normativos. Além disso, estratégias construídas em conjunto com os aliados reúnem maior poder de fogo. Ações articuladas com a gestão do sistema têm maior possibilidade de envolver mudanças de regras e de recursos.

Como os cenários são cambiantes e todos os atores estão em movimento ao mesmo tempo, é fundamental constantemente avaliar como as coisas estão andando. Atores mudam de posição em função das estratégias desenvolvidas, novos obstáculos surgem e outros são superados.

3. Elementos de avaliação para o desenvolvimento da educação permanente em saúde

Avaliação, como já se pôde perceber, é muito importante para o desenvolvimento da educação permanente. Se não, como saber se as estratégias/ações que desenhamos estão funcionando bem? Como saber como estão reagindo os diferentes atores envolvidos? Como saber ou mostrar que houve mudanças significativas em conseqüência das ações desenvolvidas?

O problema é que, embora essa importância seja óbvia, estamos todos já cansados de participar de experiências, programas, projetos de todos os tipos em que a avaliação, embora esteja incluída na proposta inicial, nunca chega a ser desenvolvida.

Isso acontece por várias razões. Muita gente acha que avaliação é muito complicada e que precisa ser construída com a participação de especialistas – que nunca estão disponíveis. No final, muitas vezes, cada participante de uma experiência acaba tirando suas próprias conclusões a respeito do que valeu a pena e não valeu, mas faz isso individualmente, sem possibilidade de debate coletivo. E aí, a experiência e o que se aprendeu com ela ficam somente na cabeça dos participantes, cada qual com a sua versão, com poucas possibilidades de socialização e sem poder mostrar os resultados das experiências, muitas vezes interessantes e instigantes.

Acontece, também, de muitos de nós termos vivido experiências pouco agradáveis com processos avaliativos conduzidos de maneira tradicional, construídos de fora e de longe, sem se preocupar com o contexto e com os atores envolvidos, orientados à medida de resultados de acordo com objetivos (sem se preocupar em entender os processos) ou destinada a práticas de controle e enquadramento.

Para pensar e sentir:

Você já viveu experiências assim? É capaz de resgatar situações?

No campo da avaliação, como no planejamento e nas propostas educativas, existem diferentes visões, conceitos e teorias, que envolvem a compreensão sobre a natureza da realidade e a produção do conhecimento. São esses conceitos e teorias que orientam a seleção das perguntas de avaliação, caracterizam seu objeto, levam à priorização de determinados valores e determinam a

orientação metodológica (quem avalia, quem define as perguntas, quando se faz a avaliação e a quem ela deve servir, por exemplo).

Nos últimos anos, foram desenvolvidas várias metodologias que partem de postulados epistemológicos, filosóficos e políticos que defendem a possibilidade da produção do saber a partir da prática, a importância da apropriação e do uso do conhecimento pelos participantes de determinada experiência ou situação, bem como a importância da democratização do poder gerado pelo saber.

Avaliação emancipatória, avaliação para o "empoderamento" e sistematização são algumas delas – todas desenvolvidas com a preocupação de possibilitar a produção de conhecimentos a partir de projetos sociais de intervenção, como a educação permanente em saúde.

Ou seja, parte-se da experiência e da prática vivas – em ação – para construir uma visão ou sentido compartilhado a seu respeito. São modalidades de construção e apropriação democráticas do saber.

Além de auxiliar a ordenar as experiências e suas bases documentais – atas, documentos, fotos, vídeos, entre outros – essas metodologias possibilitam ir além. Ajudam a interpretar as experiências vividas, identificando as influências do contexto, a potência e as limitações das estratégias e dos referenciais conceituais adotados.

Para isso, a ferramenta principal são as perguntas, especialmente as que se dirigem a explorar os ***"comos"*** e os ***"porquês"*** do percurso percorrido pelo projeto ou experiência.

Em termos gerais, elas se definem como processos de reflexão coletiva e organizada, que se realizam para compreender determinado processo vivido por um coletivo e que possibilitam construir novos significados a respeito do que foi feito, à luz das circunstâncias atuais, bem como produzir conhecimento/teoria a respeito.

À diferença da avaliação tradicional, essas metodologias não se limitam a construir um julgamento valorativo sobre as experiências ou a verificar o cumprimento dos objetivos ou as metodologias que se propuseram levar a cabo. Tomam esses elementos como referências para a reflexão e diálogo coletivo entre as pessoas que tomaram parte na experiência, com a finalidade de estimular a aberta expressão de todas as vozes e todos os "saberes" envolvidos. Criam espaços propícios para o diálogo e a aprendizagem entre esses diferentes saberes.

Não se busca com esses processos obter ***uma*** verdade ou gerar ***um*** consenso a respeito da interpretação e compreensão da experiência vivida. Busca-se explicitar e pôr em diálogo as perspectivas dos diferentes atores que tomaram parte no processo. A evidenciação dos diferentes olhares, ao lado do diálogo coletivo, constituem a maior riqueza do processo.

