



Projeto-Piloto da

# VER-SUS *BRASIL*

Vivências e Estágios na Realidade do  
Sistema Único de Saúde do Brasil

**Sumário**

<b>Apresentação</b>	<b>03</b>
<b>Articulação com o Segmento Estudantil da Área de Saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS</b> Ricardo Burg Ceccin e Luiz Fernando Silva Bilibio	<b>04</b>
<b>Fazendo Oficina</b> Domingos Corcione	<b>20</b>
<b>Capacitação em educação e comunicação em saúde</b> Solange L'Abbate	<b>23</b>
<b>Planejamento da comunicação para a mobilização social: em busca da co-reponsabilidade</b> Márcio Simeone Henriques, Clara Soares Braga e Rennan Lanna Martins Mafra	<b>41</b>
<b>Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde</b> Emerson Elias Merhy	<b>48</b>
<b>Sistema Único de Saúde como Rede em Prática Pedagógica</b> Lúcia Inês Schaeleder	<b>63</b>
<b>Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada</b> Luiz Carlos de Oliveira Cecílio	<b>69</b>
<b>O Ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde</b> Emerson Elias Merhy	<b>80</b>
<b>Modelos de Atenção à Saúde: a organização de Equipes de Referências na rede básica da Secretaria Municipal de saúde de Betim, Minas Gerais</b> Sergio Resende Carvalho e Gastão Wagner de Souza Campos	<b>100</b>
<b>O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil</b> Ricardo Burg Ceccin, Tereza Borguete Armani e Cristiane Fammer	<b>112</b>
<b>Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde</b> José Inácio Jardim Motta, Paulo Buss e Tânia Celeste Matos Nunes	<b>125</b>
<b>Bases Freirianas: falar de Freire, falar feito Freire ou deixar falar?</b> Virginia Maria Machado	<b>131</b>
<b>Sobre as relações entre complexidade e transdisciplinariedade em saúde</b> Naomar de Almeida Filho	<b>138</b>
<b>A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção a saúde e de participação social</b> Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Roseni de Sena	<b>149</b>

<b>Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde</b>	<b>179</b>
Soraya Maria Vargas Cortes	
<b>Humanização da saúde e cidadania: o caminho para o SUS</b>	<b>197</b>
Maria Beatriz kunkel	
<b>Debatendo a presença das classes populares nos projetos UNI</b>	<b>205</b>
Victor Vicent Valla	
<b>Os desafios para o SUS e a educação popular</b>	<b>212</b>
Eduardo Stotz	

## **Apresentação**

**Prezados(a) *versusianos(a)*,**

Este Caderno de Textos foi elaborado com solidariedade, esforço e desejo. Solidariedade de todos os estudantes e eternos estudantes que sugeriram textos de qualidade para compor esta coletânea. Diante disto, selecionar somente alguns – pois tornou-se impossível a presença de todos – foi uma árdua tarefa, principalmente em função da consciência de que muitas dessas produções interessantes não estão aqui. Solidariedade de todos os(a) autores(a) que, agradecidamente, disponibilizaram suas produções.

Esforço de todas as pessoas que de uma maneira ou de outra e com uma agilidade somente possível pela paixão, contribuíram com o seu trabalho para a viabilização desta publicação.

Desejo de que o **Caderno de Textos do Projeto-Piloto VER-SUS Brasil** agregue importantes perspectivas – sobre “o que pode um facilitador”, “os processos de gestão do Sistema Único de Saúde”, “a atenção à saúde”, “A educação na saúde” e “participação e controle social no Sistema Único de Saúde” – nos espaços de debate propiciados por esta vivência.

Desejo que o processo versus seja intenso para todos nós.

***Equipe DEGES***

## **Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o sus**

*Ricardo Burg Ceccim*

Sanitarista, Doutor, Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria da Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde, do Ministério da Saúde; Professor de educação em saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

*Luiz Fernando Silva Bilibio*

Educador, Doutorando em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Consultor Técnico do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria da Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

## INTRODUÇÃO

Pode-se afirmar que há um consenso (tácito) entre os observadores da reforma sanitária brasileira de que a formação dos recursos humanos para o setor é um dos mais graves problemas do Sistema Único de Saúde (SUS). O despreparo dos profissionais recém formados para atuarem na complexidade inerente ao sistema de saúde, compreender a sua gestão e compreender a ação de controle social da sociedade sobre o setor é uma constatação freqüente.

A esta constatação se alia outra, a de que a formação em saúde reproduz uma visão mais centrada nas técnicas bio-médicas que nos valores da saúde coletiva. As aprendizagens relativas ao mais elevado acolhimento dos usuários nos serviços do SUS terminam substituídas pela reprodução de uma imagem dos serviços de saúde com tratamento impessoal e uma visão autoritária da educação em saúde (higienista).

Embora não seja privilégio do setor da saúde, o profissional recém formado na maioria das vezes não conta com suficiente experiência em serviço, não estando suficientemente preparado para exercer consistentemente sua função. No caso da saúde, os programas de residência e aperfeiçoamento especializado há muitos anos vêm ocupando o lugar privilegiado para a habilitação dos profissionais no desempenho técnico nos vários núcleos de conhecimento da prática clínica.

Entretanto, uma outra especificidade, talvez a mais grave, é o fato do estudo sobre o SUS e a saúde coletiva ocuparem um lugar de pouco prestígio na organização curricular que compõe os cursos de graduação da área da saúde. A concepção hospitalocêntrica, médico-centrada e procedimento-centrada (medicalizadora) da saúde ocupa um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica ou na *imagem* do trabalho em saúde.

Nos currículos tradicionais, quando não há total ausência de conteúdos sobre o Sistema Único de Saúde, o que é menos freqüente nos cursos clássicos, como medicina, enfermagem e odontologia, mas comum nos cursos como a psicologia, o serviço social, a biologia, a educação física e a medicina veterinária, esse conhecimento termina apresentado como um dado isolado e não uma produção. A ênfase nos procedimentos supera amplamente o *pensar saúde*, constatando-se que os gestores e os formadores em saúde não têm gerado suficiente contato e aprendizado dos acadêmicos da área com o SUS e nem assegurado ao conhecimento em Saúde Coletiva a necessária familiaridade para que se componha com o núcleo de práticas de cada profissão. Trata-se de um paradoxo, na qual a realidade de saúde e os recursos fundamentais de atuação no SUS permanecem desconhecidos dos estudantes.

Depois de formados, entretanto, é nesse Sistema que os profissionais estarão majoritariamente desempenhando suas funções, bem como exercerão seu papel de lideranças técnicas e gestoras do setor da saúde. O exercício do ofício intelectual das profissões da saúde não pode prescindir, então, do farto relacionamento de aprendizagem com o SUS e da adequada aproximação com os saberes da Saúde Coletiva. A própria população em suas instâncias de participação e controle social tem reiterado que não encontra com regularidade profissionais capazes de realizar sua prática individual com a qualidade do cuidado assistencial que almeja e nem profissionais capazes de refletir em seu discurso a desejada organização do sistema e dos serviços de saúde.

A insuficiência do estudo sobre o SUS no percurso da graduação tem sido uma preocupação freqüente de gestores, formadores e usuários do setor da saúde. Os próprios estudantes da saúde, por meio de suas instâncias organizadas têm demonstrado sua preocupação em relação a este tema. No entanto, na formação de recursos humanos para o SUS, o estudante, personagem central dos processos formativos ocupa uma posição periférica de produção política desses processos. A força do coletivo estudantil, entretanto, já foi comprovada historicamente em diferentes conquistas sociais nas quais este movimento se fez presente. A interferência estudantil organizada, não apenas é capaz de mobilizar poderes e interpor conceitos à sociedade, como marca um modo peculiar de existir no mundo que exige transformações sociais. Se o imaginário de *profissão de saúde* representa o profissional como

um especialista, inserido em um hospital, atuando em consultório particular, trabalhando por algumas horas em um serviço público ambulatorial que assegure salário e exercício de algum trabalho social, enquanto se atualiza para o acesso às melhores tecnologias e atração das melhores clientela para exercício do saber clínico ou para auferir renda, parece necessário desenvolver a potência de outras configurações possíveis, não necessariamente a substituição de imagem, mas o estabelecimento de outros circuitos de conexões que façam emergir novas figuras à realidade.

Pensando dessa maneira, a geração de cenários de encontro e problematização podem contribuir à produção de subjetividade e de uma nova suavidade no desmanchamento dos perfis identitários, que coloquem em ato a multiprofissionalidade, o Sistema Único de Saúde, as concepções de saúde e a questão da formação de pessoal entendendo a atenção integral à saúde como um projeto de gestão, de assistência, de promoção, de participação social e de educação dos profissionais da saúde.

Diante das graves questões presentes na formação de recursos humanos para o SUS, da pouca presença das instâncias estudantis organizadas nas discussões sobre este tema, como também, da desperdiçada força político-cultural desse ator social, a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) decidiu implantar uma política de articulação com o segmento estudantil da área de saúde na busca de novos desafios à produção social do setor, mais especificamente, em relação à formação de recursos humanos capacitados para o projeto da reforma sanitária brasileira.

Nesta direção, a ESP/RS, órgão da Secretaria de Estado da Saúde (SES/RS), a partir da aproximação com os próprios estudantes, criou em 2002 a *Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde*. Esta Assessoria teve a incumbência de dialogar de maneira organizada com os estudantes da área da saúde, a fim de desenvolver projetos destinados à educação dos profissionais, principalmente do ponto de vista da produção de uma imagem multiprofissional do trabalho em saúde, de valorização da saúde coletiva e de prestígio do SUS. Desta articulação surgiram três projetos realizados já no ano de 2002: o projeto *Escola de Verão*, o projeto *VER-SUS/RS – Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul* e o *1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde*. Estas três atividades representaram um avanço importante no resgate do protagonismo dos estudantes da saúde para o destino de sua própria formação, além de legitimar sua presença nos espaços de debate sobre outras importantes questões do contexto da saúde coletiva no estado gaúcho.

## O PROJETO ESCOLA DE VERÃO

Um dos desencontros entre o *estar formado* e o *estar capacitado* acontece na gestão do sistema de saúde. É reconhecido que pelo menos em algum momento da carreira, o profissional da saúde estará exercendo uma função gestora. A dimensão da gestão do sistema de saúde é central para o próprio funcionamento do Sistema. Trata-se da função na qual as questões sobre fontes de financiamento; configuração do controle social; princípios reguladores; diferenças de atuação e responsabilidades entre as administrações federal, estadual e municipal; fluxos e dinâmicas de trabalho; produção de conhecimento para a formulação de políticas; organização e condução de políticas públicas, enfim, toda a conjuntura que caracteriza a gestão do Sistema não é *significada* pelos estudantes no percurso da formação acadêmica da saúde, pois não se trata de uma vivência que tenha efetiva chance de experimentar.

Nos resultados dos debates entre os gestores das três esferas da federação que configuraram o Projeto Agenda,<sup>1</sup> dois itens foram diretamente apontados sobre este problema: de um lado, a *incoerência entre o processo de formação acadêmica e as necessidades dos serviços e ações desenvolvidas no SUS* e, de outro lado, os *gestores com dificuldades no exercício do cargo, devido ao desconhecimento da administração do SUS* (Castro, 2000, p. 23-24).

O problema da discrepância entre formação em saúde e gestão do setor da saúde, muitas vezes, termina confundido com a integração ensino-serviço, com a oportunidade de

trabalho em atenção básica à saúde ou em vigilância à saúde. Os estudantes universitários organizados no Movimento Estudantil vêm atuando em diferentes frentes de trabalho para potencializar a presença dos estudantes na busca de uma formação profissional mais compromissada com as reais demandas da população, pela defesa do SUS e outras importantes reivindicações sociais, mas segue hegemônica entre os estudantes a orientação pela prática clínica assistencial, pelas práticas de prevenção e pela atenção primária/saúde comunitária.

No final do ano de 2001, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) procurou a ESP/RS, solicitando o apoio para a realização de seu V Estágio Nacional e I Estágio Regional de Vivência no Sistema Único de Saúde (V ENV e 1 ERV - SUS). A ESP/RS apoiou a proposta da Denem, criando o Projeto Escola de Verão. Esta iniciativa visou abrir campo de vivência na gestão de sistemas e serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

Em janeiro de 2002, aconteceu a Escola de Verão que teve a duração de 15 dias. Como estratégia de execução, foram abertas vagas de estágio com bolsas de apoio ao estudante, em colaboração com Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigrs). Deste modo, foi oportunizado o contato e a convivência com a gestão do Sistema Único de Saúde nas macrorregiões de saúde do Rio Grande do Sul. Para tanto, mobilizou-se esforços da estrutura de gestão da SES/RS e de formação de recursos humanos da ESP/RS, a fim de promover o acolhimento dos estudantes estagiários e desenvolver a programação do estágio.

Nesta primeira iniciativa, somente os estudantes de medicina foram reunidos e, assim, a Escola de Verão correspondeu ao V Estágio Nacional de Vivência no SUS e I Estágio Regional de Vivência no SUS da Denem. Abrangeu 06 das 07 Macrorregiões de Saúde do SUS/RS, envolvendo 06 das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da SES/RS. A mobilização inicial de conhecer a rede assistencial e tecnologias do cuidado na atenção básica à saúde foi redesenhada para o conhecimento da gestão do SUS, o sentido inovador da gestão descentralizada, da atenção integralizada à saúde e da participação da população na gestão de saúde.

A atividade focou a gestão do Sistema Estadual de Saúde, com suas estruturas central e regional, mais o órgão de formação de recursos humanos para a saúde e aconteceu, com visitas monitoradas pelos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) das CRS envolvidas, tanto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), como às universidades com curso de medicina ou universidade de interesse regional nas regiões sem oferta de formação médica, além dos locais que integram a rede do SUS no Rio Grande do Sul (serviços) e Conselhos de Saúde (Estadual, Regionais, Municipais, Distritais, Locais ou de Serviços). Toda a programação ocorreu sob a coordenação docente da ESP/RS.

Foram parte integrante das atividades de acolhimento e capacitação aulas dialogadas, oficinas de integração e exposições de trabalhos vinculados à área da saúde coletiva, tanto de trabalhadores e estudantes, quanto de instituições de ensino superior, serviços de saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e demais instituições vinculadas ao SUS. A Escola de Verão obteve a participação de 56 estudantes de medicina, oriundos de diversas Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o território nacional.

O projeto Escola de Verão sofreu uma avaliação tão positiva, que coube a ESP/RS, dentro da sua missão de qualificar a formação de recursos humanos para o SUS, ampliar a proposta e o alcance deste projeto.

## **O PROJETO VER-SUS/RS**

O projeto VER-SUS/RS – Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul foi uma proposta da ESP/RS que se caracterizou pela ampliação do seu projeto antecessor, o projeto Escola de Verão. A partir do VER-SUS/RS, a ESP/RS, em parceria com os estudantes universitários da saúde organizados no Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (Netesc)<sup>2</sup>, pretendeu difundir a oferta sistemática desta vivência-estágio aos estudantes dos diferentes cursos de graduação do setor da saúde. A idéia foi utilizar os



tradicionais períodos de férias letivas universitárias para a realização sistemática da Vivência-Estágio.

Além do foco de atividade na gestão do SUS, fortalecido pelo aprofundamento do conhecimento sobre o controle social em saúde e sobre a intersectorialidade, como estabelecido no planejamento do projeto anterior, outra instância que se tornou objeto do VER-SUS/RS foi a implantação do Programa Saúde Família (PSF) no estado. Este programa acontece em vários municípios do estado, assim, aspectos específicos do programa em cada município onde está acontecendo a implantação foram observados, mas principalmente no que se refere à gestão, uma vez que a resolutividade do sistema e a produção do ordenamento das ações e serviços deveria se tornar visível aos estudantes.

Essa política de desenvolvimento da formação de recursos humanos para o sistema de saúde na ESP/RS implicou inserção de outros atores sociais do setor na composição do coletivo responsável pelo projeto. Além da Amrigs, já parceira na ação com os estudantes de medicina, outras duas associações científico-profissionais foram convidadas a apoiar o VER-SUS/RS e atenderam à solicitação: a Associação Brasileira de Odontologia – Seção Rio Grande do Sul (ABO/RS) e a Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Sul (ABen/RS).

Outra ampliação que aconteceu neste projeto em relação ao anterior foi a característica do coletivo estudantil configurado no processo de construção do VER-SUS/RS. Considerando o leque de profissões da saúde, foi incorporada a participação multiprofissional dos estudantes para a elaboração, execução e a própria participação na Vivência-Estágio. Com o auxílio dos próprios estudantes de medicina foi desenvolvida uma rede de contatos com os Diretórios e Centros Acadêmicos dos outros cursos da área da saúde a fim de constituirmos a multiprofissionalidade do VER-SUS/RS.

Para fins institucionais e como ponto de partida para a construção desta diversidade, foi utilizado como parâmetro de configuração do grupo de profissões da saúde a Resolução nº 287/98, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define 14 profissões como carreiras de saúde. Essa definição tem-nos permitido ordenar a política de formação e desenvolvimento de recursos humanos do setor, especialmente os processos de educação permanente, educação continuada e cooperação técnica interinstitucional.

Dentre as 14 profissões estão a Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Como o Rio Grande do Sul é o único estado da federação que possui um curso de graduação em saúde coletiva, curso da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs), sediado inicialmente na Escola de Saúde Pública/RS, o curso de bacharelado em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, foi acrescida esta carreira.

As instituições formadoras também foram chamadas a participar desta construção. Sua participação foi solicitada, principalmente, quanto ao desencadeamento do processo de seleção dos estudantes interessados em participar do projeto. A idéia, que tinha também como objetivo estabelecer a aproximação entre docentes e discentes em torno do assunto SUS, era que a comissão de seleção de cada instituição de ensino superior fosse de natureza mista entre as carreiras e entre docentes e discentes.

Outro aspecto da participação na construção do VER-SUS/RS diz respeito a própria organização do Sistema. O sistema de saúde do estado do Rio Grande do Sul está regionalizado em sete macrorregiões sanitárias e em 19 CRS. Esta distribuição organizativa cobre todo o território estadual. Em cada uma das Coordenadorias Regionais funciona um Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC). Estes Núcleos também foram solicitados a participar da construção coletiva do VER-SUS/RS e também responderam positivamente a esse chamado, possibilitando que o alcance da proposta atingisse todas as 19 regiões de administração do setor da saúde. T tamanha participação garantiu à Vivência-Estágio a possibilidade de uma experiência em boa parte do sistema de saúde do estado, com suas múltiplas diversidades. O trabalho coletivo de tantos parceiros significou uma potencialização em relação ao projeto antecessor. O grupo de trabalho responsável pela execução do VER-

SUS/RS foi composto pela Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil da ESP/RS, o Netesc<sup>3</sup>, os Nuresc das 19 CRSES/RS, a Amrigs, a ABO/RS, a ABEn/RS e docentes das IES/RS.

Ao comparar a Escola de Verão como VER-SUS/RS aconteceram avanços:

1. do apoio de uma única associação científico-profissional para o apoio de três associações científico-profissionais;
2. de 06 regiões sanitárias para todas as 19 regiões sanitárias da Secretaria da Saúde(SES/RS);
3. de 18 sistemas municipais de saúde visitados para um total de 66 organizações de saúde;
4. de estudantes somente de medicina para o grupo multiprofissional de 15 carreiras da saúde;
5. de um grupo de 56 estudantes para um coletivo 112 participantes.

A primeira edição do VER-SUS/RS aconteceu de 1º a 9 de julho de 2002 e teve como objetivos os seguintes pontos:

- 1) promover o encontro entre estudantes das várias carreiras de graduação em saúde de todo o estado<sup>4</sup> e proporcionar estágio de vivência na gestão do Sistema Único de Saúde;
- 2) possibilitar o intercâmbio sobre a gestão do SUS entre os estudantes da saúde de todo o estado; docentes de saúde coletiva do Rio Grande do Sul; trabalhadores da área da saúde no Sistema; gestores regionais, municipais e de serviços de saúde; usuários nos serviços de saúde e conselheiros de saúde;
- 3) constituir fóruns regionais de discussão e aproximação entre Instituições de Ensino Superior, serviços de saúde, órgãos de gestão do SUS e de controle social na área da saúde;
- 4) propiciar para estudantes de graduação em saúde o debate das políticas públicas de saúde no SUS e estágio de vivência nas instâncias de um Sistema Estadual de Saúde (âmbitos estadual, regional, municipal, distrital e local).

No quadro 1 demonstramos a distribuição da vivência-estágio pelas 07 macrorregiões de saúde, o envolvimento das 19 CRS (por meio de seus Nuresc), dos municípios (sedes de CRS) e das IES no VER-SUS/RS.

**Quadro 1:** Cenários do VER-SUS/RS

Macrorregião	CRS (Nuresc)	Municípios Sede	IES <sup>1</sup>
Metropolitana	1 <sup>a</sup> , 2 <sup>a</sup> e 18 <sup>a</sup>	Porto Alegre; Osório	Ufrgs; PUCRS; Unisinos; Ulbra; Unilasalle; FFFCMPA; IPA; Uergs; Feevale
Sul	3 <sup>a</sup> e 7 <sup>a</sup>	Pelotas; Bagé	UFPeI; Furg; Urcamp; UCPeI
Centro-Oeste	4 <sup>a</sup> e 10 <sup>a</sup>	Santa Maria; Alegrete	UFSM; Unifra
Serra	5 <sup>a</sup>	Caxias do Sul	UCS
Norte	6 <sup>a</sup> , 11 <sup>a</sup> e 19 <sup>a</sup>	Passo Fundo; Erechim; Frederico Westphalen	UPF; URI
Missioneira	9 <sup>a</sup> , 12 <sup>a</sup> , 14 <sup>a</sup> , 15 <sup>a</sup> e 17 <sup>a</sup>	Cruz Alta; Santo Ângelo; Santa Rosa; Palmeira das Missões; Iju	Unicruz; Unijuí
Vales Frederico Westphalen	8 <sup>a</sup> , 13 <sup>a</sup> , 19 <sup>a</sup>	Cachoeira do Sul; Santa Cruz do Sul; Lageado.	Unisc; Univates

Todos os atores envolvidos no projeto desenvolveram uma avaliação positiva em relação à Vivência-Estágio. Um relatório foi exigido de cada universitário participante. A proposta do relatório objetivou atingir dois resultados, o primeiro foi fornecer uma avaliação sobre a organização do VER-SUS/RS e, deste modo, a comissão organizadora poderia contar com um instrumento composto com sugestões e críticas a serem consideradas para a próxima edição do VER-SUS/RS; o segundo resultado foi instigar os participantes, por meio da produção escrita, à reflexão crítica sobre a gestão da saúde na região visitada no período do estágio.

Na sessão de avaliação final da Vivência-Estágio os estudantes pronunciaram expressões como: *agora eu sei o que é uma Coordenadoria e um Conselho de Saúde; quero voltar para minha cidade e participar da construção do SUS como cidadão; o SUS pode ser legal sim; me vejo trabalhando no SUS; foi muito bom conviver com gente de outros cursos e discutir sobre nossas futuras profissões; vou falar ara todo mundo o que aconteceu aqui; meus colegas precisam vir na próxima; a gente precisa falar mais de SUS nas nossas faculdades: é muito pouco; eu não sabia nada de SUS: agora sei alguma coisa e quero saber mais; deu para a gente ver de frente o tipo de profissional que a gente quer ser; não podemos estar de fora do que acontece no controle social da saúde; parece incrível, mas a população fala melhor do que seria o SUS de qualidade do que gestores e profissionais.*

Estas poucas frases foram colhidas do conjunto dos 112 relatos, por representarem a maioria das opiniões explicitadas. Cada um destes enunciados pode motivar diferentes interpretações. Dentre elas, o quanto mobilizou a subjetividade dos estudantes envolvidos no que diz respeito a sua antiga relação, ou falta dela, com o SUS. O imaginário, o desejo, o pensamento dos 112 integrantes foi tocado pela visão de algumas realidades da gestão da saúde no estado do Rio Grande do Sul e, assim, outras coisas também aconteceram.

Está em atividade no estado uma rede de discussão eletrônica (meio virtual) entre os estudantes que estagiaram no VER-SUS/RS e outros tantos que se agregaram a eles. Mais de uma dezena de seminários foram organizados por alguns estudantes que participaram da vivência-estágio ao regressarem às suas instituições de origem. Em todos estes seminários a temática era o SUS, as concepções de saúde e a formação dos profissionais. Está acontecendo a regionalização do Netesc, que começa também a existir em regiões do interior do estado.

Estes estudantes já estão procurando os gestores municipais e regionais para organizar, nas suas regiões, atividades de aproximação entre os graduandos da saúde e o SUS. Algumas comunicações sobre a vivência-estágio já foram realizadas fora do estado gaúcho. Estudantes do estado do Pará, do estado de São Paulo e do estado de Sergipe já demonstraram interesse de que aconteça um VER-SUS também nestes estados.

No município de Santa Maria, o Centro Acadêmico dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Maria organizou, em articulação com o Nuresc da região, o I Estágio Local de Vivência no SUS (I ELV-SUS), supondo uma trajetória semelhante a do I Estágio Regional de Vivência no SUS em relação ao VER-SUS/RS. Trata-se de constituir um hábito e uma competência neste segmento estudantil para o SUS, para a perspectiva do controle social em saúde, para as dimensões da saúde coletiva como gestão de processos e de pessoas e para os princípios do SUS e, então, depois, distender este espaço para a multiprofissionalidade.

O impacto do VER-SUS/RS na formação de recursos humanos para a saúde no Rio Grande do Sul ainda carece de uma maior investigação. O pioneirismo da experiência no cenário da formação e os acontecimentos citados apontam para um caminho cheio de desafios, mas bastante promissor. Congregar estudantes, formadores e gestores mostrou-se ser uma importante estratégia política para o desenvolvimento do setor. Foi nas discussões que surgiram no próprio VER-SUS/RS que aconteceu a idéia de criar um espaço de maior participação estudantil para debater conjuntamente com outros importantes atores sociais envolvidos, a formação e o SUS.

Assim, coube à ESP/RS dar mais um passo na construção da política de articulação com o Movimento Estudantil para fortalecer o desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS no estado.

## **O 1º CONGRESSO GAÚCHO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA SAÚDE**

Em setembro de 2002 aconteceu em Porto Alegre o *1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde*. Este Congresso foi germinado nos espaços informais do VER-SUS/RS e organizado pela mesma Comissão Organizadora da Vivência-Estágio. Congregou 21 participantes, na sua grande maioria estudantes, mas também estiveram presentes professores universitários, profissionais, gestores e representantes dos usuários do Sistema de Saúde. Contou 170 com a participação de um significativo conjunto de acadêmicos das diferentes Instituições de Ensino Superior do Rio Grande do Sul e outros Estados e ensinou, a partir de uma abordagem multiprofissional, a formulação de proposições para o fortalecimento da formação e ação dos estudantes no contexto do Sistema Único de Saúde.

O Congresso, sob o lema *estudantes\*agindo\*SUS*, realizou-se de 06 a 08 de setembro nas dependências da Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs) e foi promovido pela ESP/RS e pelo Netesc. O evento contou com o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben/RS), Associação Brasileira de Odontologia (ABO/RS) e Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs), que também acolheram plenamente este desafio.

A tarefa era ambiciosa: integrar pioneiramente em um estado, estudantes dos diferentes cursos da saúde em torno do debate da saúde coletiva, bem como inaugurar entre os estudantes da área um novo espaço de discussão e proposição sobre temas como: concepções de saúde, gestão do SUS, formação de recursos humanos para o SUS e outros temas de interesse da integração ensino-gestão-controle social em saúde.

A idealização do evento partiu da mesma constatação presente nos projetos anteriores: os gestores e os formadores em saúde não têm gerado suficiente contato e aprendizado dos acadêmicos da área com o SUS e nem assegurado ao conhecimento em Saúde Coletiva a necessária familiaridade para que se componha com o núcleo de práticas de cada profissão. A idéia era criar um espaço de contraponto ao paradoxo, no qual os estudantes fossem prestigiados e privilegiados no acesso e na produção de conhecimento sobre a realidade de saúde e a atuação no SUS, além de um novo protagonismo na reflexão sobre a educação dos profissionais de saúde.

A operacionalização deste fórum se deu por meio de uma Mesa de Abertura sobre Ensino, Gestão e Controle Social em Saúde, 3 painéis temáticos - “Concepções de saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Formação de Recursos Humanos para o SUS” - e grupos respectivos de reflexão, cujos debates predominantes versaram sobre a implementação de ações que possibilitassem maior aproximação e interação entre a Formação e o Sistema Único de Saúde, e o fortalecimento de ações conjuntas entre os estudantes da área da saúde para o aprofundamento do debate de sua formação e para a inserção articulada deste debate nos espaços de controle social.

Os temas foram escolhidos principalmente pelos estudantes que participaram da organização do Congresso. Diante da diversidade de concepções advindas da multiplicidade dos cursos envolvidos na área, o primeiro debate necessário era justamente sobre concepções de saúde. Os diferentes entendimentos sobre o que é saúde, ou ainda, o que é pensado quando a saúde é desejada pareceu ser, na visão dos estudantes, uma das primeiras dificuldades encontradas na construção de uma proposta integradora da área e, assim, o primeiro debate a ser estabelecido no Congresso.

A partir dessa discussão, a atividade abordou o próprio sistema de saúde. Este painel temático teve mais um caráter informativo. Para a grande parte dos estudantes, aquele era o primeiro espaço no qual se defrontavam com os assuntos que configuram o contexto do SUS. Várias informações foram trabalhadas sob os diferentes enfoques abordados. Foi presentificada a opinião de gestores, de usuários, de formadores, de trabalhadores da saúde e dos próprios estudantes.

Por fim, o tema formação de recursos humanos para o SUS. A escolha de que este tema ocupasse o último espaço do Congresso não foi aleatória. Os estudantes vivenciam, no seu dia-a-dia, a própria realidade da formação em saúde. São nos espaços e instituições formadoras que os estudantes estão aceitando, rejeitando, interagindo, buscando, esperando, fazendo, acreditando, combatendo, enfim, agindo e reagindo sobre o necessário percurso da profissionalização em saúde. É nestes espaços e instituições, talvez mais que em quaisquer outros espaços e tempos que os estudantes universitários da saúde podem, mediante sua mobilização, fazer a mudança, cumprindo o propósito de engendrar um profissional qualificado e humanizado para trabalhar com a saúde da população.

No dia 08 de setembro de 2002 após várias exposições, grupos de trabalho, painéis e conversas marcadas pela informalidade aconteceu a plenária final do congresso. Nesta plenária foram aprovadas as resoluções desenvolvidas no processo de discussão nos grupos de trabalho.

Pela primeira vez no país, um grupo multiprofissional e multiinstitucional de estudantes universitários da saúde, apoiado por uma gestão estadual, votava encaminhamentos destinados a diferentes instâncias institucionais da área da saúde. Proposições impregnadas do vigoroso desejo estudantil de alcançar uma qualidade resolutiva e humana dos serviços e da atenção prestada no sistema de saúde brasileiro, desenvolver o SUS e estruturar Sistemas Gestores em Saúde. O texto das resoluções da plenária final do 1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde está no final deste artigo (Anexo).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Sistema Único de Saúde, advindo das conquistas sociais engendradas no movimento sanitário, contou com a colaboração do Movimento Estudantil na elaboração dos ideais de universalidade, equidade, integralidade e participação no Sistema Único de Saúde, contudo, mesmo sendo autores da história do SUS e profissionais da saúde em formação, continuam sendo raras as políticas públicas de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS que têm como objetivo o público de estudantes universitários da saúde.

No texto constitucional federal (artigo 200, inciso III) está determinada como uma das atribuições do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos no setor da saúde,

mesmo com esta orientação da lei, ainda são escassos os projetos destinados aos estudantes das profissões da saúde.

Está muito presente na cultura formativa brasileira que formação é assunto de exclusiva responsabilidade das Instituições de Ensino Superior, ficando historicamente para as instâncias governamentais a responsabilidade pela capacitação continuada e pela educação permanente dos trabalhadores já formados e engajados no SUS. Não é difícil constatar, quando falamos de formação de recursos humanos para o SUS, que atividades voltadas para os estudantes durante a graduação, para familiarizá-los com o sistema da saúde, seriam profundamente produtivas para o setor.

Não esperar que os universitários se formem para, daí sim, serem apresentados ao SUS, foi uma das políticas de desenvolvimento de recursos humanos da saúde implantada pela ESP/RS no ano de 2002. Esta estratégia visou à qualificação dos trabalhadores da saúde a médio e longo prazos, bem como, à promoção e valorização deste ator social, enquanto um dos protagonistas dos debates pertinentes aos desafios de implantação do Sistema, mais especificamente, sobre a própria formação de recursos humanos para o SUS e sobre a imagem representativa de profissionais da saúde. Estes dois aspectos dessa estratégia política acontecem no contra-fluxo de valores presentes na intersecção educação-saúde.

O primeiro aspecto, é sobre uma política de recursos humanos voltada para médio e longo prazo.

Investir na mudança do ideal de profissão em saúde, não se faz imediatamente. Em desacordo com grande parte dos projetos para a qualificação da força de trabalho, esta não trata de uma política de reprofissionalização (educar o pessoal já formado/realizar a formação em serviço de saúde). Cursos de aperfeiçoamento, especialização, atualização, enfim, todas as iniciativas que buscam atender às demandas da atenção e dos serviços do sistema são válidas e importantes, entretanto, o pensamento presente na política da ESP/RS de articulação com os estudantes também é legítimo e necessário.

A proposta de intervir no próprio processo de formação acadêmica parece ser extremamente promissora.

Trata-se do período em que *garotos* e *garotas* estão significativamente abertos a novos valores, sedentos por objetivos justos e buscando uma estética para a própria existência. Estas tendências aliadas ao conhecimento das diferentes realidades, necessidades, oportunidades, demandas, urgências, potencialidades, dificuldades, possibilidades, desafios, enfim, alegrias e tristezas do sistema de saúde brasileiro podem representar um verdadeiro fluxo de força na direção de uma significativa qualificação profissional das pessoas que trabalham no SUS.

O segundo aspecto não hegemônico da proposta política articulada pela ESP/RS diz respeito ao próprio processo de construção dos projetos. A construção coletiva configurada por diferentes atores do setor da saúde aponta para uma ação comprometida e forte em função da participação social. Entretanto, a força de um ator social em particular marca esta política de articulação: a parceria com os próprios estudantes da saúde. Trata-se de um processo delicado e desafiador este de gestores sentarem juntos com estudantes para, unidos, compor propostas para a própria aprendizagem dos profissionais em formação. Engana-se quem idealiza as instâncias organizadas dos estudantes enquanto coletivo que possa ser conduzido pelas mãos habilidosas de gestores *fazedores de cabeça*, ou, quem sabe, por formadores acertados com o setor privado da saúde.

Os estudantes organizados representam uma força social forte. Trata-se de uma potente aliança de parceiros interessados em implantar políticas direcionadas ao fluxo dos desejos dos próprios estudantes. Não temos dúvida de que esta foi a única iniciativa que reuniu estudantes com caráter multiprofissional e realizou o encontro de estudantes de saúde com o gestor estadual do Sistema de Saúde e órgãos formadores.

Para os estudantes foi surpreendente também porque a própria configuração atual do conhecimento em saúde não permite *ver* do que se trata a gestão nesse setor. A *inteligência* do setor da saúde é a da gestão, sendo a atenção de qualidade, um de seus produtos privilegiados e a educação a própria produção dos efeitos desejáveis. Educação no

SUS, aprendemos agora, é ensino, pesquisa, extensão, documentação, cooperação técnica e ação social direta com os vários segmentos de *desenvolvimento* do SUS.

Os métodos dos estudantes organizados são extremamente ágeis e deslizantes. Sua informalidade possibilita arranjos, contatos, acordos, encaminhamentos, transmissões, proliferação de orçamentos, comunicados, recados, projetos, documentações, informações, convites, notícias, avisos, advertências, comprovantes, autorizações, enfim, uma agilidade e leveza que chega a *arrepiar* à exigente e lerda burocracia pública de cada dia. Uma agilidade e leveza que não compromete a idoneidade do processo que é compensada pela transparência coletiva e a revisão, no coletivo, das situações em que algum procedimento avaliado como indevido. A garra desta *gente estudante* que faz o que acredita denuncia a possibilidade de sucesso de uma política que conta com a parceria do Movimento Estudantil.

A resposta dada pela articulação com o Movimento Estudantil transborda o desenho das diversas políticas de integração docente-assistencial e de contato dos estudantes com a saúde comunitária. O desafio que *bancamos* foi o da geração de fatos micropolíticos. As intervenções políticas (macropolítica<sup>7</sup>) que se ocupam de conquistar hegemonia e legitimidade, operam no campo *legal e moral*, pleiteando as mudanças formais de currículo, a introdução formal de *novos* cenários de práticas ou a modernização didática. Novas diretrizes, novos locais ou novos métodos sem novas micropolíticas chegam às mesmas macropolíticas. No campo da *ética viva*, - que se faz o tempo todo durante as relações -, as intervenções são micropolíticas. A micropolítica, expressão inventada por Félix Guattari, se ocupa da *desindividualização*, isto é, de encontrar os focos de unificação, os nós de totalização e os processos de subjetivação que devem ser desfeitos, a fim de seguirmos a formação do novo, o que está emergindo de forma inédita ou a *atualidade* (no sentido de Foucault), conforme esclarece Deleuze (1992, p. 109). Para a micropolítica interessa a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a dissolução das identidades e a reconfiguração das formas e figuras de ser-pensar-agir-perceber.

O que as três experiências relatadas atestaram é de que é possível um trabalho com fluxos, vetores e conexões inéditas (micropolítica), relativas à gestão do SUS e ao pensamento em saúde e não apenas à assistência, mesmo com privilégio aos seus conteúdos de promoção, prevenção e educação.

Foi entabulada uma relação com estudantes que sequer se pensavam componentes de um mesmo setor de resposta à qualidade de vida. Reunimos 15 carreiras profissionais e discutimos em estágio ou em congresso a reorganização das relações de trabalho em saúde; discutimos abertamente os trânsitos administrativos e gerenciais, não para depor sobre sua ineficiência/ineficácia, mas sobre o potencial de avanços gerados pelo SUS, se levado cabalmente a efeito; buscamos o reconhecimento da epidemiologia, não como uma técnica ou método, mas como leitura, interpretação e ação política em saúde, capaz de cruzar coletividade e singularidade de maneiras inéditas na gestão descentralizada do setor e desencadeamos o debate precoce das atividades que não são específicas do campo da atenção, mas que, por pertencerem à gestão setorial, pertencem aos profissionais de saúde.

Na articulação com essa *gente estudante*, desafiamo-nos à introdução do tema da gestão no sistema de saúde, a atenção fazendo parte de um conceito maior, tal como a criação do SUS pela Lei: a inovação da gestão descentralizada, da atenção integralizada e da participação popularizada, um SUS de verdade.

Foi na parceria com esta *gente estudante* que a ESP/RS desenvolveu os três projetos voltados para os estudantes universitários da saúde durante o ano de 2002. Foram eles: *Escola de Verão, Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul – VER-SUS/RS* e o *1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde – estudantes\*agindo\*SUS*. Todos estes projetos foram apoiados pelas representações científicas dos profissionais do setor. Também contamos com a colaboração dos representantes de IES/RS que compõem o Pólo de Educação em Saúde Coletiva, dos trabalhadores do SUS, bem como, dos representantes dos usuários do próprio Sistema que atuam nos Conselhos de Saúde. Ao todo, as três atividades atingiram um público de aproximadamente 600 estudantes da saúde no estado.

Esta construção coletiva e solidária foi uma atitude da ESP/RS para democratizar a elaboração das próprias políticas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos da saúde. A efetiva participação das instâncias organizadas da sociedade na elaboração dos projetos voltados para o desenvolvimento do sistema de saúde, significa uma grande possibilidade de avanço quanto à configuração do perfil desejado ao futuro profissional de saúde. A Reunião de estudantes, docentes, profissionais, usuários e gestores para trabalhar a formação de recursos humanos para o SUS ainda pode ser considerada um tipo de reunião inovadora para a construção do sistema de saúde desejado pela população, entretanto, necessária e legítima.

NOTAS:

*1 Trata-se do Projeto Políticas de Recursos Humanos de Saúde - Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS. Este projeto atingiu os gestores de saúde dos estados da federação e ficou conhecido como Projeto Agenda.*

*2 O Netesc foi uma importante produção dos estudantes universitários da saúde do Rio Grande do Sul. Este Núcleo é composto por estudantes de diferentes cursos da saúde e de diferentes IES do estado. A partir dos trabalhos já realizados por este coletivo estudantil, já estão sendo implantados outros Núcleos, nos mesmos moldes, em outros estados da federação. No estado do Pará recentemente foi inaugurado o Netesc/PA, a partir de troca de experiências com o Netesc do Rio Grande do Sul. O Netesc surgiu para responder à busca da ESP/RS de um diálogo com o segmento estudantil da saúde.*

*3 Naquele momento o Netesc era composto por estudantes de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Odontologia e Serviço Social de diferentes IES e regiões: Centro Universitário Instituto Porto Alegre (IPA), capital; Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), capital; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), capital; Universidade de Caxias do Sul (UCS), região da serra; Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), região metropolitana; Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs), capital e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), capital. Hoje o Netesc também está ampliado.*

*4 Alguns estudantes de outros estados, bem como, de outros países, participaram do projeto, entretanto, a prioridade das vagas foi destinada aos estudantes do Rio Grande do Sul.*

*5 Centro Universitário Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior do Vale dos Sinos em Novo Hamburgo (Feevale); Centro Universitário Franciscano (Unifra); Centro Universitário La Salle (Unilasalle); Centro Universitário Vale do Taquari de Ensino Superior (Univates); Faculdades Integradas Instituto Porto Alegre (IPA); Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA); Fundação Universidade Federal de Rio Grande (Furg); Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Universidade Católica da Pelotas (UCPel); Universidade de Caxias do Sul (UCS); Universidade de Cruz Alta (Unicruz); Universidade de Passo Fundo (UPF); Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc); Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos); Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs); Universidade Federal de Pelotas (UFPel); Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Universidade Luterana do Brasil (Ulbra); Universidade Regional da Campanha (Urcamp); Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijui); Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).*

*6 Neste sentido, talvez o relatório de proposições do 1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde fale por si só.*

*7 A macropolítica inaugura muitos movimentos micropolíticos como é o caso do Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed), desencadeados pelo governo federal, cuja capacidade de mobilizar e de envolver atores externos às faculdades de medicina está gerando processo de mudança nos espaços local (relações interdepartamentais, aproximação ciclo básico - ciclo clínico etc.) e global (relações ensino - serviço, presença nos Conselhos de Saúde etc.), mas é preciso, como diz Guattari, colocar a micropolítica por toda parte (Guattari e Rolnik, 1986).*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Evandro da Fonseca; PEDRO, Fábio Lopes; ARISTIMUNHA Jr., Jorge Luiz & PAUL, Luís Carlos. *I Estágio Local de Vivências no SUS na Área de Abrangência da 4ª CRS*. Projeto de Extensão/Universidade Federal de Santa Maria. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Medicina. Diretório Acadêmico de Medicina “Professor Dr. José Mariano da Rocha Filho”. I ELV-SUS/4ª CRS/UFSM. Santa Maria, ago. 2002. 15p.

CASTRO, Janete Lima de (Rel.) Projeto Agenda: políticas de recursos humanos de saúde. *Agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS*: relatório final. Natal: UFRN, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann (Org.) *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 37-50.

CECCIM, Ricardo Burg. *Escola de Verão*: projeto de estágio de vivência no SUS para estudantes de medicina. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS, 2001. 24p.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura & LLANOS C., Manuel. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina*: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, p. 129-136.

DELEUZE, Gilles. *Conversações: 1972 - 1990*. Trad. de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. 226p. (Trans) GUATTARI, FÉLIX & ROLNIK, Suely. *Micropolítica*: cartografias do desejo. 2 ed, Petrópolis: Vozes, 1986. 327p.

### **ANEXO: DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO 1º CONGRESSO GAÚCHO DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA SAÚDE OS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, REUNIDOS EM CONGRESSO, DELIBERARAM E RECOMENDAM O QUE A SEGUIR SE AGRUPA EM TRÊS EIXOS TEMÁTICOS.**

#### I - QUANTO ÀS CONCEPÇÕES DE SAÚDE

1. Os serviços e os órgãos formadores devem privilegiar a atuação em equipe de forma cooperativa, integrada e não competitiva, estimulando a troca de saberes entre profissionais, acadêmicos e usuários.

2. Os gestores, formadores e estudantes da área da saúde devem incentivar reflexões sobre conceitos de respeito e atenção ao usuário na perspectiva da humanização da atenção à saúde.

3. As Instituições de Ensino Superior devem proporcionar, desde o início dos cursos da área da saúde, disciplinas do campo da Educação em Saúde Coletiva, promovendo debates e reflexões que se voltem para práticas de conhecimento e ação em saúde da população.

4. Com o objetivo de qualificar os conceitos e práticas relativas à saúde e ampliar a sua correspondência às necessidades do setor, as Instituições de Ensino Superior, Centros e Diretórios Acadêmicos devem promover debates abertos, inclusive nos espaços populares, com a participação de docentes, profissionais, acadêmicos e usuários para a discussão de seus direitos e deveres na condução do Sistema Único de Saúde.

5. Em todos os espaços formativos, sejam eles escolares, universitários ou de educação e ação popular ou de participação social em saúde deve-se buscar a concepção integralizadora da saúde, onde todos os componentes da vida fazem parte indissociável da promoção da saúde.

## II - QUANTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

6. Os gestores do SUS devem estruturar mecanismos e estratégias de comunicação permanente referentes às informações em saúde entre os setores da Secretaria da Saúde, entre as demais Secretarias envolvidas com as políticas sociais e com a sociedade, assegurando a construção e avaliação de políticas e práticas de modo cooperativo.

7. O Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde devem aprimorar os mecanismos de divulgação à população das informações sobre as decisões tomadas.

8. Os Centros e Diretórios Acadêmicos, a Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e demais órgãos formadores, bem como os gestores do SUS devem estimular o controle social em saúde, trabalhando pela compreensão e respeito à participação popular desde o ensino fundamental.

9. Os Centros e Diretórios Acadêmicos devem promover e criar condições para a participação dos estudantes nos espaços do controle social.

10. Os estudantes universitários da área da saúde devem inserir-se em práticas de educação popular – em espaços como salas de espera, entre outros onde estagiam e aprendem a assistência de saúde - promovendo

a consciência e o exercício de direitos sociais e civis.

11. Os Centros e Diretórios Acadêmicos devem cobrar a participação da Direção das Instituições de Ensino Superior em projetos de educação multiprofissional permanente dos trabalhadores do SUS, oportunizando a participação vivencial dos estudantes em todas as etapas constitutivas da proposta, sua formulação, sua execução e sua avaliação.

12. Os Centros e Diretórios Acadêmicos devem cobrar a participação da Direção das Instituições de Ensino Superior no que diz respeito à formulação de pesquisa no interesse do município e regiões de saúde, bem como o apoio na avaliação e proposição de protocolos e ações assistenciais multiprofissionais, oportunizando a participação dos estudantes em todas as etapas constitutivas da proposta, sua formulação, sua execução e sua avaliação.

13. Os gestores do SUS devem favorecer a educação permanente dos trabalhadores de saúde, de forma a familiarizar os mesmos com as mudanças pertinentes ao Sistema, aperfeiçoar conhecimentos multiprofissionais e a refletir sobre seu compromisso social.

14. Os gestores do SUS devem pautar sua ação pelo fortalecimento dos processos descentralizados de planejamento, organização e avaliação dos sistemas e serviços de saúde, contemplando de forma privilegiada as necessidades de cada município e sua população, inclusive para compor as equipes mais apropriadas em cada caso.

15. O Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (Netesc), os Centros e Diretórios Acadêmicos e demais representações estudantis devem organizar grupos multiprofissionais que formulem estratégias de participação na reformulação curricular dos cursos da área da saúde para que estejam asseguradas atividades sistemáticas de formação acadêmica multiprofissionais e integradas aos serviços de saúde.

16. A ESP/RS deve apoiar financeiramente o Netesc, garantindo a manutenção de uma rede

virtual de discussão e informação a respeito de temas referentes à Saúde Coletiva e que se

caracterize como instrumento que favoreça a articulação dos estudantes universitários da área da saúde.

17. A ESP/RS deve reconhecer e incentivar o papel de estruturas, redes e organizações aglutinadoras do segmento estudantil multiprofissional, como o Netesc, para a interlocução com os estudantes da área da saúde no Rio Grande do Sul.

18. Todas as Conferências de Saúde devem prever a participação organizada em delegação dos estudantes universitários da área da saúde.

19. Os Conselhos de Saúde devem assegurar a representação dos estudantes universitários da área da saúde em seu plenário e comissões técnicas como forma de contribuição ao conhecimento e compromisso com o SUS pelos acadêmicos.

### III - QUANTO À FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

20. As Instituições de Ensino Superior e as Direções dos cursos universitários da área da saúde devem superar os paradigmas biologicista e preventivista e contemplar a atenção integral no ordenamento da formação dos profissionais de saúde, reconhecendo todos os processos sociais e subjetivos de determinação e recuperação dos estados de saúde.

21. Os gestores e formadores devem incentivar espaços e atividades de reflexão sobre conceitos de respeito e atenção ao usuário no âmbito da saúde que envolvam a participação de estudantes universitários da área, pela importância dos mesmos como futuros profissionais e construtores da imagem e das práticas do SUS.

22. As Instituições de Ensino Superior devem repensar suas práticas de ensino em saúde, mudando a forma como as aulas são ministradas, de maneira que confirmem ao docente o papel de facilitador do processo de formação universitária e aos discentes maior protagonismo no processo ensino-aprendizagem.

23. As Instituições de Ensino Superior devem favorecer espaços de discussão curricular e debate das práticas de ensino e aprendizagem que contemplem o SUS.

24. Os estudantes da área da saúde devem mobilizar-se para a criação de espaços formais de interlocução entre direção, docentes e discentes das Instituições de Ensino Superior e participar na formulação de propostas de modificação curricular (garantindo a representação discente nas comissões pertinentes), com especial atenção às deficiências no ensino e na produção de conhecimento em Saúde Coletiva.

25. As Instituições de Ensino Superior devem ampliar a oferta curricular de disciplinas da área de ciências humanas e sociais ministradas por docentes habilitados nessas áreas, com conhecimentos e comprometimento em Saúde Coletiva.

26. Os Centros e Diretórios Acadêmicos e/ou estudantes devem promover nos seus cursos a discussão da necessidade de transformação do atual modelo assistencial em saúde, que é centrado na clínica médica e focado em procedimentos para uma clínica multidisciplinar e ampliada.

27. Os Centros e Diretórios Acadêmicos devem criar espaços para aprofundar a reflexão sobre a adequação ou não de cursos de formação de tecnólogos na área da saúde nas Instituições de Ensino Superior.

28. As Instituições de Ensino Superior - em particular os Centros e Diretórios Acadêmicos - junto aos gestores do SUS, devem ampliar sua interação na sociedade por meio de vivências, projetos, pesquisas, programas, estágios, grupos de estudos e canais de comunicação entre estudantes e profissionais das diferentes áreas da saúde, buscando a reflexão de suas experiências na realidade e buscando aproximar teorias e práticas.

29. Os gestores estadual e municipais, como também o gestor federal, e os serviços de saúde devem oferecer oportunidades para atividades extracurriculares de vivência nas ações de saúde, na gestão dos serviços e na gestão do próprio SUS, a exemplo da vivência-estágio no SUS (VER-SUS/RS) realizado pela ESP/RS.

30. As Instituições de Ensino Superior e os gestores do SUS devem incentivar a autonomia e protagonismo de seus acadêmicos na organização de estágios de vivência no SUS, por meio de apoio técnico, financeiro e operacional e liberação da carga horária de sala de aula para tais vivências, bem como valorizar formalmente estas oportunidades de aprendizagem intensiva.

- 31.Os estudantes universitários devem reivindicar o aumento do número de vagas de residência integrada em saúde (residências multiprofissionais de caráter interdisciplinar) como as que são oferecidas pela ESP/RS e a ampliação das residências no campo da saúde coletiva ao conjunto dos núcleos profissionais da área da saúde.
- 32.O Netesc e os Centros e Diretórios Acadêmicos devem promover e incentivar o envolvimento e a organização estudantil em ações que visem melhorar a sua formação acadêmica por meio de grupos de reflexão e ação na área da Saúde Coletiva.
- 33.As Instituições de Ensino Superior, o Netesc e os Centros e Diretórios Acadêmicos devem organizar e promover grupos de estudo e projetos de extensão de caráter multiprofissional para a formação dos profissionais de saúde.
- 34.O Netesc e os Centros e Diretórios Acadêmicos devem promover Semanas Acadêmicas multidisciplinares para discutir o Sistema Único de Saúde.
- 35.As Instituições de Ensino Superior, os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc) das Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS e o Netesc devem promover congressos e eventos locais e regionais sobre Saúde Coletiva e gestão do SUS.
- 36.A ESP/RS e o Netesc devem realizar eventos ampliando sua abrangência a profissionais e estudantes de áreas diversas da saúde, buscando o envolvimento destes estudantes e profissionais no âmbito da universidade, da sociedade e da ação em saúde.
- 37.O Netesc e os Centros e Diretórios Acadêmicos devem propor a criação do Espaço do SUS e/ou Espaço da Saúde Coletiva em todas as atividades e eventos institucionais em que a temática possa ser oportuna, tais como recepção de calouros, seminários, discussões, grupos de trabalho, jornadas, fóruns, conferências, simpósios e congressos dos quais os estudantes participem.
- 38.O Netesc e os Centros e Diretórios Acadêmicos devem organizar plenárias preparatórias, locais e regionais, para a realização do II Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde.
- 39.A Comissão Organizadora do II Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde deverá incluir em sua programação uma mesa de relatos e depoimentos que contemple as atividades da ESP/RS voltadas para a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos do SUS, garantindo a participação de seus alunos e residentes que permita avaliar seu compromisso social.
- 40.As Instituições de Ensino Superior, Centros e Diretórios Acadêmicos e os órgãos formadores devem incentivar a produção de publicações pelos estudantes para a multiplicação de conhecimentos referentes à Saúde Coletiva.
- 41.O Netesc e os Centros e Diretórios Acadêmicos devem buscar se fazer representar em eventos da área da Saúde Coletiva, divulgando encontros, criando espaços e aproveitando os já existentes nas Instituições de Ensino Superior para a difusão e o fortalecimento da reflexão na área.
- 42.O Netesc e os Centros e Diretórios Acadêmicos devem divulgar as ações da ESP/RS e dos Nuresc e da gestão pública em saúde dentro dos espaços acadêmicos, permitindo assim a inserção do estudante nas diversas instâncias do SUS e no exercício do próprio controle social.
- 43.Cabe ao Netesc buscar sua ampliação, com a criação de instâncias regionais, por meio de agenda permanente.
- 44.A Comissão Organizadora deste congresso deverá assegurar acesso público às resoluções do I Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde, disponibilizando-as pela Internet, na página da ESP/RS.

## **Fazendo Oficina**

*Domingos Corcione*

Pedagogo, Consultor de Movimentos Populares.

Torna-se cada vez mais freqüente, hoje, no trabalho de educação e formação popular, FAZER OFICINA. Virou comum se falar em oficina. Será que todos estão dizendo a mesma coisa? Há seminários e cursos que se parecem muito com oficinas, assim como há oficinas que nada mais são que os cursos ou seminários tradicionais...

Afinal, o que é uma oficina?

Foi a partir dessa pergunta e levando em conta experiências e reflexões de educadores que nasceu esse texto, querendo contribuir com o debate sobre o ...tema.

Quem pensa em oficina lembra logo, por associação de idéias, de peças, trabalho, conserto, reparo, criatividade, transformação, processo. de montagem... São todas idéias que compõem o significado da oficina, que se constitui num espaço privilegiado de criação e descobertas.

Numa oficina, PROCESSO e PRODUTO compõem uma unidade dialética. A modalidade. de um processo educativo influencia na qualidade de seus resultados. A oficina não pretende alcançar um objetivo "a qualquer custo"; preocupa-se, pelo contrário,' com a adequação e a seqüência dos passos a serem dados para que se chegue àquele mesmo objetivo.

O processo do qual falamos tem várias características; é pluridimensional, criativo, coletivo e planejado e coordenado

A seguir, tentaremos explicitar melhor cada um desses pontos.

Costuma-se dizer que SE APRENDE FAZENDO. Não se aprende somente com a cabeça, mas com o corpo todo. É por isso que, numa oficina, são trabalhadas distintas dimensões do ser

*humano: o sentir, o pensar, o agir. Intuição e razão, gesto e palavra intervêm e encontram uma nova síntese. O produto que daí é gerado tem um valor e significado particulares, exatamente porque é fruto de. um processo pluridimensional. Uma oficina, digna desse nome, coloca o desafio de um modo de trabalhar que se opõe ao tradicional. Para quem se acostumou a receber tudo pronto, a liberdade de criar pode ser assustadora. Mas o componente PRAZER, sempre presente no trabalho de oficina, favorece um clima de autoconfiança que faz superar o eventual medo de exercer a liberdade.*

A criatividade é uma característica constitutiva da oficina. Ela implica na capacidade de INVENTAR O NOVO, tanto no que diz respeito ao modo de trabalhar, como ao produto construído. É imprescindível o uso das mais variadas formas de linguagem, que possam

corresponder às diversas e inseparáveis dimensões da pessoa. Por isso é comum, numa oficina, a introdução da dança, da poesia, da pintura, da modelagem, de brincadeiras e dinâmicas de grupo. O produto que daí nasce terá essa mesma marca criativa e pluridimensional. Será sempre algo concreto, visível: um desenho, uma expressão musical ou plástica, uma colagem, uma expressão corporal, um cartaz, um texto... Para isso será necessário um trabalho prévio de sistematização. As pessoas do grupo irão identificar no produto construído aspectos da contribuição de cada um.

Uma oficina, além de ser um processo pluridimensional e criativo, é algo COLETIVO, que passa pela construção de várias pessoas. Por isso o compromisso e a responsabilidade dos participantes do grupo são essenciais: cada um assume uma tarefa na montagem ou produção do que se quer obter. O desafio é a criação coletiva a partir dos recursos do próprio grupo, a partir da prática de cada um em seu cotidiano. A organização do trabalho coletivo busca valorizar e potencializar a adversidade e potencialidade da cada um.

Neste *contexto* fica fácil compreender que a oficina é um PROCESSO PLANEJADO E COORDENADO. O coordenador:

- planeja previamente a oficina, de modo a favorecer uma construção coletiva de conhecimentos, que cheguem a se expressar num produto concreto;

- busca fontes (bibliografia, assessoria, etc.) que contribuam para uma apropriação do saber historicamente acumulado e um aprofundamento teórico acerca da temática em questão; conseqüentemente não descarta métodos expositivos ou intervenções mais qualificadas de especialistas que possam ser necessários em algum momento da oficina. Cuida para não fazer passar ao grupo a ilusão de estar construindo algo pretensamente novo, fortalecendo a consciência histórica e o reconhecimento dos limites do saber construído no aqui e agora;

- assume, durante a oficina, a postura de co-participante, que acredita na originalidade da contribuição de cada membro do grupo e que, por isso mesmo, não pode prever qual será o resultado final do processo que é chamado a conduzir.

Caso sejam várias pessoas a coordenar ou assessorar a oficina, será necessário que haja a maior sintonia possível entre elas.

Não há receitas para se fazer uma boa oficina, Toda experiência requer ingredientes adequados e combinados de forma a corresponder a cada especificidade local e conjuntural, a cada público e objetivo. O prazer de fazer oficina se fundamenta exatamente na consciência de estar experimentando algo singular e de estar aprendendo a experimentar.

### ***Orientação Bibliográfica***

GARCIA, Regina Leite (Org.), "Orientação Educacional, o trabalho na escola", Loyola, São Paulo, 1990.

CORCIONE, Domingos, "A questão da Formação de Assessores, dirigentes e Lideranças Intermediárias Para o Movimento Popular e Sindical", Debate (coletânea de textos), CESE, número 3 ano IV - maio de 1994.

## **Capacitação em Educação e Comunicação em Saúde**

*Solange L'Abbate*



*“O pensamento não é apenas externamente mediado por signos, mas também internamente por significados. A questão é que a comunicação direta de mentes é impossível não só fisicamente, mas também psicologicamente. Ela só pode ser conseguida através de meios indiretos, mediados. Esta estrada equivale à mediação interna do pensamento primeiro por significados, depois por palavras. Portanto, o pensamento nunca pode ser igual ao significado direto das palavras. O verbal, ou seja, o caminho do pensamento para a palavra é um caminho indireto, internamente mediado”.*

(Vygotsky, 1934a p.314, apud: Van der Veer & Valsiner, 1991:399)

## UMA BREVE APRESENTAÇÃO

Este texto\* pretende trazer ao leitor uma reflexão sobre um projeto didático-pedagógico que combina diferentes abordagens, na busca permanente de contribuir para que todo e qualquer atendimento à saúde, do mais simples ao mais complexo, seja realizado de modo a proporcionar, dentro dos limites da imperfeição humana e de certos imperativos sociais, a existência de um vínculo, alcançado mediante a consideração de que ambos - quem presta o serviço e quem o recebe - são pessoas, cidadãos, potencialmente capazes de compartilhar de um conjunto de valores éticos, que levem em conta os ideais de bem-comum, de justiça e da necessidade de se praticar ações úteis e produtivas.

Tal projeto diz respeito, basicamente, à formação dos profissionais de saúde - um dos lados do par posto acima e, portanto, nos campos da educação e da comunicação em saúde. Toma-se a primeira como prática pedagógica que considera o ser humano sujeito da construção de sua autonomia, em relação ética com seus pares, na busca de bem-estar, como constante melhoria da qualidade de vida; e a segunda como um conjunto de técnicas e processos relativos aos planos verbal, não verbal e simbólico, que permitem a prática da educação em saúde (DMPS/LACES... Folder,s/d) .

Este conceito de comunicação traz o mote da maneira como este campo será tratado no presente texto: como uma área subordinada à educação em saúde, e não como disciplina autônoma, embora não ignore as enormes possibilidades que se oferecem hoje àqueles que pretendem dedicar-se à teoria e à prática das questões relativas ao binômio Saúde & Comunicação. (Pitta, 1995).

O porquê desta escolha deve-se ao fato de que a análise do projeto didático-pedagógico aqui apresentado se faz acompanhar da descrição sucinta de algumas experiências que adotaram este tipo de abordagem, ou de subordinação, se se quiser. Trata-se de experiências realizadas individualmente pela autora e por um grupo de profissionais que constituem, junto com ela, o LABORATÓRIO DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE/LACES, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (DMPS/FCM/Unicamp, 1992).

## INTRODUÇÃO

Pensar em um projeto de capacitação em Educação e Comunicação em Saúde para diferentes profissionais que atuam no campo da Saúde significa, em primeiro lugar, definir de qual profissional se trata, de quem se está falando, afinal.

Por profissional de saúde estou entendendo todos os trabalhadores que atuam nos serviços de saúde públicos e privados. No Brasil, atualmente, dada a magnitude destes serviços, é bastante significativo o número dos profissionais empregados pelo conjunto das instituições. Na vigência da organização do sistema de saúde sob os moldes do Sistema Único

de Saúde-SUS, os serviços públicos de saúde correspondem a cerca de 55% do total de serviços de saúde do país (Barros,1995) .

O Sistema Único de Saúde/SUS, apoiado no princípio geral de que Saúde é direito do cidadão e dever do Estado, foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado por leis ordinárias de 1990 (Barros, 1995). Além deste aparato jurídico-institucional, indispensável à sua concretização e à direção única do Sistema pelo Ministério da Saúde, concretamente, o SUS corresponde a uma organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada, de acordo com os graus de complexidade, pressupondo uma destinação constante e sistemática de verbas federais, estaduais e municipais, definidas por leis. Pretende-se que todo o atendimento prestado aos usuários seja de caráter universal, gratuito, de qualidade, resolutivo e sob o controle da população.

O sistema deve ser gerenciado pelo município através de colegiados, dos quais fazem parte representantes das instituições públicas e privadas, de grupos de doentes e de setores organizados da população, como sindicatos e movimentos populares (L'Abbate,1996b). Aos colegiados municipais, correspondem colegiados estaduais e um de caráter federal: o Conselho Nacional de Saúde.

Na perspectiva do Sistema Único, os serviços privados de atendimento à saúde teriam um caráter apenas complementar, como por exemplo a venda de alguns tipos de serviços, sobretudo de leitos hospitalares. Atualmente, vêm sendo discutidas as relações entre os sistemas público e privado de saúde, não só devido à baixa remuneração paga pelo Ministério da Saúde aos atos e procedimentos do setor privado, como também ao caráter restritivo de muitos convênios médicos, que não cobrem doenças infecciosas como tuberculose e AIDS, doenças mentais, e algumas doenças crônicas. Além disso, em face do caráter universal e equânime do SUS, clientes dos convênios médicos e seguros-saúde acabam por utilizar os serviços públicos, sobretudo quando necessitam de procedimentos diagnósticos de alto custo.

Ainda que com dificuldades, e encontrando resistência tanto por parte dos *lobbies* do setor privado, como de parte da burocracia pública, deparando-se com a existência de uma posição anti-SUS, quase hegemônica por parte da mídia, o Sistema Único é atualmente uma realidade no país, estando implantado em cerca de 45% dos municípios brasileiros, de acordo com Barros (1995). A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no mês de setembro de 1996, com mais de 1.500 participantes das várias regiões do país, reafirmou a urgência de se concretizar a implantação do SUS o mais amplamente possível, uma vez que cerca de 80% da população dependem deste atendimento, para terem satisfeitos suas necessidades de saúde.

Portanto, quando se considera o profissional de saúde no Brasil, hoje, deve-se levar em conta este conjunto de questões, às quais acrescenta-se o fato de que nem sempre os trabalhadores têm condições adequadas de trabalho, nem sempre recebem salários dignos, etc. Por outro lado, há um consenso entre vários estudiosos da questão dos recursos humanos da área da saúde, sobre a relevância que, na prestação de qualquer serviço de saúde, adquire a atuação competente do profissional. (Ver, dentre outros, Schraiber,1991 e 1996; Paim, 1993; Campos, 1994a e 1994b; L'Abbate,1995a).

O aparato institucional é importante, a dotação de verbas e equipamentos também. Mas tudo isto pode passar a ter um caráter apenas de exterioridade, se o profissional de saúde que se encontra em contato direto com a população não estiver aderido de forma competente ao trabalho que está realizando, não estiver convencido de que deve manter uma relação ética com o usuário.

É neste contexto que se deve pensar a capacitação dos profissionais de saúde, particularmente no campo da Educação e Comunicação em saúde.

## ÁREAS DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Embora a capacitação em Educação e Comunicação em saúde, da qual aqui se trata, seja aplicável a qualquer profissional de saúde, seja ele atuante no setor público ou no setor privado, a experiência que deu origem a este trabalho decorre basicamente de oficinas e cursos ministrados a profissionais do setor público, bem como atividades realizadas junto a grupos de profissionais no interior de instituições públicas de saúde. Isto porque, conforme dito no início, refere-se a atividades realizadas no âmbito de um Departamento de Medicina Preventiva e Social, pertencente a uma Faculdade de Ciências Médicas de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo, a Unicamp.

Historicamente, no Brasil, os Departamentos de Medicina Preventiva, sobretudo os que pertencem às universidades públicas, além das atividades docentes realizadas no interior das Escolas Médicas, vêm contribuindo em nível de pós-graduação *latu e strictu sensu* para a formação de profissionais de saúde para o setor público de saúde. Constituem-se assim, com os dois mais importantes centros formadores exclusivos do campo da Saúde Pública (a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro; e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo), na rede incumbida de formar quadros de profissionais e gerentes para os serviços públicos de saúde do país.

A necessidade da atuação dessas instituições formadoras decorre, de um lado, das próprias deficiências do ensino de graduação dos cursos das profissões tradicionalmente ligadas ao setor saúde, como medicina e enfermagem; de outro lado, à complexidade da organização dos serviços de saúde decorrentes da Reforma Sanitária que vem sendo implantada no Brasil, há cerca de 15 anos, e, sobretudo, desde o Sistema Único de Saúde/SUS. Assim, não apenas médicos e enfermeiros, mas outros profissionais que também atuam no setor saúde, necessitam acrescentar às suas formações básicas, obtidas nos cursos de graduação, uma formação específica referente à área da Saúde Pública, ou se quisermos, de Saúde Coletiva.

Tal capacitação oferecida pelas Instituições nomeadas acima, com algumas diferenças, em geral, tem contemplado conhecimentos e habilidades, nas disciplinas de Administração e Planejamento, Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador e Educação e Comunicação em Saúde. E os profissionais necessitam ainda de conhecimentos básicos das Ciências Sociais e Bioestatística, imprescindíveis até para a capacitação das disciplinas típicas da formação em Saúde Pública.

Desde 1982, o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp vem ministrando o Curso de Especialização em Saúde Pública para profissionais dos Serviços Públicos de Saúde de níveis estaduais e municipais de Campinas e região. Até 1996, foram realizados 13 cursos e formados cerca de 450 especialistas. Todos os cursos foram realizados mediante a obtenção de recursos de convênios com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Trata-se, portanto, de um bem-sucedido "casamento" entre a Universidade e o Serviço Público de Saúde, as duas instituições unindo esforços para capacitar profissionais.

A partir de 1991, estabeleceu-se um processo de acompanhamento e avaliação junto aos alunos, em diferentes momentos do Curso e após alguns meses de seu término, no sentido de aumentar a compreensão a respeito do papel e influência do Curso para os profissionais e para os serviços onde estes profissionais atuam (L'Abbate, 1995a).

Os resultados dessas avaliações têm revelado que os egressos dos Cursos valorizam sobremaneira a capacitação obtida em Saúde Pública. Como, na maior parte das vezes, os alunos terminam as disciplinas optativas<sup>1</sup> do Curso com a proposição de projetos

<sup>1</sup>O Curso é constituído, na sua forma atual, de seis disciplinas obrigatórias e cinco optativas: Educação em Saúde; Administração e Planejamento em Serviços de Saúde; Epidemiologia Aplicada; Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária; e Saúde do Trabalhador. Desta forma, após uma formação básica, os alunos se especializam em conhecimentos específicos, imprescindíveis à sua prática.

para serem realizados nos diferentes serviços, eles têm proposto aos docentes do Curso atividades de acompanhamento e supervisão, num processo de educação continuada.

Dentre as disciplinas optativas, a de Educação em Saúde, já ministrada a cerca de cem profissionais,<sup>2</sup> tem sido avaliada de forma altamente positiva pelos alunos. Para tanto, os profissionais apontam a adequação da abordagem escolhida que tem permitido o estabelecimento de uma relação mais orgânica entre teoria e prática, mediante uma fundamentação teórica, contemplando correntes do pensamento pedagógico; um conhecimento da história das instituições incumbidas de realizar as atividades de Educação em Saúde no Brasil; a possibilidade de utilizar um eixo didático-pedagógico que oriente as atividades de educação em saúde no cotidiano dos serviços; a instrumentalização e vivências de diferentes técnicas possíveis de serem reproduzidas; e, sobretudo, o contato com uma aprendizagem inovadora e significativa.

De que proposta didático-pedagógica se trata afinal? Por que tem sido tão apreciada e valorizada pelos alunos? Por que a considero promissora para a constituição e consolidação do Sistema Único de Saúde?

## **CAPACITAÇÃO EM EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: PROJETO DIDÁTICO-PEDAGÓGICO**

### **Os sujeitos e a ética**

Parte-se da noção de que o profissional de saúde deve constituir-se como sujeito. De acordo com o conceito explicitado em trabalho anterior (L'Abbate, 1994: 483,...) entende-se, como sujeito, uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido e, na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento.

Embora pressuposto da constituição da nossa própria individualidade, (afinal, em tese, todos nascemos para ser sujeitos), todos nós, na realidade, desde que queiramos dar sentido e significado às nossas vidas, vivemos constantemente imersos na dicotomia heteronomia/ autonomia. Oscilamos, na nossa maneira de pensar e de agir, entre apenas reproduzir formas que nos foram passadas, desde a nossa infância, pela família, pelo grupo social mais próximo e pela sociedade mais ampla, e adotar formas de pensar e agir nas quais acreditamos, por um certo "convencimento interno". É evidentemente que esta divisão externo/interno não é exatamente uma divisão, é mais um tensão permanente. Isto porque nos constituímos ao longo da vida, exatamente a partir do legado que encontramos ao nascer, e do qual participamos durante toda a existência, e é assim que fazemos a construção social da realidade, como nos lembram Berger & Luckmann (1974).

Mas a possibilidade de realizar esta construção, segundo valores éticos relacionados às idéias de respeito à lei e ao outro, de busca de um trabalho capaz de produzir ações úteis e produtivas (Costa, 1991), depende de que tal autonomia seja construída de forma permanentemente crítica. E, neste sentido, considero que a Educação e, no caso específico deste trabalho, a Educação em Saúde, tem muito a contribuir, desde que se parta da consideração de que Educação em Saúde é uma prática social concreta (Melo, 1981; Oshiro, 1988; L'Abbate, 1994), que se estabelece entre determinados sujeitos - profissionais e usuários - que atuam no interior de determinadas instituições de saúde, sob um conjunto de injunções, desde as diretrizes gerais da Política de Saúde à especificidade do

<sup>2</sup> Foram ministrados Cursos de Educação em Saúde nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996, cada turma composta de cerca de 25 alunos. A respeito da análise do primeiro curso, ver L'Abbate; Oshiro & Smeke (1992).

modelo tecnológico <sup>3</sup> vigente; desde as teorias pedagógicas mais elaboradas até as práticas didático-pedagógicas concretas.

Assume-se, portanto, que tais sujeitos, conscientemente ou não, estão imersos em práticas pedagógicas, e se lembrarmos das contribuições de Gramsci, não há nada de novo neste pressuposto, uma vez que, para este autor, a sociedade civil, cenário privilegiado das ideologias, é o campo dos processos hegemônicos e contra-hegemônicos, e toda relação de hegemonia é uma relação pedagógica (Gramsci, apud Freitag, 1986:40).

No caso do modelo de organização dos serviços de saúde, o atual, que é o SUS, com seus princípios de equidade e universalidade, e pressupondo os direitos de cidadania, conforme dito há pouco, é altamente relevante que a construção da autonomia considere este ideário, além do conceito de saúde a ele subjacente, em que saúde se confunde com a noção de qualidade de vida, em seu sentido mais pleno. Aliás, os serviços de saúde e o próprio SUS devem ser construídos a partir deste conceito, ou seja, em defesa da vida, na feliz expressão de Campos (1991).

Pois bem: se, como afirmei há pouco, os trabalhadores de saúde integram organicamente a prática dos serviços de saúde, parece claro, como consequência, que quem opta por trabalhar nestes serviços deve acreditar e apostar nesse ideário. No entanto, por isso e para isso, projetos de capacitação dirigidos a este profissional devem ser construídos de modo a criar condições, as mais favoráveis possíveis, para permitir a construção de sujeitos autônomos e críticos. E, até por isso, a própria abordagem didático-pedagógica escolhida deve permitir que tais valores sejam contemplados, o que significa afirmar que os valores deverão estar introjetados em toda e qualquer técnica ou instrumento utilizados.

As afirmações feitas até agora permitem questionar sobre qual seria, afinal, a competência a ser adquirida pelo profissional de saúde. Para tanto, recorro a Terezinha Azerêdo Rios, que, ao discutir as relações entre ética e competência, embora referindo-se ao professor, evidencia questões que se aplicam também ao profissional de saúde, uma vez aceito que seu trabalho possui uma clara dimensão educativa. Para Rios (1993:46), competência = saber fazer bem. Mas o problema é definir o que seria este saber fazer bem. Para a autora, não é suficiente considerar somente a dupla dimensão técnica e política contida neste saber fazer bem, já referida por um conjunto de estudiosos. A estes aspectos deve-se acrescentar a ética, considerada como verdadeira mediação entre o técnico e o político.

Inspirada em Gramsci e em Manacorda, esta autora argumenta porque a ética deve estar contida tanto no político como no técnico, o que, na minha opinião, é coerente com aquilo que venho assumindo neste texto. E afirma que deve-se partir da necessidade de se discutir o que seria este bem, enfim, de que bem se trata, afastando-o completamente do fazer o bem com o ser bonzinho, jeito que muitas vezes, sob a capa do educador ser afetivo, levar em conta as necessidades do educando, etc. Encobriu, na verdade, opções que não consideraram realmente as dimensões da história e da moral. Na verdade, é necessário articular a idéia de responsabilidade à de liberdade, conceito que representa o eixo central da reflexão ética. Para a autora, responsabilidade está ligada também à noção de compromisso - e esse compromisso traz a marca não apenas da política, no sentido amplo, mas da moral (Rios,p.52, grifos do original).

Articular responsabilidade, liberdade e compromisso, significa que ao educador, ou ao profissional de saúde, não basta saber. É preciso também querer e não adianta saber e querer, se não se tem a percepção do dever e não se tem poder para acionar os mecanismos de transformação (Idem,p.57) nos rumos da instituição que se quer mudar - no nosso caso, os serviços de saúde.

Daí conclui a autora: os elementos contidos em um comportamento moral que interessa à ética apresentam a seguinte conexão: só posso falar em compromisso, se menciono a adesão, a partir de uma escolha do sujeito, a uma certa maneira de agir, a um

---

<sup>3</sup> Sobre o conceito de modelo tecnológico, ver GONÇALVES,1994. Op.cit. Sobre a relação entre modelos tecnológicos e as práticas de Educação em Saúde nas instituições de Saúde Pública, ver OSHIRO,1988.MERHY,1992, utiliza a expressão "modelo tecno-assistencial".

certo caminho para a ação. É para que essa adesão seja significativa que devem se conjugar a consciência, o saber, a vontade, que de nada valem sem a explicitação do dever e a presença do poder ( Idem,p.58).

Este poder de que fala Terezinha Rios, e segundo esclarecimento da própria autora, não deve ser confundido com dominação, mas resgatado na sua significação do consenso que gostaríamos de construir, considerando-se, naturalmente, a conjugação dos limites e possibilidades contidos na noção de poder.

Trazendo para o nosso campo estas reflexões, diria que a capacitação do profissional de saúde, quando se pensa na Educação e na Comunicação em Saúde, deve visar a este tipo de competência, construindo uma instrumentalização técnica e política, sendo os dois campos articulados pela ética que leve em conta a vida, a defesa da vida.

### **A pedagogia da urgência**

Um projeto didático pedagógico bastante favorável para o desenvolvimento da postura definida acima é, sem dúvida, o descrito por Maria Alicia Romaña, no seu último livro *Do psicodrama pedagógico à pedagogia do drama*, de 1996. Tendo introduzido e explicitado a teoria e a prática do Psicodrama Pedagógico (Romaña, 1987 e 1992), a autora, preocupada em rever criticamente a própria utilização que se vem fazendo do Psicodrama na Educação, propõe um tipo de articulação com outras abordagens. Segundo suas palavras: *A Pedagogia do Drama ou da Urgência que estou pensando é uma articulação da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire com a visão sócio-histórica do desenvolvimento segundo Vygotsky, tendo na Sociodinâmica moreniana seu arcabouço didático.* (Romaña,1996:84/5).

O interessante, aqui, é a coincidência de preocupações, como explicitarei a seguir. Por isso, considerando a experiência com a capacitação em educação e comunicação em saúde, tema deste texto, foi extremamente promissor conhecer esta "composição" feita por Maria Alícia Romaña. Já havíamos introduzido a estratégia do Psicodrama Pedagógico nos nossos cursos e oficinas, conforme abordado em trabalhos anteriores (L'Abbate; Oshiro & Smeke,1992, L'Abbate,1994,1995b,1996a). Por isso, inicio a discussão que se segue com a abordagem do Psicodrama.

Oferecendo um conjunto de estratégias extremamente úteis ao processo educativo, como teatro espontâneo, jornal vivo, jogos dramáticos e dramatizações, sociodrama, *role-playing*, mas sobretudo o método educacional psicodramático, este último construído por Romaña (1987 e 1992), o que se costuma denominar sinteticamente de PSICODRAMA, criado por Jacob Levy Moreno, vem se constituindo num excelente apoio para vários educadores nos mais diversos campos de atuação. Através deste conjunto de estratégias, é possível construir conceitos, treinar papéis, sobretudo o difícil papel de educador, representar autores importantes para o conhecimento das correntes pedagógicas, dando-lhes vida e atualidade, etc.

Como demonstrei em outro texto (L'Abbate,1994:486), outro aspecto muito interessante é a possibilidade que o Psicodrama oferece de trabalhar sempre a partir de aspectos que emergem do próprio grupo, possibilitando que as pessoas envolvidas se percebam como grupo de relação, o que é fundamental para qualquer trabalho educativo. Assim, como expõe Romaña, no psicodrama o grupo se estrutura, se conhece e se reconhece na mesma proporção em que dramatiza, produz e cria (Romaña, 1996;21).

Mas a utilização do Psicodrama pura e simplesmente mostrava-se limitada e incapaz de desenvolver, sozinha, a competência da qual se vem tratando neste texto. Facilmente, educador e educandos encantavam-se com o que estava sendo produzido, satisfaziam-se com a catarse momentânea, esquecendo-se de introduzir o contexto no qual a situação vivenciada em cena se evidenciava, ou seja, havia uma necessidade de se estabelecer uma crítica à utilização daquelas estratégias e, sobretudo, de se pensar em abordagens complementares. Como afirmei há pouco, a crítica à utilização do Psicodrama foi o ponto inicial do qual partiu Romaña para construir o projeto, que ela denomina "pedagogia do drama".

Daí afirmar que, embora Moreno nos tenha legado uma abordagem extremamente rica em perspectivas operacionais..., tenha deixado como herança um projeto que delimita campos, propõe técnicas e normas e, basicamente, desenha uma metodologia de ação, sua obra não possui uma definição ideológica nem uma opção política claras (Romaña,1996:96). Os grifos são meus.

Em relação a Paulo Freire, trata-se de resgatar e atualizar o seu método naquilo que ele tem de essencial: a dialogicidade e o conhecimento crítico. Isto porque, segundo Freire (1983), ao nos aprofundarmos no diálogo como fenômeno humano, encontramos algo que é o próprio fenômeno, isto é, a palavra. No entanto, ao buscarmos a palavra como algo mais que um meio para que ele (o diálogo) se faça, surpreendemos nela duas dimensões: ação e reflexão ... pois não há palavra verdadeira que não seja práxis. Daí dizer que a palavra verdadeira seja transformar o mundo (p.91). Por aí pode-se deduzir o caráter ético da abordagem de Freire.

É importante também considerar que certos princípios do método Paulo Freire, como a crítica à educação meramente depositária ou bancária, bem como seu desiderato, que é a perspectiva da problematização como alavanca da aprendizagem, têm sido largamente utilizados por um conjunto considerável de educadores. Por outro lado, reconhecem-se insuficiências em relação ao método, sobretudo uma certa visão idealizada das camadas populares e uma crença exagerada na possibilidade de troca entre educador/educando.

Por último, Vygotsky, autor cujo conhecimento entre nós é ainda recente, construiu uma sólida teoria sobre ensino-aprendizagem, através da qual é possível estabelecer as relações entre pensamento e linguagem. Dentro da construção da pedagogia do drama, Romaña destaca a forma como Vygotsky considera a vinculação genética entre o caráter social e o caráter individual do agir, através dos conceitos de internalização e de desenvolvimento proximal (Romaña, 1996:92/3), ambos sendo processos específicos das chamadas funções psicológicas superiores. Resumidamente, através dos processos de internalização, o sujeito apropria-se de formas de pensar e de agir dadas socialmente, não como cópia do plano externo, mas como resultado das formas de ação que acontecem no momento em que o sujeito se apropria das estratégias e dos conhecimentos e, ao mesmo tempo, domina as variáveis que podem aparecer em novos contextos interativos (idem,p.92).

Tal processo só ocorre porque existem processos de mediação entre o nível externo e o nível interno, basicamente os símbolos, e sobretudo a linguagem.

A capacidade que todo ser humano tem de aprender, passando de um nível de conhecimento real, correspondendo ao conhecimento já consolidado para outro nível, mais avançado, em que se exigiriam conceitos e habilidades novas (a idéia é mais fácil de ser compreendida se pensarmos em crianças aprendendo as atividades mais simples e corriqueiras, como andar, amarrar os sapatos,etc.), depende do que Vygotsky chama de zona de desenvolvimento potencial ou proximal, ou seja, para que o novo conhecimento se consolide, é necessária a existência de processos de mediação adequados e significativos, em geral conduzidos por outra pessoa com maior grau de experiência, no caso das crianças, de um adulto ou de uma criança mais velha (Ver, a respeito, Oliveira,1995).

Destaca-se assim, na abordagem de Vygostky, o conceito de mediação, que para Marta Kohl de Oliveira, em termos genéricos, é o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação: esta deixa de ser direta e passa a ser mediada por esse elemento (Oliveira, 1995: 26) <sup>4</sup>.

Mesmo sem adentrar profundamente na complexa teoria de Vygostky, inteirar-se do conceito de mediação, da forma como ele o trabalhou, foi essencial para o projeto didático pedagógico, que estava sendo construído nos cursos, oficinas e atividades de orientação e supervisão de grupos em instituições. Na realidade, o que ocorreu foi descobrir que já se

<sup>4</sup>Pela complexidade da obra de Vygotsky, é altamente recomendável a leitura do livro de Marta Kohl de Oliveira. De forma extremamente didática, a autora aborda os principais aspectos da teoria do autor.

trabalhava na perspectiva da mediação sem, no entanto, definir o conceito. Por isso, a "descoberta" desta conceituação foi altamente promissora, pois deu um fundamento teórico à uma prática. Isto se tornará claro no item seguinte.

Romaña (1996:98/100) conclui seu trabalho afirmando sua crença numa articulação coerente das proposições de Freire, Vygotsky e Moreno, da qual pode surgir um recíproco fortalecimento. E salienta considerar que, para uma Pedagogia do Drama (por ser seu causador) ou da Urgência (porque necessita de uma rápida solução), são indispensáveis a noção ética e altamente positiva que Paulo Freire nos oferece, a teoria do desenvolvimento que Vygotsky sabiamente concebeu e os procedimentos que Moreno previamente criou.

Embora esteja de acordo, considero que, entre os três autores, a contribuição de Vygotsky tem um peso maior. Pela consistência teórica de sua obra, pressupondo o caráter intrinsecamente social de todo o desenvolvimento humano, a partir do qual construiu o conceito de MEDIAÇÃO, este conceito merece uma consideração especial, tornando-se uma ferramenta absolutamente fundamental para todo e qualquer trabalho educativo. Além disso, ela está presente em Paulo Freire (o que seriam afinal as famosas palavras geradoras, para promoverem o processo de alfabetização?), em Moreno (o que seria, por exemplo, o *role-playing* para treinar o papel do educador?) .

É apoiada ainda no conceito de mediação que parto para a discussão de outro recurso teórico-metodológico fundamental para a construção de um projeto pedagógico, visando à capacitação em Educação e Comunicação em Saúde: a Análise Institucional.

### **A análise institucional**

Da grande produção de estudos teóricos e empíricos sobre a questão da instituição, que atualmente constituem um campo específico, chamado análise institucional, recorro alguns conceitos que podem ser úteis para a construção do projeto didático-pedagógico que está sendo proposto.

Parto do pressuposto, já desenvolvido em outro texto (L'Abbate, 1995 7), de que todos nós, queiramos ou não, nascemos e vivemos em instituições. E o profissional de saúde que se quer capacitar trabalha em instituições, no caso, de saúde. Fazem parte, portanto, de seu aperfeiçoamento profissional, certos conhecimentos produzidos pela análise institucional que possam sensibilizá-lo para que ele reconheça quais destes processos estão presentes no seu espaço de trabalho, qual a cultura institucional dominante, enfim, quais os traços mais arraigados, quais os mais tênues, e assim por diante.

René Lourau, sociólogo francês que, em conjunto com outros estudiosos, dentre os quais George Lapassade e Félix Guattari, criou o Movimento Institucionalista no final da década de 60, na França, desenvolveu um conceito de instituição que é interessante conhecer. Em síntese, para Lourau (1975), toda a instituição é o resultado de uma relação dialética entre três momentos: o instituído, ou seja, o conceito definidor, de caráter quase universal, que é o que nos permite, por exemplo, nomear uma instituição onde o objetivo é educar de escola, ou a instituição onde se cuida da saúde de Centro de Saúde; o instituinte, ou seja, o conjunto de processos, de relações, enfim, que fazem aquela escola, aquele Centro de Saúde funcionarem de forma diferente de outra escola e de outro Centro de Saúde; e, finalmente, o momento da institucionalização, produto da relação dialética entre o instituído e o instituinte, que permite visualizar momentânea e localizadamente como os processos mais formais e mais inovadores se relacionam, até para entender limites e possibilidades de transformação.

Lapassade, 1989, demonstrou a importância de se considerar, historicamente, como nas sociedades modernas foi se produzindo o conceito e a forma de organização da burocracia, e que relação existe entre este longo processo histórico e a dialética entre processos grupais/ organizacionais e institucionais no interior de instituições concretas.

Guattari (1987), enriqueceu a tríade da dialética de Lourau (instituído/ instituinte/ institucionalização), com as noções de que toda instituição é atravessada por processos molares (mais permanentes) e moleculares (mais fluidos) que guardam entre si



relações, não apenas dialéticas, mas também de analogia, de superposição, de "dobras", etc. Basicamente, é na multiplicidade dos processos moleculares que se encontra a potencialidade de transformação institucional.

Baseado em sua prática de atuação institucional, sobretudo em hospitais psiquiátricos franceses, Guattari procurou desenvolver um conceito que substituísse o conceito de transferência institucional, originado da Psicanálise. Quer dizer, um analista institucional, mesmo munido da abordagem psicanalítica, não estabelece com as pessoas/grupos das instituições onde atua o mesmo tipo de transferência que o analista estabelece com o seu paciente no seu consultório. No processo de análise institucional, Guattari propõe substituir transferência por transversalidade no grupo. O próprio Guattari explica transversalidade em oposição a:

- uma verticalidade que encontramos, por exemplo, nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal (chefes, subchefes, etc.);
- uma horizontalidade como a que pode se realizar no pátio do hospital, no pavilhão dos agitados ou, melhor ainda, no dos caducos, isto é, uma certa situação de fato, em que as coisas e as pessoas ajeitam-se como podem na situação em que se encontram ( Guattari, 1987:95/96).

Conforme desenvolvi em outro texto (L'Abbate, 1995b), o trabalho de grupo, essencial para qualquer capacitação em educação em saúde, só poderá ser desenvolvido em relação com o conceito de instituição. Além das noções de dinâmica de grupo, sobretudo a necessidade de conhecer os processos de coesão e dispersão comuns a todos os grupos (Lewin, apud Lapassade, 1989:65-72), à idéia de que cada grupo, ao se construir e se ver como tal, está, ao mesmo tempo, construindo a sua dinâmica (ARVOREDO, Curso de Dinâmica de Grupo, 1994), e da contribuição do Psicodrama de Moreno, já comentado anteriormente, é fundamental recorrer às noções de Guattari de grupo objeto/grupo-sujeito e o papel da transversalidade na "passagem" de um tipo a outro.

Para Lourau, há dois tipos de grupo-objeto: o primeiro é aquele que se vê como monossegmentar, recusando toda a exterioridade: é o grupo que contempla-se narcisicamente no espelho da unidade positiva, exclui os dissidentes... condenando e às vezes combatendo os indivíduos e grupos que evoluem em suas fronteiras. O segundo, ao contrário deste, se vê como mera consequência daquilo que a instituição lhe destina, não reconhece nenhuma existência efetiva fora da que lhe é conferida pelas instituições ou grupamentos exteriores (Lourau, 1975:269).

Contribuir para transformar grupos-objetos em grupos-sujeitos, que na visão de Guattari, com a qual estou de acordo, passa pela transversalidade, significa instaurar um verdadeiro processo de autonomia conforme abordado anteriormente. De acordo com Lourau, (1975:270), a transversalidade pode, portanto, definir-se como o fundamento da ação instituinte dos grupamentos, na medida em que toda ação coletiva exige uma perspectiva dialética da autonomia e dos limites objetivos dessa autonomia.

Retomando o início do texto, se capacitar profissionais de saúde nos campos da educação e da comunicação em saúde significa basicamente constituir sujeitos autônomos e críticos, tem-se nesta última citação a ponta do fio da meada, ou seja, se se trabalha, quase sempre, em grupos e instituições, o processo de busca de autonomia se dará também em grupo. À medida que os grupos de profissionais se tornarem menos grupos-objetos e mais grupos-sujeitos, estará em curso a construção de processos educativos significativos para cada um, para o grupo mais próximo e para a instituição. E, ao mesmo tempo, os participantes estarão se instrumentalizando para multiplicarem este tipo de atuação junto à clientela e a outros profissionais. Aí, sim, pode-se falar em capacitação.

## **O QUE ALGUMAS EXPERIÊNCIAS COM ESTE TIPO DE ABORDAGEM TÊM REVELADO**

Desde 1991, venho trabalhando com capacitação em Educação em Saúde. Às vezes sozinha, às vezes com outros profissionais do Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde/LACES, com os quais compartilho muitas idéias aqui desenvolvidas. É interessante

perceber, após explicitar o projeto didático-pedagógico, que ele vinha sendo construído havia bastante tempo, que muitas de suas premissas e estratégias já vinham sendo utilizadas, mas a proposta metodológica em sua integralidade (a que é possível neste momento, logicamente, provisória) ainda não tinha sido escrita.

Daí, a oportunidade de estar produzindo e divulgando este texto adquire um significado especial, à medida que tal projeto pode tornar-se mais claro, dentro da sua construção sempre inacabada, complementando um conjunto de reflexões que venho fazendo ao longo desses últimos anos, conforme já referido.

Tratando-se de uma capacitação cujo objetivo é contribuir para formar sujeitos autônomos, éticos e críticos, e que na sua prática introduza estratégias inovadoras, é difícil avaliar se tais objetivos estão sendo realmente alcançados.

Mas há indícios de que o projeto pedagógico tem sido exitoso. Começo pela descrição dos diferentes grupos que têm passado pelo processo, iniciando por aqueles que procuram uma instrumentalização nos campos da Educação e Comunicação em Saúde, seguida da descrição de experiências com grupos no interior de instituições.

### **Formação em Educação e Comunicação em Saúde (Atividades de caráter docente)**

1) Curso longo de Educação em Saúde <sup>5</sup>de 135 horas/aula, disciplina optativa do Curso de Especialização de Saúde Pública, ou isoladamente como curso da Escola de Extensão da Unicamp. Neste caso, a clientela é composta de profissionais de nível universitário, com diferentes formações, interessados numa capacitação específica e aprofundada de nível teórico e prático. Na realidade, são verdadeiros multiplicadores. De 1991 até hoje foram ministrados quatro cursos, perfazendo um total de cem alunos. Ao final da disciplina, os alunos, individualmente ou em grupo, elaboram projetos de análise de atividades educativas já existentes nos locais de trabalho, ou projetos de intervenção, tanto em relação a grupos de usuários, como de profissionais. Alguns desses projetos têm sido realizados nas instituições onde os profissionais trabalham.

2) Profissionais de Saúde que optam por fazer Cursos Curtos, denominados geralmente de Oficinas de 12, 16, 24 e 36 horas, contemplando temáticas tais como: Educação em Saúde: limites e possibilidades; Desenvolvimento do Papel Profissional, considerando diferentes trabalhadores, como: assistentes sociais, gerentes de serviços de saúde, nutricionistas, etc.; Educação e Comunicação em Saúde. Tais abordagens constituem conteúdos quase sempre contidos no Curso de Educação em Saúde, podendo ou não ter um direcionamento específico, como por exemplo, DST/AIDS, Adolescentes e DST/AIDS, Educação Nutricional, etc. Tais cursos, muitas vezes chamados de Oficinas, são oferecidos também como Cursos de Extensão <sup>6</sup>. Cerca de 250 profissionais de diferentes formações freqüentaram alguma oficina dos tipos descritos, que têm sido realizados desde 1993.

3) Módulos ministrados em cursos de pós-graduação ou de especialização para diferentes profissionais a convite de outras Universidades. Para odontólogos: Faculdade de Odontologia de Bauru e Universidade Federal de Santa Catarina; para enfermeiros, como a Faculdade de Enfermagem da UNIRIO, a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Sudoeste da Bahia,

<sup>5</sup> Durante os anos em que foi ministrada -1991,1992,1993 e 1996 - os seguintes docentes participaram: Solange L'Abbate - participou e foi coordenadora de todos os cursos; Julieta Hitomi Oshiro participou de todos os cursos; Elizabeth de Leone M. Smeke participou dos três primeiros cursos. Como colaboradoras: Lígia M. M.P Santos participou dos dois últimos cursos; Maria Sílvia Coutinho Carvalhal e Carla Maria Vieira participaram do último curso. Todos estes profissionais pertencem ao LACES.

<sup>6</sup> Os profissionais referidos na nota anterior têm participado desses cursos, juntamente com outros profissionais do LACES, tais como: Nayara Lúcia S.de Oliveira, Lia Fukui, Diana M.L. Granato, Verônica Gomes de Alencar, Maria Angélica Spinelli, Huda Siqueira, Eugênia C.Raizer, José Fernando Assoni, Mário César Scheffer, Adriano Nogueira e Maria Virginia R. Camilo.

campus de Jequié; e Faculdade de Enfermagem da Universidade de Feira de Santana/Ba<sup>7</sup>. Desde 1994, ao todo, 33 odontólogos e 70 enfermeiros cursaram estas disciplinas, cuja carga horária tem sido de 16 a 24 horas.

4) Atividades de Educação em Saúde e Reflexão sobre o Papel do Médico desenvolvidas junto a alunos do internato do Curso de Graduação em Medicina da Unicamp, inseridas no momento em que os futuros médicos estão estagiando em Centros de Saúde da Rede Básica. Trata-se de criar um espaço de reflexão para os alunos perceberem a relevância da dimensão educativa no interior do serviço de saúde e, simultaneamente, tornarem-se mais sensíveis para olhar o papel profissional de médico que se inicia. Isto porque, neste momento do Curso Médico, os alunos, sob orientação e supervisão de docentes de Saúde Comunitária do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp, prestam atendimento à clientela/SUS. Uma situação propícia para o desenvolvimento desta atividade é o fato dos alunos estarem divididos em pequenos grupos (sete a oito). Esta atividade é realizada desde 1995, abrangendo oito horas de atividades para cada grupo de alunos. Ao todo, cerca de 160 estudantes freqüentaram estes encontros<sup>8</sup>.

As avaliações realizadas ao final desses cursos e oficinas têm se revelado extremamente positivas quanto à proposta didático-pedagógica utilizada e aos conteúdos transmitidos, à satisfação das expectativas, à indicação de que foi adquirida uma competência para atuar como educador, à possibilidade de reproduzir muitas das técnicas utilizadas, de elaborar e executar projetos, da relevância de se criar espaços de reflexão sobre o papel profissional, etc.. As críticas, quase sempre, vão na direção da impossibilidade de se realizar com maior freqüência tal tipo de cursos, oficinas e reuniões, da necessidade de adequar ou rever certas atividades, ou de apontar a necessidade de acompanhamento e supervisão, o que nem sempre pode ser feito pelos docentes responsáveis pelo desenvolvimento da atividade. Tais comentários encontram-se em artigos, tais como: L'Abbate; Smeke & Oshiro, 1992, L'Abbate, 1994, 1995b e 1996a; e em relatórios, como os de Raiser, 1994; Vieira & Spinelli, 1995; Santos et al, 1995; Santos et al, 1996; Oliveira et al, 1996; Carvalhal et al, 1996; Vieira & Carvalhal, 1996.

#### **Desenvolvimento do Papel Profissional ou grupo de reflexão (Atividades de caráter de intervenção institucional)<sup>9</sup>**

Outro tipo de atividade que vem sendo realizada é a relacionada ao que denomino Desenvolvimento do Papel Profissional/Grupos de Reflexão. Trata-se de grupos de profissionais, que se dispõem a refletir sobre o seu papel profissional no interior da instituição, às vezes por alguma dificuldade do próprio grupo, outras por necessidade do aperfeiçoamento profissional/institucional, outras, enfim, por pedido da direção do serviço, embora, logicamente, o trabalho só aconteça se o grupo estiver disposto para tanto, ou seja, quando os membros do grupo conseguem explicitar um pedido ou demanda específicos (Ver, a respeito, Lourau, 1979).

Em outras oportunidades (L'Abbate, 1994: 486/9 e 1995b), comentei a relevância deste tipo de trabalho, em que se procura criar um espaço para o profissional de saúde repensar sua prática profissional/institucional, seja em grupos constituídos de profissionais de mesma formação, como assistentes sociais, enfermeiros, etc.; seja em grupos de caráter multiprofissional, como equipes de centros de saúde. Neste caso, trata-se de grupos, onde os participantes possuem diferentes níveis de escolaridade formal, o que torna bastante

<sup>7</sup> Todas as disciplinas foram ministradas por Solange L'Abbate. Apenas na disciplina ministrada na Faculdade de Odontologia de Bauru/USP, houve a participação de Lígia Maria M. P. Santos, em. Ver, a respeito, L'Abbate (1995b).

<sup>8</sup> Atividade realizada por Solange L'Abbate.

<sup>9</sup> Grupos coordenados por Solange L'Abbate, dentro do conjunto de atividades relacionadas à prestação de serviços, que complementam seu trabalho docente e de pesquisa.

pertinente a utilização do projeto didático-pedagógico referido e das estratégias que serão abordadas no próximo item. Isto porque, através deles, abrem-se possibilidades para outras formas de expressão e de simbolização, além das tradicionais formas verbais discursivas, nas quais os profissionais de nível universitário quase sempre dominam.

O caráter mais permanente desses grupos permite um tipo de intervenção bem maior, em que as pessoas dispõem de um tempo e de um espaço para olhar para as relações que estão construindo nos níveis pessoal, profissional e institucional, numa abordagem que Lourau (1975) e Lapassade (1989) chamam de intervenção institucional de caráter pedagógico.

A duração desses grupos depende do acordo ou contrato, das freqüências das reuniões e da própria disponibilidade "interna/externa" do grupo de estar se reunindo para refletir sobre as dificuldades e facilidades que encontra no desempenho do seu papel profissional, desde aquelas dependentes das relações pessoais até as relacionadas à inadequação das funções, ao não-planejamento das tarefas, etc. Impossível realizar este trabalho apenas por encomenda de uma direção.

Assim, desde que venho desenvolvendo este tipo de trabalho, isto é, desde 1992 até o momento (outubro de 1996), a duração média do trabalho com os grupos variou de três meses a um ano e meio, com freqüências de encontros semanal, quinzenal ou até mensal. Ao todo, acredito que cerca de 120 profissionais já realizaram esta experiência.

Uma primeira idéia que permite avaliar positivamente a atividade é o fato de até o momento todos os grupos terem se reunido, de acordo com o número de encontros previstos no contrato inicial, na maioria das vezes, e dentro da possibilidade da instituição, terem se proposto a continuar, quando percebem que ainda há aspectos que gostariam de trabalhar. Outro fato altamente positivo também é que, numa instituição como um hospital, logicamente com um número muito grande de funcionários, o trabalho iniciar-se com um dos grupos e os outros se proporem a participar quando houver oportunidade, o que realmente tem acontecido. Outro sinal, enfim, é o fato de todos os grupos desenvolverem, durante os encontros, propostas de mudança na reorganização do seu trabalho, e das estratégias de negociação necessárias para alcançar tais objetivos, e, sobretudo, de valorizar, em primeiro lugar, o que está ao alcance do próprio grupo resolver.

Enfim, é possível concluir que se intervém na direção da constituição de grupos mais sujeitos do que sujeitados, retomando Guattari. Tem-se claro, no entanto, tratar-se de um longo e difícil processo de mudança institucional. Difícil, mas não impossível. Há que se começar por algum lugar, a partir de algum ponto, de alguma brecha. Daí a necessidade da venda da idéia de que tal tipo de intervenção é possível ser feita, e que, sem dúvida, será útil para o aperfeiçoamento e valorização do profissional e da própria instituição.

### **Exemplificando a utilização desta metodologia a partir de uma estratégia específica**

De acordo com a proposta didático-pedagógica proposta, um conjunto de estratégias vem sendo utilizado nas diferentes atividades descritas anteriormente. Partindo-se do pressuposto de que, para que a aprendizagem seja significativa, os elementos afetivos e cognitivos devem estar integrados (Wenstein & Fantini, 1973), os participantes são solicitados a criarem, individualmente ou em grupo, imagens corporais, desenhos, pinturas, objetos a partir de papéis coloridos, balõezinhos e os mais diversos tipos de sucatas, etc., simbolizando algo que se queira trabalhar naquele curso ou oficina. Por exemplo, o processo educativo, a situação do grupo ou da instituição, o papel profissional (de educador, de assistente social, de enfermeiro, de odontólogo, etc.) ou outros conceitos que se queira transmitir ou construir. Após este exercício, através do qual as pessoas se sensibilizam para outros tipos de percepção e de comunicação (sobretudo a não verbal), o diálogo, a conversa, enfim, a comunicação verbal, ganham uma dimensão totalmente diferente: primeiro, por que incorporam aspectos emocionais e afetivos; segundo, porque todo tipo de construção realizada a partir desse tipo

de vivência tem um enorme poder de síntese. Ambos os aspectos não seriam tão facilmente contemplados se o tema fosse iniciado somente pela comunicação verbal <sup>10</sup>.

Para tornar mais claro ao leitor como o trabalho acontece concretamente, passo a descrever a experiência de uma oficina sobre "Papel profissional" ocorrida em vários grupos, em geral no início das atividades.

Os participantes, após um breve aquecimento <sup>11</sup>, no qual realizam algum tipo de atividade física, seja exercitando a respiração, seja caminhando ou fazendo exercícios, são solicitados a refletir sobre o seu papel profissional (como o percebem naquele momento). A seguir, pede-se que cada um simbolize a reflexão feita num objeto qualquer, construído com algo extremamente simples: uma folha branca de papel sulfite.

As folhas brancas transformam-se em barquinhos, tubos, lunetas, flores, envelopes e papel de carta, figuras recortadas de pessoas e muitos outros objetos. Todos de grande simplicidade e, ao mesmo tempo, complexos, porque contêm uma multiplicidade de conteúdos. É sobre tais conteúdos que cada participante irá falar, quando apresentar o seu objeto. É aí que se perceberá quanto sentido simbólico pode ser inscrito num objeto feito a partir de uma folha branca de papel. Trata-se portanto de um primeiro momento do processo de mediação, referido na metodologia.

Ao expor seu objeto, cada participante estará falando da sua visão sobre seu papel profissional naquele momento, expondo as dificuldades e facilidades em exercê-lo, expressando seus valores e ideais. Muitas vezes, também evocará a história de como escolheu aquele tipo de trabalho. Ao mesmo tempo, estará comunicando o seu pensamento aos demais participantes, estabelecendo um diálogo no qual, quase naturalmente, surgirão aspectos comuns, divergentes e complementares, os limites, as possibilidades...

A seguir, os objetos poderão formar uma imagem coletiva feita pelos próprios participantes, aí já imbuídos dos diversos significados atribuídos. Trata-se, portanto, de uma junção entre processos simbólicos e dialógicos.

Finalmente, cada objeto poderá ser substituído na imagem anterior, pelo seu autor, constituindo uma imagem de pessoas, que poderá ser explorada pelo coordenador: qual o seu movimento, o seu som, como as pessoas se sentem nas diversas posições, se gostariam de assumir o lugar do outro, etc. Daí se poderá chegar a um sociodrama <sup>12</sup>, no qual o papel de cada um estará sendo considerado em relação ao conjunto da equipe, à clientela, à instituição.

A reflexão sobre este conjunto de atividades fornecerá ao grupo e ao coordenador muitas pistas para continuar o aprofundamento sobre o papel profissional de cada um e do conjunto da equipe. Desde o desenvolvimento de um ponto de vista teórico sobre divisão e processo de trabalho, até a revisão das relações de trabalho naquele grupo ou setor, do enfrentamento de questões relativas à organização do trabalho, de atribuição de funções. Tudo isto sendo considerado sempre da perspectiva do grupo, em suas relações consigo mesmo com a direção mais próxima, com a instituição como um todo.