As reflexões e a explicitação das explicações a respeito dos processos são o primeiro passo fundamental para que se possam "construir textos" a respeito das experiências e projetos. Esse importante produto pode se materializar em documentos, apresentações e outros materiais que permitam a cada coletivo expor suas conclusões e as lições que construiu com referência ao processo sistematizado e/ou avaliado.

No caso da educação permanente em saúde, que opera em espaços coletivos, que se propõe a trabalhar com problemas, considerando o contexto e os diferentes atores envolvidos, o referencial de avaliação tem necessariamente de ser coerente, ou seja, basear-se nos mesmos princípios que orientam a ação educativa.

Ou seja, a avaliação no caso da educação permanente em saúde ***deve ser uma atividade do grupo que vive a experiência*** e servir a dois propósitos fundamentais:

a. Propiciar a reflexão organizada para interpretar coletivamente cada experiência e construir conhecimentos a respeito dela;

b. Possibilitar a compreensão cotidiana do sentido de cada ação, situação e de cada resultado.

Alguns elementos importantes para a avaliação:

- Analisar as finalidades e objetivos da ação de educação permanente – isso é importante para reconhecer a coerência entre o processo finalmente desenvolvido e o que se pretendia inicialmente;

- Analisar o contexto em que acontece a ação – a situação de saúde, as características sociais e culturais, a organização do sistema e da unidade (se for o caso), o processo de trabalho. Saber quem são os atores envolvidos e seus interesses e lugares em relação ao tema trabalhado; identificar as posições, os conflitos, as relações de poder e sua influência na conformação do problema que está sendo enfrentado;

- Analisar a construção do plano de ação – o problema está ou estava claro? Foi bem explicado? Havia governabilidade para enfrentá-lo? O que foi feito a respeito?

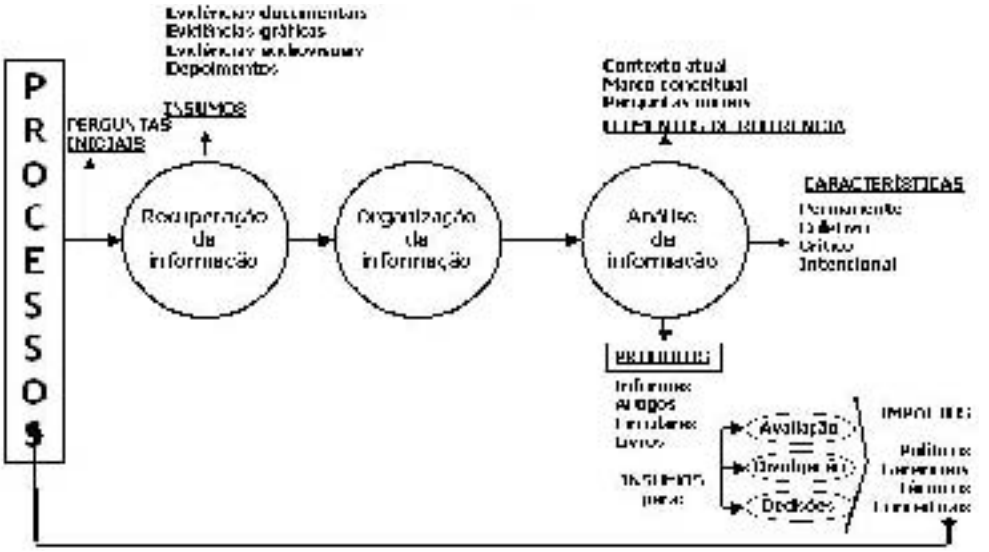
- Analisar a dinâmica de trabalho – como os diferentes atores se sentiram e se posicionaram ao longo do processo? Por quê? As estratégias propostas geraram os resultados previstos? Como? Por quê?

- Analisar os resultados – Como os participantes se sentiram ao longo do processo e como se sentem agora? Que novas interpretações existem agora em relação aos problemas? Os problemas identificados foram superados? Como? Por quê? O que fez realmente diferença?

É importante registrar os diferentes momentos e passos da experiência de educação permanente em saúde para evitar o risco de perder elementos, acontecimentos ou pistas importantes – porque a memória falha. E é fundamental prever momentos coletivos para "paradas" para reflexão e análise coletiva do processo.

A seguir, são apresentadas três figuras que ilustram possibilidades de organização do processo de avaliação:

Avaliação na Educação Permanente em Saúde – *uma sugestão organizativa*

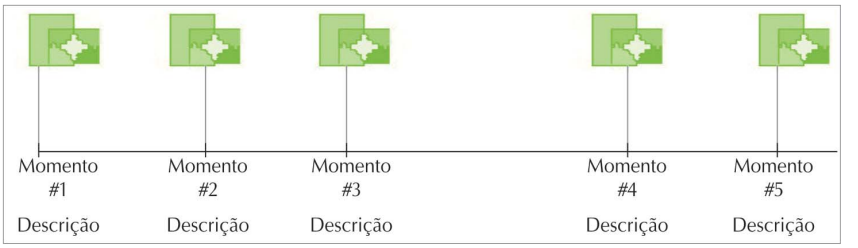


Sugestões para desenvolver a Avaliação
Coleta de informação

Evidências gráficas ou documentais

Momentos chave do Processo

Componente narrativo

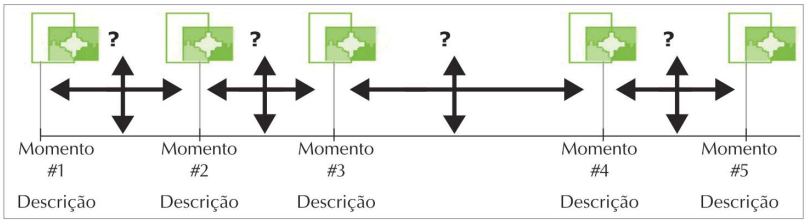


A definição sobre quais são os momentos-chave é feita coletivamente, partindo da percepção da experiência do ponto de vista de cada ator que dela participou.

Sugestões de percurso para a Avaliação
Análise de informação

Análise dos contextos de cada Momento

Recuperação das estratégias e metodologias de cada Momento



As perguntas orientam as reflexões, ajudando a identificar e compreender as relações entre as estratégias e metodologias utilizadas em cada um dos Momentos Chave, entre os resultados e as características dos contextos interno e externo da experiência.

Que tal começar a recuperar os registros de todo o processo de indicação de tutores, de eleição dos problemas para educação permanente, de identificação dos facilitadores e dos arranjos para desencadear as ações de educação permanente em sua locorregião? Que perguntas você se faria para iniciar a avaliação desse processo?

Junte-se aos demais facilitadores da sua região, entre em contato com o Pólo e comece a trabalhar!

Referências Bibliográficas

ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; JUNIOR, L. C. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva.* Londrina: Editora UEL ,2001.

BARNECHEA, M..M.; GONZÁLEZ, E.; MORGAN, M.L. *A Produção de Conhecimentos em Sistematização.* Exposição apresentada ao Seminário Latino-americano de Sistematização de Práticas de Animação Sociocultural e Participação Cidadã na América Latina. Medellín, Colômbia, 11 - 14 de agosto, 1998.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. *Sistema de Informação em Saúde para Municípios.* V. 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Série Saúde & Cidadania.

CARVALHO, M. S. *Informação: da produção à utilização em Fundamentos da Vigilância Sanitária.* Suely Rozenfeld (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CECILIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde*: *um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

CENTRO Nacional de Epidemiologia/FNS. *Guia de Vigilância Epidemiológica.* 4ª Edição. Capítulo 3. Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica, 1996

Este texto também pode ser acessado no seguinte endereço: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/GVE/GVE0302.htm

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, n.º 12, (2), 1996, p.59-70.

Departamento de Informática do SUS - DATASUS. http://www.datasus.gov.br

FERREIRA, Sibele M. G. retirado do *Caderno Vigilância Sanitária.* Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Gustavo Furquim Werneck, (orgs). Belo Horizonte: Coopmed, 2001 (Cadernos de Saúde, 4).

FRANCKE, Marfim; MORGAN, María da Luz. *A sistematização:* aposta pela geração de conhecimentos a partir das experiências de promoção. Lima, outubro de 1995.

HUERTAS, Franco. *Entrevista com Carlos Matus:* o Método PES em questão. São Paulo: Fundap, 1996.

JARA, Oscar. *Dilemas e desafios da sistematização de experiências.* CEP Centro de Estudos e Publicações Alforja.

MALIK, A M; SCHIESARI, LMC. *Qualidade na Gestão Local e de Serviços e Ações de Saúde.* Saúde & Cidadania.

MARTINIC, Sergio. *O objeto da sistematização e suas relações com a avaliação e a investigação.* Exposição apresentada ao Seminário Latino-americano de Sistematização de Práticas de Animação Sociocultural e Participação Cidadã na América Latina. Medellín, Colômbia. Fundação Universitária Luis Amigó, CEAAL, 12-14 agosto, 1998.

MINISTÉRIO da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, 2001. *Tema 6. Informação em Saúde*, p. 163-191.

ROSCHKE, M. A. & COLLADO, C.B. Evaluación de Proyectos de Educación Permanente: Supuestos y Perspectivas. In: *Educación Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos* n.º 100. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1994.

ROVERE, Mario. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos n.º 96. Organización Panamericana de la Salud.

SAUL, A. M. *Avaliação Emancipatória*: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

Secretaria Executiva de Saúde Pública – SESPA. http://www.sespa.pa.gov.br

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A . Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n.º 10, (1), jan/mar, 1994, p. 80-91.

SOUZA, João Francisco. *Sistematização: um instrumento pedagógico nos projetos de desenvolvimento sustentável*. Traduzido do português por Margarida Mendieta Ramos, do Departamento Editorial do CREFAL, Costa Rica. Apresentação realizada no mês de abril 2001, Cochabamba, Bolívia, no Seminário ASOCAM: Agricultura Sustentável Camponesa de Montanha, organizado pelo Intercooperation.

TANAKA, O.Y. & MELO, C. *Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde.*

TESTA, Mario. *Pensamento estratégico e lógica de programação*. São Paulo: Hucitec, 1995.

TESTA, Mario. *Pensar em Saúde.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.