Observa-se, portanto, em coerência com aquilo que foi abordado na metodologia que a utilização de estratégias (aqui exemplificada com um tipo de atividade somente) constituem-se sempre em processos de mediação, no sentido dado por Vygotsky. Mediação que ocorre a partir de objetos intermediários, do diálogo, como propõe Paulo Freire, de dramatizações, no sentido moreniano. O objetivo último é levar os participantes dispostos a fazer este exercício a passarem de um nível a outro mais avançado de sua aprendizagem, a respeito do significado do seu próprio trabalho. E isto de uma forma prazerosa e significativa e,

<sup>10</sup> Sobre a importância da comunicação não-verbal, ver PINHEIRO(1990); sobre a importância dos aspectos emocionais na comunicação verbal, ver MATURAMA & BLOCH (1996).

<sup>11</sup> Sobre técnicas de aquecimento no Psicodrama, ver ALMEIDA, W.C. "Os iniciadores". In: MONTEIRO, R. Técnicas fundamentais do Psicodrama. 1993.

<sup>12</sup> Conforme coloquei em outros textos (L'Abbate, 1996) estou entendendo, de acordo com KAUFMAN (1992:71) que, pelo Sociodrama, obtemos "a identidade comum", enquanto que pelo Psicodrama percebemos a "identidade individual".

provavelmente, bastante duradoura.

**CONCLUSÃO: é possível desafio pensar a incorporação destas tecnologias em um projeto de um serviço público, democrático, em defesa da vida, como se pretende com o SUS, no Brasil, hoje?**

A resposta é afirmativa, como se depreende do que foi posto até aqui. E tal incorporação é possível, sobretudo, porque valores e posturas integrados à abordagem didático-pedagógica e às estratégias que lhe dão concretude, estão, sem nenhuma dúvida, relacionadas aos princípios do SUS. Constituir sujeitos mais autônomos e críticos, trabalhar a partir de necessidades e expectativas dos profissionais, em suas relações com o usuário e com a instituição, alimentar posturas éticas que levem em conta os princípios de cidadania, de justiça, de bem comum; estar o tempo todo preocupado em construir relações de sentido entre o que se passa no microcosmo da equipe, da unidade de saúde ou do setor do hospital e o macrocosmo da instituição e do sistema, e acreditando nas pequenas e imprescindíveis revoluções moleculares de que fala Guattari, afinal não é isto que se pretende?

Até porque, se não se tiver em vista a construção de algo realmente significativo em termos de um bom atendimento à saúde para o maior número de pessoas possível, (sobretudo para aqueles indivíduos que, por um processo histórico-político-social altamente excludente e tipicamente brasileiro, não têm outra possibilidade de cuidar de sua saúde, a não ser através do sistema público), "capacitações" em educação e comunicação em saúde, e em outros campos, que sejam "apenas" inovadoras e criativas, terão sido inúteis.

Acredito poder pensar a educação em saúde, me permitam a imagem, como uma espécie de "tecido básico", sobre o qual outras competências, igualmente imprescindíveis para a Saúde Coletiva e a construção do SUS, trarão as cores de suas estamparias, construirão novos desenhos e arabescos, tudo isto resultando numa nova e bela composição. Refiro-me aos campos do Planejamento, da Epidemiologia, da Saúde do Trabalhador, da Saúde Ambiental... Quem sabe, dos fios assim tramados, resulte um tecido onde não haja tantas divisões entre saberes e competências, mas infindáveis processos de mediação entre saber e querer, entre querer e poder, entre reconstruir e construir. Quem sabe ao final, não se possa mais distinguir o lugar em que começa um conhecimento e onde termina outro, tais os pontos de interseção entre eles? E, ao mesmo tempo, quem sabe se possa fazer tal integração sem ocultar o que cada traço tem de singular? Não é o que se deseja com um sistema de saúde que tenha por princípio a defesa da vida? Afinal, a vida é individual e coletiva; é singular e plural; é frágil e forte; é definitiva e efêmera...

## BIBLIOGRAFIA

BARROS, E. Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. Curitiba, 1995. Texto preparado para o I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. A construção social da realidade. 2ªed. Petrópolis, Vozes, 1974.

CAMPOS, G.W.S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo, Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W.S. "Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde". In: CECILIO, L.C.O. (org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo, Hucitec, 1994a, p.29-87.

CAMPOS, G.W.S. *A ética e os trabalhadores da saúde*. Saúde em Debate: 43, p. 60/3, 1994b.

CARVALHAL, M.S.C.; OLIVEIRA, N.L. & ALENCAR, V.G. Capacitação em AIDS. Relatório da oficina: Abordagem das DST/AIDS com adolescentes. Campinas, LACES/DMPS/Unicamp, 1996. Convênio MS/DMPS/Unicamp.

COSTA, J.F. "Psiquiatria Burocrática: duas ou três coisas que sei dela". In: ARAGÃO, L.T.; CALLIGARIS, C.; COSTA, J.F. & SOUZA, O. Clínica do Social. São Paulo, Escuta, 1991. DMPS/FCM/Unicamp. *Documento de criação do Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde/LACES*. Campinas, 1992.

DMPS/LACES. *Folder de divulgação do LACES*. Campinas, s/d.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 13ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.

FREITAG, B. Escola, Estado & sociedade. 6ª ed. rev. São Paulo, Moraes, 1986.

GONÇALVES, R.B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1994.

GUATTARI, F. Revolução molecular. 3ª ed. São Paulo, Brasilense, 1987.

KAUFMAN, A. Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica. São Paulo, Ágora, 1992.  
L'ABBATE, S.; SMEKE, E.L.M. & OSHIRO, J.H. *A educação em saúde como um exercício de cidadania*. Saúde em Debate, 37: 81-85, 1992.

L'ABBATE, S. *Educação em Saúde: uma nova abordagem*. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 10(4): 481-490, 1994.

L'ABBATE, S. "Agentes de trabalho/Sujeitos? Repensando a capacitação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva". In: CANESQUI, A.M.(Org.) Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. São Paulo, Hucitec, 1995a: 141/61.

L'ABBATE, S. *Trabalho de grupo e instituição*. Texto apresentado no Iº Seminário de Aprofundamento Teórico-metodológico do Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde/LACES/DMPS/FCM/Unicamp, dezembro, 1995b.

L'ABBATE, S. *Educação e sociedade: uma abordagem pedagógica para a odontologia*. Texto da Coletânea Ciências Sociais em Saúde Bucal: questões e perspectivas, 1996a. (em publicação)

L'ABBATE, S. Direito à saúde: discursos e práticas. Livro no prelo, São Paulo, Hucitec, 1996b.

LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. 3ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1989.

LOURAU, R. A análise institucional. Petrópolis/RJ, Vozes, 1975.

LOURAU,R. Sociólogo em tempo inteiro. Lisboa, Estampa,1979.

MATURAMA , H. & BLOCH, S./ BLOCH,S.& MATURAMA,H. Biología del emocionar y Alba Emoting: respiración y emoción, bailando juntos. Santiago, Dolmen,1996.

MELO,J.A.C. A educação sanitária: uma visão crítica. Caderno do CEDES, 4. São Paulo, Cortez,1981: 28-43.

MERHY,E.E. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo, Hucitec,1992.

MONTEIRO,R. (Org.). Técnicas Fundamentais do Psicodrama. São Paulo, Brasiliense, 1993.

OLIVEIRA, M.K. Vygotsky. aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico. 2ª ed. São Paulo,Scipione,1995.

OLIVEIRA, N.L.S.; SANTOS,L.M.M.P. & CARVALHAL.M.S.C. Técnicas de Comunicação com adolescentes. Relatório de Oficina. Campinas,DMPS/LACES,1996. Fundação para o Desenvolvimento da Educação.SEE/SP.

OSHIRO,J.H. Educação para a saúde nas instituições de Saúde Pública. São Paulo, 1988. Dissertação de mestrado na área de Filosofia da Educação, PUCC/ São Paulo.

PINHEIRO,M.B.G. Le non-verbal dans une dynamique de groupe. Tese de Mestrado, Universidade de Provence,France,1990.

PITTA, A.M.R. (Org.). Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO,1995.

RAIZER,E.C. Oficina de Educação em Saúde para profissionais da Secretaria de Estado da Saúde que atuam no campo das DST/AIDS. Campinas, LACES/DMPS,1994.Relatório de Oficina.

RIOS, T.A. Ética e competência. São Paulo, Cortez, 1993.

ROMAÑA.M.A. Psicodrama pedagógico. 2ª Campinas, Papirus,1987.

ROMAÑA,M.A. Construção coletiva do conhecimento através do psicodrama pedagógico. Campinas, Papirus, 1992.

ROMAÑA.M.A. Do psicodrama pedagógico à pedagogia do drama. Campinas, Papirus, 1996.

SANTOS,L.M.M.P; CARVALHAL, M.S.C.; OLIVEIRA,N.L.;VIEIRA,C.M.Relatório da oficina de comunicação e educação em DST/AIDS. Campinas,LACES/DMPS/Unicamp,1996.Convênio MS/DMPS/Unicamp.

SCHRAIBER,L.B. "A qualidade dos serviços e a capacitação profissional".Texto preparado para o Curso de Aprimoramento Integrado em Recursos Humanos, Saúde Mental e Saúde do



Trabalhador Convênio Cefor- SMSSP/FMUSP- Depto. de Medicina Preventiva. São Paulo, 1991.

SCHRAIBER, L.B. *Ética e subjetividade no trabalho em saúde*. Rev. Saúde em Debate. Divulgação Nº 12, julho, 1996: 45-50.

VIEIRA, C.M. & SPINELLI, M.A.S. *Módulo de desenvolvimento do papel profissional de gerente*. Campinas, LACES/DMPS/Unicamp, 1995. Relatório de Curso ministrado aos profissionais da Secretaria Municipal de Valinhos/SP.

VAN DER VEER, R. & VALSINER, J. Vygotsky. Uma síntese. São Paulo, Unimarco/Loyola, 1991.

VIEIRA, C.M. & CARVALHAL, M.S.C. *Desenvolvimento do papel do nutricionista educador*. Campinas, LACES/DMPS/Unicamp, 1996. Relatório de Oficina ministrada a nutricionistas.

WEINSTEIN, G. & FANTINI, M.D. La enseñanza por el afecto. Vida emocional y aprendizaje. Buenos Aires, Paidós, 1973.

## **Planejamento da Comunicação para a Mobilização Social: em Busca da Co-Responsabilidade**

*Márcio Simeone Henriques  
Clara Soares Braga  
Rennan Lanna Martins Mafra*

<sup>13</sup>A constituição dos projetos de mobilização social tem sido um desafio permanente para o qual têm-se canalizado muitos esforços. No que se refere à comunicação como fator preponderante para a tarefa mobilizadora, observa-se com frequência a tentativa de gerar modelos de planejamento aplicáveis à estruturação das ações comunicativas que sirvam para alimentar os projetos de suas necessidades básicas: criar condições para a participação e manter os atores sociais engajados em suas causas.

É possível constatar que ao longo do tempo esta preocupação tomou as mais diversas feições, variando ao sabor da conjuntura política. Em todo caso, um problema básico sempre foi o de encontrar uma metodologia de trabalho suficientemente organizada, que pusesse em movimento os diversos públicos aos quais determinados projetos de ação social se referem, envolvendo-os de tal forma que garantam o sucesso das causas para as quais se mobilizam. A solução para tal problema implica em definir, antes de tudo, a forma pela qual projetos pretendem atingir suas finalidades e os instrumentos que poderão ser utilizados em consonância com a forma escolhida.

Desta maneira, a geração de um modelo de planejamento respeita, antes de tudo, a uma opção política, orientada por certos valores. Se estes valores, por um lado, podem remeter a um tipo de ação autoritária, paternalista, unidirecional, podem, sob outra perspectiva, propiciar ações abertas, multidirecionais, democráticas, sem abrir mão do planejamento como meio de coordenar e organizar as iniciativas. No primeiro caso, trata-se de tomar o planejamento como um procedimento caracteristicamente técnico, sujeito a uma razão puramente instrumental, como define HABERMAS (1987). No segundo, deve-se reconhecer o planejamento como um ato político, guiado por uma razão dialógica ou comunicativa.

A expansão dos movimentos sociais e a necessidade de implementar cada vez mais a mobilização na sociedade civil para a solução dos mais variados problemas e sob as mais diversas formas, trazem o desafio de investigar os modelos de planejamento da comunicação que melhor se apliquem às ações democráticas e inclusivas, onde se permita alcançar uma co-responsabilidade entre os públicos envolvidos.

É neste sentido que o Laboratório de Relações Públicas Plínio Carneiro, da Universidade Federal de Minas Gerais criou, entre seus programas permanentes, o de "Planejamento de Comunicação para Projetos de Mobilização Social", e vem desenvolvendo estudos sobre este tema para aplicação em demandas como, por exemplo, a do Projeto Manuelzão, de revitalização da Bacia do Rio das Velhas. Este trabalho concreto suscitou reflexões e questionamentos de fundo conceitual e incitou à busca de referências para a realização de um mapeamento de públicos que, abandonando a idéia das divisões clássicas, pudesse compreender os diversos atores a partir dos vínculos que mantém com o projeto enquanto instituição.

Sendo os vínculos o conjunto de relações que definem o envolvimento com as causas e com os projetos em si, torna-se pertinente avaliar e problematizar, no diagnóstico da comunicação, como se manifestam estas relações e as suas conseqüências, bem como avaliar prospectiva e estrategicamente o que cada projeto considera desejável e ideal. A partir desta compreensão é possível tecer planos coerentes com as visões políticas e os valores que orientam a iniciativa mobilizadora, sem descartar as decisões estratégicas necessárias ao jogo de forças em que irá atuar.

---

<sup>13</sup> Comunicação apresentada ao GT de Relações Públicas da Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares – INTERCOM, no XXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, realizado de 2 a 6 de setembro de 2000 na Universidade do Amazonas, Manaus – AM.

## MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E COORDENAÇÃO DE AÇÕES

Originalmente, o verbo mobilizar significa "dar movimento a"; "por em movimento ou circulação". TORO (apud FONSECA & COSTA, 1996) amplia este conceito quando diz que "mobilizar é convocar vontades para um propósito determinado, para uma mudança na realidade". Se uma mudança se faz necessária é porque existem problemas que estão impedindo um bom funcionamento da sociedade.

Mobilizar, portanto, é convocar estas vontades de pessoas que vivem no meio social (e optaram por um sistema político democrático) para que as coisas funcionem bem e para todos; é mostrar o problema, compartilhá-lo, distribuí-lo, para que assim as pessoas se sintam co-responsáveis por ele e passem a agir na tentativa de solucioná-lo. Isto não implica a retirada da função do Estado de garantir a integração, a regulação e o bom funcionamento da sociedade. Mas implica que a própria sociedade gere meios de solucionar os problemas com os quais o Estado por si só não seja capaz de lidar.

Numa perspectiva de estruturação dos projetos mobilizadores de forma aberta, multidirecional, participativa e democrática, com a finalidade de acabar com a estagnação e a acomodação dos indivíduos, é preciso colocar estes problemas reais em movimento e circulação na sociedade, para o que é essencial estabelecer estratégias comunicativas. As pessoas precisam, no mínimo, de informação para se mobilizarem, mas além disso, precisam compartilhar um imaginário, emoções e conhecimentos sobre a realidade das coisas à sua volta, gerando a reflexão e o debate para a mudança.

Segundo TELLES (1999), "se o espaço público constrói um mundo comum entre os homens, este mundo tem que ser pensado não apenas como aquilo que é comum, mas como aquilo que é comunicável e que, portanto, se diferencia das experiências estritamente subjetivas e pessoais que podem ter validade na dimensão privada da vida social".

O grande desafio da comunicação, ao mobilizar, é tocar a emoção das pessoas, sem, contudo, manipulá-las, porque se assim se fizer, ela será autoritária e imposta. PERUZZO (1998) observa que estes movimentos implicam o exercício da decisão partilhada e requerem a existência de canais desobstruídos, informações abundantes, autonomia, co-responsabilidade e representatividade

A questão da participação é vital e impulsionadora para os movimentos sociais. Para que pessoas se mobilizem e tomem uma decisão de se engajarem em algum movimento, é preciso não só que estas pessoas tenham carências e problemas em comum, mas que compartilhem valores e visões de mundo semelhantes. E, segundo TACUSSEL (1998), "para que uma mensagem ou significado seja compartilhado, é preciso que ele seja reapropriado de maneira intersubjetiva, ainda que essa reapropriação seja polêmica ou conflituosa", argumentando que "cada relação intersubjetiva na comunidade possui suas fronteiras, e as fronteiras do liame comunitário são espaços de confiança além dos quais certas coisas fazem ou deixam de fazer sentido".

Fatores ligados a questões culturais, históricas e políticas também determinam a decisão de participar. Como lembra PERUZZO (1998), esta questão está diretamente ligada à experiência histórica de um povo e à sua tradição em relação a uma consciência participativa. A isso se juntam a reprodução de valores autoritários e a falta de conscientização política: "Nossos costumes apontam mais para o autoritarismo e a delegação de poder do que para o assumir o controle e a co-responsabilidade na solução de problemas".

Peruzzo cita Maria Esther Dias, que salienta que "transfere-se a alguém situado em posição superior na hierarquia, a responsabilidade por ações que, na perspectiva de uma prática participativa efetiva, deveriam caber aos componentes do próprio grupo", o que leva à compreensão de que a participação é sempre algo a ser construído e recriado, no âmbito das práticas culturais. Na sociedade brasileira, pelo menos nas duas últimas décadas, esta cultura participativa está sendo impulsionada, principalmente quando se observa a ampliação da

sociedade civil, pelo surgimento de um maior número de associações, de movimentos populares e sociais, o que evidencia uma participação voltada para a mudança social.

O conceito de solidariedade, no entanto, transcende o de participação. O sociólogo Herbert de Souza (apud FRANCO: 1995) diferencia este conceito do de assistencialismo, quando diz que "solidariedade é um gesto ético, de alguém que quer acabar com uma situação e não mais perpetuá-la" e assistencialismo, em contrapartida, é a geração de um certo comodismo através de situações de ajuda que são constantes.

Segundo FRANCO (1995), a solidariedade só pode ser praticada no presente, desencadeando uma ação concreta de cooperação e colaboração na tentativa de suprir carências, ao contrário de ações que tentam jogar a solução dos problemas para o futuro, o que transferiria a responsabilidade da solução do problema para outra época e para outros indivíduos. Salientando ainda que a ação concreta e solidária explica-se "pela hipótese da existência de uma consciência moral que apreende o outro (que sofre) como 'um-outro-eu-mesmo' e que induz ao reconhecimento de que 'eu sou responsável pela solução dos carecimentos que acarretam sofrimentos aos meus semelhantes'", o autor desenvolve o conceito de compaixão quando esclarece que o sofrimento de um ser humano só pode ser aliviado no presente, pela compaixão de um outro ser humano. Estes conceitos de solidariedade e de compaixão podem ser considerados fundamentais para a geração de um sentimento de co-responsabilidade, impulsionando a participação das pessoas.

Compreendendo o caráter aberto, dinâmico e descentralizado, desejável aos projetos mobilizadores, o fazer comunicativo, mais do que informar, tem por tarefa criar uma interação própria entre estes projetos e seus públicos, através do compartilhamento de sentidos e de valores. Deseja-se, assim, que sejam fortalecidos os vínculos destes públicos com os movimentos e que sejam capazes de tomar iniciativas espontâneas de contribuir à causa dentro de suas especialidades e possibilidades.

Propõe-se então que a comunicação mobilizadora deva ser entendida como uma "coordenação de ações", e não como um instrumento de controle das ações. O conceito de coordenação de ações corresponde ao formulado por MATURANA (1998): "duas pessoas estão conversando quando vemos que o curso de suas interações se constitui num fluir de coordenação de ações". Isso traz conseqüências importantes, entre elas a necessidade de gerar permanentemente uma espécie de "congruência recíproca", que permita aceitar legitimamente o outro na convivência.

O desafio da coordenação de ações é justamente o de gerar e manter canais desobstruídos para a comunicação, para que os públicos interajam entre si e com o movimento, de uma forma que não seja caótica e aleatória. O planejamento da ação comunicativa deve existir no sentido de permitir a tomada de posições a respeito de questões críticas e estratégicas e de motivar, associar e integrar os diversos públicos através da criação, da manutenção e do fortalecimento dos vínculos de cada público com o projeto instituído.

Por outro lado, como alerta FERREIRA (1987), é importante que o planejamento evite uma reificação do método, para que este não se transforme num fim em si mesmo e principalmente que, dentro desta lógica mobilizadora, com estruturas em que cabem iniciativas descentralizadas, ele não caia numa visão tecnocrática, "impedindo os que agem de pensar no que fazem, desvinculando os que pensam dos resultados da ação".

#### *UMA PROPOSTA DE ANÁLISE A PARTIR DOS VÍNCULOS*

A complexidade dos próprios movimentos de ação social impõe, portanto, a necessidade de transcender os métodos clássicos de identificação e análise de públicos, considerando as relações sistêmicas que eles estabelecem entre si e com os projetos institucionalizados. Sendo que os públicos, nestes casos, não possuem unicamente uma existência por si próprios, identificável por sua gênese e localização, mas também – e principalmente – pelos tipos de relacionamentos que configuram os seus vínculos com o projeto, torna-se necessário rastrear os caminhos e circuitos através dos quais a ação comunicativa em movimento proporcionará uma produção de sentido comum.

O que se propõe neste trabalho é que o diagnóstico da comunicação seja efetuado a partir da problematização de tais vínculos, considerando que podem ser de forma e de natureza diferentes. Para isso, são estabelecidos oito critérios para análise, em escala, que podem ser aplicados a uma segmentação de públicos própria de cada projeto e que podem caracterizar a natureza e a força de tais vínculos: localização espacial, informação, julgamento, ação, continuidade, coesão, co-responsabilidade e participação institucional.

A análise destes critérios auxiliará na determinação da posição relativa dos segmentos numa rede característica de projetos de mobilização social.

a. Localização espacial: no qual, no espaço real (geográfico) ou virtual, estão localizados os públicos dentro do universo de atuação e de influência do projeto. Corresponde ao espaço das relações intersubjetivas tal como definido por TACUSSEL (1998), em seu conceito de comunidade.

b. Informação: as pessoas podem ter mais ou menos informações sobre um projeto de mobilização social, com maior ou menor nível de detalhamento. As informações também podem ser de vários tipos: informações mediadas por meios de comunicação, oficiais ou não-oficiais; boatos; informações transmitidas pelo contato com a marca, vinheta ou slogan; informações sustentadas por dados e pesquisas etc.

c. Julgamento: uma certa quantidade de informações, com determinado nível de detalhamento, gera uma tomada de posição dos públicos em relação ao projeto. O julgamento é a constituição deste posicionamento, que se dá a partir do estabelecimento de juízos de valor. Para a consecução do julgamento, deve-se atentar às estratégias que os diversos públicos constroem para a produção de sentido coletiva, ou seja, aos circuitos comunicativos que, para FONSECA (1998) se configuram como "caminhos através dos quais o sentido se produz e, como tal, aparecem como possibilidades dentro de uma rede possível de sentidos". Assim ocorre quando a comunicação é capaz de fornecer aos públicos do projeto informações consistentes, que produza um sentido determinado destes públicos sobre o projeto, sentido este que os levem a apoiá-lo, legitimá-lo e defendê-lo.

d. Ação: geração pontual, eventual ou permanente de idéias, produtos, serviços, estudos e contribuições diversas dos públicos para o projeto de mobilização social, que contribua direta ou indiretamente para os seus objetivos.

e. Coesão: a coesão entre os públicos de um projeto existe quando as ações destes públicos são interdependentes, possuem elos de ligação ou contribuem para um mesmo fim, que podem ser os objetivos gerais ou específicos do projeto. Trata-se neste nível de superar ações que sejam meramente fragmentadas e isoladas, que se encerrem em si mesmas e possuam pouca ou nenhuma ligação entre si.

f. Continuidade: as ações dos públicos são permanentes, gerando um processo contínuo de participação. Neste caso, trata-se de superar a pontualidade e a instantaneidade, de maneira que as ações tenham uma determinada permanência e se projetem num recorte temporal mais amplo.

g. Co-responsabilidade: quando o público se sente também responsável para o sucesso do projeto, entendendo a sua participação como uma parte essencial no todo. Esta é gerada, basicamente, através dos sentimentos de solidariedade e compaixão, desenvolvidos por FRANCO (1995).

h. Participação institucional: a participação no projeto é institucionalizada através de convênios, acordos e documentos formais de qualquer espécie. Neste caso, é celebrado um contrato tácito entre ambas as partes que gera um vínculo forte e obrigatório, cujo rompimento unilateral e abrupto não é desejável.

É importante salientar que os critérios da escala de vinculação não se excluem, mas se somam, de modo que à medida que um determinado segmento de público nela avança, o seu vínculo com o projeto vai-se fortalecendo.

Colocar estes critérios numa linha progressiva permite entender claramente que a vinculação dos públicos com os projetos de mobilização social é um processo que se constrói através da intervenção da comunicação. De acordo com os objetivos do projeto, pode-se determinar um tipo de ação comunicativa para posicionar os públicos em seus pontos ótimos na escala de critérios de vinculação. A ação comunicativa bem planejada é aquela que possibilita a criação, a manutenção ou o fortalecimento dos vínculos, já que o enfraquecimento dos mesmos, embora sempre possa acontecer, nunca é desejável.

O mapeamento deve ser feito para posicionar os públicos nesta escala, estimulando e gerando referências para a ação comunicativa. Ele deve ser uma metodologia permanente, pois os projetos de mobilização social se configuram como uma rede na qual o posicionamento dos pontos é sempre dinâmico, mutável. É preciso acompanhar com certa frequência esta dinâmica de interações, para que se mantenha uma coerência entre ela e os critérios citados.

Para o estabelecimento de ações coordenadas, os movimentos devem tender ao estabelecimento de um vínculo o mais forte possível, que se materializa no nível da participação institucional. Entretanto um projeto de mobilização não deve buscar a participação institucional de todos os seus públicos, em todos os momentos, pois assim se descaracterizaria: de um sistema aberto, no qual as pessoas se inserem através da mobilização, passaria a um sistema fechado e pouco flexível, sob o risco do engessamento burocrático que acabe reproduzindo as relações sociais autoritárias que pretende evitar. Isto reforça a idéia de que a busca da participação institucional deve ser uma decisão estratégica.

Dessa forma, pode-se inferir que o verdadeiro ideal destes projetos deve centrar-se na busca da co-responsabilidade, construída a partir da interdependência e da permanência. E sendo os critérios de coesão e continuidade o elo entre a ação isolada e efêmera e a ação co-responsável, a comunicação deve ser planejada principalmente para atuar sobre estes dois pontos.

Em suma, ações co-responsáveis equivalem ao estabelecimento de vínculos fortes. Planejar a comunicação nos projetos de mobilização social, estabelecendo fluxos que tendam à criação da co-responsabilidade, é o caminho mais viável para gerar a participação, a mobilização verdadeira e o efetivo êxito das iniciativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERNANDES, Rubens César. Terceiro setor. In: Privado porém público: o terceiro setor na América Latina. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FONSECA, Cláudia G. da. A comunicação e a produção de sentido sobre a saúde. Geraes Revista de Comunicação Social, Belo Horizonte, n. 49, p. 39-43, 1998.

FONSECA, Magna Pataro; COSTA, Maria da Conceição Baêta da. Educação, comunicação e mobilização social: instrumentos e sensibilização para limpeza urbana em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal do Meio Ambiente, 1996.

FRANCO, Augusto de. Ação local: a nova política da contemporaneidade. Brasília/Rio de Janeiro: Agora/FASE, 1995.

HABERMAS, Jürgen. Direito e democracia: entre faticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

\_\_\_\_\_. Teoria de la accion comunicativa. Madrid: Taurus, 1987.

HENRIQUES, Márcio Simeone. O planejamento sistêmico da comunicação. Belo Horizonte. 1998.

MATURANA, Humberto. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.

PERUZZO, Cicília Maria Krohling. Comunicação nos movimentos populares. Petrópolis: Vozes, 1998.

TACUSSEL, Patrick. Comunidade e Sociedade: a partilha intersubjetiva do sentido. Geraes – Revista de Comunicação Social, Belo Horizonte, n. 49, p. 3-12, 1998.

TELLES, Vera da Silva. Direitos sociais. Afinal do que se trata? Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.



## **Introdução ao Debate Sobre os Componentes da Caixa de Ferramentas dos Gestores em Saúde**

*Emerson Elias Merhy*  
*Prof. do DMPS/FCM/UNICAMP*

## QUEM GOVERNA, GOVERNA O QUÊ?

Para iniciarmos esta reflexão vamos pedir ajuda para um estudioso das ciências de governo, o professor chileno Carlos Matus, que em seu livro “Política, Planificação e Governo”, permite-nos pensar sobre a pergunta acima, e mais, sugere-nos inclusive quais as categorias importantes devemos pensar quando queremos entender as ações de governo.

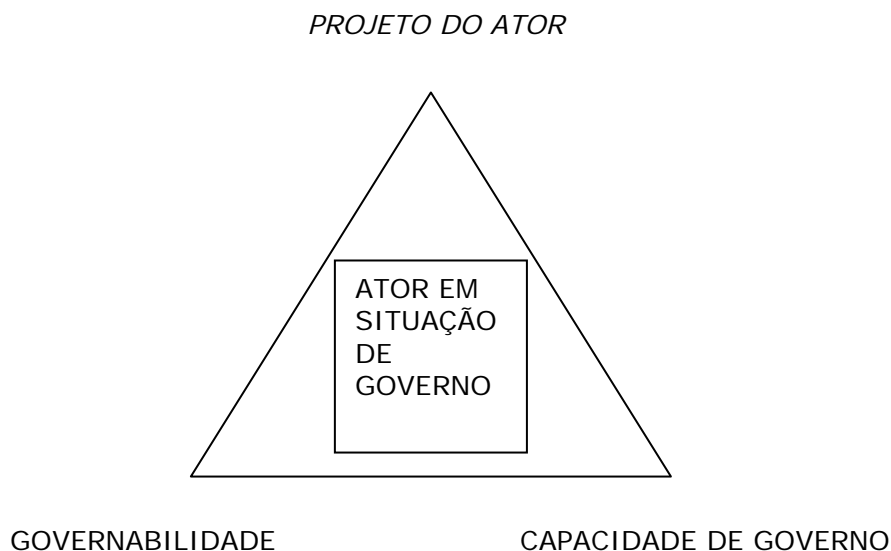
Para começar, nos ensina que todos governam em uma organização, e para isso distingue os que governam com “G”, dos que governam com “g”, para expressar que há “agentes da organização” que estão em posição de alta direção (que seriam os que governam com “G”), e há “agentes” que ocupam todos os outros espaços de ação na organização, mas que governam também (e, que seriam os que governam com “g”).

As noções de “G” e “g”, devem ser consideradas como relativas dentro da organização, pois se o recorte for uma instituição hipercomplexa, como a máquina estatal de um governo municipal, ora os secretários serão o “G”, se considerarmos os seus subalternos, ora serão “g” se olharmos para a máquina como um todo.

Além disso, Matus nos ensina também que a verdadeira organização está inscrita no conjunto das ações governamentais que todos fazem no dia a dia das organizações, e inclusive por isso ele afirma que “planeja quem faz” e não quem diz que planeja, ou mesmo quem tem um cargo para isso.

Porém, como distinguir mais precisamente os diferentes níveis de governo? E, mesmo, como pensar as ferramentas que os que são “G” necessitam para fazerem suas ações de governo?

Este mesmo autor nos oferece uma ferramenta conceitual para melhorarmos nossa compreensão sobre o tema em pauta. O conceito de triângulo de governo:



Matus, diz:

- todo ator em situação de governo é um ator coletivo, mesmo que seja representado por uma só pessoa;

- sempre este ator atua apontando uma direção, representada por seu **projeto**, mesmo que este não esteja escrito ou totalmente explícito, mas suas ações tem sempre direcionalidade;
- no cenário, este projeto é uma aposta de alguns atores, mas não de todos;
- todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores, que também governam e disputam com ele a direcionalidade da situação com os recursos que contam;
- cada projeto em disputa necessita contar com certos recursos para sua efetivação, porém o ator não os controla, dividindo com os outros a sua **governabilidade**, que é uma certa “balança” entre os recursos que controla e que não controla para a realização de seu projeto;
- mesmo tendo projeto e uma razoável governabilidade, os atores em situação de governo, precisam saber governar e ter ferramentas para isso, o que comporia a sua **capacidade de governar**;
- em cada nível de governo que o ator se coloca há a necessidade de uma caixa de ferramentas adequada ao seu projeto e a sua governabilidade;
- quando um ator joga bem no cenário ele pode ganhar governabilidade e com isso melhorar a sua posição na implantação de seu projeto.

Com estas novas noções, podemos imaginar que a idéia de recursos não deve ser restritiva, pois serão recursos tudo aquilo que é necessário para compor o êxito da aposta do ator: dinheiro, conhecimento, organização, trabalhadores, comunicação e, assim, por diante.

Do mesmo modo, a composição de uma “caixa de ferramentas” para governar deve ser também a mais eclética possível: deve conter essencialmente saberes de como as coisas devem ser feitas, o que nos remete para a compreensão do próprio saber fazer como uma tecnologia vital para o agir governamental. (para isso, trabalhamos com um conceito amplo de tecnologias que já expusemos em um outro texto: INTRODUÇÃO À SAÚDE PÚBLICA - e os sentidos das ações de saúde)

É importante ficarmos atento que em toda situação de governo, todos os atores sociais que estão no cenário, compondo a situação, também sabem governar. Isto é, também têm saberes que lhes permitem um agir governamental, seja como ator em situação de “G” ou “g”. Vale lembrar, que os “G” são os que se encontram, pelo menos teoricamente, em situação de maior governabilidade geral em termos do projeto que a organização está comportando no momento, pois são - dos atores da organização - aqueles que mais controlam os recursos formais com que a organização conta para existir.

Consideramos, como uma reflexão necessária, a partir de todas estas colocações, pensarmos que o quê um gestor governa é diretamente dependente da situação em que ele se encontra (do nível de governo que ocupa), do projeto que ele porta e dos outros que estão em disputa com o dele, e dos recursos que permitem opera-los. Parece-nos que este conjunto é que terá um influência vital sobre a composição da caixa de ferramentas de um gestor.

No caso de ser um gestor em saúde, a primeira questão a ser pensada é como compreender esta situação: o território da saúde, quais as composições das apostas do mesmo, e afinal de contas: o que governa um gestor deste estado situacional?

Sem muita precisão, entendemos que um gestor em saúde tem que ter capacidade de governar:

- relações políticas entre distintos apostadores do cenário da saúde, marcadas pelo terreno das relações entre o estado e a sociedade na formação das políticas sociais;

- relações organizacionais entre diferentes atores que governam o dia a dia dos serviços de saúde, disputando com seus autogovernos (“g”) o caminho do “G” da alta direção;
- relações produtivas do cuidado em saúde;
- relações entre produtores e beneficiários dos atos de saúde.

Continuando com esta reflexão mais imediata, podemos dizer que a caixa de ferramentas do gestor em saúde deve conter tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da: política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho. Nos quais, o saber como tecnologia é central. Porém, sem esquecer que estará diante de muitos outros que também sabem, pois todos governam.

Em saúde governa desde o porteiro de uma unidade de saúde qualquer, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até o dirigente máximo do serviço. E, aliás, esta é uma marca bem típica da saúde: a necessidade de que a obtenção da qualidade do seu produto, o cuidado em saúde, é dependente do exercício mais autônomo de seus trabalhadores individualmente e em equipe, mas dentro de um processo mais coletivo.

Para avançar a reflexão, detalhando mais precisamente estas questões, vamos utilizar trechos de textos já produzidos que permitem-nos esclarecer os temas em foco.

### **CONVITE A LEITURA**

Sugerimos, para iniciar esta fase, a leitura dos outros textos anteriores a este: O ato de cuidar como um dos nós críticos dos serviços de saúde e o INTRODUÇÃO À SAÚDE PÚBLICA - e os sentidos das ações de saúde, para podermos estabelecer os conceitos básicos que trabalharemos nesta unidade. Agora propomos os textos abaixo, para serem agregados a reflexão que convidamos com as perguntas do final do texto

Em primeiro lugar apresento trechos do texto UM GESTOR DE UMA ESCOLA MÉDICA GOVERNA O QUÊ? (produzido como apoio ao Projeto CINAEM de reforma das escolas médicas conduzido pela ABEM)

No campo da gestão nos deparamos com a tarefa de governar processos pertencentes aos seguintes territórios:

**político** - demarcado pelas práticas de distintos sujeitos coletivos que disputam tanto constituição de um projeto (como expressão de interesses) quanto a direção do mesmo. Este terreno tem como característica a multiplicidade desenhada a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, na tentativa de afirmar, ou mesmo impor, uma certa política como se fosse do interesse de todos.

**organizacional** - espaço de intervenção de sujeitos coletivos, inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem e governarem os outros, disputando o caminhar do dia a dia da dinâmica das organizações para a instituição de alguns projetos. É um terreno muito tenso que procura construir com as normas e regras instituídas o controle organizacional, mas não consegue anular a existência de forças potência (que também exercem suas ações de governo) que querem se realizar (instituir), também.

**produtivo** – lugar de produção que visa a constituição de certos produtos, que realizam os objetivos dos projetos políticos e organizacionais, consolidados. É um terreno do encontro do

trabalho vivo em ato com os saberes tecnológicos e os equipamentos (trabalho morto), que procura transformar em bem estruturado todos os agires produtivos, ordenando-os, porém a ação do trabalho vivo não consegue ser plenamente capturada, interferindo o tempo todo no caminhar da produção.

Em cada um destes terrenos, demarcados por suas singularidades, fazem-se presentes 3 tipos de processos:

**estruturados** – os que podem ser bem definidos e normatizados. (como os processos burocráticos, administrativos)

**quase-estruturados** – os que pertencem a caminhos incertos, mas são passíveis de uma aposta normatizadora dos atores governo a partir de procedimentos estratégicos e situacionais. (como os processos de ensino-aprendizagem, qualificação de trabalhadores)

**não-estruturados** – os que estão em potência, para acontecer, e só no seu caminhar vai exigindo competências governamentais dos distintos atores em disputa do governar. (como a construção e gestão do cuidado em saúde)

### O QUE A GESTÃO PRODUZ?

- Decisões
- Ordens
- Compromissos
- Participação
- Descentralização/Centralização
- Projetos
- .....

### ONDE A GESTÃO PRODUZ?

Em certas unidades de produção constituídas pelas características do território institucional no qual os atores que governam são definidos, atuando como em uma dupla mão: a situação institucional os definem e suas ações definem a situação.

Para agir em situação de gestão um ator governo tem que contar com uma caixa de ferramentas (saberes tecnológicos) que permitam, com certa eficácia, operar sobre os distintos processos presentes em cada terreno e entre eles. A combinação da natureza do terreno com o tipo de processo é marcadora dos saberes tecnológicos que podem ter alguma capacidade gestora.

Veja agora trechos do texto Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental, de Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, publicado como capítulo 4 do livro Agir em Saúde - organizado por Merhy e Onocko, pela editora Hucitec, São Paulo, 1997

Temos tido a oportunidade de utilizar, desde o início da década de 1980, ... uma série de tecnologias de planejamento estratégico, sempre na perspectiva de aumentar a capacidade de governo e a governabilidade de atores com um determinado projeto político, mas com pouco recursos para sua execução...

O que se pretende fazer no presente artigo é uma apresentação e discussão de um certo modo de operar uma tecnologia mais *light* de planejamento estratégico, que é, em grande medida, um "híbrido" das tecnologias (existentes)... Esta tecnologia resultante acaba

ficando sem um nome próprio, sendo às vezes chamada de “PES modificado” ou de “ZOPP enriquecido com PES” ... A “autoria” que se reivindica aqui é a de uma longa aplicação destas tecnologias, com inúmeros grupos dirigentes e sua gradual testagem e adaptação em função de duas variáveis principais: o tempo como recurso escasso dos dirigentes e a necessidade de tornar acessível o manuseio de tais tecnologias a um número crescente de pessoas.

Na nossa prática, temos aprendido que existem duas condições mais importantes para o sucesso de um plano: a clareza e o rigor com que é elaborado e a competência da sua gestão. Neste artigo, procuramos trabalhar cada etapa do método, mostrando as suas dificuldades e dando algumas orientações que ajudem a sua operacionalização com mais rigor.

A tecnologia que estaremos mostrando se alimenta de duas fontes principais, quais sejam, o PES e o ZOPP. Do primeiro, incorpora elementos que falam da complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e de condições de pouca governabilidade de quem faz o plano, mas principalmente a idéia de que é possível “criar” governabilidade. Do segundo, incorpora uma certa simplificação metodológica que tem se apresentado muito útil na nossa experiência...

## **OS PASSOS...**

### **Definir claramente o ator que planeja**

Ter claro quem está “assinando” o plano. Por exemplo, há uma diferença muito grande entre o ator ser a prefeito ou ser o secretário de Educação, por mais que o cargo do secretário seja um cargo de confiança do prefeito. É que nunca há uma transferência automática de recursos de um ator para o outro. Dito de outra forma, o ator- prefeito controla recursos, inclusive boa parte deles sob o controle de outros atores sob o seu comando, como por exemplo os recursos financeiros controlados pelo secretário das Finanças, que extrapolam, e muito, o campo de governabilidade do secretário da Educação. Outra coisa: Secretaria de Educação não é um ator. O secretário da Educação, sim. A prefeitura não é um ator. O prefeito, sim. Porque, como sabemos, tanto a prefeitura como qualquer secretaria são organizações muito complexas, habitadas por inúmeros atores que controlam inúmeros recursos. Outro exemplo: um grupo gerente de projeto não é um ator. O ator, no caso, é a autoridade que instituiu o grupo. Assim, um projeto coordenado por um grupo-tarefa designado pelo secretário da Educação - que, supõe-se, assume integralmente o plano - tem como ator o próprio secretário e não o grupo. A clareza sobre quem assina o plano é um bom ponto de partida.

### **Ter bem clara qual a missão da organização à qual está vinculado o ator que formula o plano**

Nem sempre há muita clareza sobre o conceito de missão. Em geral, a missão é enunciada em termos bem genéricos, na forma de propósitos. Nós temos trabalhado com um conceito mais “amarrado” de missão”. Missão deve conter, em seu enunciado, três idéias básicas: quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a oferecer. Alguns exemplos de missão: a) uma escola municipal tem a seguinte missão: oferecer ensino de primeiro grau (o produto), para crianças na faixa etária tal (a clientela), de forma gratuita e com boa qualidade, com ênfase na afirmação do sentimento de cidadania e solidariedade, etc.(com que características). b) um hospital público de pediatria tem a seguinte missão: oferecer atendimento ambulatorial, atendimento de urgência/emergência, cirurgias e internações (os produtos), para crianças até 15 anos (a clientela), de forma gratuita e garantindo fácil acesso e boa qualidade no atendimento (com que características)...

### **Formular bem o(s) problema(s) que será(ão) enfrentado(s) pelo plano**

Tanto o PES como o ZOPP são estruturados a partir de problemas. O PES, em particular, é muito rigoroso e rico de indicações para esta etapa decisiva do plano, que é a formulação a mais precisa possível dos problemas. Para Carlos Matus (1987), os problemas podem ser agrupados em vários tipos de taxonomias. Uma delas é aquela que classifica os problemas em estruturados e quase-estruturados. O plano se ocupa, de uma maneira geral, com os últimos. Os problemas quase-estruturados são aqueles mais complexos, à medida que é difícil enumerar todas as suas causas (portanto são multicausados). Também não são vistos como problema por todos os atores e as “soluções” nem sempre são vistas como tais por todos. Por exemplo, o não-cumprimento do horário pelos médicos nas organizações públicas é um “problema” para a direção, mas é uma “solução” para os médicos. Da mesma forma que a introdução do relógio-ponto no hospital poderá ser uma “solução” para a direção, mas um “problema” para os médicos.

Outra taxonomia é aquela que agrupa os problemas em intermediários e finais. Os últimos, podemos dizer, são aqueles vividos pelos nossos clientes. Os primeiros são aqueles que vivemos no cotidiano da organização e que interferem na qualidade final do produto. No caso dos alunos do exemplo da escola primária, interessam os problemas “finais”: má qualidade do ensino, alto índice de repetência, evasão escolar, etc. Os problemas “intermediários” que deverão ser trabalhados no plano são: baixos salários dos professores, sucateamento da rede física das escolas, etc. Podemos dizer que o alvo do plano devem ser sempre os problemas finais e é a modificação destes que mede o seu sucesso.

A definição do problema que será trabalhado no plano é um momento muito importante. Para aumentar a chance de escolhermos bem o problema que será trabalhado, pode ser útil fazermos a seguinte questão para o grupo que está elaborando o plano: quais são os problemas que nossos usuários têm vivido? No caso da escola municipal, é possível medir o grau de evasão e repetência e o nível de aprendizado dos alunos através de “provas” para a avaliação. Um bom exemplo de problema para ser trabalhado: alto percentual de repetência entre os alunos de primeiro grau de determinada escola. Este é o problema final. A escolha do problema deve ser orientada pela missão da organização. Os problemas intermediários aparecerão, inevitavelmente, mas lidos sob a ótica dos problemas finais que, afinal, são os que interessam.

### **Descrever bem o problema que se quer enfrentar**

Este é um ponto que sempre apresenta algum grau de dificuldade para quem não tem muita prática de trabalhar com formulação de planos. No entanto, é uma etapa muito importante por duas razões principais: a) para afastar qualquer ambigüidade diante do problema que se quer enfrentar. b) quando bem feita, tem como produto os indicadores que serão utilizados para avaliar os impactos do plano. Mas, afinal, o que é descrever um problema? É caracterizá-lo da forma a mais precisa possível, na maioria das vezes, inclusive, fazendo sua quantificação...

### **Entender a gênese do problema, procurando identificar as suas causas**

Até aqui o problema foi declarado como tal por um determinado ator, bem descrito ou caracterizado. Agora chegou a vez de “entendê-lo”, de explicá-lo melhor. De identificar que outros problemas estão “antes” dele, fazendo com que ele exista. Esta é a etapa que Carlos Matus (1987) denomina de “momento explicativo”. Todos os modelos de planejamento estratégico que foram citados como tendo influência sobre o nosso trabalho têm tal “momento explicativo”. O ZOPP utiliza como instrumento uma “árvore de problemas”, que nada mais é que uma seqüência deles encadeados de baixo para cima, tendo aquele que está sendo analisado em uma posição mais central, as causas abaixo (as “raízes” da árvore) e as

conseqüências acima (os “galhos” da árvore). Nessa medida, a cadeia causal é visualizada de baixo para cima. Já no PES, o instrumento utilizado é um “fluxograma situacional” que descreve uma cadeia causal em linha horizontal, indo da esquerda para a direita, de forma que, quanto mais à esquerda, mais “profunda” é a causa ou a explicação, situando-se no campo das “regras”. Quando se avança da esquerda para a direita, as causas vão sendo posicionadas em planos mais superficiais, ao nível das “acumulações” e, depois, dos “fluxos” de outros fatos mais próximos ao problema observado. Para Matus, quanto mais “profundas” as causas enfrentadas, maiores os impactos sobre o problema...

### **Desenhar operações para enfrentar os nós críticos**

Agora que nosso problema está bem explicado ou, pelo menos, supomos que conseguimos evidenciar suas causas mais importantes, chegou a hora de iniciarmos o plano propriamente dito. Ele é composto por operações desenhadas para impactar as causas mais importantes do problema ou os “nós críticos” encontrados no momento explicativo. As operações são conjunto de ações ou agregados de ações, consumidoras de recursos de vários tipos, que serão desenvolvidas no correr do plano. A efetivação de uma operação sempre consome algum tipo de recurso, seja ele econômico, de organização, de conhecimento ou de poder. Nas formas mais tradicionais ou economicistas de planejamento, o recurso mais visível ou valorizado é quase sempre o recurso econômico ou financeiro. Valoriza-se pouco o fato de que, muitas vezes, a escassez de recursos de conhecimento, de poder ou de organização são mais importantes para explicar o fracasso de um plano do que a simples falta de dinheiro.

Toda operação implementada deve resultar em produto(s) e resultado(s). Produto é o que fica de mais “palpável”, imediatamente observável. O resultado é o impacto sobre o problemas ou sobre as causas do problema e percebido como tal pelo ator que planeja...

### **Analisar a viabilidade do plano e/ou organizar-se para criar a sua viabilidade**

A idéia central que preside esta etapa de análise de viabilidade é de que o ator que está fazendo o plano não controla todos os recursos necessários para a sua execução. Como já dissemos antes, na elaboração de projetos com a tecnologia do ZOPP, é dado, como pressuposto, que o ator tem controle dos recursos necessários para a sua execução. Mais ainda: o projeto é elaborado para orientar a utilização de recursos que estão sendo recebidos. Nós trabalhamos com a orientação adotada pelo PES de que o plano é um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade, ou seja, aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para o alcance de seus objetivos. Esta é, de fato, a situação mais freqüente para quem faz planejamento na área governamental.

A análise de viabilidade do plano significa um reconhecimento preliminar a respeito de que outros atores controlam recursos críticos para o plano, quais são esses recursos e quais são as motivações destes atores em relação aos objetivos pretendidos com o plano. As motivações dos outros atores são classificadas em: favorável, indiferente ou contrária. Tem motivação favorável aquele ator que controla determinado(s) recurso(s) crítico(s) e que o(s) deixará à disposição ou o(s) cederá para a execução do plano. É como se o ator que assina o plano controlasse os recursos críticos, por uma “transferência” do ator favorável. Um exemplo: o secretário municipal de saúde quer contratar pessoal para a rede. O recurso crítico, neste caso, é a autorização para a realização do concurso. Quem controla este recurso é **outro** ator, o prefeito. Se o prefeito é favorável ao plano, ele como que “transfere” o controle do recurso para o secretário, que passa a considerar a operação viável. No caso da motivação indiferente, pressupõe-se que ainda não é garantido um claro apoio do autor que controla o recurso crítico, nem que o mesmo se oporá, ativamente, à utilização do recurso para a execução do plano. Esta última situação caracteriza a motivação contrária, isto é, uma posição **ativamente contra** o plano...



## Elaborar o plano operativo

É o momento de preparar-se para pôr o plano em ação. Tem a finalidade principal de designar o responsável pelas operações desenhadas no plano, bem como a de estabelecer um prazo inicial para o seu cumprimento. O responsável ou gerente da operação é aquela pessoa que ficará com a responsabilidade de acompanhar a execução de todas as ações necessárias para o seu sucesso. Isto não significa que o responsável vá executar todas as ações. Ele poderá (e deverá) contar com o apoio de outras pessoas. O seu papel principal é o de garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada e prestar conta deste andamento no sistema de gestão do plano...

## A gestão do plano

Como já havíamos afirmado antes, o sucesso do plano, ou ao menos a possibilidade de que ele seja implementado, depende de como será feita sua gestão. A gestão de um plano significa, centralmente, a criação de um “sistema de alta responsabilidade” no sentido desenvolvido por Matus (1987). Em tal sistema de gestão, entre outras coisas, as pessoas assumem, diante de um superior hierárquico ou diante de um coletivo, COMPROMISSOS de executar, dentro de determinado tempo, tarefas bem específicas. Implementa-se, então, um sistema de prestação (pelo superior ou por alguém com esta função no coletivo) e prestação (pelo responsável pela operação) de contas. Presta-se contas, regularmente, do andamento das operações que compõem o plano. Prestar contas não é apenas dizer “fiz” ou “deixei de fazer”. É analisar “por que” não foi possível fazer, reavaliando a adequação da operação proposta e/ou a existência de controle real de recursos para sua execução. Prestar contas é também conseguir avaliar, de forma sistemática, o impacto das operações sobre o(s) problema(s) que está(ão) sendo enfrentado(s). Pressupõe, portanto, um sistema permanente de conversações, conforme trabalhado por Flores (1989).

Sabemos bem que a maioria das nossas organizações trabalha com sistemas de direção que poderiam ser chamados de “baixíssima responsabilidade”, ou seja, não há tradição das pessoas trabalharem com a declaração de compromissos diante de determinadas tarefas e, muito menos, nenhuma cobrança efetiva sobre possíveis compromissos assumidos. Além do mais, as agendas da direção superior, bem como das gerências intermediárias, vivem lotadas com problemas emergenciais, que aparentemente não podem ser “deixados para depois”, de modo que nunca sobra tempo para “trabalhar com planejamento”.

Fazer uma boa gestão do plano significa conseguir, minimamente que seja, sua inserção no sistema de direção adotado pela organização. O plano, para ter chances de ser executado com sucesso, precisa de sistema de direção altamente comunicativo, com clara definição de responsabilidades e dispositivos de prestação regular de contas. Na nossa experiência, mesmo que não haja radicais e - muitas vezes, desnecessárias - reformas estruturais, alguns (re)arranjos institucionais, ainda que provisórios, deverão ser adotados para a execução do plano: a) Gestão colegiado do plano com a participação da direção superior e das gerências intermediárias; b) Organização das pautas de reuniões do colegiado, de forma que apenas as “importâncias” sejam trabalhadas, ou seja, não haja uma “distração”, pelo menos neste colegiado, com problemas emergenciais; c) Envolver as gerências formais com as operações que lhe são mais pertinentes, como por exemplo, a diretoria do órgão de recursos humanos responsabiliza-se pela operação “contratar médicos”, de forma que vá havendo uma superposição de uma estrutura gerencial mais matricial (centrada no plano) sobre a velha estrutura verticalizada e fragmentada.

Nesta medida, espera-se que o plano “colonize” a vida da instituição, influenciando, inclusive, sua reformatação “estrutural”. Por esta lógica, reformas administrativas e de organogramas seriam sempre secundárias ou caudatárias à introdução de uma nova forma de funcionamento, centrada no alcance de objetivos do plano estratégico. Assim, planejamento e gestão se fundem no que poderia ser designado como **gestão estratégica**.

Convido o leitor, neste momento, a se debruçar sobre trechos do texto: O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais, que escrevi e que foi publicado em 2002 no livro: Saúde: a cartografia do trabalho vivo, pela Hucitec.

## **O ATO DE GOVERNAR AS TENSÕES ...**

(...)

A consolidação efetiva do setor saúde, como um dos principais campos de ação do estado e do capital, foi criando novas necessidades para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde. Administrar e/ou governar, tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão sobre os caminhos a serem adotados, quanto processos de produção de atos de saúde, tornaram-se necessidades imperativas para ordenar as melhores “máquinas organizacionais”. Seja na ótica universalista e cidadã de um projeto social-democrata, seja na perspectiva mercantil e lucrativa do olhar do capital, a seus modos, todos exigiam mais e melhor competência neste novo território.

Os paradigmas da escola clássica da administração (Chiavenato, 1983), que sempre viveram certas dificuldades no plano da eficácia operacional no terreno da saúde, mostraram-se mais insuficientes ainda. Novos problemas foram colocados e novos rumos exigidos.

Com certa importância, destaca-se nestes últimos anos o impacto deste longo processo sobre a emergência de novos paradigmas gerenciais na saúde que estão atados de uma forma mais singular ao próprio terreno produtivo das ações de saúde (Gallo, 1985). Não basta mais, simplesmente transferir “receitas” de outros territórios para o setor. É necessário construir propostas singulares que dêem conta das maneiras próprias, como no terreno da saúde, produz-se políticas e o trabalho, que desde os paradigmas clássicos apontavam as insuficiências das estratégias organizacionais adotadas.

Nos anos 90, vê-se a agenda dos gestores em saúde sendo ocupada por um debate sobre os paradigmas gerenciais a serem utilizados na saúde dentro de suas especificidades.

É curioso verificar que apesar dos ânimos distintos, que não serão tratados aqui, há um terreno similar sobre o qual os processos dialogam e que fazem referência as especificidades do campo da saúde no âmbito dos processos organizacionais, para dar conta tanto do modos de se fabricar políticas no setor, quanto das maneiras de gerar processos produtores de atos de saúde. E que, em última instância, estão implicados com os espaços e os processos de produção dos sujeitos sociais, no interior do território singular das práticas de saúde (Testa, 1993).

Um dos grandes desafios que tem sido compreendido por uma parte dos autores brasileiros (Campos, 1992; Uribe, 1989; Mendes, 1993; Cecilio, 1994), refere-se a possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde, mas que se assentam em uma base tensional, que permite almejar a exploração de territórios de potências singulares a este campo de práticas sociais - a saúde, disparando-se a produção de novos locus de poderes instituintes (Lourau, 1995; Guattari, 1992), e que tornam as organizações de saúde lugares de instabilidades e incertezas, e presença de permanentes multiplicidades.

Ao trabalhar a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde (Merhy, 1997) em concomitância com aqueles autores, traz a tona a possibilidade de se pensar mais amiúde esta temática, abrindo-se possibilidades sobre a gestão do cotidiano em saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos “arranjos” no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo de necessidades dos usuários finais.

Pensar sobre esta “liga” ou dobra entre o instituído, lugar de poderes territorializados, e os processos instituintes disparados a partir destes locus de potências, é o que se visa aqui nesta reflexão sobre a gestão em saúde, principalmente considerando-se que qualquer perspectiva de mudança, ou está calcada em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído muito bem estruturado, e por isso de alto poder conservador, ou está calcado em estratégias que explorem as tensões-potências, para gerar novos desenhos territoriais (Guattari, 1990) e novas direcionalidades no agir em saúde.

**APRENDENDO COM A ATENÇÃO GERENCIADA:** da microdecisão clínica à microdecisão administrativa e a gestão cotidiana dos modelos de atenção

A AG toma como foco básico de sua intervenção o modo como o modelo médico-hegemônico construiu um certo agir em saúde, explorando a sua base tensional no cotidiano dos serviços, na construção de um outro modelo de atenção, ao enfrentar: a síntese instituída como um modelo assistencial mais estável, entre a lógica privada e pública da produção do cuidado à saúde, garantindo alguma efetividade, mas impondo uma certa captura pública sobre os exercícios privados desta produção, em particular daqueles que estão no bojo da ação médica, procedimento centrado, microcontrolado decisoriamente por uma certa clínica deste terreno profissional, e implicada no crescente custo das intervenções em saúde, sob a modelagem médico-hegemônica. A AG explora muito criativamente, inclusive adotando várias ferramentas da saúde coletiva, a tensão-potência inscrita nos processos de produção do cuidado entre as suas dimensões produtivas leve e dura centradas (Merhy, 1998). Mais adiante estão expostas em detalhe, estas questões.

É muito amplo o tema em pauta, inclusive atual em termos de investigação, o que dá uma certa provisoriade sobre algumas das análises que estão em voga hoje, em torno do tema. Mas, para efeito do que se está desejando com este texto, é possível reflexivamente aproveitar-se do que vem sendo acumulado.

Em primeiro, lugar há que ficar bem claro que o grande confronto das estratégias da AG é com os modos de produzir o cuidado do modelo médico hegemônico, cuja característica central na sua produção do cuidado é a de ser médico-procedimento centrado, no qual o ato cuidador em si é secundário, reduzido ao terreno das tecnologias duras e leves, prioritariamente (Merhy, 1998). Todos os indícios mapeados sobre as alternativas criadas pela AG para mudar o modelo de atenção, apontam para este eixo central de enfrentamento.

Em um relatório recente de pesquisa sobre a AG na América Latina (Iriart, 1998), há algumas informações que sintetizam o que vem sendo implementado em torno da gestão da mudança do cuidado, sob a perspectiva da AG, e que servem para ilustrar, com mais detalhe, estas questões.

### **Como a AG governa a mudança?**

Na busca de uma outra maneira de se produzir o cuidado à saúde, que não seja médico-procedimento centrado, e que possa interessar aos detentores do capital financeiro da área da saúde, percebe-se as seguintes ações estratégicas, procurando:

- a) criar um cenário de disputa entre 4 atores sociais para modificar os processos de regulação dos interesses no setor;
- b) ofertar um outro imaginário sobre o “bem social” saúde, visando outras modalidades de representação das necessidades de saúde; e,
- c) substituir os micro-processos decisórios médicos, clínico centrado, por outros econômico administrativo centrado, focando a modificação do modo como os

processos médicos clínicos, a partir do terreno das tecnologia leve-duras incorporam as tecnologias duras.

Para dar conta destas perspectivas, para desmontar no dia a dia as lógicas dos modelos médico-hegemônicos, a AG implementa uma quantidade significativa de intervenções, sob a direção das seguradoras de saúde, detentoras do capital financeiro envolvido com o setor.

Em destaque, vale apontar:

- a) uma forte atuação de um setor administrativo, que controla os processos microdecisórios das práticas clínicas. Apontando com isso, a necessidade de superação do atual modelo “flexneriano” de prática médica, através da construção de mecanismos organizacionais, que ao controlarem a autonomia da ação clínica no momento de impor uma linha de intervenção médica, possibilita a junção baixo custo e produção de atos de saúde; que,
- b) aliado a um “pacote de ações básicas”, que visa dar maior eficácia às intervenções sobre um certo “padrão de adoecer” de uma determinada população alvo, e assim impactar o seu modo de consumir “atos médicos” mais caros, além de procurar ter seu nível de saúde mais controlado e mantido;
- c) a procura da “focalização” destas intervenções em grupos específicos de consumidores, associado aos mecanismos de co-pagamento pelo consumo além do padrão estabelecido, e que permitiria um controle empresarial mais efetivo sobre o custo das ações;
- d) a busca incessante da prevenção do sinistro “doença”, como demanda de serviços tecnológicos mais especializados, através da exclusão de grupos de alto riscos e da ação adscrita sobre grupos populacionais de riscos controláveis ou evitáveis, segmentando explicitamente as intervenções;
- e) a constituição de um cenário de atores, internos, definidores e centrais do setor saúde: os financiadores, os administradores, os prestadores e os usuários, que atuem de modos separados e com lógicas de regulações, uns sobre os outros, que imitam a imagem da competição pela “mão invisível do mercado”. No qual, aposta como fator de controle da qualidade e da eficiência do sistema, com as figuras de um administrador e de um consumidor inteligente, simbolizados como eixos principais.

Diante destes destaques, pode-se afirmar que a AG persegue a constituição de um setor saúde francamente segmentado, por grupos populacionais específicos, que regulam suas relações como consumidores finais dos serviços prestados, através da presença de intervenções econômico-financeiras, orientadas por administradores dos prestadores de serviços de saúde, financiados pela captação via empresas seguradoras.

A saúde neste cenário é entendida como um bem de mercado, referente a cada agente econômico por um tipo de racionalidade:

- para o consumidor final, como uma necessidade básica colocada em risco pelo seu próprio modo de viver a vida, a ser mantida com a compra de um certo bem de serviço, que ele identifica como capaz: ou de lhe evitar problemas, ou de solucioná-los, devolvendo-lhe capacidades de andar no seu viver, e cujo parâmetro de análise, para avaliar a qualidade do que consome, é a sua satisfação como consumidor;
- para o prestador, como algo que permite-lhe atuar como um possuidor de uma “tecnologia” que ele pode vender através de uma relação mercantil com os administradores;

- para o administrador, como a possibilidade de atuar em um mercado de compras e vendas de bens, no qual pode operar com controle de custos de produção, para obter vantagens com o preço de venda; e,
- para o financiador, como a possibilidade de viabilizar o acesso ao bem desejado, por sua ação como comprador inteligente e como controlador da captação financeira.

Algumas questões fazem sentido no espírito da reflexão que se está procurando fazer neste texto:

1. Seria possível “desencarnar” da lógica de interesses das seguradoras privadas e adotar a caixa de ferramentas governamental, desta proposta da AG, para atingir maior racionalidade no item custo e benefício dos serviços de saúde? Isto é, será que se pode adotar partes do receituário da AG para organizar um sistema que não seja montado para as seguradoras, mas para os usuários em termos de uma visão ampla de saúde e de cidadania social?
2. Será que a construção de serviços cada vez mais autônomos e de qualidade, necessita efetivamente da produção de um cenário competitivo, regulado pela lógica de mercado? Seria este o caminho para aliar controle de custos com qualidade das ações em saúde? Como entender custo em uma produção cidadania centrada, para além dos limites de um cálculo econômico mercado dirigido?
3. Será possível superar o atual paradigma clínico de intervenção médica, por um centrado no usuário e “formatado” em um processo de trabalho que reconheça a prática clínica dos outros trabalhadores de saúde? Será que só os médicos são portadores de autonomia no trabalho em saúde? E as práticas clínicas dos outros profissionais?
4. Será que é possível qualificar as ações de saúde controlando-a administrativamente? Como e quem faria isto? E, dentro disto, qual estratégia controladora dos custos das ações seria mais produtiva para um cenário de competitividade: o da centralização administrativa, a construção de um pacto entre produtores, um forte poder regulador e financiador do estado? Ou, outros formatos dos processos de trabalho que se orientam pelo conjunto das práticas clínicas e epidemiológicas das equipes de saúde e pela construção de um modelo de ação pautado pela responsabilização e compromissos das equipes, em produzir resultados usuários centrados, que implicam em ganhos efetivos de graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida?
5. É possível usar desta caixa de ferramentas, mas com outras intenções?

Responder a estas questões exige uma compreensão maior do que se está denominando de tensões-potências, que operam na base do campo do agir em saúde, e as suas maneiras ruidosas de se expressarem no fabricar, no cotidiano, os modelos de atenção, que são “lugares” de intervenções para a mudança.

**A GESTÃO DO COTIDIANO EM SAÚDE:** as tensões constitutivas do seu agir e suas presenças no dia a dia do fabricar as práticas

Muito esquematicamente, pode-se dizer que todo o conjunto das ações de saúde operam em um terreno de base tensional, constituído pelo menos em três campos:

- a) O primeiro é demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos “atores sociais”, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, na tentativa de afirmar, e mesmo impor, uma certa conformação de um “bem social” - a saúde - como objeto de ação intencional de políticas -

portanto, como uma questão social - que lhe faça sentido enquanto constituidor de seu universo de valores de uso (Campos, 1991; Braga, 1981), e como tal apareça como base para representar de modo universal o mundo das necessidades, nos planos coletivo e individual.

Neste espaço de ação de sujeitos sociais, que agem para produzir uma certa conformação das necessidades como foco de políticas de saúde, a multiplicidade dos “atores” envolvidos tem mostrado a impossibilidade de se ter, nas políticas instituídas, o abarcamento do conjunto dos interesses constitutivos do setor saúde, a não ser por pactuação social, expressa das formas mais distintas: por mecanismos mais amplos de envolvimento e negociação, ou mesmo por práticas mais impositivas e excludoras.

Tomar o foco dos usuários dos serviços de saúde, de certos trabalhadores e mesmo dos governantes e sua tecnoburocracia, compõe uma base tensional e orgânica do jogo de interesses que dão direcionalidade para as políticas de saúde, e que estará sempre presente como um interrogador, em potência, dos arranjos instituídos a operar na cotidianeidade das práticas.

b) o outro campo, de constituição da lógica tensional de agir em saúde, está delimitado pelo fato de que hegemonicamente o produzir atos de saúde é um terreno do trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto, visando a produção do cuidado (Merhy, 1998).

A micropolítica deste processo produtivo, trabalho vivo dependente e centrado, dá-lhe características distintas em relação a outras configurações do ato de produzir, e cuja marca central é entendido como a de ser um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza, e marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato interseção do agir em saúde (Merhy, 1997).

Esta centralidade do trabalho vivo, no interior dos processos de trabalho em saúde, define este como um espaço em aberto para a exploração das potências nele inscritas, para a ação de dispositivos que possam funcionar como agentes disparadores de novas subjetivações, que conformam as representações da saúde como bem social, e de novos modos de agir em saúde que busquem articulações distintas do público e do privado, nele presentes (Franco, 1998; Malta, 1998). c) e, por último, o das organizações de saúde, que se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o dia a dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional. Esta condição, de que em qualquer organização produtiva o autogoverno dos trabalhadores é constitutivo de seu cerne, no terreno da saúde está elevada a muitas potências, e a percepção da mesma é possível no fato de que em saúde todos podem exercer o seu trabalho vivo em ato, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e de dar sentido aos seus agires. A tensão entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de potência, e um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecno-assistencial. Maneiras efetivas de se desenhar modelos de atenção.

Aliás, para alguns autores (Matus, 1987), esta temática não é muito distinta daquela que é colocada para os vários processos institucionais que se situam no campo da ação governamental, pois nesta situação particular há que se reconhecer e atuar, tomando como componente básico o fato de que planeja quem faz, isto é, todos atores em situação, em última instância, são governantes.

Característica que, aqui, toma-se como potencializada neste terreno singular da saúde, devido a esta natureza trabalho vivo em ato centrado.

### **Finalizando: um convite à reflexão?**

- afinal de contas o que dirigentes e gestores em saúde governam e como podemos pensar tecnologias para as suas ações?
- qual será o lugar do conhecimento como “tecnologia” para a ação produtiva?

- quais ferramentas são chaves para comporem sua capacidade de governar?
- como podemos pensar a composição da caixa de ferramentas dentro de seu espaço de ação na organização, e compara-la com a do dirigente máximo?
- como o conhecimento, que todos têm, faz parte desta situação?
- quais tecnologias desta caixa de ferramentas são duras, leve-duras ou leves?

## **Sistema Único de Saúde como Rede em Prática Pedagógica**

*Lucia Ines Schaedler*

Psicóloga. Mestre em Educação.



A razão moderna, fundamentada numa perspectiva de produção analítico-científica, tem proposto arranjos institucionais produtores de uma subjetividade serializada, asséptica, uma existência pautada pela regularidade, que se afirma no igual e abomina a diversidade de modos de existir, pondo em ação uma prática pedagógica da re-cognição e não da cognição, conforme conceitua Virgínia Kastrup (Katrup, 1997). Normalizadora, portanto, e que busca encontrar sempre o que pode haver de “mesmo” no outro. A vida que se afirma, neste caso, é linear, regular, igual, livre de afetos, sem bifurcações, dúvidas, criação ou invenção, uma quase morte.

As práticas em saúde constituídas nesta perspectiva centram-se em um conjunto de técnicas e procedimentos, na medicalização e medicamentação das doenças. A saúde, assim produzida, passa a ser um “bem” a serviço da produção (não como afirmação da vida, mas como produção capitalística<sup>14</sup>) e a doença um mal que deverá ser sanado a qualquer custo. A expressão da relação saúde-doença é colocada numa correlação binária de oposição, onde a *doença* é a falta de saúde e o rompimento da harmonia e do equilíbrio humano e a *saúde* seu perfeito equilíbrio e enquadramento nas normas padronizadas pela fisiologia e biologia. Assim, a educação em saúde passa a ser informativa, corretiva e indicativa de práticas de higiene e de cuidado de si, cujo efeito é o da assepsia do corpo, a separação ou dualidade entre corpo-pensamento, saúde-doença e normal-patológico. O desenho ou arranjo organizacional que tem correspondido e dado corpo a estas práticas está bem representado pela pirâmide que é, conforme Righi (2002, p. 77), “sustentada por uma base que faz, mas não cria e que tem no seu topo, na direção, gerência, os espaços de comando, controle e criação”.

As ações programáticas e campanhas em saúde parecem evidenciar esta lógica. Por meio da divulgação na imprensa (TV, rádio, outdoors etc.) e de campanhas, tais como da “Vacinação de Idosos”, “Prevenção do Câncer Ginecológico”, “Controle da Diabetes ( e/ou da Hipertensão)”, ou “Deixe a Dona Saúde Bater à sua Porta”<sup>15</sup>. De modo geral, estas ações acontecem da seguinte forma: o Ministério da Saúde coloca em movimento, por períodos determinados (aliás, aspecto singular das campanhas: elas sempre têm data de início e de fim – “de tal dia até tal dia” – para sua realização), ações de alcance nacional com temáticas bem específicas, voltadas para públicos bem específicos (mulheres, idosos ou crianças, por exemplo). São, geralmente, ações de caráter preventivo, às vezes com distribuição de recursos<sup>16</sup> e que implicam em mobilização nacional, com farta distribuição de materiais – cartazes, folders e, se for o caso, vacinas, seringas etc.. Geralmente, estas ações ocorrem em um “efeito cascata”. O Ministério da Saúde comunica às Secretarias Estaduais de Saúde, dirigindo-se ao secretário estadual e aos coordenadores da política afeta à campanha. São

---

\*Este texto corresponde ao Capítulo 4 de *Pedagogia Cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos*. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, agosto, 2003.

<sup>14</sup> *Produção capitalística* é uma expressão de Félix Guattari, que indica a padronização de uma subjetividade que se engaja na órbita da valorização econômica do Capital. A produção capitalística é aquela que “trata, num mesmo plano formal, valores de desejo, valores de uso e valores de troca e faz passar qualidades diferenciais e intensidades não discursivas sob a égide exclusiva de relações binárias e lineares” (Guattari, 1992, p. 133). Essa produção se materializa sob o capitalismo ou o socialismo burocrático.

<sup>15</sup> Tratam-se de lemas para divulgação de programas propostos pelo Ministério da Saúde, nos últimos oito anos.

<sup>16</sup> Os recursos liberados pelo Ministério da Saúde são geralmente destinados por objeto programático e costumam circunscrever ações e temáticas específicas, tais como gestação de risco, epilepsia, álcool e drogas, por exemplo.

também colocados em cada campanha/programa “pacotes” de capacitação. A cada programa de assistência ou prevenção, um programa de educação. Se for “Prevenção de Câncer Ginecológico”, por exemplo, será comunicada a Política de Saúde da Mulher que estará sendo realizada a campanha tal, nos dias tais e que isso implicará na realização de divulgação, distribuição de materiais, mobilização nos postos e unidades de atendimento, capacitação dos profissionais, reciclagem das equipes de saúde, supervisão da implantação das ações e mobilização de multiplicadores, sendo função do gestor estadual (Ah!), realizar os contatos com suas diretorias regionais e municípios. Assim, o Ministério da Saúde manda para as Secretarias de Estado, que mandam para as secretarias municipais, que mandam para os postos de saúde, que acionam seus agentes e conclui-se uma cadeia de comando vertical de execução programática.

No entanto, a proposta e constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde a um conceito de saúde que implica na complexidade, diversidade e 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 abrangente de saúde como expressão da qualidade de vida. A possibilidade de que a saúde seja a produção mesma da vida, que se dá no coletivo, não está afastada da própria lei (CF, 1988, LOS, 1990)<sup>17</sup>.

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 (Art. 198). Estas diretrizes devem indicar os processos, 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.* Uma vez que não se pode definir previamente aos atos de entrecruzamento e que regularidades serão propostas, pode-se estimar que quando a linha da integralidade da atenção é cruzada com a da participação popular, emerge uma terceira linha (transversal) com direção diversa, implicando em uma nova produção de sentidos e, um novo acoplamento de novas e variadas possibilidades. Não se tratam somente de linhas que configuram uma rede, mas que potencialmente indicam ao pedagogo-cartógrafo possíveis linhas de fuga de práticas instituídas em saúde e na educação na saúde. Portanto, podem implicar também em novos territórios de produção de sentidos, subjetivação e aprendizagens.

Gostaria de salientar que a opção pelo trabalho em redes não pretende defender a constituição de um novo *modelo* organizacional ou, como salienta Righi (2002, p. 78), não se trata de propor “um novo modo de organização que, em tese, estaria substituindo a pirâmide por superá-la, em todos os aspectos”. Se trata, antes, de tentar perceber na constituição das redes uma nova prática pedagógica, com possíveis implicações para a formação e o desenvolvimento na saúde e para a educação em saúde.

Arranjos organizacionais em rede podem não ser uma total novidade, mas sua potencialidade tem se atualizado por meio da informática – não tanto pelo computador como recurso, mas porque, como estratégia de memória, comunicação e relações, a informática dá corpo às redes – e a uma prática pedagógica a partir de novas tecnologias.

“O que aparece em uma rede como único elemento constitutivo é o nó”, coloca Kastrup (1997, p. 58). Para esta autora, pouco importa as dimensões de uma rede, uma vez que “pode-se aumentá-la ou diminuí-la sem que perca suas características de rede”. O que a autora nos chama a atenção é que a rede “não é definida por sua forma, por seus limites extremos, mas por suas conexões, por seus pontos de convergência e de bifurcação”. Por isso, Kastrup diz que “a rede deve ser entendida a partir de uma lógica das conexões e não por uma lógica das superfícies”. A autora evoca-nos, então, “o exemplo das redes ferroviária, rodoviária, aérea e marítima e ainda o das redes neuronal, imunológica e informática”. Todos os exemplos são de “figuras que não são definidas por seus limites externos, mas por seus agenciamentos internos”, portanto, a rede não “pode ser caracterizada como uma totalidade fechada, dotada de superfície

<sup>17</sup> Constituição Federal, aprovada em 1988, e Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS).

e contorno definido, mas sim como um todo aberto, sempre capaz de crescer”, o que se daria por meio “de seus nós, por todos os lados e em todas as direções”.

Enquanto estratégia de organização dos serviços de saúde, o trabalho em rede traz algumas implicações, entre as quais destaco:

- *Acessibilidade*: cada nó pode e deve conectar-se a outros nós. No caso da saúde, implica em acesso irrestrito da população, de tal forma que quem necessita/quer/deseja atendimento possa ser dignamente acolhido, seja qual for a porta (link) escolhida como meio de acesso;
- *Resolutividade*: o trabalho dos profissionais deixa de ser uma atividade solitária – mas a perspectiva de equipes multiprofissionais passa a ganhar espaço nos ambientes terapêuticos. Projetos terapêuticos devem ser formulados diante das histórias de vida que chegam aos serviços;
- *Preservação da autonomia*: o trabalho em saúde, constituído em rede, implica em capacidade de maleabilidade. Demanda, 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 rede 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 instituído;
- *Hierarquização e regionalização*: 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 de cada usuário por proximidade geográfica e facilidade de ingresso assistencial, além de compor uma rede de cuidados progressivos, conforme as necessidades assistenciais que integralizam a atenção à saúde.

Na rede, talvez não se trate 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 estes papéis, mas de propor uma construção coletiva e ações conjuntas, onde 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, mudam os movimentos que fazemos como trabalhadores na saúde. Já não podemos ser mais apenas trabalhadores que executam ações *doença-centradas*<sup>18</sup> – injeções, curativos, preenchimento de formulários, encaminhamentos – mas passa a ser nosso trabalho refletir, planejar, propor e controlar a gestão e as formas da atenção. Também usuários e gestores são partícipes, colaboradores com responsabilidades específicas. Cabe destacar que toda construção coletiva implica em criação, invenção e, portanto, responsabilidade e cuidado diante do que constituímos.

Certamente ainda caberiam responsabilidades específicas para trabalhadores, usuários e gestores, mas, por outro lado, estas definições poderiam ser refeitas. Novos acordos poderiam ser pensados, diante de contextos específicos e de acontecimentos que convidassem à invenção.

<sup>18</sup> A expressão *doença-centrada* foi inventada por mim porque acredito que é mais adequada do que as expressões como “médico-centrada” ou “hospitalocêntrica”, por propor a reflexão de práticas que tem como centro a doença. A medicina hegemônica – em todas as suas práticas – se orienta neste sentido, mesmo quando trata de pensar e propor prevenção e promoção da saúde.

A centralidade do atendimento proposto pelo SUS já não estaria nas doenças, nem nos usuários, mas na interface e na ação de trabalhar, criar e viver coletivamente, complexamente e integralmente (Figura A).

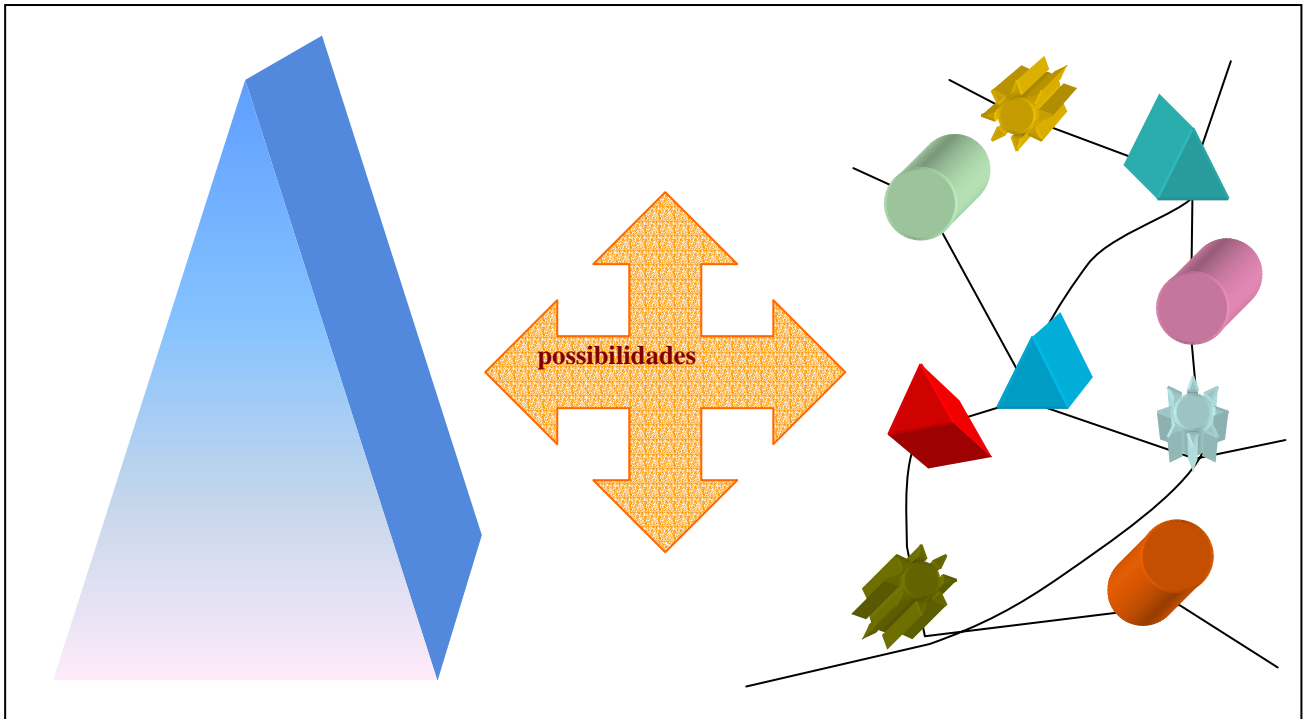


Figura A. Da pirâmide à rede: possibilidades

Se, por um lado há todo o esforço por estabelecer/procurar estratégias de organização do trabalho em consonância com os princípios do SUS – dentre os quais destaquei a constituição de redes de atenção, por outro lado, são bastante intensas as *campanhas* e ações programáticas de âmbito nacional e políticas específicas que tendem às organizações fracionadas e verticalizantes. Um dos grandes desafios para os trabalhadores da saúde passa a ser exatamente a criação de espaços e tempos, na perspectiva da complexidade e da multiplicidade. Uma vez que não estão descartadas as *campanhas* e ações programáticas – até por seu impacto político e financeiro – de que forma se pode pensá-las e organizá-las num eixo de integralidade? E não sendo isto possível, qual opção fazemos então? Quais estratégias somos capazes de inventar?

Talvez por isso, o SUS possa nos desafiar tanto na área da educação, quando torna múltiplo, ramificado e complexo o que nos parecia uno e planejado. A legislação do SUS exige novas práticas e estas não se fazem sem novas *práticas pedagógicas*. *Práticas pedagógicas* novas na formação dos profissionais, na educação em saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e na prestação de serviços. Roubando as palavras de Pélbart (1993, p. 118), não se trata do “*milagre da multiplicação dos peixes, mas das espécies, dos mundos, de seres – multiplicação ontológica*”, isto é, uma nova possibilidade à educação: prática pedagógica disruptora de modelos previamente instituídos – novas dobraduras nas paisagens.

### O pedagogo cartógrafo 3

O prédio, amarelo por fora, era do início do século. Entraram em um belo saguão, muito alto, com uma escadaria imensa de madeira. Um tapete vermelho recobria a parte central dos degraus. Tudo quieto, imponente... Subiram ao segundo andar, onde foram recebidos educadamente. Foram convidados a entrar na sala de reuniões.

A sala não era menos imponente que o saguão. Muito alta, com pinturas retratando os rostos de antigos diretores; uma mesa enorme e pesada de madeira, toda trabalhada em entalhes repousava sobre um piso de madeira quase totalmente coberto por um tapete vermelho; 16 cadeiras, também de madeira, também entalhadas. No canto da sala, uma mesa com um computador. Silêncio. Cheiro de madeira e livros.

Depois da reunião, foram convidadas (eram cerca de doze pessoas) a visitar as outras partes de prédio. Saíram seguindo por um corredor com piso de madeira, onde seus passos ecoaram de modo singular. Atravessaram uma porta alta e larga ao final do corredor. O piso agora era emborrachado, branco. Tudo era branco: piso, paredes, portas, janelas. Um cheiro misturado de suor, álcool, remédio. Quartos de cerca de 40m<sup>2</sup> com três ou quatro camas. Não eram camas. Eram leitos. Alguns pacientes circulavam com seus tubos de soro, em seus pijamas, arrastando os pés cansados. Outros espiavam com curiosidade. Alguns nem viram, nem quiseram.

Seguem então por este corredor. Atravessam outra porta. Descem novamente ao térreo, desta vez no lado oposto ao que haviam entrado. O piso desta vez é de cimento – estava em reforma; as paredes pareciam mesmo necessitar de reparos, ou eram velhas o suficiente para cair, ou inacabadas, sem reboco ou pintura. Tudo parecia cru. As pessoas se acotovelavam, sentadas em cadeiras ou no chão. Deitadas em macas ou no chão. Esperavam atendimento como podiam. Eram atendidas como dava. Cheiro de cimento, de mijo, de suor, de remédio, de álcool. Um desespero latente parecia dominar o ar, os olhos, os corpos.

Um hospital. Três corredores. Três mundos. Três espaços. Três tempos.

### **Pedagogo cartógrafo 3**

Quando: Maio de 1999.

Onde: Hospital da Santa Casa, em Pelotas.

Personagens: Direção da ESP/RS, Secretária Estadual da Saúde, direção da Santa Casa e representantes da Universidade Federal de Pelotas. Foi a primeira viagem do *pedagogo cartógrafo* ao interior do estado.

O que: discussão sobre a gestão da Santa Casa.

### **LINKS BIBLIOGRÁFICOS**

BRASIL. **Lei n. 8.080, 19 set. 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1991.

GUATTARI, Félix. **Caosmose, um novo paradigma estético.** Ed. 34, São Paulo, 1992 [1990].

KASTRUP, Virgínia. **A Invenção de si e do mundo – uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição.** Tese de doutorado em Psicologia Clínica, PUC-SP, 1997.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura.** Imago Editora, Rio de Janeiro, 1993.

RIGHI, Liane Beatriz. **Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul.** Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Campinas, 2002.

## **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**

*Luiz Carlos de Oliveira Cecilio*

*Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas, SP 13084-100, Brasil*

## Resumo<sup>19</sup>

*O modelo tecno-assistencial que pensa o sistema de saúde como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contra-referência, tem se apresentado como uma perspectiva racionalizadora, cujo maior mérito seria o de garantir a maior eficiência na utilização dos recursos e a universalização do acesso e a equidade. Reconhecendo que, na prática, os fatos se dão de maneira muito diferente da pretendida por uma certa racionalidade tecnocrática, o autor aponta algumas explicações para esta "distorção". Defende, ainda, a idéia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas "portas de entrada" localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta "base". Questiona a idéia de um "topo", expressão topográfica de uma certa "hierarquia tecnológica" que teria o hospital no seu vértice, e aponta a necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada.*

## Palavras-chave

*Modelo Tecno-Assistencial; Acesso aos Serviços de Saúde; Planejamento em Saúde; Saúde Pública*

## Uma breve contextualização das idéias apresentadas a seguir

Boa parte da literatura sobre modelos assistenciais em saúde tem uma certa postura de "exterioridade" em relação ao objeto trabalhado, um olhar "desde fora", quase sempre com a intenção de uma abordagem mais "estrutural", no sentido de totalizador, como apresentado em documento do MPAS (1983). Observa-se assim uma visão que se poderia denominar de racionalizadora e "técnica", na medida em que as pessoas reais, com suas angústias e sofrimentos passam a ser vistas, no jargão tecnocrático presente nesta literatura, como "usuários" do sistema, espécie de "agentes" dotados de comportamentos previsíveis, que deverão ser enquadrados a partir desta racionalidade exterior.

As observações que são feitas a seguir não pretendem pensar o modelo assistencial do "sistema de saúde" de uma forma fechada e acabada, mas iluminar certas dificuldades vividas, no cotidiano, por quem procura os serviços do SUS. Nesta medida, o autor coloca-se "no interior" do objeto trabalhado, abandonando qualquer intenção de distanciamento e compromisso com idéias racionalizadoras de caráter globalizante. Mais especificamente, olha-se o hospital como espaço privilegiado para entender fluxos e demandas do "cidadão comum", com seus desejos e necessidades; um olhar compartilhado com trabalhadores de saúde, gerentes de nível intermediário e superior e usuários, valendo-se de práticas institucionais desenvolvidas nos últimos anos como relatado por Cecilio (1994).

Há, então, no texto, uma intenção explícita de abandonar qualquer concepção apriorística do hospital, com base em uma certa racionalidade que o coloque no topo de uma pirâmide hierarquizada de serviços e tentar, sim, explorar novas alternativas, novos circuitos de integração entre os serviços, sem nunca perder de vista os "usuários" reais. A referência passa a ser as pessoas e suas necessidades e não qualquer tipo de "modelo assistencial" que possa ser previamente definido, conforme já apontado anteriormente por Campos (1994).

Sem desconhecer a discussão colocada por autores como Mendes (1996), no sentido da necessidade de uma crítica mais "estrutural" à própria concepção de modelos de assistência à saúde, o artigo tem como objetivo apenas apontar algumas possibilidades de

<sup>19</sup> Cad. Saúde Pública v.13 n.3 Rio de Janeiro jul. /set. 1997

intervenção no movimento real da assistência à saúde, nos moldes em que a mesma se dá nos dias que correm em nosso país, quem sabe testando, na prática, novas possibilidades de construção do SUS que queremos.

### **A pirâmide que traduzia nosso projeto de atenção à saúde**

Por tantos anos, temos utilizado a figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo tecno-assistencial que gostaríamos de construir com a implantação plena do SUS. Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Para esta extensa rede de unidades, distribuídas de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adscritas) seria estabelecida, de uma forma geral, a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira "porta de entrada" para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional. O que a pirâmide queria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados.

### **As vantagens de se pensar o sistema de saúde como uma pirâmide**

A proposta de "regionalização e hierarquização dos serviços", traduzida na pirâmide descrita no item anterior, foi incorporada ao ideário dos que lutam pela construção do SUS no nosso país e tornou-se uma espécie de "bandeira de luta" consensual do movimento sanitário pelas seguintes razões:

- está indissociavelmente ligada à idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros. A formulação de uma "porta de entrada" para garantir acesso universal ao sistema pode ser vista como a expressão semiótica desta diretiva política do movimento sanitário;

- o espaço propiciado por uma ampla rede básica de serviços de saúde, com responsabilidade pela atenção a grupos populacionais bem definidos (população adscrita), sempre nos pareceu como o ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico vigente, sabidamente centrado no atendimento médico, medicamentoso, com pouca ou nenhuma prática de prevenção das doenças e promoção da saúde. O espaço da rede básica seria então o *locus* privilegiado para a testagem e construção de um modelo contra-hegemônico de atenção à saúde;

- a hierarquização dos serviços seria a principal estratégia para a racionalização no uso dos poucos recursos existentes no setor saúde. Representaria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários. A hierarquização garantiria o acesso, para o paciente que entrou pela "porta de entrada", a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte. A pirâmide, nessa medida, tem o valor quase de um símbolo da luta em defesa da vida;

- a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário seria um facilitador tanto do acesso, como possibilitaria a criação de vínculos entre a equipe e a clientela;



– a pirâmide seria um orientador seguro para a priorização de investimentos tanto em recursos humanos, como na construção de novos equipamentos, na medida em que seria mais fácil perceber onde estariam localizadas as reais necessidades da população.

Podemos dizer que a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde.

### **O que tem acontecido, na prática, com o nosso desejo de construir a pirâmide do SUS**

Todos aqueles que têm atuado no setor saúde ou precisado se utilizar dele nos últimos anos podem afirmar, sem muitas dúvidas, que anda bastante difícil visualizar qualquer coisa que, de fato, se aproxime da imagem projetada da pirâmide. Vamos aos fatos que demonstram esta afirmação:

A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a "porta de entrada" mais importante para o sistema de saúde. A "porta de entrada" principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Atesta isto o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital. Os pronto-socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva desta situação.

Todos os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas mais "simples", que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde. Por exemplo, pesquisa realizada pela equipe do Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ), no primeiro semestre de 1996, revelou que, no mês de fevereiro/96, 66,5% das consultas em Pediatria e 52,5% daquelas em Clínica Médica realizadas no Pronto-Socorro não podiam ser consideradas como de urgência/emergência. Ou seja, há uma "distorção" no atendimento tanto quantitativo, como qualitativo. Tal "distorção" também é detectada nos ambulatórios hospitalares e nos ambulatórios de clínicas especializadas.

O acesso aos serviços especializados é bastante difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência da referência (marcação de consulta) pelas unidades básicas. Em geral, as esperas são tão demoradas, que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema. Os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas "clientelas cativas", que poderiam muito bem estar sendo acompanhadas em nível de rede básica. A contrapartida disto é que os médicos da rede freqüentemente se "livram" dos pacientes, encaminhando-os para os especialistas, quando poderiam fazer o seguimento no centro de saúde mesmo. É muito difícil conseguir acesso às cirurgias eletivas, tanto usando o centro de saúde como "porta" ou mesmo o atendimento através dos pronto-socorros.

Em resumo e como síntese destas constatações, é possível dizer que a pirâmide, a despeito da justeza dos princípios que representa, tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade com a qual a população usuária possa contar. Na prática, aqueles que dependem exclusivamente do SUS algo em torno de 80% da população têm que montar o seu "menu" de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. Daí ser uma prepotência tecnocrática dizer que o "povão" é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. Não é à toa que a assistência à saúde ocupa um lugar central nas preocupações do "cidadão comum". O fato cruel, mas não por isto menos real, é que a grande maioria da nossa população sente-se insegura e abandonada quando necessita de atendimento médico-hospitalar. Por isso, é necessário coragem e lucidez para repensar alguns princípios que têm orientado o modelo assistencial do

SUS, por mais que eles nos pareçam justos e adequados, por mais que seja difícil rever certos pressupostos que, de tanto repetirmos, passamos a tomá-los como verdadeiros e suficientes para a transformação da realidade sanitária brasileira.

### **Algumas explicações para o fracasso do tão decantado modelo da pirâmide**

Para entendermos as dificuldades listadas no item anterior é possível trabalharmos com dois blocos principais de explicações. O primeiro deles diz respeito a causas mais gerais, ligadas à própria configuração do SUS nos seus aspectos de financiamento, relação público e privado, como é feita sua gestão e como é realizado o controle por parte dos usuários. O segundo aponta, diretamente, para a questão de como temos pensado o modelo tecno-assistencial, ou seja, coloca-nos a necessidade de questionarmos a idéia da organização do SUS nos moldes de uma pirâmide hierarquizada de serviços.

No primeiro bloco de explicações para as dificuldades de construção do SUS, é possível apontar, resumidamente, os seguintes pontos:

- os recursos destinados ao setor saúde têm sido insuficientes. Segundo Levcovitz (1995) a adoção de políticas econômicas de ajuste estrutural tem conduzido à restrição do volume de recursos financeiros para a Saúde na ordem de um terço do montante disponível há cerca de cinco anos, ao passo em que se elevou de um terço a demanda pelos serviços públicos;

- a atuação do setor privado de forma complementar ao setor público, inclusive como previsto na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, não tem ocorrido na prática. Ao contrário, há um processo de retração progressiva da oferta de serviços para o SUS, na medida em que um número crescente de serviços ambulatoriais e hospitalares contratados buscam garantir sua sobrevivência financeira através da criação de planos de saúde próprios, oferecidos a grupos populacionais que podem pagar pelos mesmos. A consequência disto é a dificuldade, quando não a impossibilidade, de acesso das amplas massas de brasileiros aos cuidados mínimos de saúde, mesmo quando há capacidade instalada ociosa no setor privado;

- o próprio setor público opera uma rede ambulatorial e hospitalar, que é, paradoxalmente, muitas vezes ociosa. No caso, o paradoxo é a coexistência da grande dificuldade de acesso da população aos serviços com a ociosidade na utilização dos equipamentos e recursos existentes. De alguma forma seria possível utilizarmos a imagem de alguém morrendo de sede tendo um copo de água fresca ao alcance da mão! Portanto, uma parcela importante de responsabilidade pelas dificuldades de constituição de uma rede pública de cuidados à saúde pode ser creditada ao modo como tem sido gerenciado o setor público.

O primeiro bloco de explicações nos diz, em resumo, que os recursos para a saúde são escassos, mas que mesmo os poucos recursos são mal utilizados. Contribui para isto tanto a existência de verdadeiros filtros, no setor privado, baseados em critérios econômicos que discriminam, de forma perversa, quais os brasileiros que podem e quais os que não podem usar determinados serviços, como a ociosidade dos equipamentos públicos. O que se tenta demonstrar, na seqüência, é que a forma como temos pensado o modelo tecno-assistencial tem tido uma responsabilidade muito grande para o agravamento dos problemas que são vividos pela população na sua busca de assistência à saúde. Vejamos alguns aspectos:

Não temos tido clareza suficiente sobre qual é o verdadeiro papel das unidades básicas de saúde, por mais que tenhamos discutido o assunto e escrito sobre ele nos últimos anos. Na verdade, temos oscilado de uma certa visão quase "purista" do centro de saúde como local, quase exclusivamente, de promoção da saúde e prevenção das doenças, com suas práticas orientadas pelo saber que nos vem da Epidemiologia e dedicado a fazer "vigilância à saúde", até uma visão mais "realista" de que as unidades básicas têm que se comprometer com a necessidade de pronto-atendimento das pessoas, "virando-se" para organizar seus processos de trabalho de forma a "não deixar ninguém sem atender". Nossa experiência institucional no Laboratório de Administração e Planejamento (LAPA) da Unicamp, nos últimos

15 anos, já nos mostrou quais são os problemas oriundos destas duas formas polares de se pensar uma unidade básica de saúde. Na primeira, acabamos organizando centros de saúde bem-estruturados, que desenvolvem muitas vezes um trabalho de ótima qualidade, mas que padecem de ser muito fechados às necessidades mais agudas dos seus usuários. Como estes últimos costumam dizer: "Depois que a gente consegue entrar nestes serviços é uma maravilha. O duro é conseguir entrar". Por outro lado, a orientação de "escancarar" o centro de saúde, no sentido de torná-lo a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde, por mais que se amplie e se invista nele, fica sempre aquém do que desejamos. Seja porque parece não ter fim a demanda por pronto-atendimento por parte da população, seja porque, por mais equipado que esteja o centro de saúde, ele é sempre menos resolutivo do que é necessário diante das situações que exijam um atendimento mais ágil, dito de "urgência". Pelo menos é o que parece estar gravado com muita força no imaginário popular, na medida em que as pessoas não hesitam em buscar, nos serviços de pronto-socorro, a resposta para seus "problemas" agudos de saúde. O centro de saúde fica reconhecido como um lugar em que ele deve buscar atendimento em situações bem específicas, com atendimento em geral agendado, em horários bastante rígidos e sempre com o risco de ser encaminhado para consulta no pronto-socorro.

Chama nossa atenção, também, o fato de que a orientação de aumentar cada vez mais a resolutividade do centro de saúde para realizar o "pronto-atendimento", tanto por uma maior "complexificação tecnológica", como por mudanças radicais na organização de seus processos de trabalho, acaba como que tendendo a reproduzir um "mini-hospital" ou um pronto-socorro miniaturizado e simplificado (nem sempre muito resolutivo), de forma que a lógica assistencialista, muito centrada no trabalho do médico, acaba "colonizando" a vida da unidade e "comprimindo" as atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, já que há uma "disputa" pela utilização dos recursos no serviço. Como consequência, a unidade acaba não sendo nem um centro de saúde nem um hospital. A população continua buscando os pronto-socorros e a unidade se deslegitima ainda mais, pois deixa de fazer aquilo que era seu papel mais reconhecido pelos usuários.

Nos hospitais, como não poderia deixar de ser, também são grandes as distorções em relação ao que se supõe ser sua missão, pelo menos tomando como referência o modelo da pirâmide. O grande volume de atendimento feito nos seus pronto-socorros e ambulatórios pode ser considerado como de "nível primário", para ser resolvido nos centros de saúde. Pelo menos é isto que um modelo pensado como hierarquizado nos leva a crer. Em geral, afirmamos que "a população está entrando pela porta errada", ou não seria mais correto afirmarmos, como já lembrado anteriormente, que as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando qualquer delírio racionalista que os técnicos do setor saúde continuam a defender sob a forma de uma pirâmide de serviços?

As más consequências desta verdadeira "invasão" dos serviços de urgência/emergência por todo e qualquer tipo de patologia não são poucas. Além da tensão sempre presente nos locais onde é feito o atendimento de urgência e emergência, que resulta em grande estresse e desgaste dos trabalhadores de saúde e desconforto para os usuários que acabam sendo atendidos após longas esperas, de forma impessoal e corrida, existe um problema que merece ser especialmente destacado: a inadequação do atendimento prestado. É claro que em algumas situações de sofrimento caracterizadamente de urgência/emergência, em particular aqueles casos de sofrimento agudo (infarto do miocárdio, quadros infecciosos agudos, traumas, entre outros), o atendimento realizado no pronto-socorro é o ideal. É o que se poderia nomear como a utilização da tecnologia certa, no espaço certo, no momento certo. A questão é que já temos informações suficientes para sabermos que tais casos acabam constituindo um percentual muito pequeno dentro do volume total de atendimentos. "Misturados" com estes casos realmente agudos, é atendida uma legião de pessoas cujos problemas deveriam ser abordados com outras tecnologias e em outros espaços. É o caso das queixas relacionadas com as doenças crônico-degenerativas, tais como diabetes, obesidade, hipertensão arterial, doenças osteo-articulares, doenças pulmonares crônicas, doenças de

fundo emocional, entre outras. O que ocorre então é que um número muito grande de pessoas acaba tendo um atendimento incompleto, descontínuo e, portanto, insuficiente e inadequado para os seus problemas de saúde. É como se fosse dispensado um grande esforço e realizassem-se gastos enormes em atendimentos que poderiam ser considerados, sem exagero, como "atendimentos de mentirinha". Fecha-se um ciclo perverso. Os profissionais de saúde sabem que o seu trabalho é inadequado e esta consciência, de alguma forma, pesa negativamente em suas subjetividades. Os usuários, mais do que ninguém, sabem que o atendimento recebido é paliativo e insatisfatório. Os poucos recursos são mal gastos agravando o quadro crônico de insuficiência dos mesmos.

Cabem agora algumas perguntas neste roteiro, que tenta debitar à concepção do modelo assistencial parte importante das responsabilidades pelas mazelas na assistência à saúde da população: que outro ator social, que não os gerentes e trabalhadores do setor saúde, detém recursos de conhecimento e poder para enfrentamento dos problemas listados no item anterior? Por que é que não temos nos mobilizado para encarar estas questões, tentando viabilizar alternativas mais adequadas de organização dos serviços?

Os serviços ambulatoriais, localizados nos hospitais ou em unidades de referência, ficam como "peças soltas" dentro do sistema, na medida em que sua articulação tanto com a rede de serviços básicos, como com o hospital é mal-equacionada. A missão destas unidades nem sempre é trabalhada com clareza. Idealmente deveriam funcionar tanto como suporte mais especializado, dotadas que são ou deveriam ser de maior complexidade tecnológica e capacidade resolutive, para atendimento de encaminhamentos feitos pela rede básica, como deveriam funcionar como espécie de "ambulatório de egressos" para dar cobertura aos pacientes em alta hospitalar e que continuassem necessitando de atendimento mais cuidadoso e diferenciado, mas passível de ser realizado fora do ambiente hospitalar. Caberia ainda às equipes lotadas nos ambulatórios o papel de capacitação das equipes locais, buscando aumentar sua autonomia e capacidade de resolver problemas em nível de "atenção primária". A exigência formal de que a consulta especializada só seja marcada se referenciada pela rede básica, acaba sendo mais um dificultador da vida do usuário do que uma estratégia potente para o redesenho de novos circuitos e fluxos no interior do sistema.

Uma das faces mais prontamente identificáveis das distorções do atual modelo assistencial, além de todas as já apontadas, diz respeito à substituição de uma calorosa e humanizada relação médico-paciente, por uma excessiva e desnecessária solicitação de exames complementares.

Como síntese das observações feitas a respeito das explicações que podem ser creditadas à forma como tem sido pensado o modelo assistencial, poderia ser dito o seguinte: temos insistido em defender determinadas missões para os serviços localizados nos vários níveis da pirâmide (centros de saúde, ambulatório e hospitais) que não guardam relação com a realidade. Os centros de saúde nem bem fazem vigilância à saúde, assumindo efetiva responsabilidade pelos grupos de risco nas suas áreas de cobertura, nem conseguem dar resposta para as demandas por pronto-atendimento da população de sua área de cobertura; os ambulatórios não conseguem exercer, em toda a sua plenitude, o seu papel de referência técnica especializada para a rede básica; os hospitais são espaços profundamente desumanizados, tanto para os trabalhadores como para os usuários, gastando recursos e energias que resultam, na maioria das vezes, em baixo impacto sobre as reais condições de saúde da população. Quem mais sofre com isto é a população dependente do SUS, que tenta furar os bloqueios de todas as formas, acessando aos cuidados de que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isto. Nesta medida, a concepção do sistema como uma pirâmide está muito distante da realidade do usuário real. A tese que se procura apresentar e discutir no próximo ponto é a seguinte: não adianta mais insistir na idéia de que o modelo da pirâmide é ótimo e que só nos falta implantá-lo definitivamente para que tudo fique bem para os usuários. Pelo contrário, é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam

viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas. Daí que se propõe um "arredondamento" da pirâmide, num movimento sutil, mas determinado, que, quebrando seus duros ângulos, leve-nos a conceber o sistema de saúde como a mais perfeita forma geométrica conhecida pelos homens: o círculo!

### **O modelo assistencial pensado como um círculo**

Antes de mais nada, é necessário esclarecer que repensar o modelo assistencial nos moldes sugeridos no item anterior não significa abandonar nenhum dos ideários da reforma sanitária no que diz respeito ao compromisso inegociável de lutar por um sistema de saúde público, voltado para o atendimento universalizado, com equidade, organizado de forma a garantir um atendimento integral, de boa qualidade, colocando à disposição da população brasileira tudo o que as ciências de saúde têm de mais avançado para defender a vida das pessoas, garantindo a participação dos trabalhadores de saúde e dos usuários, da forma mais radical e plena possível, na gestão dos serviços. Pelo contrário. É preciso entender as colocações, feitas a seguir, como parte de um esforço imenso de ampliação e reorientação dos gastos em saúde, *pari passu* com importantes medidas de reorganização dos serviços, dotando-os de uma racionalidade mais próxima das necessidades dos usuários do sistema. Discutem-se aqui quais medidas de reorganização do sistema podem e devem ser implementadas visando implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz. A pirâmide só faz sentido, no senso comum, quando vemos sua base mais larga voltada para baixo e a mais estreita para cima. A sua imagem contrária, apresentada de forma invertida, dá idéia de instabilidade e transmite a sensação de que algo está errado. Assim, associar o modelo assistencial à figura da pirâmide nos coloca em uma armadilha dos sentidos, que fatalmente nos faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema. Com tal concepção há de se romper com radicalidade. O círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. O centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os pronto-socorros hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços. A escola pode ser uma boa porta de entrada, assim como a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social. A primeira estratégia nossa há de ser então a de qualificar todas estas portas de entrada, no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, mais sujeitos a fatores de risco e, portanto, com mais possibilidade de adoecimento e morte, para, a partir deste reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso.

Começamos pela porta de entrada mais importante do sistema hoje: os serviços de urgência e emergência. Por tudo que já foi dito, tais serviços têm, nas condições concretas da sociedade brasileira, uma enorme legitimidade perante a população. Não ajuda muito dizer que isto é uma distorção. Fazer um juízo de valor deste comportamento dos usuários não leva a lugar nenhum. Com o grau de carência de grandes extratos da nossa população e, principalmente, em função da ausência concreta de alternativas para acessar aos serviços de que necessita, à maioria da população não resta alternativa que não seja a de utilizar dos serviços de urgência para resolver todo e qualquer problema de saúde. O mais complicado é que, como já foi referido, tais serviços não estão estruturados para oferecer o atendimento adequado ao grosso de sua demanda. O resultado disto é que os pronto-socorros vivem lotados, com um número crescente de atendimento que podem dar a impressão de que a população está sendo atendida em suas necessidades, mas, de fato, não está. O tratamento feito, na maioria das vezes, é apenas paliativo, do tipo queixa-conduta ou, para cada sintoma, um medicamento, de modo que o problema de fundo de quem está buscando o atendimento

não é enfrentado. Afirmar isto não significa desconsiderar que, como também já foi dito, um percentual dos atendimentos feitos em nível dos serviços de urgência é perfeitamente adequado para a pessoa naquele momento. Citam-se aqui, só a título de exemplo e sem querer esgotar todas as possibilidades, as situações de trauma e os episódios isolados de doenças infecciosas agudas. Nestes casos, o pronto-socorro ou a unidade de pronto-atendimento oferecem a tecnologia certa, no lugar certo, no momento certo, conforme já colocado anteriormente. Porém, é possível oferecer mais para os usuários, no sentido de qualificar o atendimento prestado. Algumas possibilidades que podem ser pensadas:

- Trabalhar com protocolos que estabeleçam quais são as patologias que necessitam ter acompanhamento mais apropriado que não aquele atendimento que está sendo feito no pronto-socorro. Com base nestes protocolos, as equipes dos serviços de emergência deveriam se responsabilizar pelo encaminhamento do paciente para o espaço tecnológico adequado dentro do sistema. O paciente hipertenso, diabético, asmático, ansioso, ou portador de qualquer patologia que necessita de apoio e acompanhamento mais sistematizado, já sairia do pronto-socorro com consulta com dia e hora marcados no serviço apropriado. A responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é do sistema como um todo e não uma batalha individual e solitária de cada paciente. O destino deste cliente poderá ser o centro de saúde mais próximo a sua residência, um ambulatório de especialidades ou qualquer outra possibilidade existente dentro do sistema. Importa reter que este é, tipicamente, um trabalho de toda a equipe, a fim de proporcionar ao paciente desde o atendimento médico inicial até o documento que lhe garante o acesso ao serviço do qual necessita.

- Criar "vínculos provisórios" com médicos ou equipes dos serviços de urgência, no sentido de tentar aproveitar o atendimento inicial que o paciente está recebendo, para, em determinados casos estabelecidos também em protocolos, avançar na exploração e elucidação do problema do mesmo, dentro dos limites tecnológicos e organizacionais do pronto-socorro. Por exemplo, de um paciente hipertenso jovem, ainda sem vínculo estabelecido com qualquer serviço que lhe garanta o atendimento regular necessário, deverão ser solicitados os exames complementares considerados como preliminares ou uma outra consulta para nova avaliação, com agendamento para o mesmo dia em que o médico que iniciou a exploração esteja de novo de plantão. Espera-se, com este "vínculo provisório" ao médico ou à equipe do pronto-socorro, criar o sentido de responsabilidade com o paciente e garantir o seu adequado encaminhamento ao serviço apropriado, após realizadas as investigações iniciais.

O modelo assistencial que será trabalhado para "dentro" do hospital, mais especificamente no cuidado ao paciente hospitalizado, deverá dar ênfase à constituição de equipes horizontalizadas, responsáveis por grupos de leitos nas enfermarias, de forma a facilitar a criação de vínculos entre a equipe e os pacientes. Os ambulatórios hospitalares deverão ser reduzidos ao mínimo necessário para dar atendimento aos egressos das várias enfermarias, mas que ainda estejam necessitando de seguimento mais próximo da equipe que iniciou o tratamento. Esta é uma estratégia importante para a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e tecnologias que permitam, de alguma forma, esvaziar a centralidade da internação hospitalar no tratamento dos doentes.

É possível e necessário explorar estratégias de desconcentração do atendimento hospitalar. Os programas de internação domiciliar, de visita domiciliar ou do médico de família, com suas abordagens diferenciadas, reforçam este necessário movimento desconcentrador.

Poder-se-á argumentar que o tipo de solução pensado para o atendimento de urgência/emergência não é novo, pelo menos como proposta. A questão é que, raras vezes, consegue ser implementado com a radicalidade necessária, porque implica, entre outras coisas, uma verdadeira revolução tecnológica nos processos de trabalho nos serviços de urgência, uma "revolução cultural" na cabeça dos técnicos e, outra vez, uma verdadeira revolução tecnológica aliada à construção de uma nova ética de trabalho nas unidades que compõem a rede básica de serviços. E esta não é uma tarefa fácil, conquanto não impossível. No próximo ponto exploram-se algumas possibilidades de reorganização do centro de saúde em função da lógica circular do sistema. O centro de saúde deve ter, como missão principal, o

reconhecimento dos grupos mais vulneráveis na sua área de atuação e a responsabilidade de garantir atendimento adequado às pessoas sujeitas a maior risco de adoecimento e morte que compõem estes grupos. Para cumprir esta missão, o centro deverá se estruturar para as seguintes atividades principais: delimitar e conhecer em profundidade o seu território, em todos os aspectos que são pertinentes aos cuidados de saúde; prestar atendimento direto às pessoas que pertençam aos grupos mais vulneráveis e funcionar como articulador competente do acesso destas mesmas pessoas a recursos tecnológicos mais complexos, em outros pontos do sistema. O centro de saúde deve se qualificar bem para ser *uma das* portas de entrada do sistema de saúde e, como parte de uma rede básica, não deve mais ser pensado como *a* porta de entrada do sistema (a porta hegemônica). O centro de saúde tem o papel muito importante de articular o acesso dos usuários aos outros pontos do sistema, devendo, por outro lado, organizar-se para dar acolhida a todas as pessoas que, tendo entrado em outros pontos do sistema, necessitam de atendimento regular e qualificado. E, de fato, todos sabemos que a rede básica é o espaço que dispõe de um grande acúmulo de experiência e possibilidade para este tipo de atendimento, denominado, de uma forma geral, de programático. O grande problema da rede é o acesso. Frequentemente ótimos programas são usufruídos por uma parcela muito pequena da população adscrita. Aqueles que poderiam estar se utilizando da tecnologia de que o centro de saúde dispõe estão "perdidos" no sistema, forçando portas de entrada não organizadas ou "preparados" para fazer o seu acolhimento. As pessoas, mesmo aquelas consideradas de risco, entram e saem do sistema repetidas vezes e não são "capturadas". O atual modo de funcionamento do sistema não propicia isto. Então, é necessário tanto introduzir novas lógicas de trabalho nos serviços de urgência e nos hospitais, como pensar o centro de saúde de outra maneira. Uma coisa é verdade: se os atuais centros de saúde se propusessem a cumprir as suas atribuições de fazer vigilância à saúde nas suas áreas de cobertura e garantir seguimento bem qualificado às pessoas que lhes fossem referenciadas pelos outros serviços de saúde, não lhes sobraria muitos recursos de espaço e pessoal para se organizarem a fim de fazer o pronto-atendimento. É claro que o centro de saúde deve trabalhar, na medida de suas possibilidades, com o que se denomina de agenda aberta. Isto implica organizar o seu processo de trabalho de forma a garantir o máximo de "encaixes" de pacientes não agendados previamente. Tal preocupação deve existir tendo em vista, principalmente, os grupos de risco já matriculados no serviço e que já vêm recebendo atendimento regular. Estas pessoas já têm seus prontuários na unidade, já são conhecidas pela equipe e precisam ser acolhidas da melhor forma possível, pela unidade, nos momentos de suas "intercorrências". Esta é, aliás, uma das melhores formas de legitimar a unidade perante os olhos da população que a primeira se propõe a atender: estar aberta para receber as pessoas quando elas se sentem doentes e necessitando de atendimento. Porém, sem dúvida, considerando-se as atuais áreas físicas e equipamentos existentes nas nossas unidades básicas, será preciso fazer uma clara opção sobre qual modelo será priorizado: insistir que o centro de saúde deve se responsabilizar por toda a demanda que bate à sua porta, reproduzindo de certa forma a missão que está colocada para os serviços de urgência, ou reorganizá-lo de forma a ser responsável pela vigilância à saúde na sua área de cobertura e uma boa referência para pacientes que necessitam de atendimento continuado e vínculo com equipes?

É necessário, no entanto, dizer que o autor não desconsidera a possibilidade de ser contra-argumentado com a idéia de que, se toda a rede básica já existente nos municípios recebesse investimentos maciços para que se alcançasse um padrão médio de centros de saúde com área física em torno de 400 m<sup>2</sup>, equipe de, no mínimo, 15 médicos (pediatras, clínicos e toco-ginecologistas), funcionando das 7h às 22 h, inclusive aos sábados, com gestão de ótima qualidade, responsável por uma cobertura de, no máximo, vinte mil pessoas (70% dependentes do SUS), além de ter toda a sua lógica de trabalho orientada para a integralidade da atenção (da vigilância à saúde aos primeiros socorros em situações de urgência/emergência), poderia talvez validar a concepção do sistema de saúde como uma pirâmide, em particular a proposta da rede básica, pensada como uma grande "porta de entrada" do sistema (estes dados foram obtidos valendo-se da experiência concreta do Centro de Saúde da Vila Ipê, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP, considerado como

modelo de um centro de saúde atuando em sua potencialidade máxima). Este é, com certeza, um caminho possível de construir o SUS e poderá ser experimentado em determinados contextos municipais muito particulares e favoráveis, mas não exclui a necessidade de se repensarem os fluxos de usuários de forma muito mais flexível, bem como toda uma reorganização do modelo de assistência hospitalar e ambulatorial especializada, hoje hegemônico. A descentralização da política de saúde propiciada pelo SUS é favorecedora da experimentação de mais de um modelo assistencial em nível municipal. A implantação do programa de saúde da família é um bom exemplo disto.

Repensar o sistema de saúde como círculo tira o hospital do "topo", da posição de "estar em cima", como a pirâmide induz na nossa imaginação, e recoloca a relação entre os serviços de forma mais horizontal. E que não se veja aqui apenas um jogo de palavras. A lógica horizontal dos vários serviços de saúde colocados na superfície plana do círculo é mais coerente com a idéia de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Por esta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. Trabalhando assim, o centro de nossas preocupações é o usuário e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas. Ter acesso aos serviços de um centro de saúde é, em incontáveis situações, mais importante do que ter acesso a qualquer serviço oferecido pelos hospitais hoje. Nestas situações, o centro de saúde é o "topo" para um número imenso de usuários. Repensar o sistema de saúde como círculo pode ser uma ótima estratégia, afinal, para se quebrar a dura hegemonia do hospital e recolocar a rede ambulatorial de serviços em outro patamar de reconhecimento pelos usuários.

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. S., 1994. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança. In: *Inventando a Mudança na Saúde* (L. C. O. Cecilio, org.), pp. 61-62, São Paulo: Hucitec.

CECILIO, L. C. O., 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec.

LEVCOVITZ, E., 1996. Desafios e perspectivas para a área de Planejamento e Gestão no SUS. *Oficina de Trabalho "Rearticulação da Área de P&G em Saúde"*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

MENDES, E. M., 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.

MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), 1983. *Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*. Terceira edição. Brasília: MPAS



## **O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde**

*Emerson Elias Merhy*  
Professor do DMPS/FCM/UNICAMP

Muitas pessoas acreditam que o objeto da igreja é a salvação da alma, mas de fato o objeto é a produção de práticas, como a crença, através das quais se atingirá a salvação como finalidade, como objetivo último. Assim, no interior da igreja há uma quantidade enorme de processos produtivos articulados para a fabricação da crença religiosa e com eles a fé na salvação.

Do mesmo modo, no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir.

Nos últimos séculos, o campo da saúde foi se constituindo como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi se tornando hegemônico. Mas, mesmo dentro deste modo particular de agir tecnicamente na produção do cuidado, nestes anos todos, há uma enorme multiplicidade de maneiras, ou modelos, de ação.

Porém, nos tempos atuais, qualquer pessoa que tiver um mínimo de vivência com um serviço de saúde - seja um consultório médico privado, uma clínica de fisioterapia privada, um hospital público ou privado, enfim, qualquer tipo de estabelecimento de saúde - pode afirmar com certeza que as finalidades dos atos de saúde, marcadas pelos seus compromissos com a busca da cura das doenças ou da promoção da saúde, nem sempre são bem realizadas, para ser otimista.

Todos, trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, também sabem que para atingir aquelas finalidades, o conjunto dos atos produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos: como atos de ações individuais e coletivas, como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde, conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores, e conformam os modelos de atenção à saúde.

Sabemos, por experiências como profissionais e consumidores, que quanto maior a composição das caixas de ferramentas (que, aqui, é entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde), utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrenta-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho.

Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção.

As duras experiências vividas pelos usuários e trabalhadores de saúde mostram isso cotidianamente, em nosso país.

Creio que poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

Poder explorar esta tensão própria da produção de atos de saúde, a de ser atos cuidadores, mas não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde, é uma problemática da gestão dos processos produtivos em saúde.

De uma maneira geral, entendo que todos processos atuais de produção da saúde vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, e que estão presentes no interior de qualquer modelo predominante. Dentre estas, destaco as tensões entre:

- a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado, como por exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura;

- a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas as competências específicas de alguns deles, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro centradas ou médico centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.

Para facilitar a compreensão destas questões e mesmo o entendimento de que, partindo destas tensões, é possível pensar alternativas aos modelos ineficientes e ineficazes, que muitas vezes operam nos serviços, irei colocar adiante trechos de textos já produzidos que permitem refletir e traduzir os temas destacados acima.

**a dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão procedimento - cuidado na produção dos modelos de atenção<sup>20</sup>**

A situação mais comum, hoje em dia, é lermos sobre a existência de uma crise no atual modo de organização do sistema de saúde, porém quando são catalogadas as causas ou soluções, vemos como esta constatação e mesmo a discussão em torno dela, não é tão simples.

Entretanto, se olharmos do ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual, quanto coletivo.

Uma pequena olhada nas reportagens da grande imprensa mostra que o tema saúde é muito lembrado pelos brasileiros como uma das questões mais fundamentais da sua vida, ao mesmo tempo que também podemos registrar que é na área de prestação de serviços, onde o cidadão se sente mais desprotegido.

O paradoxal desta história toda, é que não são raros os estudos e reportagens que mostram os avanços científicos - tanto em termos de conhecimentos, quanto de soluções - em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, e a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções, o que nos estimula a perguntar, então, que crise é esta que não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.

Ao ficarmos atento, do ponto de vista do usuário, sobre as queixas que estes têm em relação aos serviços de saúde, podemos entender um pouco esta situação. E, desde já, achamos que este ponto de vista não é necessariamente coincidente com os dos governantes ou dirigentes dos serviços, tanto os públicos quanto os privados, que como regra falam da crise do setor, privilegiadamente do ângulo financeiro, tentando mostrar que não é possível se oferecer boa assistência com o que se tem de recursos - aliás, argumento mundialmente usado, tanto em países como o EEUU que gasta 1 trilhão de dólares no setor saúde, quanto no Brasil que deve gastar em torno de 35 bilhões, no total.

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

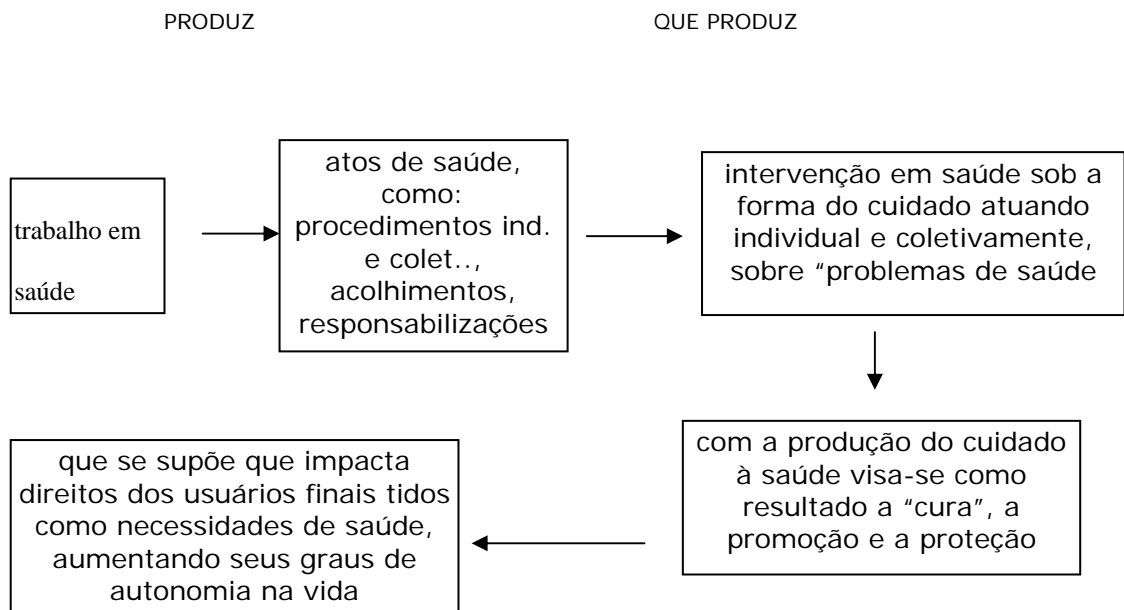
<sup>20</sup> O trecho destacado abaixo é parte do capítulo A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, de Emerson Elias Merhy, publicado no livro O SUS em Belo Horizonte pela editora Xamã, em São Paulo, no ano de 1998

Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é esta? Será que ela atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico, ou é uma característica global do setor? É possível a partir desta crise, diagnosticada em torno do usuário, propor um modo diferente de se produzir ações de saúde?

À frente, tentaremos mostrar como esta questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. Imaginemos, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final.

Supomos que este processo permita a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser “procedimento centrada” e não “usuária centrada”, e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. Nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc,, sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos.

Vejamos isto no desenho e textos adiante:



A visão já muito comum de que tecnologia é uma máquina moderna, tem dificultado bastante a nossa compreensão de que: quando falamos em trabalho em saúde não se está se referindo só ao conjunto das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os “pacientes”.

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que - além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário -, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos

permite dizer, que há uma tecnologia menos dura<sup>21</sup>, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de levedura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Entretanto, quando reparamos com maior atenção ainda, vamos ver que, além destas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que denominamos de leve.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

### **a dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão dos núcleos de competência profissionais na produção dos modelos de atenção<sup>22</sup>**

Consideramos como vital ... compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um (vigilante) da porta de um estabelecimento de saúde.

Creemos que uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico ... é a de diminuir muito esta dimensão (cuidadora) ... do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores, que há muito vem advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia desta intervenção, e parodiando-os podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

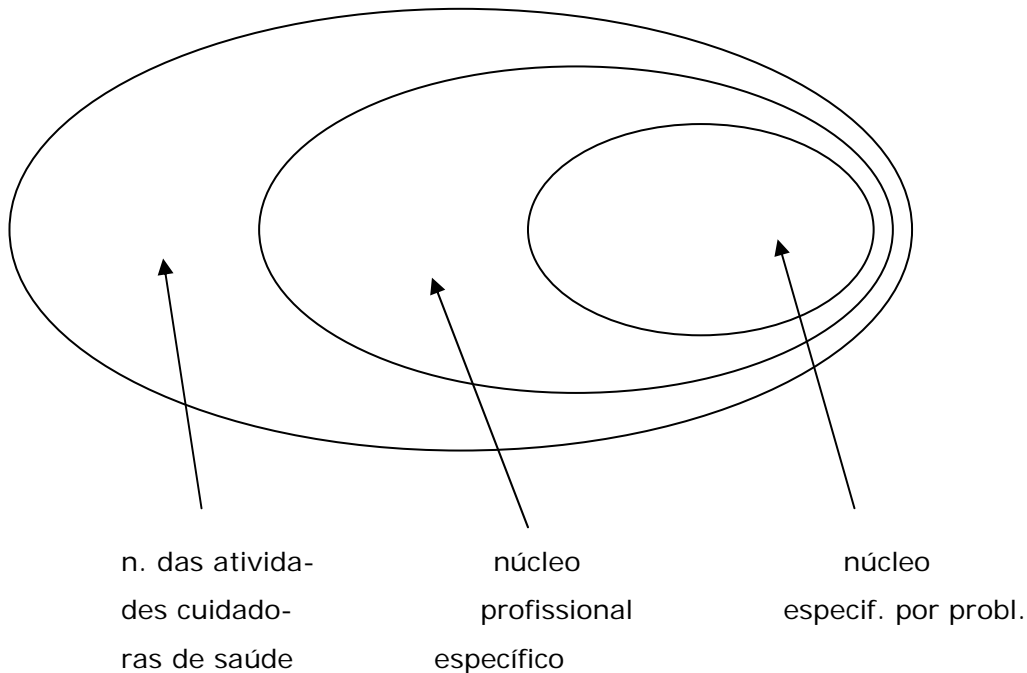
Entendemos, que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde.

Imaginamos que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

<sup>21</sup> sobre tecnologias em saúde consultar o livro Agir em Saúde, Hucitec, 1997, particularmente capítulos 2 e 3.

<sup>22</sup> O trecho destacado abaixo é, também, parte do capítulo A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, de Emerson Elias Merhy, publicado no livro O SUS em Belo Horizonte pela editora Xamã, em São Paulo, no ano de 1998

Com o esquema abaixo tentaremos mostrar o que estamos dizendo:



Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistente social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leveduras. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseções com os usuários.

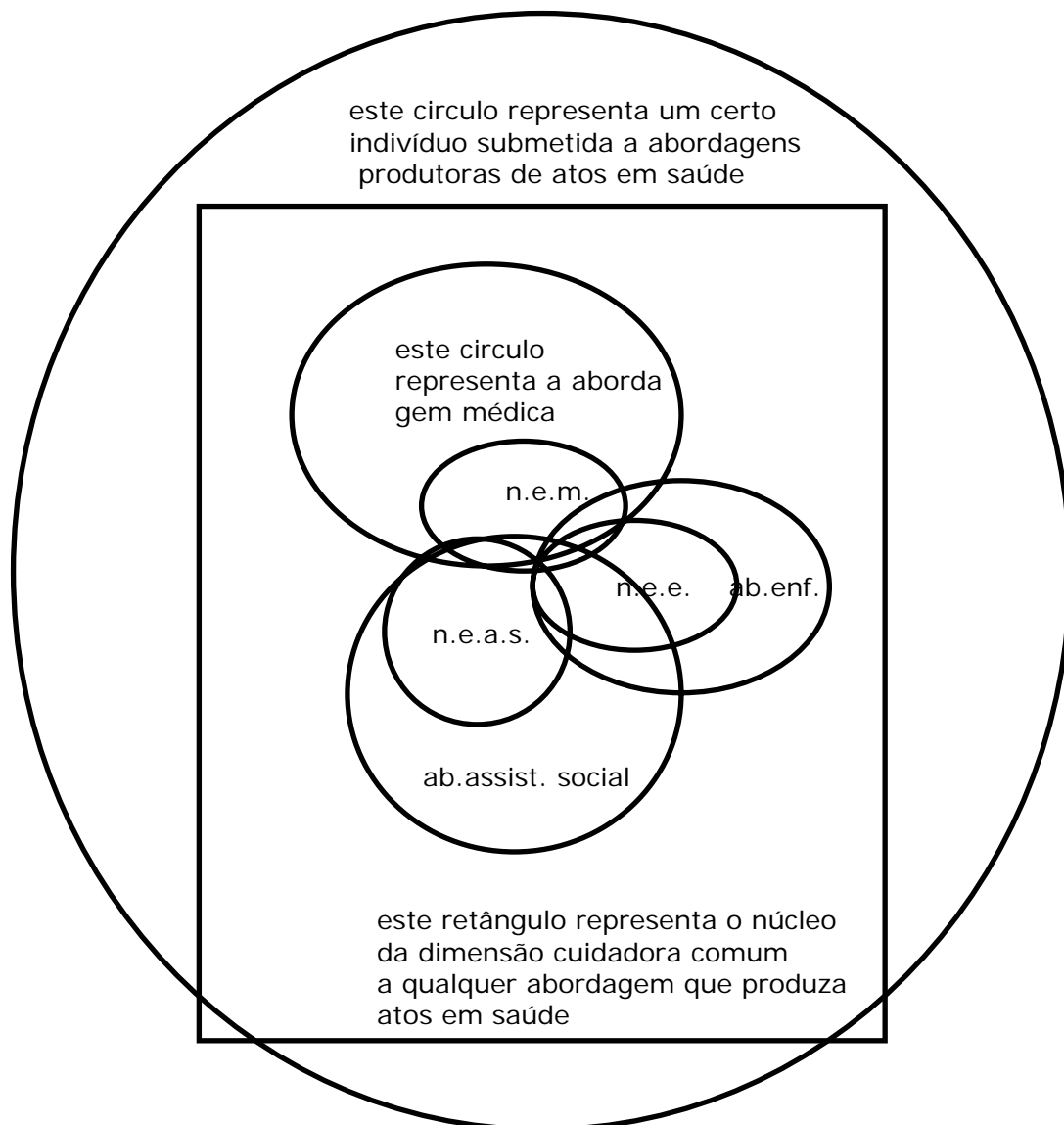
Porém, como a conformação tecnológica concreta a ser operada pelos modelos de atenção é sempre um processo que representa ações instituintes de forças reais e socialmente interessadas, em certos aspectos da realidade, dentro de um maneira muito particular de valorizar o mundo para si, entendemos que o território tecnológico expresso nas 3 dimensões apontadas acima, são nos serviços concretos, antes de tudo, produtos das disputas entre os vários atores interessados neste *locus* de ação social.

Então, podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

Com isso, devemos entender que são forças sociais, que tem interesses e os disputam com as outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Isto é, estes processos de definição do "para que" se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde, são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses colocados no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nestes processos de produção. Deste modo, o modelo médico hegemônico ... expressa um

grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão deste ato em prol de outro, que expressaria melhor os interesses impostos para este setor de produção de serviços, na sociedade concreta onde o mesmo está de realizando.

Vejamos o esquema abaixo<sup>23</sup>, desenhado a partir dos recortes que um médico, uma enfermeira e uma assistente social, fazem de um certo usuário de um serviço, para em seguida analisarmos como serão os distintos recortes em diferentes tipos de estabelecimentos e que tensões eles comportam, que nos permitem atuar na direção da mudança dos modelos de atenção à saúde, o que a nosso ver implica em reconstruir: o modo de se fazer a política de saúde no serviço; a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização; e, (o dia a dia) ... dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção.



Vamos entender o diagrama acima analisando, inicialmente, uma pensão protegida experimentada por alguns serviços que ousaram organizar alternativas aos manicômios

23 Destacamos como pontos de apoio para este exercício as contribuições particulares das reflexões sugeridas pelo texto Notas sobre residência e especialidade médicas, de G.W.S. Campos, M. Chakkour e R. Santos, publicado nos Cadernos de Saúde Pública, R. Janeiro, dezembro de 1997; bem como algumas experiências vividas junto da rede de Belo Horizonte e ao Serviço Cândido Ferreira.

psiquiátricos, para depois usar do esquema explicativo para entender um hospital geral, na busca de possibilidades de intervenções que mudem os modos de produzir atos de saúde.

Em primeiro lugar, temos que entender qual a missão que é esperada para uma pensão protegida. E, isto, só pode ser resolvido ao perguntarmos sobre o modelo de atenção que se está querendo imprimir e o que se espera deste equipamento assistencial, pois cada tipo de modelo cria missões diferenciadas para estabelecimentos aparentemente semelhantes, que se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

Podemos, tanto esperar de uma pensão protegida que ela seja organizada de tal modo que os seus moradores não tenham mais crises agudas, quanto que seja organizada como um equipamento que deve viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protegido, extra-muro das instituições mais fechadas.

Do ponto de vista da nossa análise, podemos dizer que um modelo que espera da pensão protegida um papel vital para impedir crises, impõe no dia a dia do funcionamento do estabelecimento, uma relação entre os núcleos que operam na produção dos atos de saúde, uma articulação que possibilita um agir sobre a dimensão específica do problema, a partir de certos recortes profissionais, efetivamente mais eficazes no manejo das crises, por exemplo, de usuários psicóticos, e que favorece um jogo de potências em direção a certos processos instituintes.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, estes núcleos vinculados as tecnologias duras e leveduras, encontram um processo favorável para acabarem se impondo sobre os outros núcleos, favorecendo um processo de dominação psiquiátrica diante dos outros recortes profissionais. E, o interessante a observar, é que isto ocorre mesmo que não haja comprovação de que este processo de conformação tecnológica irá ou não obter bons resultados, pois esta imposição de missão e de desenhos tecnológicos é dada pelos interesses sociais que no momento são mais poderosos e considerados legítimos.

Superar esta conformação exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores.

Entretanto, diante de uma missão já a priori distinta, este processo se impõe como que mais naturalmente. É o que ocorre se o que se espera da pensão é a segunda alternativa, ou seja: viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protegido

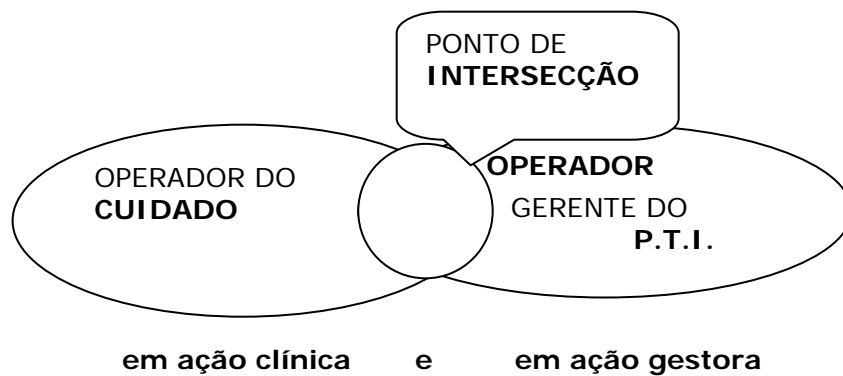
Neste caso, vemos que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Devemos ficar atento, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de



saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização.

Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico” por travar relações interseçoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico, como procuramos expressar no diagrama abaixo:



Creemos, que um modelo em defesa da vida está mais baseado nestas possibilidades, mas isto não deve nos levar a desconhecer a importância dos modos específicos de se produzir profissionalmente os atos em saúde, pois o que temos que almejar é esta nova possibilidade de explorar melhor este território comum para ampliar a própria clínica de cada território em particular, o que levará sem dúvida a ampliar a própria eficácia do núcleo específico de ação.

De posse destas reflexões, se estivéssemos analisando um outro estabelecimento que não uma pensão protegida, mas um hospital geral de clínica, a nossa análise seria semelhante, mas sofreria certos deslocamentos.

Nestes estabelecimentos, esperam-se atualmente em termos de missões que os mesmos tenham compromisso com a garantia da eficácia dos núcleos específicos de intervenção profissional, particularmente o médico e de enfermagem, só que isto é feito hoje pelo domínio que o agir médico impõe hegemonicamente para os outros recortes, e o que é pior, dentro de um modelo de ação clínica do médico empobrecedora ou mesmo anuladora do núcleo cuidador.

Um modelo em defesa da vida, para um estabelecimento deste tipo, deveria pensar como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe, quanto para melhorar a eficácia e adequabilidade da ação específica com os processos usuários centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias são, de fato, mais eficazes que outras. Mas, sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras.

Este modelo deve também estar atento aos processos organizacionais, que nestas novas articulações do núcleo cuidador, possibilitam ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários, acima de tudo, e mais transparentes para processos de avaliações coletivas.

Creemos que só a criação institucional da responsabilização dos profissionais e das equipes por estes atos cuidadores é que poderá redesenhar o modo de trabalhar em serviços de saúde, como um todo, através por exemplo de dispositivos como a “amarração” referencial entre equipes e usuários, por processos terapêuticos individuais....

Creio que a melhor maneira de se aproveitar o que já foi dito, sobre a produção do cuidado em saúde e as possibilidades de pensa-lo na direção de atos comprometidos com as necessidades do usuário, é procurar analisar experiências que têm ambicionado este resultado.

Antes disso, chamo a atenção para 3 questões básicas que até agora mostraram-se vitais, neste texto:

- uma, diz respeito ao fato de que um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde e doença;
- a outra, faz referência aos processos gerenciais necessários para operar o gerenciamento do cuidado e o modo como os interesses do usuário, corporativos e organizacionais atuam no seu interior;
- e por último, a composição da caixa de ferramentas necessárias para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre este terreno tão singular, gerindo estabelecimentos e sistemas de saúde com ferramentas governamentais complexas para atuar nos terrenos político, organizacional e produtivo (uma coletânea só sobre este tema está sendo produzida, tendo como pano de fundo a discussão se o conhecimento é ou não ferramenta para a gestão).

Além disso, parece-me que um grande desafio dos que se preocupam com os processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é procurar a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isto é, é procurar a produção do melhor cuidado em saúde, aqui considerado como o que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado.

Considero, como desafio, ter que pensar sobre o matriciamento necessário, no dia a dia dos serviços de saúde, entre os processos produtivos - transdisciplinares e multireferenciados -, tanto os que resultam em procedimentos bem definidos, quanto os que estão implicados com os atos cuidadores, de tal maneira que os gestores dos atos cuidadores sejam os responsáveis, perante o usuário e o estabelecimento de saúde, pela realização das finalidades da produção do cuidado.

Gerencialmente é possível matriciar toda organização de saúde conforme o desenho abaixo, procurando construir a figura do gestor do cuidado, que poderá ou não ser um médico, mas que sempre será um cuidador. Mesmo quem atua como trabalhador de uma unidade de produção, pelo domínio que tem de uma certa competência específica, pode ser um cuidador de certos usuários, passando a responder pela produção do PTI (projeto terapêutico individual), usuário centrado, perante o estabelecimento, mas quando ligado a uma unidade de produção de procedimento bem definida, responde pelo produto que esta unidade tem como sua identidade, ao gestor do cuidado. Este é aquele que o serviço toma como seu referencial para a produção dos resultados principais do estabelecimento.

No quadro adiante, esboço um pouco desta idéia para contribuir com a reflexão proposta, até agora.

Unidade de produção de procedimento	Unidade de produção de imagens	Unidade produção de cirurgias	Unidade de produção de exames de laboratório	Unidade de produção de nutrição e dietética	Unidade de produção de internação	
Gestor do cuidado						
Gestor do cuidado do paciente X	R-x de abdomen com laudo definido		Exames de sangue e de urina realizados	Alimentação balanceada produzida	Internação na enfermaria de adulto realizada	O gestor do paciente X é o responsável pela produção do PTI, feito com a ajuda de uma equipe de referência e passa administrar as relações com as unidades de produção que necessita para compor o cuidado, além de ser o cuidador vinculado ao paciente X. É quem responde pelo paciente diante do estabelecimento

Adiante, seguem algumas perguntas que irão exigir certas reflexões em torno da discussão em pauta e de suas contribuições para pensar o ensino em saúde, e depois ainda há mais um texto de apoio, como bibliografia auxiliar.

### Perguntas para reflexão

- como imaginar a formação de um profissional que consiga ter competência específica para produzir os procedimentos, atinentes ao seu campo de ação, e ao mesmo tempo se constituir como um cuidador comprometido com a cura, a promoção e a proteção da saúde, no plano individual e coletivo?
- qual o significado da aposta: formar um médico seja ao mesmo tempo um cuidador competente (em qualquer situação de intervenção em saúde) e domine um território específico deste campo de intervenção?
- qual seria a composição da sua caixa de ferramenta, que saberes tecnológicos e práticas técnicas fazem parte desta caixa?
- como os docentes das escolas deveriam atuar? seria possível ser um docente deste projeto sendo só um excelente produtor de procedimentos, dominador de um território específico?
- mas, ao mesmo tempo, como imaginar que alguém que tenha que estar voltado para a produção de um produto bem definido, como um laudo de imagem, ou mesmo como uma cirurgia bem realizada, seja um cuidador por excelência, sabendo atuar em equipe?
- como preservar os ganhos em eficácia das ações especializadas com a necessidade de uma rede de serviços cuidadora e resolutiveira, no plano individual e coletivo?

- qual profissional médico a escola médica se compromete a produzir nos seus 6 anos de ensino? e que lugar os docentes ocupam neste processo?
- será que a escola não deveria ser um lugar de práticas onde haveria o permanente encontro de processos cuidadores, que envolvessem os docentes e alunos, com processos produtores de procedimentos específicos?
- ensino tutorial teria alguma resposta para isso? Seria suficiente, ou o modelo de atenção a saúde da escola é fundamental?
- é possível imaginar uma escola médica comprometida centralmente com um modelo usuário centrado, integral e cuidador, amarrado a defesa da vida individual e coletiva?

### Bibliografia Auxiliar

#### A - um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo: pensando sobre as lógicas do trabalho em saúde<sup>24</sup>

##### em saúde antes de tudo se produz “bens relações”, produtos de processos interseções

Para realizarmos a nossa reflexão vamos partir do conceito de “interseção<sup>es</sup>” que estaremos usando com sentidos semelhantes ao de Deleuze no livro “Conversações”, que com este termo pretende “figurar” a interseção que ele e Guattari constituíram na produção do livro “Anti-Edipo”, procurando passar a idéia de que esta junção não foi uma simples somatória de um com o outro, e muito menos que aquele livro foi um produto de 4 mãos, mas sim o resultado de um processo singular, constituído pelo encontro dos dois em um único momento:

O uso deste termo é portanto para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas interseções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou:

De posse desta idéia, estamos querendo dizer também que quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço interseção que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.

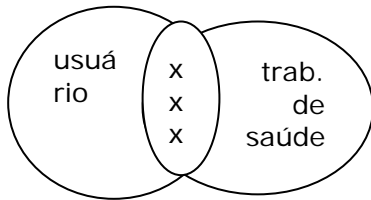
A imagem deste espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de interseção entre dois conjuntos, ressalvando que este espaço não existe só nesta situação, e nem só na saúde, pois tanto a relação entre dois trabalhadores inseridos em um mesmo processo de trabalho é interseção, quanto em outros processos de trabalho, que não só o da saúde, também há os processos interseções.

Deste modo, além de reconhecer a existência deste processo singular é fundamental, em uma análise dos processos de trabalho, se tentar descobrir o tipo de interseção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior.

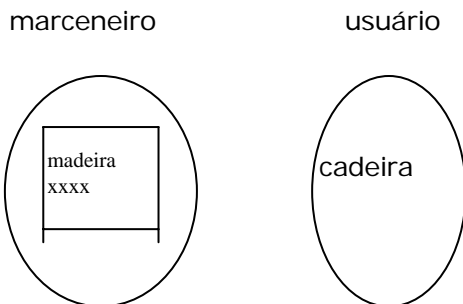
<sup>24</sup> o texto que segue é parte de um capítulo escrito por Emerson Elias Merhy, do livro Democracia e Saúde, organizado por Sonia Maria Fleury Teixeira, editado pela editora Lemos, em 1996.

Vejamos isto de um modo esquemático, para que depois possamos tirar conseqüências analíticas deste entendimento.

a - os esquemas mais comuns em processos de trabalho como o da saúde, que realizam atos imediatamente de assistência com o usuário, apresentam-se como o do diagrama abaixo, que chamamos de uma “intersecção partilhada”:



b - os que se constituem nos casos mais típicos de processos de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, mostram que o usuário é externo ao processo, pois o momento interseçor se dá com a “madeira”, que é plenamente contida pelo espaço do trabalhador, como uma “intersecção objetal”:



Esta distinção da constituição dos processos interseçores mostra como a dinâmica entre o produtor e o consumidor, e os jogos entre necessidades ocorrem em espaços bem distintos, e, inclusive, como os possíveis modelos de configuração desta dinâmica podem ser mais ou menos permeáveis a estas características.

Por exemplo, podemos dizer que nos modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se produzem em espaços interseçores preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse mais do tipo da “intersecção objetal”.

Entretanto, como efetivamente a relação em saúde é a do tipo de “intersecção partilhada”, com certeza estes tipos de modelos de assistência realizam-se com intensas perdas quanto ao mútuo processo instituinte, contido no momento da produção e consumo de atos de saúde.

No jogo de necessidades que se coloca para o processo de trabalho é possível então pensarmos:

1. que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho; e,

2. que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes, que podem até mesmo coincidirem.

O que, de uma certa forma, mostra que a análise do processo interseçor que se efetiva no cotidiano destes encontros pode nos revelar a maneira como estes agentes se colocam enquanto “portadores/elaboradores” de necessidades no interior deste processo de “intersecção partilhada”.

Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados.

A conformação das necessidades, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivities, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro. Aqui, não interessa o julgamento de valor acerca de qual necessidade é mais legítima que outra, este é um posicionamento necessário para a ação mas não pode ser um “a priori” para a análise, porque o importante é percebermos que todo o processo de trabalho e de intersecção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam como forças instituintes suas instituições.

Assim, a presença de uma linha de força médico-hegemônica que venha positivamente, através de um determinado (e não de qualquer um) trabalho médico, atua como instituinte pela ação efetiva de um determinado agente que é seu constituidor no processo de trabalho, em ato. Do mesmo modo, uma outra linha de força que venha pelo consumidor, como uma busca de um ato que lhe permita restituir sua “autonomia” no seu modo de andar a vida, atua também como instituinte pela ação positiva do usuário no espaço interseçor partilhável.

O espaço interseçor é assim um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituintes, como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas.

Isto é um tema para ser entendido pela discussão sobre a relação entre modelos de atenção e a construção dos espaços interseçores. A caixa preta do jogo de necessidades que ocorre entre o produtor e o consumidor abre-se e pode revelar as possibilidades de intervenção dos distintos modelos de gestão do trabalho em saúde e seus compromissos. Mas, fica registrado que, se o trabalho é em saúde, o espaço interseçor será sempre partilhado, mesmo que o modelo que se institua seja o de seu abafamento; porém os instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior.

Estes são os casos dos desencontros que os usuários relatam quando falam da falta de acolhimento e de responsabilização que vivenciam atualmente nas suas relações trabalho em saúde/consumo.

### **os espaços interseçores na saúde, as vozes e as escutas**

Dentro desta compreensão sobre a constituição do espaço interseçor no processo de trabalho em saúde é possível introduzirmos uma discussão da possibilidade de identificarmos situações de ruído no cotidiano dos serviços de saúde, com a finalidade de se analisar a própria dinâmica daquele processo, idealizando possíveis intervenções que permitam alterar a direcionalidade das ações em saúde, no próprio ato do processo de trabalho.

Esta idéia de ruído vem da imagem de que cotidianamente as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominante e instituída, seja rompida. Porém, este rompimento é normalmente percebido como uma disfunção, como um desvio do normal que deveria ocorrer.

Com ruído queremos introduzir a noção, baseado em Fernando Flores<sup>25</sup>, de que a quebra do silêncio do cotidiano pode ser, e deve ser, percebido como a presença de processos instituintes que não estão sendo contemplados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional em foco, mostrando os distintos possíveis caminhar dos processos de ações dos agentes envolvidos, e, portanto, abrindo possibilidades de interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações, naquele equipamento.

A possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. Permite interrogar sobre a captura do trabalho vivo e sobre a constituição do processo interseçor.

É neste sentido que gostaríamos de explorar tal caminho pelo lado da constituição do espaço interseçor como lugar de vozes e de escutas, isto é, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades - demandas.

Os construtores de um dado espaço interseçor atuam instituintemente, e se um dado modelo tecno-assistencial, como aquele que procura construir este processo interseçor partilhado como um processo objetal (veja o que foi falado mais atrás) não permite a plena expressão de um de seus partícipes, este não some, não apaga a sua presença deste espaço, mas age “ocultamente” em relação à possibilidade de sua não explicitação.

Quando, em um dado serviço de saúde, há o encontro de um usuário com um trabalhador de saúde - qualquer um deles ou mesmo um usuário coletivo - forma-se um jogo de necessidades no qual o usuário coloca pelo menos a sua perspectiva de que naquele processo de “consumir” atos de saúde (ou pelo menos o que ele entende por isso) vai haver um ganho seu em termos de controlar problemas que identifica como necessidades de saúde e para os quais aquele momento parece construir um caminho de solução. Mas solução para o quê?

Para várias coisas. Para aplacar aquilo que considera como um sofrimento, tanto quanto para possibilitar que o seu “organismo” possa estar “bem” funcionalmente para continuar caminhando na sua vida. Isto é, associa aquele processo como uma possibilidade de retornar a um certo estado de exercício de sua autonomia no seu modo de andar a sua vida.

Não muito estranhamente o trabalhador de saúde identifica aquele encontro também como o lugar de realizar soluções para várias questões. Mas quais? Depende dos interesses que o modelo de organização do trabalho em saúde explicita. Depende do modo como socialmente as distintas necessidades do processo de trabalho em saúde são capturadas pelo modelo tecno-assistencial. Depende do universo ideológico do próprio trabalhador.

Assim, se for uma captura comprometida com um modelo médico hegemônico vinculado à medicina tecnológica, que coloca a produção de procedimentos como o principal produto a realizar - a “finalidade” do trabalho em saúde - pelo lado do trabalhador de saúde a linha de força representada pelos usuários será anulada por um processo de não escuta de sua atuação e pela imposição, no espaço interseçor, da voz única deste modelo na qual o usuário será só um “objeto” a viabilizar a ação de produção de procedimentos.

Ora, mesmo que isto ocorra, o usuário não deixará de estar ali e de continuar “desejando” o que ele queria daquele momento. E se isto não for viabilizado na produção dos atos pelo trabalhador de saúde, ele sai dali e vai atrás de outro processo de consumo que lhe possa trazer a idéia de satisfação e de produto/resultado realizado.

Em parte o usuário será conformado pelo processo de produção, mas na testagem que a vida lhe coloca no seu caminhar, em parte este processo não consegue contê-lo plenamente (veja a imagem do interseçor partilhado e do objetal).

Esta situação se apresenta como um processo gerador de ruídos e que podem ser “gerencialmente” escutados pelos trabalhadores de saúde, ou mesmo pelos usuários. Para tanto,

<sup>25</sup> - Flores, F. - Inventando la empresa del siglo XXI, Hachete, Chile, 1989.

podemos fazer perguntas para o modo como no espaço interseção se concretiza a produção de processos típicos deste espaço enquanto um lugar de efetivação de ações suportadas por um universo de “tecnologias leves”, de tecnologias de “relações” que se concretizam com a produção de “produtos” simbólicos, básicos para operar este tipo de processo de trabalho.

Destacamos como produtos deste tipo, à semelhança do jogo transferencial nos processos psicanalíticos, o acolhimento e o vínculo que são construídos neste espaço em ato, permanentemente. E estamos indicando que a pergunta sobre os mesmos pode mostrar como que se dá a construção de um dado modelo tecno-assistencial do ponto de vista do jogo instituinte das necessidades entre o trabalhador e o usuário. Revelando a situação vital ocupada pelo trabalho vivo em ato no interior do processo de trabalho em saúde e evidenciando como no interior dos processos cotidianos dos serviços se produzem as vozes, as escutas e os silêncios, entre os trabalhadores e os usuários, expressos em formas definidas nos modelos de atenção construídos no interior dos equipamentos de saúde.

Deste modo a busca é a de colocar sob interrogação o encontro trabalhador-usuário como um poderoso processo revelador das distintas lógicas que operam no interior dos modos como se trabalha em saúde, o que permite perceber distintas linhas de fuga que podem abrir este processo a novos significados ético-políticos e operativos. Com estas interrogações pode-se procurar colocar em cheque a natureza pública e privada deste encontro, os processos de captura a que o trabalho vivo está subordinado e os tipos de interesses que predominam neste espaço, os ocultamentos e “abafamentos”.

Criar ferramentas para um olhar analisador neste sentido, então, é conseguir operar no interior destas próprias lógicas e torná-las ruidosas, e assim temas públicos para o coletivo/“equipe de saúde”, inclusive nas suas relações com os usuários.

Neste sentido, entendemos que há dispositivos “naturais” deste processo descolados da própria tecnologia leve que opera nestes espaços interseções, como por exemplo o acolhimento, que tem um grande poder de gerar ruídos por expor mais claramente a razão ético-política, e não só instrumental, que opera no seu interior. Entretanto, podemos também criar dispositivos “artificiais” que possam interrogar estes processos instituintes e instituídos; alguns experimentos dos quais temos participado têm mostrado uma certa eficácia interessante no repensar o trabalho em saúde. Neste particular temos trabalhado com a construção de ferramentas, como por exemplo: fluxogramas e redes de petições e compromissos, analisadoras destes encontros singulares.

### **dos ruídos do cotidiano a novos modos de gerir e trabalhar em saúde - algumas ferramentas que armam os olhares analisadores**

Com a compreensão destas questões, não fica difícil entender da possibilidade de se criar analisadores institucionais sobre o espaço interseção em saúde, que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com esta “tecnologia leve das relações” e como produz estes “produtos da interseção”, que consideramos como “bens relações” fundamentais em saúde; e que também permitem analisar o modo como o processo de gestão do trabalho se realiza apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada deste processo.

Através da interrogação que podemos realizar sobre o processo de trabalho do ponto de vista, por exemplo, do acolhimento podemos demonstrar a potencialidade deste caminho para repensar processo de trabalho em saúde e da abertura que permite para se olhar o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato; potencialidade que se expõe nas distintas possibilidades de linhas de fuga que podem se constituir no interior do processo produtivo e gerencial.

Vale a pena, antes, falar um pouco sobre o que pode significar a perspectiva de operar em um terreno que pretende criar “ferramentas” para intervir em processos institucionais.



Parece-nos, que isto não deva ser muito próximo ao modo como se atua em processos produtivos, mais diretamente vinculados à realização de um produto material explícito e bem definido; além de ter algumas implicações distintas sobre a compreensão do que deva ser entendimento sob a ótica de saber tecnológico.

Como já dissemos em vários outros momentos, tecnologia não é confundida aqui com instrumento (equipamento) tecnológico e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo.

Deste modo, uma máquina como um computador não seria em si uma tecnologia, mas um equipamento tecnológico expressão de uma tecnologia, que se apresenta para nós como saberes que buscam na máquina-computador uma ferramenta que possibilita operar com processamentos rápidos e massivos de dados, por exemplo. A tecnologia seria então o saber, ou saberes, que permitiram construí-la e que estão comprometidos com a realização de determinadas finalidades previamente colocadas para os processos de trabalhos que lhe são pertinentes.

Por isso, tratamos a clínica e a epidemiologia como saberes tecnológicos. Por serem saberes que são produzidos de modo compromissado com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os “processos da vida, como a saúde e a doença”. E, que estão, deste modo, imediatamente implicados com processos de intervenção. São distintos, nesta dimensão, em relação a outros saberes que não tenham esta implicação imediata.

Entretanto, isto não lhes retira a possibilidade de estarem também produzindo conhecimento sobre a realidade, de modo não imediatamente comprometidos com a ação operatória. Um saber tecnológico opera em uma dobra na qual, de um lado expressa seu compromisso com a “razão instrumental”, e, de um outro, com a “razão teórica”. Devendo, como tal, estar aberto às leituras de seus pressupostos de construção, de suas intencionalidades e finalidades, em ambas dimensões.

De um lado reverso, um saber que se proponha a ser conhecimento científico mais do que tecnológico também nos apresenta esta dobra de revelar “o mundo” e de permitir uma ação sobre o mesmo.

Mas, aqui estamos operando com saberes que têm uma distinção importante a considerar, desde que, como um saber tecnológico, está imediatamente referido e concretizado em processos de trabalhos bem definidos, que expõem diretamente suas intencionalidades.

Entretanto, tudo indica que quando estamos diante de uma tecnologia do tipo leve (como o acolhimento) a situação é um pouco distinta de quando estamos perante uma tecnologia do tipo dura (como o realizar uma conduta totalmente normalizada ou mesmo o processo incorporador de máquinas-ferramentas), e isto nos coloca que no operar das leves, como a própria clínica ou os processos das tecnologias das relações (como é o caso do acolhimento ou do vínculo), o processo operatório é bem mais aberto ao fazer do trabalho vivo em ato. O que também permite-nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa ela sempre é em processo, em produção. (Aqui há que rever a noção cara às políticas de saúde pública que operam com o conceito de escassez permanente e prioridade focal excludente).

Por isso, procurar ferramentas para operar sobre relações institucionais é uma tarefa um pouco mais árdua do que estar tratando de um processo bem definido e normatizado, pois vem impregnada de uma quase igual importância tanto do seu lado de instrumentalizar a ação humana de intervir na realidade como em um processo de trabalho, quanto do seu lado de estar revelando “o mundo” e seus sentidos e significados para os “operadores/interventores”. Pois estamos diante de uma situação muito parecida com a dinâmica do trabalho vivo na saúde que nos coloca perante uma realidade operatória que é sempre um “em processo”, um “dando”, no qual os homens são ao mesmo tempo operadores, sujeitos e objetos dos trabalhos-intervenções.

A perspectiva de construir analisadores ruidosos para compreender processos de trabalho em saúde é marcada pela idéia pouco positiva de criar dispositivos que tenham o compromisso com a abertura de linhas de fuga em processos instituídos, mais do que com a produção de receitas sobre como construir o trabalho de saúde correto e certo.

A criação destes dispositivos não obedece a um processo aleatório qualquer, pois como já dissemos os mesmos estão marcados pelas distintas lógicas instituintes que operam no interior dos processos de trabalho em saúde. Assim, tomar os processos instituintes que operam no interior dos espaços interseções e tentar operar com ferramentas-dispositivos que “abrem” estas presenças lógicas é uma perspectiva vital para criar “olhares analisadores ruidosos” sobre o modo como se constituem as práticas de saúde, suas tecnologias e direcionalidades, e seus modelos de gestão.

Em algumas experiências em serviços que vivenciamos, estivemos diante de uma situação problema que mostrava que um determinado grupo populacional - crianças desnutridas - só tinham acesso aos serviços da rede básica de saúde quando estavam “sem problema imediato”, pois sempre que apresentavam uma “intercorrência” eram recusadas (nunca tinha vaga, filas enormes para chegarem à recepção, etc...) e acabavam sendo atendidas em um “pronto-atendimento” qualquer, sem o mínimo compromisso médico-sanitário e sem capacidade resolutive.

Diante de uma situação deste tipo consideramos como fundamental colocar o conjunto dos trabalhadores das unidades de saúde em situação e produzindo um certo conhecimento sobre o seu cotidiano, sobre o seu modo de trabalhar. Para que, a partir de então, interrogassem o seu cotidiano e pensassem sobre a situação problema.

Trabalhamos intensamente uma ferramenta analisadora, o fluxograma analisador<sup>26</sup>, e fizemos coletivamente uma análise dos processos de acolhimento que permeavam o modelo de atenção em pauta.

Acolhimento que inclusive adquiriu nas discussões uma dupla dimensão: pois, se de um lado era uma etapa do conjunto do processo de trabalho, realizado em serviços concretos, em particular no momento da recepção destes serviços, que estabelecia o modo como o serviço fazia o seu primeiro contato com a sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento - onde o usuário se reconhecia como cliente daquele serviço e o serviço o reconhecia como um usuário com direitos em relação aos serviços realizados - criando suas barreiras e mecanismos de acesso; por outro lado era também uma tecnologia leve do processo interseção do trabalho em saúde que ocorria em todos os lugares em que se constituíam os encontros trabalhadores-usuários.

Nestas experiências, vivenciamos um processo coletivo diretamente comprometido com a busca de ferramentas tecnológicas que procuravam mostrar com mais clareza o nosso papel de construtor e/ou fazedor de processos analisadores, que permitissem colocar em questão o espaço da gestão do processo de trabalho, lugar privilegiado de realização do trabalho vivo em ato, junto ao conjunto do processo de trabalho em si.

Com isso conseguimos criar modos de operar no interior do processo de trabalho, nas unidades de saúde, no espaço dos “autogovernos”, situações interrogadoras da forma como opera o espaço da gestão (onde se decide a partir de pressupostos ético-políticos, que se refletem em lemas e missões, onde se intervém de modo público e/ou privado, com compromissos de responsabilizações mais ou menos aderidas aos usuários, etc...).

Além disso, colocou-se em cheque tanto o modo como se desdobravam as realizações de um trabalho em ato com um outro trabalho em ato, cristalizados nos processos interseções, destes trabalhos, como construção conjunta trabalhador-trabalhador; quanto aqueles cristalizados pela relação trabalhador-usuário expressos nas práticas produtoras do acolhimento e do vínculo/responsabilização. Permitindo assim, analisar o quanto os trabalhadores estão

<sup>26</sup> - Veja com mais precisão no texto “Agir em Saúde”, op. cit.,

efetivamente compromissados, ou não, com os processos de "autonomização" do usuário no seu modo de andar a vida, e com as ações de defesa da vida individual e coletiva.

Esta busca de ferramentas disparadoras destes processos de interrogação sobre o trabalho vivo em ato, que podem abri-lo para novos modos instituintes, e a possibilidade de seu compartilhamento público no interior dos coletivos de trabalhadores foi o grande desafio destes trabalhos experimentados em serviços.

No que toca em particular a relação de intersecção de um trabalho em ato com outro em ato (trabalhador-trabalhador), operamos com uma ferramenta analisadora distinta do fluxograma, e que é a rede de petição e compromisso, o que permitiu abrir a caixa preta das relações micropolíticas institucionais, reveladora dos tipos efetivos de contratos de relações que os vários agentes institucionais em cena realizam entre si, em um processo silencioso. Muitos dos quais obedecendo a um padrão do tipo "pacto da mediocridade" no qual o usuário sai sempre como o grande prejudicado.

Esta rede pode ser organizada em qualquer situação na qual se identifique um certo jogo entre forças institucionais bem territorializadas que realizam e cristalizam interesses de distintos tipos e que se organizam com linhas de forças que disputam as várias lógicas que a instituição esta expressando, explícita ou implicitamente. De um modo genérico uma rede de petição e compromisso para a análise do modelo de gestão do processo de trabalho e do equipamento institucional deve ordenar, para interrogar, uma rede de expectativas entre as unidades produtoras que atuam no interior de um equipamento institucional governando recursos e fins.

Estes processos expõem privilegiadamente a dinâmica de prestador consumidor intra-equipamento, porém podemos também com o mesmo abrir o jogo de expectativas envolvido na relação entre o serviço e o usuário final das práticas de saúde, procurando problematizar as próprias disputas entre o que são necessidades do ponto de vista do modelo de atenção e do ponto de vista do usuário, abrindo uma reflexão sobre representações sociais do sofrimento como doença e dos agravos como problemas de saúde e o seu modo de incorporação pelos serviços. Para em última instância perguntar: é deste jeito que vale a pena trabalhar? é isto mesmo que queremos produzir como resultados?

Neste sentido, e para terem possibilidade de viabilizar as respostas às questões acima, o conjunto das ferramentas analisadoras devem ter a capacidade de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, em pelo menos três campos de interrogações sobre os modelos de atenção e os processos gerenciais, e que são:

- a. devem ter a capacidade e sensibilidade, como qualquer instrumento, para abrir a caixa preta sobre "o como" se trabalha, e neste sentido revelar qualitativamente o modo de operar cotidianamente a construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos;
- b. devem ter a capacidade e sensibilidade para revelar "o quê" este modo de trabalhar está produzindo, e assim mostrar em que tipo de produtos e resultados se desemboca com este modo de operar o cotidiano do trabalho em um dado serviço;
- c. devem também, pelo menos, ter a capacidade e sensibilidade de permitir a interrogação sobre o "para quê" se está trabalhando, tentando revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços; este momento é privilegiadamente uma interrogação sobre os princípios ético-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde.

## **C - CONCLUSÃO**

Com toda esta análise e exemplificações estamos querendo demonstrar que as distintas experiências, que buscam a mudança efetiva do processo de trabalho em saúde, têm

necessidade de incorporar novas questões ao nível dos processos micropolíticos do trabalho em saúde.

Destacamos que as relações macro e micropolíticas na saúde encontram-se nos espaços de gestão do processo de trabalho e das organizações de saúde, e que as configurações que adquirem passam necessariamente pela presença do trabalho vivo em ato.

Destacamos, também, que mais do que questionar o que ocorre nos serviços a partir de um modelo “a priori” de organização do processo de trabalho em saúde, que dispute com o já dado, o já instituído, devemos é desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo possibilidades do trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas.

Procurando criar nos trabalhadores, através do uso de dispositivos interrogadores, a possibilidade de refletirem sobre duas questões chave para a configuração de qualquer modelo de atenção preocupado centralmente com o usuário:

Uma, que diz respeito ao modo como se usa privadamente - com um compromisso com o coletivo de forma restritiva e com uma maneira de se responsabilizar e prestar contas do que se faz dentro de limites do tipo corporativo - a capacidade e autonomia que todo trabalhador de saúde tem de “autogovernar” o seu trabalho, por ser como trabalhador em ação o próprio trabalho vivo em ato. E, neste sentido podendo-se interrogar a essência do modo como vem se instituindo a gestão do processo de trabalho, e a que interesses e intencionalidades ele obedece; e, outra, que coloca em dúvida o sentido dos modelos instituídos capturadores, seus conteúdos tecnológicos e possibilidades, abrindo a chance de pensar sobre seus pressupostos ético-políticos, e sobre os procedimentos eficazes na produção dos resultados pretendidos, com a captura que fazem do trabalho vivo em ato; abrindo dúvidas quanto aos paradigmas perseguidos, permitindo interrogar mais sistematicamente os modelos que têm servidos como predominantes e seus possíveis limites no modo como o trabalho vivo vem se conformando no seu interior.

Com estas descrições o que temos interrogado e levado a campo é a relação entre o trabalho vivo em ato que é capturado por estes modelos e a possibilidade de que o mesmo seja desterritorializado e (ré)capturado para gerar o oposto, isto é, um melhor equacionamento do uso dos meios e dos benefícios produzidos e uma diminuição da dependência, gerando-se maior autonomia dos “usuários” nos seus modos de andar as suas vidas.

**Modelos de atenção à saúde: a organização de  
Equipes de Referência na rede básica da Secretaria  
Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais**

*Sérgio Resende Carvalho  
Gastão Wagner de Souza Campos*

## RESUMO

Este artigo descreve e analisa um novo modo de atenção à saúde denominado Equipes de Referência - equipes de unidades básicas de saúde que prestam atendimento a determinado grupo populacional adscrito -, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim, MG. Dados primários e evidências diretamente recolhidas pelos autores foram utilizados para reconstruir a história desse projeto de organização dos serviços de saúde. Com base nessa experiência e em outros estudos sobre o tema, elaboraram-se algumas reflexões sobre a reforma de modelos de atenção à saúde.

## PALAVRAS-CHAVE

Assistência a Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Recurso Humanos em Saúde; Política de Saúde

## INTRODUÇÃO

Há um amplo debate no Brasil sobre qual seria o modelo de atenção ideal para organizar a denominada rede básica (atenção primária), viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as diversas propostas experimentadas no País - Ações Programáticas (Schraiber, 1993), Vigilância à Saúde (Mendes, 1996), Saúde da Família (MS/FNS, 1994; Miranda, 1997) -, desenvolveu-se, durante a década de 90, uma formulação denominada de Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV). Esta foi originalmente elaborada pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sendo, posteriormente, aperfeiçoada por trabalhadores e dirigentes de instituições hospitalares e secretarias municipais de saúde de cidades como Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia.

O MDV está pautado na defesa das diretrizes básicas dos SUS, procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades.

A esses princípios acrescentar-se-iam determinadas concepções com importantes conseqüências operacionais: a) a valorização de ações em microespaços, consideradas estratégicas para a mudança, sem com isso desconhecer-se o papel dos determinantes macroestruturais (Merhy, 1997); b) o entendimento de que sem a participação dos trabalhadores, médicos incluídos, não é possível haver mudanças no setor público de saúde; c) o resgate do usuário como sujeito da mudança, valorizando o papel do mesmo no dia-a-dia dos serviços de saúde, assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como os conselhos de saúde; d) a compreensão de que, se a demanda espelha, por um lado, a oferta de serviços e a ideologia/cultura dominante, por outro, ela traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais, revelando elementos da subjetividade do usuário, devendo, portanto, ser criticamente incorporada ao processo de organização dos serviços de saúde (Campos, 1991; Merhy, 1995); e) a necessidade de se reformular a clínica e a saúde pública com base nas reais necessidades dos usuários; f) a importância de se utilizarem, de maneira conseqüente e criativa, tecnologias disponíveis em outros projetos assistenciais.

## OBJETO E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Este artigo pretende descrever e analisar o processo de implantação do Projeto de Equipes de Referência (PER), o qual, sob o influxo de princípios e diretrizes do MDV, vem, desde o ano de 1997, orientando a organização da atenção primária à saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde de Betim, em Minas Gerais.

O município em questão, de 270.000 habitantes, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, governado desde 1993 por uma coalizão partidária progressista, tem priorizado o setor saúde conforme pode constatar-se da leitura de alguns indicadores: a) investimento médio anual de mais de 20% da receita municipal no setor saúde; b) inclusão de Betim no primeiro grupo de municípios brasileiros que instituíram a gestão simplificada em 1994; c) aumento significativo da área física e capacidade instalada das 35 unidades assistenciais do município mediante, entre outros, a construção de duas unidades hospitalares, com mais de 330 leitos, e de 12 unidades ambulatoriais de distintas complexidades (Rollo & Almeida, 1997); d) incorporação substancial de novos profissionais por meio da realização de concursos públicos.

Além dos investimentos realizados, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem buscando, desde 1993, constituir um modelo assistencial - aqui entendido como arranjo organizacional que faça a mediação entre princípios ético-políticos e as práticas de saúde -, que se traduza numa ruptura radical com o padrão burocratizado e ineficaz de funcionamento dos serviços públicos de saúde. Nesse processo, princípios e elementos organizativos utilizados pelo MDV foram, a partir de 1995, gradativamente incorporados ao SUS-Betim, entre os quais:

- Programa de Desenvolvimento Gerencial, objetivando capacitar dirigentes e delinear linhas estratégicas de atuação da SMS-Betim, desenvolvido em 1995 (Bueno, 1997);
- Planejamento Estratégico Situacional, modificado com a incorporação de técnicas do ZOPP (Planejamento de Projetos por Objetivos) implementado a partir de 1995 (Cecílio, 1994);
- Avaliação da implantação do modelo assistencial por meio de planilhas e questionários dirigidos a trabalhadores e usuários da rede básica, aplicados a partir de 1995 (Carvalho, 1997);
- Instâncias coletivas de deliberação - Colegiados de Gestão, Fóruns-Saúde, Grupos de Apoio à Gestão (Campos, 1992, 1997) - implementadas a partir de 1995 junto a distintos setores da SMS;
- Equipes de acolhimento, constituídas a partir de 1996 em todas as unidades da rede básica com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho das equipes locais (Merhy, 1994; Carvalho, 1997; Franco et al., 1997);
- Equipes de referência (ER) multiprofissionais, responsáveis pela atenção a determinada clientela adscrita (Campos, 1992).

Este último arranjo deu origem ao Projeto de Equipes de Referência (PER), objeto de nossa investigação. Para a reconstrução histórica do PER, coletamos dados de documentos institucionais, monografias, artigos e teses que tiveram como objeto o SUS-Betim, além de contarmos com evidências fornecidas pela observação direta da dinâmica institucional da Secretaria de Saúde, fruto da inserção profissional dos autores deste artigo - o primeiro ocupando funções gerenciais (sanitarista de carreira e membro da direção central da SMS) e o segundo como assessor externo mediante convênio UNICAMP/SMS-Betim.

Realizaram-se também entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fitas cassetes, com dirigentes do nível central da SMS (secretário, secretária-adjunta, coordenadora de saúde, assessores técnicos) e gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde o processo de implantação do Projeto já se encontrava adiantado (ER formadas, maior número de adscritos etc.), assim como observação direta do processo de trabalho nas unidades escolhidas.

## O PROJETO DE EQUIPES DE REFERÊNCIA: DA TEORIA À PRÁTICA

### Contexto institucional e a elaboração do Projeto de Equipes de Referência

Tendo apresentado entre 1993 e 1995 avanços significativos no que se refere à implementação do Fundo Municipal da Saúde, reestruturação do organograma institucional, ampliação da rede física, contratação de pessoal, fortalecimento das estruturas de controle social e delineamento de um novo projeto assistencial, a SMS passa por um período (agosto 1996/março de 1997) de relativa paralisia institucional, motivada, entre outros, pelo quadro político local marcado por eleições para prefeito e vereadores e pelo processo de transição para o novo governo (a antiga administração elegeu o seu sucessor).

Com o intuito de retomar a iniciativa e aprimorar o modelo assistencial existente, o grupo dirigente da Secretaria de Saúde desencadeia, em abril de 1997, um amplo processo de discussão com os trabalhadores de saúde, a fim de atualizar o diagnóstico do modelo assistencial em implantação e delinear um novo plano operacional que respondesse às insuficiências observadas.

Valendo-se dos dados coletados nas dezenas de reuniões realizadas, a SMS concluiu que, apesar dos avanços do sistema de saúde como um todo, era necessário um salto de qualidade nas ações de saúde prestadas, tendo como objetivo cumprir as diretrizes delineadas pela 3ª Conferência Municipal de Saúde, de julho de 1995, que propugnava, em seu relatório final, que: "... a lógica da organização do sistema de saúde de Betim deve garantir ao usuário acesso, acolhimento e vínculo. Para isto (...) o agendamento deve ser definido em parceria com o usuário, garantindo o atendimento médico durante todo o funcionamento do serviço, (...) a criação de mecanismos que garantam a ampliação da oferta de serviço, a resolubilidade e a humanização do atendimento, favorecendo o vínculo da equipe com a população e a qualidade dos serviços... .

*... assegurar o vínculo dos usuários com as Unidades Básicas de Saúde de seu território só será viável com a fixação de profissionais e com a responsabilidade da Unidade com as demandas de sua região, atendendo a população da área de abrangência na sua integralidade, fazendo visitas domiciliares, quando necessário, responsabilizando-se pela vigilância à saúde, fazendo busca ativa, trabalhos internos e atividades extramuros... .*

*... é preciso construir aliança entre trabalhadores e usuários na consolidação da rede municipal de saúde. Para isto é necessário (...) incluir questões como: processo de trabalho (...), criação de espaços de discussões internas para os trabalhadores (...), avaliação de serviços, implementação do Colegiado Gestor nas Unidades..." (CMS-Betim, 1995:22-33).*

Nesse sentido, o grupo dirigente da Secretaria, contando com assessoria do LAPA, buscou aprimorar o modelo em construção, elaborando, para isso, o Projeto de Equipes de Referência, que veio incorporar criticamente elementos do Projeto Escolha seu Médico do Município de Sumaré, São Paulo (SMS-Sumaré, 1997), do Projeto de Acolhimento da rede básica local, dos fóruns de gestão colegiada da SMS-Betim, assim como da experiência de equipes de referência por leito que vinha se realizando no Hospital Regional Público de Betim - HPBR (SMS-Betim, 1997). Esse Projeto constituiu o núcleo estratégico do modelo assistencial de Betim que passou, a partir de 1998, a ser conhecido como Programa Saúde para Todos (SMS-Betim, 1998a).

Discutido e aprimorado em seminários com a presença dos quadros dirigentes intermediários e representantes dos trabalhadores, o PER é levado, como proposta da Secretaria, às reuniões preparatórias para a 4ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em agosto de 1997, cujo tema era: SUS Betim - Construindo a qualidade dos serviços de Saúde. Como resultado desse processo, o Projeto de Equipes de Referência, após modificações, recebe a chancela para a sua implementação por parte dos delegados presentes à 4ª Conferência (CMS-Betim, 1997).



### **A implantação do Projeto de Equipes de Referência**

Em setembro de 1997, a Secretaria de Saúde constituiu um grupo de apoio técnico que tinha como missão coordenar o aprimoramento e a implantação do PER nas 18 UBS e em dois dos quatro Pronto-Atendimentos do município (SMS-Betim, 1998b).

Esse grupo acompanhou as discussões realizadas pelas equipes locais, que tiveram como norte a constituição das equipes de referência, a organização do processo de adscrição dos usuários e a formulação de planos locais. Entre as estratégias observadas para essa etapa, cabe mencionar a realização, por parte do conjunto de trabalhadores, múltiplos debates, cujos temas centrais eram: conceito de campos e núcleos de competência profissional (Campos, 1997); projetos terapêuticos interdisciplinares; a atenção aos casos agudos na rede básica e dinâmica de funcionamento da unidade (fluxogramas).

Com o objetivo de garantir a integralidade do sistema, esse processo irá ocorrer de modo articulado a outras atividades e projetos da SMS, entre os quais a consolidação da rede hospitalar própria (Hospital Público Regional de Betim e Maternidade Municipal), o Programa de Internação Domiciliar; o Programa de Atenção Domiciliar, a redefinição do papel das Unidades de Atendimento Imediato; a reformulação do Sistema de Informação Integrado e a consolidação da Coordenadoria de Vigilância à Saúde.

### **O processo de adscrição dos usuários às equipes de referência**

#### **• Proposta original**

A adscrição deveria ser voluntária para os usuários em geral e induzida para aqueles que fizessem parte de algum grupo de risco. Mulheres em idade fértil poderiam optar por se adscriverem em duas ER: da mulher (gineco-obstetrícia) e do adulto (Clínica Médica).

A adscrição da clientela por local de moradia (territorialização) seria induzida mas não obrigatória, procurando otimizar ações extramuros e respeitar, dentro do possível, a escolha da equipe de referência pelo usuário.

Pretendia-se realizar uma adscrição gradativa da clientela, evitando-se criar desequilíbrios numéricos entre as diferentes ER, tendo sido sugerida uma meta inicial de quinhentos usuários adscritos por equipe. Quando essa meta fosse atingida por todas as ER, seria feita a abertura de novas vagas.

#### **• Proposta implementada: resultados do processo de adscrição**

Várias unidades constituíram suas ER no primeiro semestre de 1998, iniciando a adscrição de usuários que procuravam espontaneamente a unidade de saúde. A demora na adscrição e a falta de homogeneidade no processo determinaram, posteriormente, um ajuste operativo traduzido na decisão de se realizar um cadastramento ativo de toda a população do município e uma melhor divulgação do Projeto.

Dessa forma, um grupo de sessenta funcionários, especialmente contratados e treinados, realizaram, de julho a dezembro de 1998, o cadastro, casa por casa, de aproximadamente 270.000 habitantes residentes em 68.000 moradias do município (Normand, 1998). No ato do cadastramento, os usuários foram informados sobre o Programa Saúde para Todos e orientados a procurar a unidade ambulatorial mais próxima para que pudessem, mediante a apresentação de um canhoto de identificação, escolher um médico (e indiretamente uma microequipe) que iria cuidar de sua saúde.

Em quatro UBS, os usuários passaram a receber um cartão personalizado informatizado, com leitura tipo código de barra, contendo o número do prontuário, o nome do usuário e dos membros da equipe de referência responsável por seu acompanhamento. Nas demais unidades, foram entregues cartões provisórios que deveriam ser substituídos pelo cartão informatizado até julho de 1999. A expectativa é de que, a médio prazo, a leitura ótica

destes cartões facilitará o acesso aos dados clínicos dos usuários por parte dos profissionais da rede e que os usuários poderão mais facilmente receber, através de cópias impressas, as principais informações contidas nos prontuários (Silva, 1998).

Dados de dezembro de 1998 davam conta de que mais de 100.000 usuários haviam escolhidos uma equipe de referência (Normand, 1998). Todavia, o ritmo de adscrição ocorreu de maneira desigual segundo realidades específicas (maior tempo dos profissionais na rede, vínculos existentes entre usuário e médico, organização interna, grau de adesão ao projeto etc.), levando a medidas gerenciais posteriores com o intuito de reequilibrar o fluxo da demanda de acordo com a oferta de serviços pela unidade.

Foi observado que apenas uma minoria de usuários optou pela não-adscrição (menos de 2% na Unidade Básica de Saúde Angola) e que os usuários residentes em outros municípios continuaram a ser normalmente atendidos, mas sem que os mesmos fossem adscritos a qualquer equipe em conformidade com o projeto original da Secretaria.

Ao contrário do inicialmente planejado, decidiu-se que a mulher em idade fértil deveria se adscriver apenas a uma ER (do adulto ou da mulher) e, quando necessário, deveria ser referenciada a outra equipe. Pesou nessa decisão a preocupação com a otimização do trabalho médico e o temor que a dupla adscrição levasse à desresponsabilização dos profissionais em relação à usuária.

### **Processo de trabalho e gestão das equipes de referência**

#### **• Proposta original**

A unidade deveria funcionar com diferentes tipos de equipes de referência constituídas de três áreas de atenção (criança, adulto e mulher), contando, no mínimo, com um médico (clínico, pediatra ou gineco-obstetra) exercendo sua especialidade, um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro, este último trabalhando de forma matricial (apoiando várias ER). A incorporação de outros profissionais, particularmente de nível superior, estaria pendente das necessidades e da disponibilidade de pessoal.

Cada equipe deveria se responsabilizar pelos cuidados de saúde de um grupo populacional adscrito, de 1.200 a 2.000 usuários, número que poderia variar segundo a morbidade, características tecnológicas da unidade e a realidade socioeconômica local. Para projetar esse cálculo, a SMS-Betim tomou como referência parâmetros que vinham sendo utilizados em outras experiências (SMS-Sumaré, 1997).

No caso dos usuários adscritos, a equipe de referência buscava se responsabilizar pela integralidade e qualidade do atendimento prestado, devendo, para isso, disponibilizar, de acordo com o caso, diferentes tecnologias - acolhimento, consultas individuais, grupos educativos, atendimento domiciliar, trabalhos comunitários, ações programáticas, ações de vigilância à saúde etc. -, assim como designar um dos profissionais da equipe como responsável pelo acompanhamento do projeto terapêutico do usuário.

Complementando a maneira de o usuário relacionar-se com a unidade e mudando a maneira de a unidade relacionar-se com a clientela, sugeriu-se, também, que o prontuário ficasse sob a guarda de cada usuário, o qual deveria trazê-lo à consulta, tanto no serviço onde se inscrevera, como em qualquer outro que freqüentasse. Acreditava-se que essa dinâmica contribuiria para aumentar a autonomia do usuário.

Em relação à gestão das UBS, a expectativa era de que as ER induziriam ao fortalecimento do processo de gestão colegiada existente, na medida em que as microequipes teriam autonomia, dentro dos limites das diretrizes gerais colocados pela SMS e pela unidade básica, para se organizarem segundo realidades específicas. Como recomendações, o PER sugeria, por parte dos órgãos gestores locais, a adoção de mecanismos ágeis de funcionamento de serviços, a utilização criativa das informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações de Saúde de Betim (SIS-Betim) - com destaque para os dados recolhidos pelos prontuários informatizados - e, finalmente, a reestruturação dos Colegiados Gestores dos

centros de saúde por uma lógica de representante por unidade de produção, em lugar da representação setorial.

• **Proposta implementada: resultados**

Em 18 UBS e em dois Pronto-Atendimentos organizaram-se, até dezembro de 1998, cerca de cem equipes de um total de 172 previstas, tendo ocorrido um aumento significativo das mesmas, já que os usuários, induzidos pelo processo de cadastramento, buscaram se vincular a uma microequipe de referência.

**Processo de trabalho**

Todos os profissionais das microequipes vinham, de alguma forma, envolvendo-se com as tarefas do acolhimento (arranjo tecnológico no qual se procura garantir o acesso dos usuários às ER mediante uma primeira atenção que busca escutar todos os pacientes, solucionar os problemas mais simples e/ou garantir o encaminhamento pertinente), consultas individuais, atenção domiciliar e planejamento de atividades de equipe.

Os papéis e tarefas específicas de cada profissional na equipe de referência variavam segundo as características da unidade de produção, a disponibilidade de pessoal, perfis profissionais e demandas gerais da UBS.

Auxiliares de enfermagem ampliaram seu campo de atuação ao realizarem as tarefas acima mencionadas sem com isso deixar de realizar outras, mais tradicionais, como coleta de exames, curativo, vacinação, esterilização, atividades extramuros e outros. Um facilitador para esse novo perfil profissional tem sido a adesão dos auxiliares ao projeto. Por outro lado, constatou-se que o PER tem trazido novos desafios no que se refere à necessidade de se aperfeiçoarem mecanismos de supervisão e capacitação dos auxiliares, bem como buscar uma melhor definição de papéis e mecanismos de comunicação internos às ER.

O corpo de enfermagem tem sido fundamental para o bom funcionamento das equipes, tendo sido observado que esse setor vem desempenhando diferentes atividades, entre as quais o trabalho administrativo e supervisão setorial, como também, com especial ênfase, tarefas referentes ao atendimento individual e coletivo, apoio ao acolhimento, capacitação em serviço e participação no planejamento das atividades das ER.

Foi também relatado um progressivo envolvimento dos profissionais médicos ao processo, uma vez que estes passavam a ter um diálogo mais freqüente com os demais profissionais da ER e vinham tendo uma presença mais ativa nas discussões clínicas e organizativas de sua equipe. Se é verdade que esse setor é o que vem apresentando maior resistência a alterações no processo de trabalho, não se pode negar que a organização por equipe, a vinculação da clientela, a maior divulgação do trabalho da equipe de referência - os usuários passam a saber exatamente quem são os profissionais responsáveis por sua saúde e o horário de funcionamento da microequipe - e a maior oportunidade de contato com as realidades locais - visitas locais, por exemplo - vêm se constituindo em dispositivos indutores de mudança da prática médica.

**O acesso a serviços**

O cadastramento ativo e a divulgação casa por casa do Projeto gerou um incremento da demanda no primeiro mês de funcionamento do PER devido, entre outros, a um aumento significativo de usuários que procuravam a unidade pela primeira vez. Foi relatada, durante as entrevistas, a adscrição de parcela de usuários que normalmente não usufruíam dos serviços da rede básica de saúde, advindos da classe média e/ou de estratos populacionais que usufruem de planos privados de saúde.

Constatou-se a abertura de novas vias de acesso aos serviços em virtude da desburocratização do processo - o usuário passava a negociar diretamente a sua entrada no

sistema com os profissionais da equipe de referência - e pela multiplicação de arranjos, tais como as equipes de acolhimento, dentro das diversas ER constituídas.

Tecnologias previstas pelo projeto original estavam sendo gradativamente garantidas pelas unidades básicas através dos grupos educativos - mantendo e ampliando programas tradicionais e criando novos grupos no âmbito de uma miniequipe -, da multiplicação de equipes de acolhimento por unidade de produção, de consultas individuais e pela ampliação das atividades extramuros. Dentre estas, destaquem-se as visitas domiciliares e uma maior incorporação dos profissionais das ER ao Programa de Atenção Domiciliar (PAD) da Secretaria de Saúde, que buscava prestar atendimento a pacientes com patologias crônicas acamados e/ou com dificuldades psicofísicas para se locomover até a UBS.

De maneira muito incipiente, foi observado um esforço de formação de equipes de vigilância à saúde constituído por profissionais das UBS, não especialistas, que teriam como função articular e supervisionar as ações específicas com bastante atenção na identificação de grupos e situações de riscos. Esses profissionais, que não assumiriam função de polícia sanitária, devem constituir um elo entre as estruturas de nível central e as equipes das UBS.

Embora não fosse meta inicial do Projeto de Equipes de Referência, deve-se mencionar que a SMS-Betim vinha discutindo a pertinência e oportunidade de se implementar, dentro da lógica de funcionamento do PER, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde, com o objetivo de atuar de maneira mais contundente sobre os problemas que requerem ações preventivas e de promoção, assim como uma maior articulação com as comunidades locais.

### **A gestão das unidades locais**

As instâncias de gerenciamento participativo de nível local (colegiados gestores, fóruns de trabalhadores etc.) e de nível central (Grupo de Direção Estratégica, Colegiado Gestor da Secretaria, Grupo de Apoio Técnico), constituídas a partir de 1995, facilitaram a implementação do PER. Isso se deu em virtude da existência de uma cultura gerencial que valorizava a maior descentralização do processo decisório e a incorporação dos trabalhadores na gestão cotidiana das diferentes instâncias do sistema.

O PER levou a uma mudança do perfil gerencial, na medida em que exigiu-se dos dirigentes uma maior capacidade de diálogo e de coordenação dos diferentes interesses que permeiam a unidade de saúde. Gerentes entrevistados relataram que o processo vem exigindo um monitoramento constante das atividades prestadas e o fortalecimento das instâncias participativas locais (com inclusão de representantes de ER), repercutindo, conseqüentemente, no melhor funcionamento do Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde.

No período pesquisado - seis meses de funcionamento do projeto -, percebeu-se uma multiplicação dos microespaços decisórios e o aumento da comunicação horizontal entre os diferentes setores das unidades de saúde. Exemplo dessa nova postura foi observado no modo como o processo de agendamento vinha se conformando, notando-se que as agendas passaram a ser de responsabilidade direta das próprias ER, as quais vinham buscando planejar suas atividades de acordo com as características internas das mesmas (perfil e disponibilidade de pessoal), necessidades dos usuários e princípios gerais de funcionamento da unidade de saúde.

No que se refere aos projetos terapêuticos interdisciplinares, a investigação constatou pequeno avanço, já que os mesmos continuavam, na maioria dos casos, centralizados no profissional médico. Experiências pontuais, particularmente com pacientes crônicos ou de risco, mostraram ser factível a ampliação dessa proposta para toda a rede básica enquanto estratégia de qualificação das ações de saúde e mecanismo de controle sobre uso desnecessário, e mesmo prejudicial, de determinados serviços de saúde.

### **Informatização dos prontuários**

Diferentemente do originalmente previsto, a SMS optou por implantar cartões informatizados na rede com o objetivo de agilizar o fluxo de informações dos usuários do sistema. Com base nas informações cadastrais (dados sócio-demográfico-sanitários), seriam confeccionados até julho de 1999 cerca de 200.000 cartões a serem distribuídos aos usuários do SUS-Betim.

Nesse sentido, foram priorizados investimentos na informatização do Programa Saúde para Todos, a qual incluiu o *software*, a confecção de cartões magnéticos (custo médio de 35 centavos por unidade), implantação do banco de dados, interligação em rede dos terminais de computador e instalação de *hardwares* (computadores, impressoras e leitora de códigos de barra) na rede de saúde. Com o processo completo, calcula-se que todo o atendimento passará a ser informatizado a um custo médio de um real por usuário (Lindenberger, 1998).

A expectativa é de que, no momento em que o sistema estiver plenamente implantado, dados dos usuários possam ser reconhecidos por qualquer trabalhador da rede, permitindo o acesso, via computador, a informações como: atendimentos recebidos, equipe responsável, medicação utilizada e diagnósticos principais. Além dos potenciais ganhos na qualidade da atenção prestada, a SMS espera que a utilização do cartão permita um salto de qualidade nas ações gerenciais, tanto pela otimização do sistema de referência/contrarreferência do SUS-Betim, quanto pela possibilidade de estruturação de um banco de dados contendo informações fundamentais para o planejamento e a avaliação dos serviços de saúde.

A pesquisa realizada permitiu observar, em razão do período investigado, apenas resultados preliminares desse processo - satisfação dos usuários com o recebimento do cartão informatizado e incorporação dessa tecnologia por parte dos trabalhadores das unidades-piloto do sistema -, sendo necessária uma análise *a posteriori* dessa importante e pioneira experiência de informatização de um sistema local de saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As propostas de organização de serviços aqui apresentadas têm sua potencialidade aumentada se entendidas como projetos em construção, sujeitos a alterações no que se refere a aspectos conceituais e à sua aplicação prática devedoras de realidades histórico-sociais específicas.

A proposta de Equipes de Referência buscou a superação/aperfeiçoamento do modelo existente em Betim e, embora respondendo a uma realidade concreta, parece-nos que se insere com bastante propriedade no debate contemporâneo sobre formas de organizações dos serviços de saúde, no qual vem ganhando espaço, sobre o impulso das políticas oficiais e o apoio de agências multilaterais, propostas como Cidade Saudável, Saúde da Família e Vigilância à Saúde.

Ao coincidir com elementos substantivos destas últimas formulações no que se refere à crítica ao modelo biologicista médico-centrado e à fragmentação das prática em saúde, à valorização de ações de promoção e prevenção, à importância do trabalho interdisciplinar e do fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários para qualificar as ações de saúde, a proposta de equipes de referência apresenta peculiaridades quando:

- Propõe um novo formato de equipe de saúde, valorizando os campos e núcleos de saberes dos diferentes profissionais, médicos e não- médicos, e constituindo projetos terapêuticos;
- Preconiza a participação nas equipes de profissionais das especialidades médicas básicas (pediatra, clínico, gineco-obstetra). Julgamos que a ampliação e efetiva operacionalização do conceito de médico generalista para o Brasil se justifica pelas

complexidade das demandas, pela necessidade de se garantir organicamente a integralidade do atendimento primário-secundário, assim como pela diversidade das realidades locais;

- Insiste na pertinência de se valorizarem as experiências acumuladas nos milhares de centros de saúde existentes em nosso país, particularmente no que se refere ao contexto das cidades de médio e grande porte;
- Valoriza a co-gestão dos serviços de saúde, tanto no espaço das microequipes, quanto no do coletivo do centro de saúde.
- Trabalha o processo de adscrição com flexibilidade, procurando otimizar recursos e favorecer vínculo, ao mesmo tempo que garante um espaço de liberdade de escolha ao usuário, buscando respeitar a sua individualidade e favorecer o exercício do microcontrole social sobre as ações de saúde.

O caráter urbano do país, a mudança do perfil de morbi-mortalidade (aumento de causas violentas), a demanda de serviços resolutivos por parte de uma população cada vez mais reivindicativa e consciente de seus direitos, a concentração populacional em médios e grandes centros, a existência - dados de 1992 - de mais de 14 mil centros de saúde com uma média de 16 profissionais/estabelecimento atendendo nas três especialidades básicas e desenvolvendo atividades programadas (Viacava & Bahia, 1996), o fato de que mais de um terço da categoria médica tem como especialidade a Clínica, a Pediatria e a Gineco-Obstetrícia (Machado, 1996) e a importância crescente dos papéis das categorias não médicas no atendimento ao paciente são aspectos que trazem desafios complexos no que se refere à construção de um novo modelo assistencial.

Sendo assim, consideramos que as propostas que vêm sendo trabalhadas pela SMS-Betim, embora passíveis de aperfeiçoamento, guardam em si elementos que ajudam a pensar criativamente soluções para a crise do setor saúde.

## AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Betim - especialmente os da UBS Jardim Petrópolis -, pela convivência durante o processo de formulação e implementação do Projeto de Equipes de Referência. Ao grupo de direção da SMS, pelas informações prestadas e intercâmbio de impressões realizados. Agradecimento especial aos dirigentes do nível central - Ivan, Rosa e Roseli - e do nível local - Eleonora, Leonor, Maria Tuci e Rosângela -, pelas informações prestadas na última etapa da investigação.

## REFERÊNCIAS

BUENO, W. S., 1997. Betim: Construindo um gestor único pleno. In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 170-196, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.

CAMPOS, G. W. S., 1991. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Editora Hucitec.

CAMPOS, G. W. S., 1992. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

CAMPOS, G. W. S., 1997. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.

CARVALHO, S. R., 1997. *O Desafio da Mudança: Instrumentos de Avaliação como Analisadores do Processo de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Betim*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

CECÍLIO, L. C. O., 1994. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: *Inventando a Mudança na Saúde* (L. C. O. Cecílio, org.), pp. 235-333, São Paulo: Editora Hucitec.

CMS-Betim (Conselho Municipal de Saúde de Betim), 1995. *Deliberações da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Betim*. Betim: Conselho Municipal de Saúde.

CMS-Betim (Conselho Municipal de Saúde de Betim), 1997. *Relatório Final da 4ª Conferência Municipal de Saúde de Betim*. Betim: Conselho Municipal de Saúde.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. & BUENO, W., 1997. *O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim/MG*. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas. (mimeo.)

LINDENBERGER, C., 1998. Saúde para todos os mineiros: Programa que garante atendimento personalizado pode ser estendido a todo o Estado. *Hoje em Dia*, Belo Horizonte, 30 dez., Caderno Gerais, p. 8.

MACHADO, M. H., 1996. *O Perfil dos Médicos no Brasil: Análise Preliminar*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Conselho Federal de Medicina/ PNUD.

MENDES, E. V., 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

MERHY, E. E., 1994. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: *Inventando a Mudança na Saúde* (L. C. O. Cecílio, org.), pp. 113-160, São Paulo: Editora Hucitec.

MERHY, E. E., 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade* (E. Gallo, org.), pp. 117-119, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.

MERHY, E. E., 1997. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.

MIRANDA, A., 1997. *Programa Saúde da Família: Entre a Panacéia e o Preconceito*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. (mimeo.)

MS/FNS (Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde), 1994. *Programa da Saúde da Família: Saúde dentro de Casa*. Brasília: MS/FNS.

NORMAND, G., 1998. Saúde para todos promete revolucionar o atendimento público no município. *ViverBem*, Betim, dez., p. 3.

ROLLO, A. & OLIVEIRA, R. C., 1997. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 321-352, São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial.

SCHRAIBER, L. B., 1993. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Editora Hucitec.

SILVA, R. E. C., 1998. Atendimento mais humano para a saúde: Modelo que Itamar pretende adotar tenta mudar a lógica do SUS. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 20 dez., Caderno Política, p. 4.

SMS-Betim (Secretaria Municipal de Saúde de Betim), 1997. *Projeto de Qualificação do SUS-Betim*. Betim: Grupo de Direção Estratégica. (mimeo.)

SMS-Betim (Secretaria Municipal de Saúde de Betim), 1998a. *O Programa Saúde para Todos. Betim*. Betim: SMS-Betim. (mimeo.)

SMS-Betim (Secretaria Municipal de Saúde de Betim), 1998b. *A Saúde Vai Bater à sua Porta*. Betim: SMS-Betim. (mimeo.)

SMS-Sumaré (Secretaria Municipal de Saúde de Sumaré), 1997. *A Construção do Sistema Único de Saúde em Sumaré: Um Compromisso em Defesa da Vida*. Sumaré: Secretaria Municipal de Saúde de Sumaré. (mimeo.)

VIACAVA, E. & BAHIA, L., 1996. Assistência médico-sanitária: Os serviços de saúde segundo o IBGE. *Dados*, 20: 7-19.



## **O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil**

*Ricardo Burg Ceccim*

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Área de Educação em Saúde, ceccim@edu.ufrgs.br

*Teresa Borgert Armani*

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

*Cristianne Famer Rocha*

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul e Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Resumo** *O artigo apresenta as responsabilidades previstas em lei e imputadas pela sociedade ao exercício da condução legal e legítima do setor saúde, permitindo que se possa, no tocante à formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, avaliar o atendimento, omissões e descumprimento daquilo que já foi pensado, planejado e formulado para a educação de profissionais de saúde no Brasil pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS).*

**Palavras-chave** *Recursos humanos em saúde, Formação e desenvolvimento de pessoal de saúde, Educação dos profissionais de saúde, Trabalhadores no Sistema Único de Saúde*

Este artigo foi montado com uma estrutura bastante singular em busca da identificação das intersecções Gestão em Saúde e Formação de Pessoal para o SUS e se faz pela compilação de informações constantes na legislação do SUS (o que está consolidado legalmente) e nos fóruns participatórios em saúde (o que está legitimado ou pede legitimidade na sociedade). A singularidade do artigo está em seu esforço dialógico: exposição dos prolegômenos, engendramento da interlocução com a lei e o controle social e o fechamento, que conformam uma apresentação em prólogo, diálogo e epílogo.

## Prólogo

Sem a preocupação de transcrição literal, uma vez que são recortes de textos cuja compreensão supõe leitura completa dos documentos de origem (compreender sua inscrição contextual), pinçamos do texto legal de ordenamento do Sistema de Saúde no Brasil e dos relatórios da principal instância nacional de manifestação dos interesses sociais e da cidadania na área da saúde, que é a Conferência Nacional de Saúde (conforme lei federal nº 8.142/90), aqueles aspectos que apontam as responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para com o desenvolvimento e a formação de recursos humanos em saúde.

Destacamos que o desenvolvimento se refere à educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor e aparece nos vários documentos citados sob diferentes designações, tais como educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação; enquanto a formação se refere à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo estar voltada ao pessoal inserido no serviço ou não, aparecendo, geralmente, sob esta mesma designação ou sob a identificação dos programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada.

Este recorte se deveu à busca da identificação de responsabilidades previstas em lei e imputadas pela sociedade ao exercício da condução legal e legítima do setor saúde, permitindo que se possa, neste particular, avaliar o atendimento, omissões e descumprimento daquilo que já foi pensado, planejado e formulado para a educação de profissionais de saúde no Brasil pelo próprio Sistema Único de Saúde.

Em cada recorte tecemos breves comentários que permitem enfatizar as determinações legais e a participação social direta em comprometer os gestores do SUS com a educação dos recursos humanos em saúde.

## Diálogo

### 1 - Constituição Nacional de 1988

**Artigo 200:** *Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei:*

*III - ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;*

*V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.*

Note-se que aparece, tanto a ordenação da formação de Recursos Humanos quanto o desenvolvimento científico e tecnológico, por conseguinte, tanto uma responsabilidade para com a formação de pessoal de saúde de modo geral, quanto para a produção específica de conhecimento e tecnologia no âmbito do próprio Sistema. Ao conceber a área de formação como a ação educativa de qualificação de pessoal e a ação investigativa da pesquisa e inovação, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismos de atuação educacional, que dêem conta de ambas as funções.

## **2 - Lei Orgânica da Saúde de 1990**

**Artigo 6º:** *Estão incluídas no campo de atuação do SUS:*

*III - a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;*

*X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.*

**Artigo 14:** *Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.*

*Parágrafo único: Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.*

Na efetiva existência dessas Comissões, toca pensar que as mesmas deveriam suceder a estrutura dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, uma vez que são mais abrangentes e podem absorver as demais frentes de capacitação requeridas pelo SUS, superando a tradicional e tão criticada fragmentação/segmentação da formação em saúde e que hoje ocorre entre Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção à Gestaçao de Risco, entre outras.

**Artigo 15:** *A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:*

*IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;*

*XIX - realizar pesquisas e estudos na área da saúde.*

A ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS fica explicitada com as demarcações deste Artigo: formulação e execução da política de formação e desenvolvimento (formulação e execução de programas que envolvam tanto a certificação/habilitação profissional, quanto a educação continuada) de recursos humanos para a saúde; realização de pesquisas e de estudos na área da saúde (produção de conhecimentos, informações e atualização técnico-profissional, por suposto).

**Artigo 27:** *A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:*

*I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;*

*Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.*

Além de reafirmar que os órgãos gestores devem formalizar e executar uma política de recursos humanos em que um de seus objetivos seja a organização de um sistema de formação (todos os níveis, inclusive pós-graduação, além de programas de aperfeiçoamento

permanente), o Artigo coloca os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS.

**Artigo 30:** *As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, [instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde,] garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.*

A referência aos programas de residência coloca-os sob o domínio do Conselho Nacional de Saúde, à semelhança da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que já regulamentou sua interação com comitês por serviço ou por base territorial (estaduais, por exemplo), assegurando sua inserção ético-política à gestão do SUS.

### 3 - VIII Conferência Nacional de Saúde

(marco para a introdução do Sistema Único de Saúde na Constituição Nacional, cuja chamada foi a "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde"), 1986.

Para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, tema central da Conferência, foram sugeridos os seguintes princípios relacionados com a política de recursos humanos:

- 1) *o novo Sistema deverá reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanentes de seus Recursos Humanos;*
- 2) *a formação dos profissionais de saúde deve estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde;*
- 3) *os currículos da área da saúde deverão ser integrados por conhecimentos das práticas terapêuticas alternativas.*

Aparecem, a partir da demarcação da reforma sanitária (reformulação do Sistema Nacional de Saúde), a educação permanente e a formação dos profissionais de saúde, destacando-se a adequação da educação dos profissionais à regionalização e à hierarquização do sistema de saúde.

### 4 - IX Conferência Nacional de Saúde

(primeira Conferência após a criação do SUS na Constituição Nacional, sua chamada foi "Municipalização é o Caminho"), 1992.

Para a implementação do SUS, com relação à área de Recursos Humanos, a Conferência entendeu como necessário:

- 1) *assegurar uma Política de Formação e Capacitação de Recursos Humanos que se articule com os órgãos formadores;*
- 2) *promover a imediata regulamentação do Art. 200, Inciso III, da Constituição Nacional que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos;*
- 3) *garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior;*
- 4) *assegurar que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde destinem recursos orçamentários para a capacitação e treinamento dos seus quadros de pessoal e criação de núcleos de recursos humanos, com atividades de administração e desenvolvimento;*
- 5) *garantir a manutenção de programas de residência médica pelas unidades do SUS e ampliação do número de vagas, contemplando também as demais categorias profissionais da área da saúde. Os atuais programas de residência médica e de outras categorias profissionais nos hospitais do Inamps não deverão sofrer descontinuidade.*

A primeira Conferência realizada após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde sugere que, para implementar o SUS, é necessário assegurar políticas para a capacitação (educação continuada/desenvolvimento) e para a formação (certificação/habilitação profissional).

Enfatiza-se a reivindicação da regulamentação do artigo 200 da Constituição Nacional, quanto à ordenação de recursos humanos, o que será retomado nas demais Conferências, lembrando que este aspecto já correspondera ao artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde - LOS.

Esta Conferência reivindicou, também, que os gestores garantissem escolas de formação de trabalhadores em saúde em suas estruturas gerenciais ou em articulação, principalmente com universidades públicas.

Surge, a partir desta Conferência, e se repetirá nas seguintes, que os gestores devam garantir recursos orçamentários para a educação dos profissionais, bem como devam criar núcleos de desenvolvimento de trabalhadores junto à gestão de recursos humanos. O desenvolvimento de trabalhadores, que deve estar inserido na gestão de recursos humanos, se refere aos programas e ações geridos em cada esfera de contratação de servidores para a sua atualização e a modernização de processos de trabalho, como para a adesão e motivação para o trabalho. Volta-se para o gerenciamento do próprio trabalho, não se configurando como o trabalho de escola, mas de educação pelo trabalho.

A IX Conferência destacou ainda a importância da manutenção dos programas de residência, sua ampliação para o conjunto das profissões da saúde e a não redução de vagas entre os programas de residência médica ou de outras profissões em funcionamento nos serviços do Inamps, no processo de transferência para o SUS.

## 5 - X Conferência Nacional de Saúde

(sua chamada foi "Onde dá SUS, dá certo!"), 1996.

Quanto aos Recursos Humanos em Saúde, no que se refere à administração dos trabalhadores de saúde, aparece a qualificação dos trabalhadores em saúde, assim proposta:

*1) o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das Equipes de Trabalhadores em Saúde;*

*2) as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das Capitais devem implantar e manter técnica e financeiramente Centros Formadores de Trabalhadores em Saúde, autônomos, com atuação integrada com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e com as Secretarias de Educação e Universidades;*

*3) o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem estimular e fomentar a capacitação em gerência de serviços para os Secretários e Dirigentes de Saúde, em parceria com o Conass, Conasems, Cosems, universidades e Núcleos de Saúde Coletiva;*

*4) o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem manter assessoria permanente aos Municípios para a realização de programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação de trabalhadores em saúde.*

Quanto à formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde foi deliberado que:

*1) o Ministério da Saúde deve apresentar, após ampla discussão com as entidades representativas da área, um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde, para deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que seja articulado nacionalmente, inclusive com previsão de repasses financeiros específicos para essas atividades, baseado nos seguintes princípios:*

- *criação de Comissões Permanentes para integração entre os Conselhos de Saúde, os serviços de saúde e as Instituições de Ensino Fundamental e Superior, para deliberar sobre a capacitação, formação, educação continuada e reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde, a partir da ótica do SUS;*

- *fortalecimento dos vínculos com Universidades, promovendo articulações intersetoriais, para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na Atenção Integral à Saúde, individual e coletiva;*
- *revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do Sistema Único de Saúde;*
- *estímulo à utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em saúde (sistema de saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS;*
- *fomento à integração das instituições de ensino superior, particularmente as universidades públicas (federais e estaduais), para a execução de programas de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde de todos os níveis de escolaridade;*
- *estímulo à criação de Escolas de Saúde Pública em todos os Estados da União;*
- *criação de novos cursos de nível médio e superior para a área da saúde de acordo com as necessidades do SUS, identificadas a partir de critérios epidemiológicos e da manifestação dos Conselhos de Saúde;*
- *organização de programas de ajuda financeira, condicionada à prestação de serviços em Unidades e Serviços de Saúde públicos por tempo equivalente aos recursos investidos, para estudantes dos cursos de interesse para o SUS;*
- *reestruturação dos Programas de Residência Médica e Estágios, com vistas a sua adequação às necessidades do SUS;*
- *fomento à Educação Continuada, através do aumento de vagas para a residência médica e a criação de programas de residência e estágios de enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e todas as profissões de nível superior ligadas à saúde;*
- *qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para a área da saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não têm condições de funcionamento.*

*2) os Ministérios da Saúde e da Educação devem estimular a implementação de Programas de Especialização em Saúde Pública e em Gerenciamento de Serviços de Saúde desenvolvidos pelas universidades em parcerias com os governos Estaduais e/ou Municipais;*

*3) os Gestores do SUS e os órgãos de fomento à pesquisa devem apoiar, valorizar e participar de projetos de avaliação das instituições formadoras de recursos humanos em saúde, como os da Cinaem e da Rede Unida que buscam a integração escola-comunidade e a formação humanística dos futuros profissionais.*

A X Conferência Nacional de Saúde propôs que as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde das Capitais devessem implantar e manter técnica e financeiramente escolas de formação, com autonomia e integradas aos respectivos Conselhos de Saúde, bem como às respectivas Secretarias de Educação e às universidades, podendo-se supor que privilegiadamente às Universidades Estaduais. O próprio Ministério da Saúde mantém uma Escola Nacional de Saúde Pública e um Centro de Saúde-Escola no Rio Janeiro.

A Conferência destacou a importância da ligação da formação dos recursos humanos em saúde afeta aos Núcleos de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva com as instâncias de representação dos gestores de saúde como os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e de Secretários Municipais de Saúde - Conass e Conasems e Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde - Cosems, denotando o esforço de constituir uma política de desenvolvimento e formação que diga respeito às universidades e aos gestores em saúde e venha fortalecer o Sistema Único de Saúde. Esta integração ficou proposta inclusive para o desafio de formular programas permanentes de capacitação para os municípios.

Nesta Conferência, não só foi novamente solicitada a regulamentação do artigo 200 da Constituição Nacional ou artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde, como também que o Ministério da Saúde apresentasse um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde. Para a apresentação deste Plano, que chegou a contar com a pressão da sugestão de um prazo máximo de 180 dias da publicação do relatório da mesma, foram imputados princípios balizadores, entre eles a criação de Comissões Permanentes como as já previstas no artigo 14 da Lei Orgânica da Saúde e o estímulo à criação de Escolas de Saúde Pública em todos os estados da federação.

Atualmente, existem Escolas de Saúde Pública no Rio Grande do Sul (esta Escola estará oferecendo curso de graduação a partir de 2001, pela criação da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul), em Minas Gerais, no Ceará, em Pernambuco, no Mato Grosso e no Mato Grosso do Sul com perfis muito semelhantes, mais a Escola de Saúde Pública do Paraná, que não oferece cursos regulares de formação/habilitação profissional, apenas educação continuada. Em São Paulo, há a Faculdade de Saúde Pública, da Universidade Estadual de São Paulo (USP), uma Escola Estadual no sentido amplo, mas que está integrada à estrutura de uma universidade de grande porte, oferece curso de graduação (nutrição) e possui um programa consolidado de pós-graduação *stricto sensu*. Nessa lógica, seria o caso de considerar, no Rio de Janeiro, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) um outro centro estadual formador de recursos humanos para a saúde pública, já que também possui um programa consolidado de *stricto sensu*, hoje oferecendo um mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva, e registra a história de ter conduzido um importante Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social. A Escola Nacional de Saúde Pública, ligada à Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), do Ministério da Saúde, tem a mesma missão das escolas citadas, mas pertence à esfera federal. Esta escola está no Rio de Janeiro e conta com programa consolidado de pós-graduação *stricto sensu*, oferecendo também programa de mestrado profissionalizante.

Junto ao governo estadual de Santa Catarina, há a Escola de Formação em Saúde; do Espírito Santo, o Instituto Estadual de Saúde Pública; e da *Bahia*, a Escola de Formação Técnica em Saúde, todas voltadas para a educação profissional do pessoal do nível médio. Em Goiás e em Alagoas, bem como no Rio Grande do Norte e na Paraíba existem os Centros de Formação de Recursos Humanos para a Saúde, também orientados exclusivamente para o ensino técnico (escolaridade fundamental, ensino de qualificação básica, ensino de habilitação profissional e ensino técnico especializado), integrando a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS).

Foi estimado pela X Conferência que haveria a necessidade, a ser aprofundada junto ao controle social, da criação de novos cursos na área da saúde, tanto de nível médio, quanto superior, conforme documentado no relatório. Nessa Conferência, os Programas de Residência retornaram com a recomendação de que sejam revisados para adequação ao SUS, tenham suas vagas ampliadas e sejam dimensionados para todas as profissões de nível superior ligadas à saúde.

Foi proposta a priorização da implantação de Programas de Especialização em Saúde Pública e em Gerenciamento de Serviços de Saúde em parceria de universidades, governos federal, estaduais e municipais, o que tem sido observado apenas recentemente, passados quase dez anos da IX Conferência. De igual importância, surgiu a proposição de apoio aos sistemas de avaliação do ensino que valorizem a integração escola-comunidade e a formação humanística.

Cabe destacar que a integração *ensino-serviço* foi recuperada com a inclusão da "comunidade", a partir da importância que se passou a dar ao controle social, permitindo que falemos em integração ensino-serviço-controle social.

Além dos projetos citados, vem-se debatendo no Brasil, por meio da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), sistemas de avaliação institucional no ensino de graduação; por meio da Rede Unida de Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde (Rede Unida), sistemas de acompanhamento institucional de projetos de mudança curricular e integração com a sociedade e, por meio da Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o

Projeto Nacional de Acreditação Pedagógica da Formação de Recursos Humanos em Saúde Pública, projeto que prevê a avaliação sob sistema de acompanhamento institucional e com projeto coletivo de melhoria da qualidade educacional da pós-graduação *lato sensu* na área da saúde pública/saúde coletiva.

O Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro está elaborando projeto nacional de avaliação das capacitações de gestores municipais de saúde, com consulta aos vários segmentos de formação e gestão, que poderá se tornar uma nova referência de avaliação que considere a integração ensino-serviço-controle social.

## 6 - XI Conferência Nacional de Saúde

(sua chamada foi "Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social"), 2000.

Foram aprovadas as seguintes proposições quanto ao Controle Social:

1) *articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde e os Pólos de Educação em Saúde para disponibilizar, periodicamente, cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, com inclusão de temas gerais (princípios do SUS, seu papel na atenção à saúde) e específicos (orçamento, legislação, controle e avaliação, contratos e convênios, planejamento e programação de serviços, sistema de informação, as Normas Operacionais Básicas do SUS, financiamento, encaminhamento de questões de caráter legal junto ao Ministério Público...), garantindo a emergência de agentes sociais com formação crítica (política, ideológica e sociológica) no sentido de sua instituição como sujeitos da transformação da ideologia hegemônica;*

2) *capacitar a Promotoria de Justiça, por intermédio dos promotores da área da cidadania;*

3) *promover a formação dos membros do Ministério Público sobre as questões relacionadas à saúde pública e os princípios e diretrizes legais dos SUS, enfatizando a legitimidade e representatividade dos Conselhos de Saúde na deliberação da política de saúde em cada esfera de governo.*

Quanto ao fortalecimento dos princípios do SUS, seu caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização, sugeriu-se que:

1) *os novos trabalhadores do setor público de saúde deverão ter formação adequada para o novo modelo de atenção à saúde preconizado e aos antigos em atuação na rede deve ser assegurado um programa de educação continuada através de Escolas Técnicas e de Escolas de Saúde Pública dos estados.*

Quanto à Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, o desenvolvimento de trabalhadores em saúde foi afirmado com sugestões à capacitação:

1) *canalizar recursos financeiros para a formação dos recursos humanos para o SUS, definindo o perfil profissional apropriado a partir de necessidades concretas locais;*

2) *assegurar a disponibilidade de recursos financeiros para a viabilização de programas de capacitação e qualificação permanente dos Recursos Humanos nos municípios, no estado e na união;*

3) *assegurar recursos financeiros **de no mínimo 1% do orçamento da saúde** para qualificar a capacitação de recursos humanos em cada esfera de governo, com prioridades e programa aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde;*

4) *a União, estados e municípios devem ampliar a sua atuação na realização de cursos de especialização e aperfeiçoamento em saúde pública, descentralizados por regionais de saúde;*

5) *formar gerentes para o SUS com capacitação em administração pública, envolvendo gestores, assessores e dirigentes do SUS;*



6) garantir a realização de programas de capacitação de gerentes para a gestão de recursos humanos e elaboração de projetos técnicos quanto aos sistemas de informação e outros.

Quanto à formação de pessoal para a saúde:

- 1) regulamentar o Art. 200 da Constituição Nacional;
- 2) incentivar técnica, financeira e politicamente a expansão da pós-graduação em saúde no Brasil;
- 3) estabelecer regras nacionais de articulação entre o MEC, as Sociedades de Especialistas e o CNS e passar ao SUS a decisão sobre especialidades a serem criadas ou extintas, bem como a regulamentação da diversificação dos papéis das profissões de saúde e das oportunidades formativas nos ambientes de trabalho da saúde;
- 4) redimensionamento do papel dos aparelhos formadores em saúde (universidades e escolas técnicas) no fortalecimento do SUS - revisão das estruturas curriculares para que se enriqueçam pelo debate da política, legislação e trabalho no SUS;
- 5) articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de controle social do SUS;
- 6) estabelecimento de estruturas acadêmicas capazes de exercer o assessoramento permanente às comissões técnicas que debatem práticas, rotinas e métodos na atenção à saúde;
- 7) todos os aparelhos formadores e instâncias de serviço que atuam em ensino, pesquisa e desenvolvimento científico e/ou tecnológico devem propor sistemas de atualização do conhecimento para as diversas categorias profissionais.

Quanto à formação de profissionais, regulação e papel da universidade, foram aprovadas as seguintes recomendações:

- 1) que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos que regulem a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e a ampliação de vagas na área de saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, em cumprimento à Lei nº 8.080/90, Artigo 6º, Parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Que a aprovação se dê com base em pareceres dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, ouvidos os respectivos Conselhos de categoria. Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades sociais da população;
- 2) cumprir a resolução da X CNS, no que se refere a recursos humanos, onde diz: "revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS". Implementar novas diretrizes curriculares para o ensino médio e superior da área da saúde de modo a possibilitar modificação na formação dos profissionais de saúde, de acordo com a política proposta pelo SUS, incluindo e/ou ampliando, no currículo de cursos de formação dos profissionais da área da saúde, disciplinas sobre saúde coletiva;
- 3) articular mesas regionais e estaduais de discussões entre gestores, conselhos e órgãos formadores sobre a necessidade de adequar a formação profissional ao SUS, coordenada pelos Conselhos Regionais e Estadual de Saúde;
- 4) integrar e articular as instituições públicas e filantrópicas de ensino com o SUS, fortalecendo as parcerias Universidade-Sociedade de tal forma que as universidades e órgãos formadores em geral também se responsabilizem pela capacitação continuada dos profissionais de saúde após a graduação e que tenham, como parte de sua missão institucional, o aperfeiçoamento do SUS em sua região e a educação continuada dos profissionais da rede. Garantir uma escola integrada com o serviço de saúde com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de saúde de sua região, seu país e seu mundo e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade por meio, por exemplo, da extensão.

*Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o sistema de saúde;*

*5) estabelecer parceria entre Conselho de Saúde, gestores e o conjunto dos órgãos formadores, para definição de prioridades para as demandas de cursos, tanto de graduação como de pós-graduação, para gestores e todos os trabalhadores, estendendo o processo de residência à equipe multidisciplinar. Estimular a viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios que trabalhem com diferentes formas de organização dos serviços, promovendo a discussão e proposição de uma nova lógica de atenção à saúde;*

*6) reorganizar os programas de residência e regulamentar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva junto ao MEC. Os estados e a União devem utilizar residentes das universidades públicas, mediante pagamento de bolsas, nos programas de saúde, inclusive nas equipes do Programa Saúde da Família - PSF, com base na lei de Prestação do Serviço Civil;*

*7) efetivar a abertura de novos cursos de formação de recursos humanos para a saúde;*

*8) ampliar o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem - Profae para outros cidadãos.*

Quanto à educação continuada foi deliberado:

*1) garantir aos recursos humanos em saúde processos permanentes de educação continuada, nas três esferas de governo, inclusive sobre os princípios e diretrizes do SUS e conceitos básicos em saúde pública. Que todo profissional de saúde tenha treinamento de ingresso nos serviços e que os Governos Federal, Estaduais e Municipais assumam a sua parcela de responsabilidade com o financiamento do SUS, de forma a facilitar o encaminhamento da necessária qualificação dos recursos humanos para o sistema;*

*2) descentralizar e regionalizar as ações das Escolas de Saúde Pública para uma melhor qualificação e educação continuada dos trabalhadores da saúde.*

A XI Conferência Nacional de Saúde trouxe diversos elementos para a consolidação da interface formação-gestão, como se pode notar, desde argumentos para o desenvolvimento de pessoal engajado no Controle Social em saúde (conselheiros, promotores públicos, promotores do Ministério Público, população em geral) até o fortalecimento dos princípios do SUS.

Percebe-se o depósito de expectativas para as Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública dos estados.

Voltam com força os argumentos em favor do financiamento para as ações de desenvolvimento e formação de recursos humanos no SUS. Note-se que até mesmo um percentual foi sugerido como fixação à área (1% do orçamento setorial da saúde) em cada esfera de governo. Retornou também a pressão pelos cursos de especialização e de aperfeiçoamento em saúde pública, a serem apoiados técnica e financeiramente pelas três esferas de governo e conduzidos de modo interiorizado regionalmente, valorizando a cultura e necessidades locais e valorizando a descentralização da gestão e a regionalização da atenção à saúde. Surge a capacitação específica em gestão de recursos humanos, que atualmente o Ministério da Saúde está atendendo em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), e em elaboração de projetos técnicos quanto aos sistemas de informação, o que nos permite destacar a fundamental importância do Projeto Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), que precisaria do maciço apoio do Ministério da Saúde nas capacitações para operar os sistemas de informações.

A regulamentação do artigo 200, da Constituição Nacional, foi reiterada novamente e surgiram recomendações para inclusão na mesma: a formulação de critérios rígidos para a abertura e fechamento de cursos na área da saúde; a aprovação de abertura, fechamento e localização de cursos com base em pareceres dos Conselhos de Saúde; e a inclusão da participação social nos

Conselhos Superiores das Universidades, a fim de garantir a relação entre a formação e as necessidades sociais de tratamento e cuidado em saúde.

Foi defendida a expansão da pós-graduação em saúde e, pela primeira vez, é referida a introdução das Sociedades de Especialistas no debate de regulação das especialidades e a decorrente formação de especialistas. A Conferência estimou a diversificação dos papéis das profissões em que as atuais prerrogativas venham a ser diluídas ou reguladas pela ética e não pelos códigos normativo-prescritivos e a diversificação das oportunidades formativas nos ambientes de trabalho em saúde, abrindo-se possibilidades para as residências multiprofissionais ou interdisciplinares.

A Conferência estabeleceu a ressalva de que os órgãos formadores em saúde devam ser enriquecidos pelo debate das políticas de saúde, da legislação e do trabalho no SUS. A amarração do controle social junto aos órgãos formadores foi proposta mais uma vez. Da mesma forma que em todas as Conferências citadas neste texto, a imersão dos órgãos formadores na realidade do SUS foi proposta. Nessa Conferência, entretanto, aparece a proposição que o SUS deva se amparar nos pesquisadores acadêmicos para renovar protocolos técnicos e aperfeiçoar condutas profissionais da assistência à saúde. Os participantes da XI Conferência afirmaram que deve ser garantida uma escola capaz de produzir informações e conhecimentos para o sistema de saúde.

A Conferência, reconhecendo que instâncias de serviço atuam em ensino, recomenda que estas proponham sistemas de atualização do conhecimento, levando em conta as diversas categorias profissionais.

Durante a XI Conferência, houve novamente o debate sobre os currículos de formação na área da saúde e reafirmou-se a deliberação da X Conferência de revisão do currículo mínimo com a participação dos gestores e dos Conselhos de Saúde. Em 2001, o Conselho Nacional de Educação substituiu o conceito de "currículo mínimo" para as profissões superiores pelo conceito de "diretrizes curriculares", tendo sido aprovadas as novas diretrizes para os cursos da área da saúde que levaram em conta a LOS, o relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde, documentos da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde e as recomendações da Rede Unida. O parecer que aprova as novas diretrizes curriculares é claro ao afirmar que o conceito de saúde da Saúde Coletiva e os princípios e diretrizes do SUS são elementos fundamentais a serem enfatizados na articulação da política de educação superior com a política de gestão da saúde.

Apareceu, nessa Conferência, mais uma alternativa de integração: a formação em saúde-gestão setorial-controle social no SUS expressa como mesas regionais e estaduais de discussão a serem coordenadas por Conselhos Regionais e os Conselhos Estaduais de Saúde. Nota-se o esforço de comprometer a Universidade com a construção e consolidação do SUS e com a configuração de novos papéis profissionais, mais adequados às exigências sociais de qualidade da atenção em saúde. Há farta insistência na integração ensino-serviço-controle social.

O estímulo à viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios têm sido reivindicação dos próprios acadêmicos da área da saúde. A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) vem propondo o estágio de vivência no SUS para adquirir familiarização com o trabalho onde o SUS dá certo e pode gerar, por seu acolhimento e interesse, aprendizagem ético-profissional.

A nova atuação/novo papel dos trabalhadores de saúde passa por seus espaços de formação em serviço e as propostas sobre as residências sempre retornam, com ênfase, principalmente porque constituem formação pós-graduada na oportunidade de vivência no SUS e na Equipe de Saúde. As residências multiprofissionais ou interdisciplinares são defendidas pela reivindicação de reformulação dos programas de residência, da mesma forma que se defende a regulamentação, junto à Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação, da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, capaz de absorver as residências em saúde da família e similares.

Cumprê apontar que a Conferência admite a efetivação da abertura de novos cursos de formação para a saúde e propõe a necessidade de ampliar o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profdae) para outras categorias de trabalhadores do ensino médio. O movimento da Conferência evidenciou a busca de profissionalização em outras áreas, tais como: em odontologia, com os Técnicos de Higiene Dental; em vigilância à saúde, com os Técnicos em Saúde; em administração e informação, com os Técnicos em Registros de Saúde; entre outros, além do Técnico em Enfermagem, abrangido pelo Profdae.

Para afirmar a educação continuada/educação permanente em saúde, os participantes da XI Conferência Nacional de Saúde ressaltaram a necessidade de os governos Federal, Estaduais e Municipais assumirem sua parcela de responsabilidade com a formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde por meio do financiamento para a qualificação de pessoal no custeio do SUS. Ficou destacada, ainda, a necessidade de descentralizar e regionalizar os processos de formação. De um lado, pela capacidade/potencialidade/opção de problematizar as questões de saúde das regiões onde se inserem os programas de ensino e, de outro lado, pelo desdobramento das Escolas de Saúde Pública às instâncias regionais de coordenação do SUS nos estados.

### **Epílogo**

Esta compilação não se pretendeu exaustiva ou minuciosa, simplesmente pinçou o que *saltava aos olhos* na interface formação-gestão do SUS. Esperamos ter conseguido reunir dados para avaliar o que já foi feito e o que há por fazer em cada esfera de governo no tocante à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores em saúde, bem como estimular a criação de Câmaras Técnicas de Educação e Desenvolvimento Científico, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, junto às Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública; estimular a criação de centros formadores junto às Secretarias Municipais de Saúde; fortalecer as Escolas de Saúde Pública e pleitear a garantia de financiamento para a atribuição de ensino, pesquisa, documentação técnico-científica e extensão educativa nos âmbitos federal, estadual e municipal de saúde.

Outras recomendações importantes que saltam aos olhos ao final deste percurso são a necessidade de criar Núcleos de Desenvolvimento e Núcleos de Administração de Trabalhadores junto às Divisões de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a aproximação dos gestores com os docentes e pesquisadores universitários para a formulação de novos protocolos de atenção à saúde, que abandonem a conduta programático-normativa para a atualização técnica e reflexiva da prática assistencial.

Apesar de discursivamente muitas propostas terem sido enfaticamente formuladas e defendidas nos vários relatórios das Conferências, muito pouco se avançou na construção de sistemas de avaliação do ensino oferecido para detectar sua adequação e adesão às necessidades dos serviços, dos usuários e do sistema de saúde, bem como seu ajustamento ao controle social no SUS e ao atendimento às necessidades de aprendizagem de seus alunos. Os sistemas nacionais gerados pela Cinea e Rede Unida junto ao ensino de graduação ou o sistema de Acreditação Pedagógica em construção pela Fiocruz e Abrasco para a pós-graduação *lato sensu* e o sistema de avaliação de curso de capacitação (extensão) formulado para teste pelo IMS/UERJ consideram todos os segmentos envolvidos com o ensino-aprendizagem e, se contarem com o apoio técnico, financeiro, operacional e político das esferas de gestão do SUS, terão potência para se atualizarem, fortalecerem e se redimensionarem para absorver maior diversidade de cursos e programas de formação.

A avaliação permanente e a participação efetiva do controle social junto à formação serão importantes, também, para se dimensionar a adesão dos programas e projetos aos ditames ou necessidades dos próprios usuários do SUS.

Por fim e não menos importante, convém destacar a urgência em compor as Comissões Permanentes previstas em lei, superando os atuais modelos pontuais disseminados pelo Ministério da Saúde (que, em geral, olha a realidade de longe) e valorizar a descentralização da gestão em saúde, regionalizando a atenção e a formação. Estas últimas, necessariamente a

serviço da primeira, possibilitarão, permanentemente, a revisão de planos e estratégias de ensino e roteiros de formação e educação continuada.

### Referências bibliográficas

Brasil 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado, Brasília, DF.

Brasil 2000. *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. SUS é legal: legislação federal e estadual. SES/RS, Porto Alegre, out.

Brasil 2000. *Lei n. 8.142*, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. SUS é legal: legislação federal e estadual. SES/RS, Porto Alegre, out.

Brasil 2001. Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES n. 1.133/2001*, aprovado em 07 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#Diret>> Acesso em 26 de out.

Brasil 2001. Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES n. 1.210/2001*, aprovado em 12 de setembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#Diret>> Acesso em 26 de out.

Brasil 2001. Ministério da Educação. *Curso de graduação em farmácia: proposta de diretrizes curriculares*. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#Diret>> Acesso em 26 de out.

Brasil 2001. Ministério da Educação. *Curso de graduação em odontologia: proposta de diretrizes curriculares*. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#Diret>> Acesso em 26 de out.

Brasil 2001. Ministério da Educação. *Curso de graduação em educação física: proposta de diretrizes curriculares*. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#Diret>> Acesso em 26 de out.

Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.

Conferência Nacional de Saúde, 9, 1992, Brasília. Saúde: municipalização é o caminho. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.

Conferência Nacional de Saúde, 10, 1996, Brasília. Onde dá SUS, dá certo! *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.

Conferência Nacional de Saúde, 11, 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.

Artigo apresentado em 9/4/2002

Versão final apresentada em 19/4/2002

Aprovado em 28/4/2002.

## **Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde**

*José Inácio Jardim Motta*

Professor da ENSP/FIOCRUZ.  
Assessor da Vice-Presidência de Ensino e Recursos Humanos da FIOCRUZ  
Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde – NUTES/UFRJ

*Paulo Buss*

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz  
Mestre em Saúde Pública - UERJ

*Tânia Celeste Matos Nunes*

Vice-Presidente de Ensino e Recursos Humanos da FIOCRUZ  
Doutora em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Desde as origens do Sistema Único de Saúde (SUS) já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre elas, já se destacavam as questões de recursos humanos, e em particular o seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho.

Os avanços nos processos de gestão do sistema de saúde nos últimos anos, vêm redefinindo de forma dinâmica as necessidades de requalificação, impondo exercícios de revisão dos modelos de formação até então adotadas, tendo os princípios e pressupostos do SUS como foco alimentador das definições metodológicas e de conteúdos dos programas de formação. Esses esforços estão também articulados a elementos do campo da educação e do trabalho, onde a lei de diretrizes e bases da educação assume papel fundamental quando reconhece a necessidade de construção de novos modelos de ensino e adota a noção de competência como estruturadora da base curricular.

Dentro desse marco reconhece-se que o momento atual requer ajustes e releituras dos profissionais e das instituições para eleger estratégias e modelos de renovação coerentes com o contexto. Nesse sentido, a leitura de autores como Haddad facilita a compreensão de que é necessário “redefinir o objeto de trabalho e o espaço de ação do trabalhador de saúde no marco da sociedade em que vive, frente aos paradigmas de saúde e de bem-estar que esta sociedade adota e dentro dos parâmetros sociais, econômicos e políticos da realidade atual” (Haddad – 1997:06), propondo ações no campo educacional que possibilitem um avanço no conhecimento do trabalho em saúde, reconhecendo e valorizando o potencial formativo do trabalho.

Tomando essas referências como fundamentais, desenvolvemos nossas idéias a partir de dois eixos: a relação educação, formação e trabalho, problematizando a noção de “novas competências para o trabalho”, e a Institucionalização de sistemas de educação permanente, cuja referência principal é a estreita relação do processo formativo com o processo de trabalho em saúde. Ambas tomam a reconstrução do modelo de atenção à saúde como base principal de intervenção e fonte alimentadora dos processos pedagógicos.

### ***Trabalho, Competências, Formação***

Segundo Ianni (1994:2), citado por Motta (1998) “o que caracteriza o mundo do trabalho no fim do século XX, é que este se tornou realmente global”. Tais palavras refletem algumas grandes transformações que vêm ocorrendo no espaço da cultura e do trabalho. Com relação a esse último, a transição de um modelo fordista de organização do trabalho, para um novo modelo denominado de “flexibilização produtiva”, acoplado à dinamização do mercado mundial amplamente favorecida pelas tecnologias eletrônicas, coloca novas formas e novos significados ao trabalho.

Ao analisar as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, principalmente a partir das duas últimas décadas, Deluiz (1996) adverte que a emergência dos processos de “acumulação flexível” tem gerado fenômenos tais como, “ampliação do trabalho precarizado e informal e da emergência de um trabalho revalorizado, no qual o trabalhador multiquificado, polivalente, deve exercer, na automação, funções muito mais abstratas e intelectuais, implicando cada vez menos trabalho manual e cada vez mais manipulação simbólica”, e complementa que “é também exigido deste trabalhador, capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, se auto-organizar e enfrentar situações em constantes mudanças”.

Essas novas exigências ao trabalhador situam o debate no campo educacional dentro do que vem sendo denominado de “novas competências para o trabalho”, *vis a vis* o conceito de qualificação. Esse debate tem gerado perspectivas diferentes sobre o conceito e a utilização do termo competência.

Nunes et all (2000) citando Valle (1997), situam a discussão na perspectiva da incorporação de novos requisitos necessários ao trabalhador nessa nova conjuntura, apontando para ampliação do conjunto de capacidades exigidas como sendo de natureza

“*cognitiva*” – capacidade de ler e interpretar a lógica funcional, capacidade de abstração, dedução estatística e expressão oral, escrita e visual; e de natureza “*comportamental*” – responsabilidade, capacidade de argumentação, de realizar trabalho em equipe, de iniciativa e exercício da autonomia e habilidade para negociação.

Para Deluiz (1996; 2001), a noção de competências surge na Europa a partir dos anos 80 e vem substituir a qualificação, um conceito-chave na sociologia do trabalho. Para a autora, o conceito de qualificação está vinculado à escolarização e sua correspondência no trabalho assalariado, portanto relacionado aos componentes organizados e explícitos da qualificação do trabalhador. No modelo de competências, a aprendizagem seria orientada para a ação e a sua avaliação seria pautada nos resultados observáveis. Essa idéia é reforçada pela autora, quando cita Tanguy (1991): “Competência é a capacidade de resolver um problema em uma situação dada. A competência baseia-se nos resultados”. A referida autora nos mostra que, na literatura corrente, a noção de competência é vista, em termos gerais, como a “capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural”.

Deluiz (1996:17), amplia o leque de novas competências requeridas ao trabalhador para além da dimensão cognitiva, intelectual e técnica, incorporando aquelas de natureza organizacional ou metódica, comunicativas, comportamentais, sociais e políticas.

Para Ramos (2001), esse debate situa o termo competências como um deslocamento conceitual do conceito de qualificação. A autora toma a qualificação como um conceito central na relação trabalho-educação e assume a natureza ampla deste conceito, que pode albergar desde a idéia de qualificação para o trabalho até o de se estar socialmente qualificado para o mesmo.

De qualquer forma, o conceito de qualificação conteria uma *dimensão conceitual*, expresso pela existência de uma certificação; uma *dimensão social*, expressa pelo conjunto de direitos advindos do processo de certificação; e uma *dimensão instrumental*, que se processa no ato do trabalho onde a subjetividade do trabalhador é referida. Assim, o termo competências inscreve-se como uma sobrevalorização da dimensão instrumental da qualificação, a partir da revalorização da subjetividade do trabalhador no processo de trabalho.

O debate sobre competências profissionais vem alcançando o setor saúde, principalmente no que se refere ao campo da formação profissional. No plano legal, esse debate se insere no contexto definido pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Todavia, ainda que legalmente sustentado, há um extenso caminho a ser percorrido na definição de modelos de formação profissional pertinentes

Apenas para exemplificar um dos desafios ainda não totalmente equacionado: Ramos (2001:80) afirma que “um sistema de competência profissional é integrado por três subsistemas: a) normalização das competências; b) formação por competências; c) avaliação e certificação por competências. Dessa forma, para estruturar no campo da formação profissional em saúde um sistema de competências profissionais, em tese é preciso estruturar os três subsistemas que o compõem. No entanto, o que se tem observado, segundo a autora, é que na maioria das vezes os chamados currículos por competências nada mais são do que currículos pautados em normas de competência. Para Ramos (2001:82), um currículo por competências “corresponderia a um conjunto de experiências de aprendizagens concretas e práticas, focadas em atividades que se realizam nos contextos ou situações reais do trabalho (...) a formação por competências privilegiaria a aprendizagem em ritmo individual, gradual e o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação”.

Assim, ainda que possamos reconhecer a necessidade de se (re)conformar os modelos de formação profissional no campo da saúde, pautados numa lógica de novas competências profissionais, serão necessários muitos exercícios de aplicação que possibilitem configurar novas metodologias de ensino-aprendizagem. Ainda que absorvida de modo incipiente pelo



setor saúde, essa noção tem sido fundamental para a definição de perfis profissionais para um novo modelo de atenção à saúde.

### ***Trabalho, Educação, Requalificação e Educação Permanente***

A idéia de que os processos educacionais são contínuos ou permanentes é tão antiga quanto a própria história do homem. No entanto, só no início do século XX é que formalmente se organizaram programas de educação continuada. A partir de então, cresce no mundo o reconhecimento da necessidade de se instituírem programas de educação continuada ou permanente. Apesar desse crescente consenso, as dificuldades de se implantar/implementar programas que de fato respondam as necessidades de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho tornam-se cada vez mais evidentes.

Parte dessas dificuldades, podem ser analisadas a partir de níveis diferenciados, que podemos denominar de conceitual, metodológico e contextual, como veremos a seguir:

- De natureza conceitual: é preciso compreender os conceitos que permeiam as idéias e as possíveis distinções entre os termos educação continuada e educação permanente.
- De natureza metodológica: é preciso estabelecer diálogos ao processo de trabalho em saúde, de forma que este possa de fato informar sobre os problemas do trabalho e suas possíveis estratégias educacionais de enfrentamento.
- De natureza contextual: é preciso aprofundar a compreensão dos novos contextos em que se dão a organização do trabalho, assim como o papel das novas competências profissionais na dinâmica do trabalho.

Para alguns autores, as distinções entre os termos continuada e permanente têm origem no que se poderia chamar de “matrizes de origem diversas”, ou seja, na compreensão de que esses processos possuem uma matriz histórica comum, mas originadas a partir de diferentes motivações. Poderíamos citar desde o acelerado desenvolvimento científico e tecnológico que o mundo experimentou a partir dos anos 50, até a crise dos sistemas educacionais tão bem expressa pelos acontecimentos de maio de 68 na França.

No setor saúde, segundo Ricas (1994), os termos continuada e permanente, embora não opostos, conferem especificidade ao processo ensino/aprendizagem. Segundo Motta (1998), o termo *permanente*, largamente difundido pela OPS, “teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem”. Já o termo *continuada*, segundo Ricas (1994), “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais.”

Além das distinções de natureza conceitual e metodológica, falamos de uma modalidade educacional que se relaciona diretamente com o processo de trabalho. Referimo-nos, portanto, a *trabalho enquanto processo*, o que significa “compreender como os elementos que constituem esse processo são representados pelos diferentes atores. Implica imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões” - Motta & Ribeiro (1996: 7). Assim, não basta ter uma opção teórico-conceitual para o desenvolvimento desses programas; é preciso reconhecer que esses processos operam sobre relações de trabalho enquanto relações sociais, que envolvem diferentes atores, com diferentes intencionalidades, concretizando-se, portanto, em um trabalho imerso em conflitos.

Assim, ao se falar de processos de educação permanente ou continuada, é preciso ter clareza que alguns caminhos precisam ser percorridos: distinções conceituais; relação num

mesmo sistema das demandas originadas a partir dos mecanismos de educação continuada e de educação permanente; a organização do trabalho em saúde e os “hábitos institucionais” enquanto culturas que impregnam as dinâmicas das Instituições; os conflitos gerados no interior das relações de trabalho etc. Não perdendo de vista que a implantação e implementação desses sistemas se dão num mundo onde a organização do trabalho se transforma, onde a necessidade por novos conhecimentos se torna uma exigência para todos os trabalhadores, num sistema de saúde que formula estratégias de reconstrução de modelos de atenção, reconhecendo um vácuo na formação das profissões de saúde, o que impõem a urgência na reformulação dos modelos e conteúdos da formação e a necessidade de mecanismos de requalificação profissional.

### **Novos Desafios**

As reflexões aqui colocadas nos remete a pensar num emaranhado de relações, conceitos e legislações que passam a integrar o espaço privilegiado de formação para o trabalho em saúde. Suas ferramentas agregam valores ao processo de planejamento das ações de ensino, mas desafiam os educadores da sua área a buscarem uma nova arquitetura para a construção de oportunidades afinadas com a nova conjuntura.

Há que se considerar que essas novas referências favorecem o deslocamento de ações pedagógicas para o espaço de realização do trabalho, onde a “rubrica” de educação permanente aparece como mediadora importante. Essa opção, no entanto, requer ações de caráter estratégico para a obtenção de impacto no sistema como um todo.

A convivência das dimensões local e nacional precisa ser permeada por estratégias pertinentes, onde as “REDES” têm operado de forma decisiva num processo dinâmico de “mobilização e organização”, sendo um caminho a ser adotado pelos gestores do sistema de saúde e pelas unidades de ensino que se relacionam com essa temática. Esse movimento permite a otimização de recursos e a potencialização de resultados, a eleição e o estímulo de porta-vozes mais habilitados para cada programa com a identificação e a superação dos nós críticos que conformam a “teia” de desafios para o SUS, favorecendo a renovação da estratégia de integração ensino X serviço, com os créditos necessários ao capital de mobilização construído pelo setor saúde, na conformação da infra-estrutura educacional que o país e o Sistema Educacional e de Saúde hoje dispõem.

### **BIBLIOGRAFIA**

DELUIZ, Neise. A globalização econômica e os desafio à formação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.15-21, maio/ago 1996.

----- Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 05-16, maio 2001.

HADDAD, Jorge; PINEDA, E. P. Educación permanente de personal de salud: la gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud. **Serie de Publicaciones Científico-Técnicas OPS**, n. 17, 284p. 1997

MOTTA, J.I.J. **Educação permanente em saúde: da política do consenso a construção do dissenso**. Rio de Janeiro, 1998, 227p. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) – Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

NUNES, T.C.M.; MARTINS, M.I.C.; SÓRIO, R.E.R. Proposições e estratégias de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado. **Cadernos da Décima Primeira Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 2000.

RAMOS, Marise, N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

----- Qualificação, Competências e Certificação: visão educacional. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 17-26, maio 2001.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, n.12, p.39-44, jul. 1996.

RICAS, J. **A deficiência e a necessidade**: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. Belo Horizonte, 1994. 232p. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

VALLE, R. **Mudanças Tecnológicas na Indústria e seus efeitos sobre o Trabalho**. In: SEMINÁRIO A FORMAÇÃO TÉCNICA EM BIOTECNOLOGIA: PERSPECTIVAS DE TENDÊNCIAS NO MUNDO DO TRABALHO., Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 1997.

***Bases Freireanas: falar de Freire,  
falar feito Freire ou deixar falar?***

Virginia Maria Machado

Professora Assistente do Departamento de Educação e Ciências do Comportamento da Fundação  
Universidade Federal do Rio Grande. [deccvirg@furg.br](mailto:deccvirg@furg.br)

**Resumo**

O texto<sup>27</sup> traz uma reflexão, ainda em construção, sobre as incoerências observadas em nossa prática de ensino superior com relação ao uso da obra de Paulo Freire. Quer se demonstrar um cotidiano que tenta escamotear esta incoerência, em nome de Freire, quando se trata da “formação” de pedagogos e pedagogas, onde a presença deste autor é condição necessária, explícita ou implícita, no panorama histórico-cultural dos cursos de Pedagogia.

**Palavras-chave**

diálogo, metodologia de ensino superior, compreensão, cotidiano

O objetivo deste ensaio diz respeito à uma proposta de mantermos uma discussão centrada nas metodologias de ensino superior, de pesquisa e conseqüente produção do conhecimento pertinente a partir de Freire, sem esquecer o exercício da dúvida salutar do fazer e do refletir a ciência (Morin, 2001). A importância que vejo em estarmos atentos aos ensinamentos de Paulo Freire no movimento do mundo (Habermas, 1988) – da vida e do sistema – reside na necessidade de valorizarmos este educador brasileiro, sim, pois ele desenvolveu argumentos coerentes com sua vida – sedutores –, validando o diálogo como principal instrumento para a construção do conhecimento individual e coletivo, bem como para a resolução de problemas da educação, gerados pelo embate histórico entre aqueles que podem aprender, sustentados por um mundo da desigualdade social, e aqueles que não podem, marginalizados pelo mesmo mundo.

Para iniciar esta reflexão faço um registro de algumas considerações quando tento responder algumas questões como: que “bases *freireanas*”, afinal, adotamos em nossa metodologia de ensino superior, especificamente na formação de pedagogos e pedagogas? De que maneira buscamos uma coerência entre a apropriação do discurso de Freire e nossa prática propriamente dita? Se concordamos que o diálogo é a chave para a construção do conhecimento, por que então os nossos estudantes não falam ou tampouco escrevem o que realmente pensam?

Se, segundo Freire, precisamos partir da realidade do aluno (e aqui entendo de seu senso comum, inclusive) para então orienta-lo ao pensamento crítico, por que então o que se vê na verdade pode ser interpretado como uma doutrinação, ao se apresentar o pensamento crítico na palavra pronta de outrem, sem que o estudante chegue à compreensão da questão problematizada antes da solução apresentada? Estaria esse *tempo* sendo prejudicado pela falta de interesse e/ou carências conceituais dos estudantes ou pela pressa e/ou falta de perspicácia do professor?

Permitam-me a pessoalidade, mas estas reflexões me levam aonde esta preocupação começou. A primeira vez que fiquei sabendo da existência de Paulo Freire foi em 1983, quando ingressei no curso de Pedagogia, na Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Naquele mesmo ano ganhei um exemplar de “Pedagogia do Oprimido”. A capa daquela edição exibe um velho homem negro vestindo uma camisa bem branca e abotoada até o pescoço, demonstrando a solenidade do evento de sua presença em uma sala de aula. Ele segura com tamanha delicadeza seu lápis e parece tão atento a seu caderno, tão imerso em pensamentos, que não posso esquecer a sutileza do conjunto. Fiquei muito emocionada com tudo o que representava ganhar aquele livro. Aquele presente era um estímulo para que eu investisse na profissão que estava pretendendo seguir. Comecei a ler o livro naquela mesma noite. Desde então não parei mais de me emocionar com Freire e tudo o que representa mantermos a resistência (Morin, 2001); mesmo pelos corredores do caos visível na Educação, no mundo da vida enfim. Entretanto, minha emoção nunca perturbou o exercício da dúvida sobre a sustentação dos argumentos de Freire no mundo prático, da mesma forma que a explicitação da indignação quando vejo o uso indiscriminado do nome deste brasileiro em

<sup>27</sup> Artigo publicado na Revista Espaço Acadêmico – Nº 31 – Dezembro de 2003 – Mensal – ISSN 1519.6186  
[http://www.espacoacademico.com.br/031/31pc\\_machado.htm](http://www.espacoacademico.com.br/031/31pc_machado.htm)

vozes pouco coerentes com a própria vida e por conseqüência, com a prática pedagógica. Suspeito que tal incoerência se deva a falta de percepção da necessidade de integração entre vida pessoal, acadêmica, profissional e cidadã.<sup>28</sup>

Penso que o uso indiscriminado dos nomes de nossos teóricos tenta esconder nossa inconsistência para ler e dizer o mundo em que vivemos, o que pode ser compreensível diante da complexidade (Giddens, 1991) que se apresenta no dia-a-dia individual e coletivo. Mas esta perplexidade precisa ser acompanhada de uma necessidade e vontade de sermos coerentes com o discurso do qual nos apropriamos, sob pena de ser ilegítima esta apropriação. Refiro-me essencialmente a “dialogicidade” tão alardeada em discursos e publicações, mas negada na prática, nos espaços de discussão e construção do conhecimento, principalmente em sala de aula; no exato momento em que entendemos estar formando sujeitos críticos.

A intenção de “formar” o sujeito crítico já delata nossa incoerência se admitirmos (em Freire) que somos seres inconclusos. Sendo assim, mesmo que se pretenda “ser mais”, somos por natureza inconclusos e in-con-formáveis, somos seres repletos de imprevisibilidade, expostos ao mundo da vida e suas “tentações” mundanas. Vivemos o dilema permanente indivíduo/sociedade, torturados pelo embate entre o egoísmo e o altruísmo, somos consumidos pelos desencantamentos e pelas apostas em novas utopias. Somos passíveis de ações e pensamentos ingênuos, mágicos ou críticos, por mais “conscientes” que um dia venhamos a ser.

Precisamos estar cientes de que, se pretendemos dizer que conduzimos a construção do conhecimento de nossos interlocutores, mesmo assim esta construção é apenas inicial. Diante disto pergunto: Seriam nossos estudantes participantes de um diálogo, baseado na razão dialógica (Freire, 1983) que vai respeitar seu saber para então apresentar-lhe outras visões da realidade em debate? Havendo esta possibilidade, estariam nossos estudantes sendo instrumentalizados para o diálogo baseado na razão comunicativa (Habermas, 1988), que viria a ser o debate entre iguais?

Sobre o impacto das bases freireanas então pergunto: Em sendo “conduzidos” a falar de Freire – utilizando citações dele ao apresentarem seus conhecimentos sobre a educação – ou *feito* Freire – utilizando argumentos de Freire para sustentação de suas idéias –, estariam nossos estudantes sendo oportunizados a desenvolver o *pensamento complexo* (Morin, 2001) demonstrando uma visão dialética da realidade – condição que Freire considera essencial para o desenvolvimento dos argumentos próprios, característicos de uma pedagogia da autonomia? Para o desenvolvimento de tal pensamento nosso estudante não precisaria dar conta da compreensão do que lêem e interpretam e do que é interpretado pelo professor, em diálogo, isto é, na re-interpretação das leituras desses atores *à luz* do cotidiano vivenciado? No momento em que isto deixa de ser feito, não estaríamos confundindo ensinamento com preleção, quando exigimos que nossos estudantes *ampliem seus horizontes* à luz de nossos teóricos reclusos em seu tempo e data marcada de suas reflexões?

É irônico dizer, mas mesmo em tempos de crítica ao iluminismo, não estaríamos sendo cada vez mais iluministas?

Por outro lado, quando alegamos não querer ser iluministas, não estaríamos correndo a outro extremo, o da omissão, quando não desenvolvemos metodologias de ensino superior adequadas a dar conta da *in-conclusão* (além da nossa), que nossos estudantes trazem para a universidade?

<sup>28</sup> Desenvolvo uma pesquisa, com estudantes do curso de Pedagogia, com uma técnica de Diário de Formação Integrada, onde eles e elas fazem um breve histórico de suas vidas e passam a fazer anotações “diárias” sobre sua vida pessoal, acadêmica, profissional e cidadã. Estas são lidas e comentadas por mim. Farei o acompanhamento deste grupo por todo o período de seu curso. Ingressaram em 2002. Tem sido muito interessante observar os resultados desta interlocução documentada. A partir de 2003, começaremos a fazer a interlocução entre todo o grupo. Cada participante fará a leitura de seu diário, das partes que desejar, para o grupo, em reuniões agendadas. Deve ser recebido no projeto o Prof. Dr. Alfredo Martin (psicólogo) para o apoio especializado, pois já foge ao meu controle tamanha experiência. Em breve divulgaremos resultados.

Paulo Freire diria que estas questões se resolveriam com diálogo. Mas entre quem? Quem na verdade precisa dialogar na universidade? Quem quer participar do diálogo? Aqui vejo a necessidade de explicitar que me apoio em Habermas (1988), em minha prática pedagógica, para pensar uma sistemática de diálogo, com o apoio da razão comunicativa. Tento com isto demonstrar a validade de tal razão para a construção do conhecimento, através da proposição da resolução de problemas<sup>29</sup> pedagógicos, por exemplo. Neste caso, o grupo de estudantes precisa pensar junto uma solução para os problemas, adotando um olhar interdisciplinar, partindo da compreensão do problema, relatando suas implicações e conexões, desenvolvendo o pensamento complexo (Morin, 2001 a.).

Com o tempo fui percebendo que Freire precisava estar explicando cada momento de sua obra, como se seus leitores não soubessem ler. Aprendi desde menina que para bom entendedor, meia palavra basta. Não sou mais uma menina e as palavras hoje anunciam dezenas de sentidos, muitas vezes opostos, contraditórios e isto deve confundir demais a linearidade de alguns raciocínios e interpretações, que querem a totalidade do saber fazer a ser reunida em uma só teoria. Confortável, não? Concordo com Morin quando ele diz que precisamos de uma reforma do pensamento. Se acrescentarmos a reforma da ação, eu sugiro o respeito. Fica difícil, mesmo para os que admitem que existem outras razões que a razão instrumental desconhece, entender como Freire poderia ser católico<sup>30</sup> e deixar notar em sua obra o pensamento marxista. Quer me parecer que o que realmente importa é que ele sabia ler o mundo, aceitar o pensamento popular com suas crenças, seus mitos e ao mesmo tempo, lembrar que isto não impede que lutem pelos seus direitos, que exijam e participem de uma vida cidadã, seja ela instrumental ou comunicativa, católica ou marxista; enfim, quais meios deverão ser mais válidos para o alcance da *liberdade positiva* (Vazquez, 1995)?

Hoje, quando converso sobre diálogo com nossos estudantes na universidade, percebo o desconhecimento da obra de Freire, pois persistem alguns preconceitos e equívocos, apesar do alarde sobre as bases freireanas em congressos nacionais e internacionais, que foram construindo a história do curso de Pedagogia. Pergunto se não seríamos culpados por este fenômeno da ignorância sobre a obra de Freire, por deixarmos na prateleira seus ensinamentos, isto é, passamos a entender que nossos alunos já sabem o que sabemos, já que saltamos em busca de novos teóricos que, claro, têm condições de complementar sua obra (a de Freire). Não só por terem ido além do pensador brasileiro, mas até mesmo por ainda estarem vivos, como é o caso de Habermas e Morin – autores em quem busco sustentação quando apresento a importância da razão comunicativa e do desenvolvimento do pensamento complexo na educação (formal e informal). Busco a dinâmica do diálogo produtor de conhecimento pertinente para o estudante, em sua formação inicial de professor<sup>31</sup> e para a ciência, porque a metodologia de ensino superior que tento desenvolver é meu objeto de pesquisa. Ademais, o fato destes autores estarem vivos os permite acompanhar nosso tempo. Esta peculiaridade é importante quando tenho interesse pela observação do cotidiano<sup>32</sup> e incluo este aspecto em técnicas de ensino superior que venho desenvolvendo<sup>33</sup>.

<sup>29</sup> A técnica de Resolução de Problemas consiste em se formular um problema e solicitar que os estudantes o resolvam a partir das leituras da disciplina na qual atuamos e de outras disciplinas, iniciando-se pela discussão entre os estudantes, sem a interferência do professor e no segundo momento, a produção textual individual. A resolução de um problema pode levar um dia ou um bimestre, vai depender do grau de dificuldade que se colocar. A resolução pode ser dada como satisfatória pelo professor, pelo grupo ou por convidados.

<sup>30</sup> Não tenho religião, mas busco desenvolver a espiritualidade na filosofia budista.

<sup>31</sup> Preciso deixar explicitado que não concordo com a expressão formação de professores, pela ênfase que a expressão dá a forma no sentido de formatação. Posso estar equivocada a este respeito, mas mesmo assim, espero que em breve se encontre um outro jeito de nos referirmos ao desenvolvimento técnico, político e ético dos profissionais de educação. Também é importante deixar explicitado que tratamos aqui especificamente da formação de pedagogos, portanto não só professores, mas especialistas em educação, na medida em que se dedicam à teoria crítica da educação, mais do que os professores de outras áreas do conhecimento, por razões óbvias.

<sup>32</sup> Ver GIDDENS, Anthony. As consequências da modernidade. São Paulo: UNESP, 1991.

HELLER, Agnes. O Cotidiano e a História. São Paulo: Paz e Terra, 1970.

<sup>33</sup> Coordeno um projeto de extensão intitulado “Os últimos acontecimentos: um exercício para reflexão individual e coletiva sobre o cotidiano vivenciado.”, onde os participantes, a partir de recortes de textos e imagens de revistas e jornais, discutem sobre a História e o cotidiano, o mundo do sistema e o mundo da vida, e elaboram relações através da concepção de pôsteres com colagens de recortes das revistas e jornais colecionados. Fazemos mesas redondas

Alguma coisa mais visível contribui para a impossibilidade do diálogo?

Nos últimos anos o professor universitário buscou um aperfeiçoamento que, no meu entendimento, na verdade o distancia da profissão docente, uma vez que adquiriu uma disciplina de pesquisa, acumulando um conhecimento que não encontra pares para discussão em sala de aula, e muitas vezes até entre os colegas, pois estes (como todos nós hoje na universidade) não têm mais tempo para se reunirem e simplesmente conversarem. Estão imersos em seus objetos de estudo. Os interlocutores disponíveis para os professores universitários são seus alunos nos espaços de sala de aula, onde deveria ocorrer parte do processo de ensino – cuja tarefa é do professor – e aprendizagem – cujo fenômeno é preferencialmente do aluno<sup>34</sup>. A deduzir por depoimentos e apelos recebidos dos estudantes nos últimos anos, posso dizer que a distância entre estes e os professores aumentou. E não foi pela relação de autoridade formal tradicional, mas pela autoridade do conhecimento acadêmico em nível de pós-graduação.

Os estudantes universitários chegam na universidade com muitas carências conceituais herdadas do ensino básico e da própria cultura geral. Por outro lado, o professor universitário já iniciou um processo de desenvolvimento que não quer e não pode mais parar. As políticas educacionais têm lhe exigido este aprimoramento. Os estudantes muitas vezes se tornam um empecilho para a continuidade daquele desenvolvimento, se o professor não recuperar a consciência de que a docência é *ensino, pesquisa e extensão*. O resultado desta falta de clareza ou consciência retomada é que se adotam procedimentos para o cumprimento dos programas das disciplinas que têm sido chamados de metodologia de ensino superior, mas que na verdade não se consegue nomear<sup>35</sup>. Esta metodologia tem se resumido na indicação de leituras de autores que vamos descobrindo no caminho de nosso desenvolvimento, e que portanto, fazem parte de uma história de construção do conhecimento que é nossa, não do estudante. Tentamos a todo custo encaixar no processo de aprendizagem destes, os nossos saberes em construção.

Como fica a conjugação dos verbos *ensinar* e *aprender* neste contexto? Não teríamos que partir do conhecimento do estudante para então orienta-lo, no tempo dele, ao entendimento e compreensão de informações e reflexões de outrem, constituídas como instrumento para a construção autônoma (vinculada a seu interesse e responsabilidade) de seu conhecimento? Um sintoma da falta de entendimento e compreensão de tais informações e reflexões, a meu ver, motivada pela metodologia da palavra pronta e do devaneio, está numa realidade estonteante da sala de aula: a mudez dos estudantes. Por que eles não falam em sala de aula? Por que não conseguimos parar de falar? Mesmo não querendo ser, não estaríamos sendo autoritários com nossa autoridade do saber adquirido; sobre o qual muitas vezes estamos ainda incertos? Sobre o qual muitas vezes ainda estamos em fase de *devaneios*? É metodologicamente correto nos darmos ao luxo dos devaneios teóricos, quando os estudantes não dominam conceitos<sup>36</sup> fundamentais das disciplinas que tratamos com devaneios e liberdade de aproximações com nossos interesses teóricos?

---

onde os palestrantes respondem a questões condutoras do projeto e expomos os trabalhos dos alunos em nosso Centro de Convivência, com painéis interativos para os visitantes.

<sup>34</sup> Aqui seria importante que não se dissimulasse esta diferença contra-argumentando que todos nos educamos uns aos outros mediatizados pelo mundo. O processo a que me refiro é o de aprendizagem do conhecimento sistematizado, que qualificou o professor para ser o sujeito do ensino e, por precisar ser repassado e posteriormente reconstruído, identifica o aluno como aprendiz, o sujeito da aprendizagem. O diálogo não impede que cada sujeito do processo desempenhe o seu papel claramente, já que o diálogo é a relação sujeito-sujeito sobre determinado objeto, cuja mediação é a linguagem. Dialogar não implica perder a identidade.

<sup>35</sup> Tenho solicitado ao meu grupo uma discussão a respeito da metodologia de ensino superior que estamos desenvolvendo individualmente e como grupo. Adotamos uma sistemática inicial onde todos os colegas da área da Didática – a que pertencem – faremos planos de ensino formais para dar acesso aos alunos e para registro da área para futuras avaliações e debates. Já é um começo. Somos 20 professores entre efetivos e substitutos.

<sup>36</sup> Tenho utilizado uma metodologia do estudo da disciplina através de seus conceitos fundamentais. A técnica utilizada consiste na construção de um glossário com os conceitos fundamentais escolhidos por mim e pelos estudantes, de acordo com suas carências anunciadas. Temos conseguido reconstruir teorias existentes e abordar temas pertinentes através das relações elaboradas no conjunto das discussões sobre os conceitos construídos individual e coletivamente. Desenvolvo pesquisa sobre técnicas e esta é uma delas, entre as que já citei em notas anteriores deste texto.



Em que, afinal, consiste a educação como prática da liberdade (positiva)? Estaríamos contribuindo para o desenvolvimento da autonomia (poder decisório, crítico e criativo) de nossos estudantes enquanto futuros profissionais de educação? E mais do que isto, estamos orientando como promover o mesmo com *outrem*, na medida em que obstruímos sua fala ingênua ou mágica, evitando que se exponha sem medo para então problematizá-la com respeito e consideração de sua história, dando-lhe a opção de escolher o caminho, desde que o fundamente coerentemente? Isto me faz citar Freire: “O diálogo, que é sempre comunicação, funda a colaboração. Na teoria da ação dialógica, não há lugar para a *conquista* das massas aos ideais revolucionários, mas para sua adesão. O diálogo não impõe, não maneja, não domestica, não sloganiza.” (1983:197) É possível o diálogo entre alunos e professores quando estes tentam impor suas idéias, convencendo-os, seduzindo-os ou coagindo-os?

Quando se pensa em releituras de Freire fico me perguntando se não temos em verdade que fazer uma releitura de nós mesmos. Quando Freire aponta a razão dialógica como meio viável e *saudável* (Morin, 2001 b) para a construção do conhecimento do mundo (e de si mesmo), e certamente isto só pode ser feito com os outros, vejo que não há mais nada para ser relido a não ser a revisão permanente de nossa coerência enquanto sujeitos éticos. Afinal de contas, que tipo de sujeito ético somos?

Vazquez faz um esclarecimento a respeito das éticas vigentes, que não me canso de divulgar entre os estudantes, quando falo em ética. Ele diz que há pelo menos três éticas vigentes nas sociedades atuais: o egoísmo ético, a ética utilitarista e a ética solidária. O egoísmo ético é característico dos adeptos da liberdade negativa<sup>37</sup>, exclusivamente. Seus atos são fruto de um interesse individual, não importando a quem possa prejudicar, desde que ele seja atendido em seus interesses. O utilitarista vai se preocupar com tudo o que for de utilidade para ele ou para seu grupo, pois admite o respeito ao grupo, desde que este exista para a sua utilidade. Este é o sujeito que gestou o espírito capitalista e individualista, mas que também transita na ética solidária. Já o ético solidário não tem explicações racionais para ser assim. Ele não consegue deixar de pensar no outro. Sua ética brota de uma necessidade de ver todos bem para poder se sentir bem. Estas duas éticas por razões diferentes compartilham espaços na concepção de liberdade positiva<sup>38</sup>.

Partindo desta diferenciação pode-se observar que o mote do pensamento de Freire, que é muito difícil de ser apreendido em sua extensão, porque transcende ao utilitarismo, é que se tratava do pensamento de um homem que desenvolveu uma ética solidária. Daí sua capacidade de compreender o que o *outro* precisava para aprender o mundo, daí sua afirmação de que isto deveria ser feito com os outros. Trata-se, indubitavelmente de um homem ético-solidário. Por isso fica tão difícil para os pensadores instrumentais, meramente utilitaristas, compreenderem de onde esse homem tirou uma teoria que tem fundamentos católicos e marxistas, que é mitológica e lógica. É preciso ter ou desenvolver uma capacidade de compreensão do outro muito apurada para saber ouvir, para perceber que fio da meada precisamos ajuda-lo a descobrir para tecer o próprio conhecimento. Esta não é uma tarefa fácil. Esta é uma tarefa para educadores com competência técnica, política e ética (Rios, 2000). É preciso ser não apenas prosaico, mas também poético. Isto não se ensina. Isto se aprende. Não é para qualquer um, pois somos diferentes. Portanto, será contingência da natureza pessoal daqueles que buscam a profissão de educador. Mostrar um saber não garante o querer “ser mais”.

Concluindo, por enquanto, gostaria de registrar que minha preocupação maior é a nossa falta de diálogo em todas as instâncias acadêmicas, seja pela falta de tempo, seja pela falta de espaços propícios para um diálogo verdadeiro – aquele com pretensão de verdade. Nossas vidas se transformaram em palcos de apresentações em que precisamos expor nossos produtos, independente de virem a ser vendáveis ou não. O importante é chegar à exposição.

<sup>37</sup> Entenda-se por liberdade negativa, aquela liberdade conquistada a qualquer preço. Será livre aquele que for mais forte. Esta definição está na base do pensamento neoliberal.

<sup>38</sup> Entenda-se liberdade positiva como aquela liberdade conquistada em comunhão da coletividade. Isto significa que minha liberdade termina onde começa a do outro. Esta definição está na base do pensamento marxista. Ver VAZQUEZ, Adolfo S. *Ética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

Se alguém está ouvindo também não há a menor importância. Todas estas atitudes colaboram para a inexistência de diálogo em sala de aula, em nossas metodologias. Estamos na sala de aula, mas também estamos pensando nas pesquisas que precisamos concluir, nos trabalhos que precisamos editar, etc. Teorizamos sobre diálogo, interdisciplinaridade, pensamento complexo, mas ainda não conseguimos ser intersubjetivos, transdisciplinares. O tempo passa e por nós passam dezenas de estudantes todos os anos. Quando poderemos refletir mais sobre isto? Pensar sobre o ensino superior, no meu entendimento, é tão urgente quanto pensar sobre a ciência que estamos produzindo na academia.

Precisamos começar a pensar mais em tecnologias de ensino superior que inteligentemente dêem conta de produção tecnológica a partir do conhecimento que produzimos. Ainda tratamos o ensino superior como o relato do conhecimento acumulado. Se nossos teóricos concordam com Freire, com Habermas ou com Morin e mesmo outros que acreditem no ser humano, então é hora de se pensar em como fazer isto. Já sabemos dos benefícios do diálogo. Pois bem, como dialogar? Como proporcionar o diálogo? Como ouvir mais e falar menos? Como despertar nos estudantes a auto confiança para a expressão do pensamento pela fala e pela escrita? Cobrando trabalhos que não lemos com a devida atenção? Cobrando apresentações que não orientamos por falta de tempo? Como argumentar sobre a importância dos estudantes ouvirem os estudantes como condição para o desenvolvimento de uma pretensão de verdade quando falam e quando pesquisam?

Não quero aqui achar todas as respostas. Quisera poder formular todas as perguntas (alguém já disse isto). Mas como podemos aprender de verdade, não apenas dizer, mas aprender a viver e a deixar viver? Como desenvolver o melhor dos atos pedagógicos: a crença no potencial de nossos estudantes, dizendo-lhes isto até que eles acreditem e se aventurem, como já fizemos, a optar pelos caminhos das descobertas e das dúvidas e outros mais, uns com os outros, em diálogo permanente. Como desenvolver este ato pedagógico no ensino superior?

## BIBLIOGRAFIA

- FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992
- Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992
- Pedagogia da Autonomia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- GIDDENS, Anthony. As consequências da modernidade. São Paulo: UNESP, 1991.
- HABERMAS, Jurgen. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus, 1988.
- HELLER, Agnes. O Cotidiano e a História. São Paulo: Paz e Terra, 1970.
- MACHADO, Virginia. Planejamento e avaliação no ensino superior: anotações sobre uma prática pontual. Revista Momento. Rio Grande: Ed. FURG, 2002.
- MORIN, Edgar. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- VAZQUEZ, Adolfo S. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

## **Sobre as Relações entre Complexidade e Transdisciplinaridade em Saúde**

Naomar de Almeida Filho

PhD em Epidemiologia, Diretor do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.  
Professor Associado, Departamento de Epidemiologia. University of North Carolina at Chapel Hill.  
Pesquisador 1-A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

\*Comentários ao artigo "Complexidade e Transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional ao setor saúde"  
publicado na Revista Brasileira de Educação Médica 22 (1): 7-18.

*Ensaio dedicado a Mário Chaves*

## RESUMO

São analisadas, de modo sistemático, as condições de desenvolvimento e uso dos conceitos de transdisciplinaridade e complexidade, visando aprofundar algumas questões epistemológicas e teóricas apenas esboçadas numa abordagem multidimensional do Setor Saúde proposta por Mário Chaves. Em paralelo, discutem-se algumas perspectivas de integração teórica desses conceitos, na tentativa de contribuir para a reflexão sobre as bases conceituais e metodológicas da pesquisa no campo científico da Saúde Coletiva.

## INTRODUÇÃO

O professor Mário Chaves publicou recentemente nesta revista um texto marcante e provocativo no qual propõe uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. Nesse ensaio, retoma e atualiza o fio de sua contribuição pioneira à reflexão epistemológica em saúde, de certo modo por ele inaugurada no Brasil com o pequeno clássico *Saúde & Sistemas* (1972)<sup>2</sup>. O desafio de polemizar com o mestre, em face de suas provocações, dá lugar à admiração por quem consegue, através dos anos, manter a mente aberta ao novo, sem perder o necessário rigor metodológico nem o entusiasmo pela discussão de princípios e fundamentos filosóficos da prática social em saúde. Mas, nem que seja por dever de ofício, devemos exercer nossa capacidade crítica a fim de fazer avançar o pensamento em saúde porque, como diz Chaves na abertura de seu ensaio, parafraseando Amílcar Cabral, é imperativo nesse momento “melhor compreender para melhor agir”.

No texto em pauta, Chaves apresenta claramente suas segundas intenções de um modo notavelmente preciso: precisamos lutar contra o processo de contínua fragmentação do conhecimento em campos disciplinares cada vez mais restritos. Para isso, assume um posicionamento pragmático perante a natureza multifacetada do Setor Saúde, construído a partir dos conceitos básicos de ‘complexidade’ e ‘transdisciplinaridade’. Coerentemente, a conclusão de sua investida consiste numa proposta de ação que não será aqui debatida porque extrapola os limites de minha competência. Aproveitando a rara oportunidade de dialogar diretamente com um dos mais importantes ideólogos na área da saúde no Brasil, prefiro dar continuidade a algumas reflexões sobre os conceitos selecionados, que tenho cometido recentemente<sup>3-5</sup>.

O conceito de transdisciplinaridade é resumido no ensaio em pauta principalmente com base nas concepções piagetianas, articula à proposição de uma epistemologia genética. Efetivamente, trata-se de uma formulação que, não obstante seu potencial, foi originalmente concebida por Jean Piaget enquanto um metaprojeto, um devir inalcançável, e não como um conceito senso-estrito. As proposições posteriores de seus discípulos principalmente no campo da filosofia da Educação, conforme a sistematização de Jantsch<sup>6</sup>, não conseguem escapar do idealismo neokantiano e sua avaliação otimista do potencial transformador da práxis humana. Aí encontro o primeiro elemento de crítica ao argumento do mestre, quando ele propõe que o sonho piagetiano (ou, mais precisamente, de seus herdeiros intelectuais) da transdisciplinaridade seria hoje uma realidade.

O conceito de complexidade, por sua vez, é sumarizado no texto de Chaves a partir de uma retificação da suposta conotação do senso comum, que o toma como equivalente a caos, desordem e obscuridade, para valorizá-lo como fundamento de uma “nova ciência”. No que concerne à definição do que é efetivamente complexidade, Chaves<sup>1</sup> seleciona dois importantes aspectos: por um lado, complexidade como a propriedade dos sistemas que “mantém a distinção entre as partes, [...] que] associa sem tirar a identidade das partes que a compõem, mas sempre considerando que o todo é maior que a soma das partes”. Por outro lado, a complexidade aparece no seu texto referida *en passant* como a coexistência de mundos entrelaçados num mesmo espaço-tempo. Aqui também encontro um importante ponto de debate com o mestre: em minha opinião, suas opções frente à polissemia do conceito de

complexidade privilegiam justamente aqueles aspectos de mais difícil operacionalização nos processos concretos de produção de conhecimento.

Frente ao dilema de tratar a complexidade como teoria ou como paradigma, Chaves prefere seguir Edgar Morin<sup>7</sup>, profeta do holismo epistemológico deste fim de século, com a expressão “pensamento complexo”. Aqui, encontra-se uma referência à capacidade do pensamento complexo de lidar com a incerteza e a possibilidade de auto-organização, além de sua dependência da noção de “unidade do conhecimento”. Desse modo, nosso autor busca articular os dois conceitos, considerando a complexidade em um nível superior de abrangência em relação à transdisciplinaridade. Para Chaves<sup>1</sup>, complexidade refere-se a uma propriedade totalizante do “Mundo Real” (grifado pelo autor em seu texto), ao passo que transdisciplinaridade seria seu equivalente na esfera do conhecimento. Em suas próprias palavras: “A complexidade está para o mundo real como a transdisciplinaridade está para o mundo acadêmico”.

É nessa tentativa de síntese que identifico o principal foco de minha crítica ao texto em pauta, sob três aspectos. Em primeiro lugar, sua adesão ao abstracionismo de Morin que, apesar de expressar um pensamento criativo, fascinante e sedutor, cada vez mais afasta-se do rigor epistemológico necessário aos embates pela consolidação de novas formas de prática científica. Em segundo lugar, creio que sua definição quase estruturalista de transdisciplinaridade, com ênfase em disciplinas, superposições, interstícios e espaços vazios, perde a oportunidade de considerar o caráter transitivo, praxiológico e “desancorado” daquele conceito. Em terceiro lugar, seu tratamento das relações entre transdisciplinaridade e complexidade, propondo uma duvidosa equivalência de nível simultânea a uma especificidade teórica, resulta em hierarquização e discriminação dos espaços de aplicação dos conceitos.

Neste ensaio, respeitosamente dedicado a Mário Chaves, tenho a pretensão de contribuir para o avanço desta importante área de reflexão, analisando os conceitos de transdisciplinaridade e complexidade. Preliminarmente, apresentarei de modo sistemático e um pouco mais detalhado o que penso sobre as condições de desenvolvimento e uso de tais conceitos. Em paralelo, buscarei discutir algumas perspectivas de integração conceitual desses conceitos no âmbito da Saúde. Dessa maneira, pretendo complementar o texto em discussão aprofundando algumas questões epistemológicas e teóricas apenas esboçadas pelo mestre Chaves.

## **TRANSDISCIPLINARIDADE**

Recentemente, tive a oportunidade de avaliar criticamente as definições de disciplinaridade e seus correlatos (multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade), com a pretensão de definir mais precisamente o conceito de transdisciplinaridade numa perspectiva pragmática<sup>4</sup>, explorando suas possibilidades de aplicação no campo científico da Saúde Coletiva<sup>5</sup>. Em face da necessidade de uma fundamentação epistemológica para a crítica à conceituação piagetiana de transdisciplinaridade adotada por Chaves, destaco nesta seção alguns aspectos deste importante debate, buscando retomar uma perspectiva materialista-histórica da ciência enquanto modo de produção e campo social<sup>8</sup>.

O ideal renascentista do cientista-sábio-artista-governante e o movimento iluminista do enciclopedismo, exemplificados pelo talento múltiplo dos pioneiros cientistas — que eram simultaneamente físicos, médicos, filósofos, matemáticos, astrônomos, naturalistas, literatos e políticos —, eram, em certa medida, marginais em relação à história da ciência. De fato, a ampliação do escopo da nascente prática institucional da ciência, com suas sociedades e academias, produzia campos disciplinares cada vez mais rigorosamente delimitados, como se fossem territórios inexplorados, demarcados e apropriados por seus desbravadores. Na arena científica, mais e mais se valorizava a especialização, tanto no sentido de criação de novas disciplinas científicas quanto na direção de subdivisões internas nos próprios campos disciplinares. Podemos, em princípio, designar esta estratégia de organização histórico-

institucional da ciência, baseada na fragmentação do objeto e numa crescente especialização do sujeito científico, como disciplinaridade.

À guisa de complementação ao texto de Chaves, que se refere à etimologia da palavra complexidade, cabe uma breve revisão da história etimológica do termo '*disciplina*' e seus derivados<sup>9</sup>. Contemporaneamente, a palavra disciplina conota organização, rigor, ascetismo, continuidade ou perseverança no enfrentamento de problemas. O antônimo '*indisciplina*' refere-se, em geral, a um defeito de conduta de alguém que não segue as regras ou que carece de efetividade por excessiva dispersão. Em Latim, a palavra *discipulus* parece ter sido empregada inicialmente em oposição a *magister*, num contexto de iniciação religiosa, intelectual ou artística. Os *discipuli* eram originalmente os seguidores de um mestre, de uma escola ou de um grupo, passando em seguida a designar aqueles que aderiam à filosofia ou ao método de uma escola de pensamento. *Disciplina* inicialmente significava a ação de aprender, de instruir-se; em seguida, a palavra foi empregada para referir-se a um tipo particular de iniciação, a uma doutrina, a um método de ensino. Posteriormente, veio a conotar o ensino aprendido em geral, incluindo todas as formas de educação e formação. Por metonímia, com a organização das primeiras universidades ainda no contexto da escolástica, disciplina passou a designar uma matéria ensinada, um ramo particular do conhecimento, o que depois viria a se chamar de "ciência". Por extensão, a disciplina tornou-se equivalente a princípios, regras e métodos característicos de uma ciência particular.

No momento atual de expansão da ciência, tem sido retomada uma abordagem sintética do problema do conhecimento, com a formação de novos campos disciplinares e interdisciplinares<sup>10</sup>. Nessa perspectiva, de algum modo se contempla a produção de objetos complexos, aqueles que não se subordinam a uma aproximação mera-mente explicativa. Trata-se então não apenas de explicar, produzir uma descrição rigorosa ou uma classificação precisa, mas também de construir a compreensão de uma dada questão científica. Podemos concordar que esta estratégia sintética de construção de um dado campo científico configura um paradigma alternativo que, seguindo Morin<sup>7</sup>, designamos como o paradigma da elucidação. Assim, elucidar significa abordar as especificidades e os enigmas dos eventos, processos, fenômenos, na natureza, na história e na sociedade, enquanto uma síntese provisória de múltiplas determinações.

Para além da disciplinaridade, a noção originalmente piagetiana de '*interdisciplinaridade*' implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas científicas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas. Esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade frente a uma temática unificada, atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar.

Por outro lado, ainda dentro da linhagem teórica Piaget Jantsch-Morin a que se filia Mário Chaves, a idéia de '*transdisciplinaridade*' indica uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. Baseada num sistema de vários níveis e com, objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma base de conhecimento comum, com tendência à horizontalização das relações interdisciplinares. Desse modo, a transdisciplinaridade implica a criação de um campo novo que idealmente seria capaz de desenvolver uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o originaram, como teria ocorrido com a moderna ecologia, oriunda da biologia evolucionista em sua interface com a química orgânica e as geociências.

Em outra oportunidade<sup>4</sup>, considerei que alguns postulados de base da definição de transdisciplinaridade de Jantsch seriam merecedores de um tratamento crítico. Primeiro, destaquei para exame o pressuposto de que os campos científicos constituem estruturas disciplinares, compostas por uma axiomática teórica e certamente compreendendo uma matriz metodológica. Segundo, identifiquei uma expectativa de que as relações interdisciplinares tenderiam à convergência, com reciprocidade, mútuo enriquecimento, fecundação e aprendizagem conjuntas, definidas pela temática e pela axiomática dos campos disciplinares.

Por último, encontrei o dogma otimista de que a comunicação interdisciplinar é desejável e factível, podendo ser realizada pela tradução de princípios e conceitos entre as disciplinas.

Com a pretensão de elaborar uma crítica lógica e pragmática da abordagem piagetiana, no texto referido<sup>4</sup>, propus uma série de pressupostos alternativos, buscando pelo menos manter o que chamei de “equivalência de nível”.

Primeiro, concordando com a posição de Bourdieu<sup>8</sup> de que os campos científicos de fato não são estruturados e sim instituídos por uma práxis, para a constituição de uma ciência, mais do que uma axiomática intradisciplinar contribuem decisivamente elementos simbólicos, éticos, políticos. Admitindo que não são os campos disciplinares que interagem entre si, mas sim os sujeitos que os constroem na prática científica cotidiana, não existiriam campos vazios, ou pelo menos preenchidos por entidades abstratas (princípios, conceitos, teorias, modelos). Os espaços institucionais da ciência seriam permanentemente ocupados por sujeitos da ciência, agentes históricos, organizados em grupos sociais peculiares que têm sido denominados “comunidades científicas”, estruturados nas matrizes de pensamento e conduta denominadas como ‘paradigmas’<sup>11</sup>.

Segundo, o paradigma não se torna dominante senão por meio de uma luta pela hegemonia que se trava em cada campo disciplinar. Como a comunicação “franca” interparadigmática não se exerce, as relações interdisciplinares em *princípio* tenderiam mais ao conflito do que ao diálogo, resultando em relações do poder político.

Na realidade, apesar das interações potencialmente possíveis no espaço da comunicação interdisciplinar e interparadigmática, o poder político tem natureza e determinações muito distintas do poder técnico, mesmo em âmbitos de aplicação por definição valorizadores do poder técnico, como deve ser o caso da arena científica<sup>12</sup>.

Enfim, terminei por concluir que a comunicação interdisciplinar é impossível, rejeitando o essencial do esquema analisado, da seguinte maneira<sup>4</sup>:

“Os princípios e conceitos fundamentais que compõem uma dada axiomática teórica e uma matriz metodológica qualquer não podem ser decodificados, traduzidos e recombinados simplesmente porque axiomáticas e matrizes não são somente princípios e conceitos. Mais ainda, o que faz uma disciplina ou um paradigma é muito mais do que apenas uma combinação método-lógica. Somente a quem já se encontra ‘dentro’ de um dado paradigma, e que por isso já o incorpora (traz no seu corpo, faz dele seu corpo, é por ele possuído, etc.), é dado ver o seu objeto privilegiado”.

A partir desta argumentação, avancei uma proposta de definição da transdisciplinaridade com base na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares mas entre agentes em cada campo, por meio da circulação não dos discursos (pela via da tradução) mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos<sup>4</sup>. Frente a um dado objeto complexo, cada um dos campos disciplinares que a ele se relacionam tem acesso somente a uma faceta particular deste objeto. Por seu turno, os agentes da prática científica que tiverem acesso a uma formação transdisciplinar são capazes de transitar entre pelo menos dois campos disciplinares, enquanto os especialistas permanecem restritos a seus respectivos campos.

Apresentei um exemplo dessa proposição, que certamente vale a pena reproduzir no contexto desta crítica-homenagem. Consideremos o objeto complexo da Saúde Coletiva, “cercado” pelos campos disciplinares da Epidemiologia, da Clínica, da Biologia e das Ciências Sociais em Saúde. Cada um desses campos disciplinares dispõe de um ponto de observação privilegiado em relação a cada faceta do complexo saúde-doença-cuidado; nenhum deles, no entanto, é capaz de apreender todos os ângulos do objeto. Vejamos agora os nossos agentes: a, especializado em Antropologia Médica e em Ecologia, transita do campo das Ciências Sociais para o campo da Biologia; b é portador de uma dupla formação em Imunobiologia e em Clínica Médica, podendo deslocar-se do campo biológico para o campo clínico sem dificuldades; c é capaz de atravessar os campos da Clínica, da Epidemiologia e das Ciências Sociais em Saúde; finalmente, d possui uma formação na subárea que tem sido denominada Epidemiologia Social. Os “especialistas” são competentes nos conteúdos e na linguagem de seus respectivos campos

disciplinares, tal como o são seus colegas “transdisciplinares”, porém, diferentemente desses, serão incapazes de transitar entre os campos. Para a elaboração de um discurso coordenado eficiente (resultante de operações de produção de conhecimento de diversas naturezas), relativamente válido como objeto-modelo sintético destinado a orientar a ação sobre aquele complexo de múltiplas determinações, quem estará mais capacitado a realizar a necessária circulação de conhecimento: o especialista ou o profissional transdisciplinar?

Assim, para além de uma síntese paradigmática no âmbito de cada campo científico, será necessária uma síntese transdisciplinar construída na prática transitiva dos agentes científicos particulares. A síntese paradigmática permite uma participação interessada inclusive dos especialistas, que poderão ter seu viés disciplinar enriquecido com aportes transdisciplinares. Porém somente a segunda síntese será capaz de dar conta do objeto complexo por meio de totalizações provisórias, construídas por uma prática cotidiana “transversal” dos sujeitos do conhecimento e operadas na concretude de seus aparelhos cognitivos. Finalizei o texto-base deste argumento<sup>4</sup> comentando sobre o perfil dos novos sujeitos do conhecimento, mutantes metodológicos prontos para o trânsito interdisciplinar, transversais, “operadores transdisciplinares da ciência”, capazes de transpassar fronteiras, à vontade nos diferentes campos de transformação, agentes transformadores e transformantes. Avaliando o potencial de aplicação dessa concepção alternativa de transdisciplinaridade ao contexto da saúde pública contemporânea, Paim & Almeida Filho<sup>5</sup> adiantam que a formação desses agentes seria essencialmente “anfíbia”, com etapas sucessivas de treinamento-socialização enculturação nos distintos campos científicos que estruturam o campo de práticas da Saúde Coletiva.

Em quê essa concepção de transdisciplinaridade difere da noção devida a Piaget-Jantsch-Morin? Creio que a resposta a esta questão se encontra na relação entre ciência enquanto rede de instituições do campo científico e ciência como modo de produção de conhecimento, mediada em todas as instâncias pelo conceito de prática científica. Em suma, trata-se de uma abordagem materialista-histórica da ciência, fundamentando uma definição pragmática da transdisciplinaridade como processo, estratégia de ação, modalidade de prática, e não como propriedade ou atributo de relações modelares entre campos disciplinares. Dessa maneira, fará mais sentido assinalar o caráter instrumental da transdisciplinaridade como via de transformação da “ciência normal” em ciência “revolucionária”, para respeitar a terminologia kuhniana, na emergência de novos paradigmas no campo científico.

## COMPLEXIDADE

Uma série de elementos epistemológicos e metodológicos têm sido propostos como tendência alternativa para a ciência contemporânea, agrupados sob o rótulo de “novo paradigma”. Alguns proponentes desses novos enfoques privilegiam os componentes analíticos formais que poderiam justificar a denominação genérica, para estas propostas, de teoria do caos ou da não-linearidade. Tais propostas se apresentam quase como um “neossistemismo”, atualizando e expandindo algumas posições da teoria dos sistemas gerais que havia alcançado certa influência no panorama científico dos anos 50 e 60<sup>2</sup>. Por esse motivo, a terminologia “teoria dos sistemas dinâmicos” tem sido empregada com certa frequência para designar os modelos complexos gerados no contexto de propostas de um paradigma científico alternativo<sup>16-18</sup>.

Portanto, a abordagem da complexidade não constitui rigorosamente uma nova concepção. Apesar disso, concordo que a categoria ‘complexidade’ designa um paradigma que, apesar de não trazer novidades, bravamente luta para tornar-se dominante em diversos campos de conhecimento neste fim de milênio. Seu oponente é o velho e bem-firmado reducionismo cartesiano, que tem subsidiado a maior parte dos avanços científicos e tecnológicos da moderna sociedade industrial. Sem dúvida, o reducionismo valoriza acima de tudo a simplicidade e parcimônia como elementos fundamentais de seus objetos e modelos. Apenas por brevidade, chamemo-lo de “Paradigma S” (paradigma da simplicidade, ou da simplificação, como prefere Chaves).



Hoje em dia, em muitos campos de conhecimento e disciplinas científicas anuncia-se que o Paradigma S teria exaurido sua capacidade de apreender as complexas realidades concretas da natureza, história e cultura humanas e, por conseguinte, teria alcançado seus limites como um terreno fértil para o avanço da ciência. Pensadores e cientistas de diversos campos de pesquisa (uma curta lista: Wiener, von Bertalanfy, Prigogine, Thom, Boulding, Maturana, Simon, Atlan, Lorenz, Moran, entre outros) desde a inauguração da perspectiva sistêmica, vêm propondo formas alternativas de superação das debilidades do reducionismo. A articulação sistemática desse desenvolvimento crítico resultou na composição de novos campos interdisciplinares, como a Ciência da Informação e a Cibernética. Mais recentemente, essas propostas foram finalmente unificadas, conformando o que veio a ser designado como “paradigma da complexidade”, ou, abreviadamente, o Paradigma C.

Não me parece adequada, como propõe Mário Chaves, a designação da categoria complexidade para resumir o conjunto de propriedades dos objetos concretos, realçando as raízes empíricas dos processos complexos como elementos essenciais para a constituição do novo paradigma. A idéia de complexidade seria, dessa forma, tomada como eixo principal que unificaria parcialmente as diversas contribuições em direção a um paradigma científico alternativo. Trata-se de uma aplicação generalizada da premissa de que, ao contrário da abordagem reducionista do positivismo, que tem como objetivo uma simplificação da realidade, a pesquisa científica dentro de um novo paradigma deve respeitar a complexidade inerente aos processos concretos da natureza, da sociedade e da história em busca de sua essencialidade<sup>15-19</sup>. Em minha opinião, o paradigma C, produto da cultura e da história humanas como qualquer outra construção social, resulta de uma prática social-intelectual-institucional chamada ciência, não sendo definível, numa perspectiva essencialista, por sua maior ou menor aproximação a processos factuais de uma realidade absoluta.

Nessa altura, é preciso considerar uma distinção fundamental entre simples, complicado e complexo. Nesse conjunto de definições, ‘simplicidade’ resulta de *ana-lysis*, i.e., da operação que fragmenta o sistema nas unidades mais simples possíveis. Isto equivale à redução cartesiana das relações e processos sistêmicos às formas elementares de determinação, que constituem “modelos simples”. A transição da simplicidade à complexidade não é linear e direta, tendo a noção de complicação como o nível imediatamente superior.

Complicado é um sistema que apenas multiplica nexos da mesma natureza (por exemplo, nexos causais) entre elementos do sistema de um mesmo nível hierárquico. Multiplicar os elementos de um dado sistema não é suficiente para nele “introduzir” complexidade. Consideremos como ilustração desse aspecto a definição epidemiológica de multicausalidade. Esta implica uma modelagem da complicação mas não da complexidade, na medida em que não indica hierarquia nem incorpora a diversidade complexa dos nexos presentes na realidade. Todas as interconexões entre os componentes são do mesmo tipo, tornando-o um sistema monótono. Trata-se de uma outra faceta do reducionismo, no sentido de que esta forma de modelar a realidade reduz a diversidade dos *nexos* existentes em qualquer fenômeno ou processo a relações estandardizadas.

A incorporação de diferentes formas elementares de determinação num mesmo modelo permite defini-lo como “modelo complicado de segunda ordem”. Abordagens transdisciplinares são especialmente indicadas para construir e operar modelos desse tipo, dispositivos intuitivos para a articulação de diferentes formas de determinação, incluindo a transformação de componentes em fatores por meio de definições de variáveis tipo “proxy”. Estes podem assumir a forma de modelos prototípicos para a desejada integração entre as ciências sociais (para processos macrossociais representados como relações de composição na base do modelo), lógica e semântica (justificando anamorfozes que produzem o *link* entre a base do modelo e os fatores modelados) e as ciências clínicas e da saúde pública (responsáveis pela modelagem dos riscos, doenças ou outros efeitos sobre a saúde). De fato, todas as relações internas do modelo convergem para um desenlace, assim visto como a finalização do processo. A despeito do poder heurístico superior desse modelo em relação ao modelo precedente, ele ainda opera no domínio da complicação (mas não da complexidade),

posto que nele não há qualquer tratamento da transformação dos fenômenos na dimensão temporal.

De fato, complexidade implica a noção de transformação. Nenhum dos modelos baseados na complicação, por mais sofisticados e articulados que sejam, considera a “flecha-do-tempo”<sup>17</sup>. Mesmo em suas versões mais desenvolvidas, tais modelos têm-se mostrado reducionistas, monótonos ou finalísticos e, acima de tudo, têm abordado a realidade complexa por “cortes de congelamento”, ou seja, por intermédio da paralisia de seu elemento mais fundamental, a natureza dinâmica do ser. Um sistema, mesmo o mais intrincado, que sempre converge para o mesmo *output* fixo, nunca será um sistema dinâmico, já de há muito nos ensinou o mestre Mário Chaves<sup>2</sup>. É por isso que a noção de retroalimentação se revelou tão crucial para a teoria dos sistemas. Na mesma medida, isso explica por que a idéia de ‘iteração’ se torna chave para definir a não-linearidade nos sistemas dinâmicos.

Várias possibilidades se apresentam no sentido de uma definição da complexidade a partir de uma perspectiva epistemológica mais rigorosa<sup>20-21</sup>. Assim, podemos catalogar como “modalidades” teóricas da complexidade as seguintes categorias:

Sistemas dinâmicos — compreendem estruturas sistêmicas abertas, em constante transformação, totalidades formadas por partes inter-relacionadas, elementos, conexões e parâmetros mutantes<sup>2,3,16,17</sup>;

Não-linearidade — no sentido da propriedade de interconexões sistêmicas que vão além das relações dose-resposta, produzindo efeitos que tendem a exceder a previsão dado um conjunto de determinantes<sup>13-15</sup>. A complexidade de um modelo pode ser entendida como sua natureza, não-finalista, correspondendo na linguagem da teoria dos sistemas à propriedade de retroalimentação de um modelo explicativo sistêmico;

Emergência — definida como a ocorrência do imprevisto, transgressão das leis conhecidas da determinação, engendrando o “radicalmente novo”. Em outras palavras, trata-se de um processo de determinação desconhecida, concernente à ocorrência de algo que previamente não existia no sistema<sup>7</sup>. Formalmente, implica uma descontinuidade na dinâmica do sistema, gerando o que um novo ramo do cálculo matemático chamaria de “catástrofes”, de acordo com René Thom<sup>22</sup>;

Borrosidade (fuzziness) — referida à propriedade da imprecisão de limites entre elementos dos sistemas, qualidade de uma realidade a-limitada, resultante da transgressão da lógica formal de conjuntos ou o efeito do “borramento” dos limites entre os elementos intra-sistêmicos e os limites entre o sistema e o contexto (ou supersistema)<sup>23</sup>;

Fractalidade — uma nova geometria do microinfinito, desenvolvida por Mandelbrot<sup>24</sup> como solução para analisar graficamente os padrões repetidos das relações não-lineares;

Caos — na prática definido como sensibilidade às condições iniciais mais imprevisibilidade do sistema como um todo. Neste aspecto, merece registro que cientistas norte-americanos, como Lorenz<sup>14</sup>, chegam a propor que todos os tópicos listados acima compreendem a teoria do caos, sendo a complexidade meramente uma de suas propriedades.

Numa perspectiva pragmática, buscando acercar a questão da complexidade a partir de uma -abordagem descritiva, podemos desenvolver um roteiro para o reconhecimento da complexidade onde ela se manifesta, ou seja, nos objetos-modelos ou nos quadros teóricos do Paradigma C.

O que é um objeto complexo? Para responder a esta questão, devemos considerar que a atribuição de complexidade pode assumir distintas manifestações. Em primeiro lugar, o objeto complexo é minimamente um objeto-modelo sistêmico, ou seja, faz parte de um sistema de totalidades parciais e pode ser compreendido ele mesmo como um sistema, também incorporando totalidades parciais de nível hierárquico inferior. Em segundo lugar, podemos chamar de objeto complexo aquele que, em sua forma de objeto heurístico<sup>25</sup>, não pode ser explicado por modelos lineares de determinação. Em outras palavras, trata-se de um

objeto-modelo submetido a funções não-lineares de determinação. Por isso, o objeto complexo não possibilita a predição, nem a partir dele se pode diretamente gerar tecnologia.

#### COMENTÁRIO FINAL: COMPLEXIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE

Cresce no campo científico a consciência de que a ciência se configura cada vez mais como uma prática epistemológica de construção de modelos<sup>25</sup>, de formulação e solução de problemas num mundo em constante mutação<sup>20-21</sup>. De certo modo, o antropocentrismo típico do cientista de tradição cartesiana parece não ter mais lugar numa ciência que valoriza cada vez mais a descentração e a relatividade<sup>7</sup>. A crise resultante dessa mudança de valores da ciência ocorre porque a prática científica está continuamente produzindo não somente novas formas para referenciar os mesmos velhos objetos, mas de fato objetos radicalmente novos, realmente emergentes, objetos complexos.

Vimos acima que conceitualmente o objeto complexo é sintético, não-linear, múltiplo, plural e emergente. Para uma abordagem respeitosa destes intrigantes atributos, a organização convencional da ciência, em disciplinas autônomas e até estanques, precisa ser superada por novas modalidades da práxis científica, instaurando formas alternativas de disciplinaridade. Sabemos também que metodologicamente o objeto complexo é aquele que pode ser apreendido em múltiplos estados de existência, dado que opera em distintos níveis da realidade. O objeto complexo é multifacetado, alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência. Daí que, para construí-lo como referente, são necessárias operações transdisciplinares de síntese, produzindo modelos sintéticos, e, para designá-lo apropriadamente, é preciso o recurso à polissemia resultante do cruzamento de distintos discursos disciplinares.

No campo da Saúde Coletiva, no contexto do Paradigma vários autores têm defendido o emprego de modelos sistêmicos complexos em geral para abordar diferentes questões de pesquisa: Attinger<sup>26</sup> pioneiramente, propõe a análise e políticas de saúde a partir de modelos dinâmicos desde uma perspectiva teórica da complexidade, capazes de integrar os níveis micro e macro e as transformações dos sistemas de saúde; Olsen & Schaffer<sup>27</sup> e Phillippe<sup>28</sup>, entre outros, estudaram a dinâmica das epidemias como fenômenos caóticos não-lineares; Castellanos<sup>29</sup>, Almeida-Filho<sup>3</sup> e Breilh<sup>30</sup>, independente mas simultaneamente, sistematizaram propostas equivalentes e complementares de uso destas novas abordagens paradigmáticas para a construção metodológica do objeto da pesquisa epidemiológica. Tais propostas vêm sendo ampliadas e difundidas com o objetivo de fomentar uma produção científica concreta, capaz de efetivamente alimentar um possível paradigma novo<sup>4,5,31-35</sup>.

A esse esforço de construção teórica agrega-se agora a importante contribuição de Mário Chaves, muito bem-vinda a medida em que amplia as possibilidades de construção da nova geração de modelos do setor saúde, baseados na noção de Promoção da Saúde. Espero que esta modesta colaboração, complementando e aprofundando possíveis lacunas no ensaio do mestre, possa auxiliar na compreensão da dinâmica dos sistemas de saúde no sentido de sua efetiva transformação.

#### AGRADECIMENTO

Este texto insere-se no Projeto Integrado “Elementos de Crítica Epistemológica da Epidemiologia (para a construção de um novo paradigma científico em saúde)”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — CNPq (Processo 520.573/95.1). Jairnilson Paim e Denise Coutinho muito contribuíram, com críticas e sugestões, para aprimorar forma e conteúdo de uma versão preliminar do manuscrito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHAVES, M. Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 22(1): 7-18, 1998.
  2. CHAVES, M. *Saúde e Sistemas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1978. 205 p.
  3. ALMEIDA FILHO, N. Paradigmas em Epidemiologia. 1 Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Epidemiologia e Desigualdade Social: Os Desafios do Final do Século*, Anais, Campinas-SP, 2 a 6 de setembro de 1990.
  4. ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* II (1/2): 5-20, 1997.
  5. PAIM, J. & ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998.
  6. JANTSCH, E. Vers. l’interdisciplinarité et la transdisciplinarité dans l’enseñnerit et l’innovation. In: Vários Autores. *L’interdisciplinarité*. Paris, OCDE, 1972.
  7. MORIN, E. *Science avec conscience*. Paris, Fayard, 1990.
  8. BOURDIEU, P. O Campo Científico. In: Ortiz, R. (org.) *Pierre Bourdieu*. São Paulo, Editora Ática, 1983, p.122-155.
  9. REY, A. *Dictionnaire Historique de la Langue Française*. Paris, Dictionnaires Le Robert, 1993.
  10. MAHEU, R. Introduction. In: Vários Autores. *Science et Synthèse*. Paris, Gailimard, 1967, p.10-18.
  11. KUHN, T. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
  12. TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
  13. RUELLE, D. *Hasard et Chaos*. Paris, Odile Jacob, 1991. Coletiva. *Construção do Pensamento e Debate*. In: Costa, D.C. (Org.) *Epidemiologia, Teoria e Objeto*. Hucitec/
  14. LORENZ, E. *The Essence of Chaos*. Seattle, University of Abrasco, São Paulo, 1990, 137-165. Chicago Press, 1993.
  15. PERCIVAL, J. *Chaos: a science for the real world*. In: Hall N(ed.) *Exploring Chaos*. New York, Norton, 1994, p.11-22.
  16. ATLAN, H. *Entre le Crystal et la Fumée*. Paris, Seuil, 1981.
  17. PRIGOGINE, I & STENGERS, I. *La Nouvelle Alliance*. Paris, Gallimard, 1986.
  18. LEWIN, R. *Complexity - Life at the edge of chaos*. New York, McMillan, 1992.
  19. ROBSON, C. *Real World Research*. Oxford, Blackwell, 1996.
  20. SANTOS, B. S. *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*, Rio, Graal, 1989.
  21. SAMAJA, J. *Epistemologia e Metodología*. Buenos Aires, Eudeba, 1994.
- world: Convergences and divergences among the schools.
22. THOM, R. *La Théorie des Catastrophes et ses Applications*. In: *Reflexions sur des nouvelles approches dans l’étude - des systèmes*. Chatenay, Ecam, 1975.
  23. McNEILLI, D & FREIBERGER, P. *Fuzzy Logic*. New York, Simon & Schuster, 1993.
  24. MANDELROT, B. *Fractais - a geometry of nature*. In: - - Hall N (ed.) *Exploring Chaos*. New York, Norton, 1994, p.122-135.

25. BUNGE, M. Teoria e Realidad. Barcelona, Anel, 1972.
26. ATTINGER, E. O. Dynamic Modeling and Health Policy Research. In: Methodological Foundations for Research on the Determinants of Health Development. Genebra, WHO/RPD/SOC, 1985, p. 56-74.
27. OLSEN, L & SCHAFFER, W. Chaos versus noise penodicity: alternative hypotheses for childhood epidemics. Science 249:499-504, 1990.
28. PHILIPPE, P. Chaos, Population Biology and Epidemiology. Human Biology 65(4):525-546, 1993.
29. CASTELLANOS, P. L. Avances Metodológicos en Epidemiología. 1 Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Anais. Campinas, Abrasco, 1990, p. 201-216.
30. BREILH, J. Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do Pensamento e Debate. In: Costa. D. C. (org.) Epidemiologia, teoria e objeto. Hucitec/Abrasco, São Paulo, 1990, 137-165.
31. SCHRAMM, R. F. Castiel LD. Processo Saúde/Doença e Complexidade em Epidemiologia. Cad. Saúde Pública 8(4):379-390, 1992.
32. COSTA-CAPRA, R. Fuzzy Logic and Epidemiologic Reasoning. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Resumos, Salvador, Abrasco, 1995, p. 305.
33. CASTIEL, L. D. O Buraco e o Avestruz - A singularidade do adoecer humano. Campinas, Papirus, 1994.
34. BREILH, J. Epidemiology's role in the creation of a humane world: convergences and divergences among the schools. Social Science and Medicine 41(7):911-914, 1995.
35. KOOPMAN, L. Comment: Emerging Objects and Methods in Epidemiology. American Journal of Public Health 86(5): 630-632, 1996.

*Endereço para correspondência:*

*Instituto de Saúde Coletiva - UFBA*

*Rua Padre Feijó, 29 - 4 andar*

*CEP 40110-170 – Salvador - BA*

***A Construção de Novos Modelos Acadêmicos,  
de Atenção à Saúde e de Participação Social***

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Médica, Mestre em Saúde Pública, Professora do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil). Assessora da Coord. do Programa UNI.

Roseni de Sena

Enfermeira, Doutora, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

O propósito deste capítulo<sup>39</sup> é analisar os processos desencadeados através dos projetos UNI em seus vários âmbitos de intervenção. Foi elaborado com base em material documental do programa, conhecimento direto das autoras sobre os projetos e revisão bibliográfica pertinente.

Procuramos olhar criticamente os pressupostos teóricos do UNI, contrastando-os com um referencial mais amplo, que contempla adequadamente, segundo o ponto de vista das autoras, o complexo cenário atual. Foi à luz desse referencial conceitual mais amplo que analisamos a experiência prática dos projetos, seus resultados, problemas e procuramos identificar limitações e projetar potencialidades.

Num primeiro momento, procuramos destacar algumas características gerais do desenvolvimento da iniciativa. Numa segunda parte, trabalhamos os processos e resultados obtidos em cada um dos segmentos, mas procurando sempre examinar as relações entre eles, que é a marca principal do UNI.

### **A interface entre os segmentos na construção de novas práticas no campo da saúde**

O UNI não é um programa que propõe e opera mudanças em abstrato: a proposição da iniciativa partiu de uma análise da saúde, da participação popular e da educação de profissionais de saúde na América Latina e em sua operação seu ideário foi e segue sendo construído e reconstruído a partir dos contextos experimentados pelos projetos. A incapacidade do pensamento e das práticas hegemônicas de darem respostas aos novos problemas e necessidades na área da saúde e da educação gera as contradições que são o motor dos processos de mudança desencadeados nos espaços do UNI.

Algumas dessas contradições estão relacionadas aos processos mais gerais de transformação do mundo do trabalho, das relações entre pessoas e segmentos sociais, entre produção e consumo de bens e serviços decorrentes das inovações tecnológicas, das novas relações estabelecidas pelo capital internacional e das novas maneiras de organizar e gerenciar o processo de produção.

Essas transformações têm que ser entendidas dentro do contexto da globalização que traz conseqüências não somente econômicas, mas políticas, sociais e culturais. A nova divisão internacional do trabalho têm levado à adoção de políticas que impõem mudanças em relação ao tamanho e atribuições do Estado, favorecem a desregulamentação das economias nacionais, enfatizam o papel do mercado no estabelecimento de “novos equilíbrios” e preconizam amplos programas de privatização do setor público, inclusive nas áreas de saúde e educação como alternativa para diminuir os gastos do Estado (Deluiz, 1997).

As repercussões dessas políticas na área social têm sido enfocadas sob dois ângulos: um que indica como tendência irreversível o “desmonte” do Estado de Bem-Estar Social, com a desresponsabilização do Estado-nação pela garantia de direitos nessa área (Ianni, 1996; Ianni, 1997; Fiori, 1993; Tavares e Fiori, 1997).

Outra abordagem reconhece existir de fato uma redução da possibilidade dos governos nacionais de utilizarem alguns instrumentos cruciais de política econômica e também constrangimentos às políticas sociais, mas questiona que isso implique uma tendência inexorável à eliminação de mecanismos de proteção social.

Por um lado, argumentam não existir dados econômicos internacionais que justifiquem essa última afirmação, já que os gastos com a área social (em % do PIB) têm aumentado nos países europeus, nos EUA e até no Brasil (Vianna, 1997). Por outro, recusam

\* Este texto corresponde ao Capítulo 3 do livro de ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (org). Tradução: DURÃO, A. B [et. Al.]. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

a idéia da inevitabilidade histórica do processo de desmonte e consideram que o elemento essencial de freio às ameaças ao bem-estar social tem sido e será a capacidade de mobilização política na defesa dos direitos sociais. Surge, desde esse ponto de vista, uma possibilidade de revalorização da ação política e dos sujeitos sociais contra o determinismo econômico (Santos, 1995).

O padrão atual de organização da produção apoia-se na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Há setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços, novos mercados e uma nova dinâmica, muito mais intensa de inovação comercial, tecnológica e organizacional.

Surge também um fenômeno paradoxal de ampliação do trabalho informal e precário e de emergência de um trabalho revalorizado, em que o trabalhador polivalente, multiqualificado, deve exercer funções muito mais abstratas e intelectuais, menos trabalho manual e mais manipulação simbólica. Também são exigidas desse trabalhador capacidades de diagnóstico, de solução de problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto-organizar-se e de enfrentar situações em constante mudança (Deluiz, 1997).

Todo esse processo de transformação determina crises que se revelam nas macro e micro estruturas da sociedade. No campo da saúde a crise se compreende principalmente através da contradição entre o paradigma dominante e o paradigma da construção social da saúde.

O primeiro vê a saúde desde um ponto de vista biologista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia. O segundo baseia-se na construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à saúde. Esse novo paradigma deveria ser capaz de reorientar as relações entre profissionais de saúde e comunidade e de redefinir o peso e o papel do setor de prestação de serviços de saúde nesse processo (Mendes, 1996).

Em saúde, a existência dessa crise paradigmática se revela em vários níveis, sendo o principal deles a incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger sua saúde na medida que suas circunstâncias históricas requerem e os recursos existentes sugerem ser possível fazer (Organización, 1992). Essa incapacidade está relacionada com a ineficácia e ineficiência dos sistemas e do modelo assistencial predominante, com as dificuldades estruturais para financiá-los e com a crescente insatisfação da população em sua relação com os serviços e com os profissionais de saúde.

Na educação a crise se revela através da contraposição entre a concepção hegemônica tradicional, expressa através da pedagogia da transmissão, da prática pedagógica centrada no professor, da aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade, e a concepção crítica reflexiva, sustentada na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem.

No campo da organização social existem mudanças importantes no papel que cada segmento da sociedade civil organizada cumpre na conquista e defesa de direitos. Há uma tendência de questionamento da democracia representativa e de revalorização da democracia participativa. Ao lado disso, há uma incerteza em relação ao futuro, envolvendo a garantia de trabalho, acesso a bens e serviços e segurança. Há também uma crise dos valores que definem o cotidiano da vida e das relações sociais, como por exemplo a solidariedade, a relação indivíduo-coletividade e o próprio exercício da cidadania.

Há crise ainda em um outro terreno, mais filosófico, que influencia e se relaciona como todos os demais: o modelo cartesiano de ciência expurgou do mundo todas as qualidades sensíveis. Para conhecer o verdadeiro ser do universo seria preciso abandonar por completo todas as sensações e impressões, desejos e afetos, tudo o que se apresenta como



subjetivo. Porque a subjetividade 'não permitiria' que se formem proposições científicas rigorosas e universais.

A realidade das coisas, então, ficou reduzida às suas determinações ideais e foi abandonado o caráter sensível do mundo, que constitui a essência mesma da vida e é o que faz dele um mundo humano. Toda crença e toda busca de sentido ficou relegada à esfera privada e à irracionalidade; o homem converteu-se numa coisa qualquer, preso às forças da técnica e da história que passaram a subjugar-lo (Japiassu, 1996).

Existe uma certa onda de revolta e de indignação contra esse tipo de visão da ciência, racionalista, reducionista. A visão da ciência que produz continuamente um poder, serve a esse poder, que se tornou opressora e que exerce uma "tirania" intelectual sobre todos os outros saberes. A ciência que produz conhecimentos e desconhecimentos, que faz do cientista um ignorante especializado e do cidadão comum um ignorante generalizado (Santos, 1987).

Buscam-se de alternativas. Busca-se uma ciência que tente dialogar com todas as formas de conhecimento, deixando-se penetrar por elas, inclusive o senso comum. Busca-se uma reforma do ser humano enquanto ser social-histórico. Busca-se um auto-ultrapassamento da razão, pois não há necessidade de alguns sábios, há necessidade de que o maior número de pessoas adquira e exerça a sabedoria como poder de tornar-se ativo, como vontade que avalia e interpreta. (Castoriadis in Japiassu, 1996).

Não resta dúvida de que pelo menos uma parte dos problemas mencionados na saúde e na educação estão intimamente relacionados com esses problemas filosóficos.

A possibilidade de revalorização da ação política e dos sujeitos sociais é parte essencial do olhar com que vamos discutir o programa UNI, sua implementação e seus resultados até o momento.

É exatamente na possibilidade de contribuir para a construção de novas práticas sociais, capazes de dar respostas a esses impasses, que trabalham os projetos UNI, com base especialmente na experiência da parceria. Essas novas práticas, produto da ação dos novos sujeitos constituídos, revelam-se em várias esferas: nas atividades de ensino-aprendizagem, na investigação, na prática profissional em saúde, nas práticas sanitárias e na participação democrática da população no terreno da saúde e de todos os temas fundamentais para o exercício da cidadania.

Na concepção original do programa existia a intencionalidade de desenvolver novas práticas em todos esses terrenos e isso influenciou genericamente os projetos em suas proposições e diretrizes iniciais. Em sua implementação, no entanto, os projetos aprenderam que essa intencionalidade é insuficiente para gerar processos de mudança.

O que move os sujeitos é a busca de solução para problemas e de satisfação para suas necessidades. Por isso mesmo, nos projetos, foi a partir da abordagem coletiva de problemas que se começou a construir a interação entre os três segmentos e a problematização da realidade. Assim se concretizou a possibilidade de revelar outras dimensões dos problemas já identificados, além de novos problemas e novas necessidades, porque se combinavam e articulavam as leituras dos diferentes atores.

Ir aos serviços de saúde ou à comunidade com os estudantes com uma agenda definida unilateralmente pelo professor é completamente diferente de ir a esses mesmos lugares com uma agenda construída em conjunto, que leve em conta não somente as necessidades de ensino-aprendizagem, mas também os problemas identificados pelos serviços e pela comunidade.

Assim como pensar a organização dos serviços de saúde levando em conta as prioridades identificadas pela população ou suas necessidades de atenção é inteiramente distinto da prática predominante de pensar os serviços a partir de sua própria lógica de prestação.

Do mesmo modo, para a população ser objeto de uma intervenção dos estudantes ou dos serviços de saúde é completamente diferente do que participar efetivamente da eleição do tema a ser trabalhado, da definição dos objetivos, da construção e da implementação da ação.

A partir dessa interação, novos objetos de estudo e de trabalho foram definidos e sua abordagem muitas vezes exigiu e exige outro referencial teórico e metodológico. As novas práticas, então, são uma necessidade para enfrentar novos problemas; são fruto dos desafios concretos e não simplesmente de definições teóricas feitas *a priori*. E esses desafios é que levaram aos processos de mudança no âmbito específico de cada segmento e na esfera comum que se construiu nos projetos.

### *Democratizar relações e construir sujeitos*

A proposta UNI foi construída no contexto de uma América Latina recém-saída de regimes autoritários, mergulhada em um processo contraditório de construção (democratização) e desconstrução da cidadania (globalização, pós-modernidade).

O primeiro movimento (democratização) se sustenta na capacidade de produzir ou reproduzir comportamentos democráticos na esfera do governo e da sociedade. Isto ocorre sempre que comportamentos político-democráticos são internalizados pelos atores políticos no processo de socialização. Ou quando existe consenso entre atores políticos para substituir a satisfação de interesses próprios por interesses coletivos. Ou ainda quando a democracia ajuda a promover a satisfação de interesses diversos (o que é imprescindível para a construção do consenso entre distintos atores) (Gerschman, 1997).

Para a reprodução da democracia, entendida nesses termos, é indispensável a constituição de sujeitos democráticos, o que remete a uma concepção específica de sociedade, diferenciada no reconhecimento do *si mesmo* e do *outro* e que se expressa na existência de direitos a serem usufruídos pelo conjunto dos cidadãos.

Numa conjuntura geral de desmobilização, os projetos UNI revelaram-se como um espaço aglutinador de idéias e de pessoas, possibilitando que se expressassem interesses, desejos, necessidades e proposições. Esse conjunto de elementos favoreceu um tipo de interação capaz de levar à constituição de sujeitos que promovem os processos de mudanças.

Os espaços coletivos de reflexão e ação propiciados pelos projetos revelaram-se geradores de uma energia capaz de mover os sujeitos em direção à mudança em seus respectivos segmentos, de criar outros níveis de atuação que dizem respeito ao conjunto e que se traduzem nos objetivos e ações comuns aos três segmentos. Um elemento fundamental para isso foi a quebra das barreiras de comunicação, o rompimento do isolamento habitual das instituições, e dos micro-espacos em seu interior, em relação à realidade social, além da construção de espaços coletivos de pensar, atuar e recriar.

No paradigma de comunicação construído por Jürgen Habermas, “o sujeito não é definido exclusivamente como sendo aquele que se relaciona com objetos para conhecê-los ou para agir através deles e dominá-los. Mas como aquele que durante o seu processo de desenvolvimento histórico, é obrigado a entender-se junto com outros sujeitos sobre o que pode significar o fato de conhecer objetos, agir através de objetos ou ainda dominar objetos ou coisas” (Siebeneichler, 1989).

A parceria possibilitou que se construíssem sujeitos ao criar oportunidades para que os diversos atores recuperassem a iniciativa em seus respectivos contextos, analisassem a realidade, falassem, propusessem, escutassem, tomassem decisões, executassem e avaliassem atividades /alternativas /projetos.

No entanto, se nos projetos não existisse a possibilidade de concretizar o planejado, seu poder transformador seria muito menor. O desenvolvimento humano não depende apenas das vontades dos sujeitos, ele vai se construindo num processo de interação

continua entre o sujeito e a sociedade (Severino, 1992:11). Examinemos, então, como funciona o UNI nessa esfera.

A cidadania é uma qualificação do exercício da própria condição humana, que se concretiza através do gozo dos direitos civis, políticos e sociais e que exige o compartilhar efetivo dos bens materiais, dos bens simbólicos e dos bens sociais. É isso que a parceria, em sua plenitude, potencialmente pode produzir e que, em certa medida, já produz nos projetos.

No UNI, o compartilhar dos bens materiais se deu/dá através dos mecanismos que possibilitam conhecer as necessidades de todos os atores, definir conjuntamente prioridades e repartir os recursos entre eles (recursos materiais de modo geral, não apenas financeiros).

O compartilhar dos bens simbólicos se deu/dá através do esforço de estabelecer linguagens comuns, de conhecer a realidade, as necessidades e as opiniões do outro, de valorizar a dimensão subjetiva dos sujeitos em ação.

No entanto, não basta repartir os bens materiais e simbólicos; a construção dos sujeitos passa necessariamente pela redistribuição do poder, o que, nos projetos UNI, ocorreu através do estabelecimento de mecanismos e espaços de participação efetiva dos atores dos três segmentos.

O exercício de construir a parceria implicou democratizar as relações entre os segmentos e no interior de cada um deles. Em algum grau e em alguma medida isso aconteceu em todos os projetos UNI. Mesmo nos contextos mais desfavoráveis, nas instituições mais rígidas e conservadoras, o fato de ter que estabelecer algum grau de diálogo com os outros segmentos, de construir objetivos comuns, de em alguma medida compartilhar decisões, saberes e recursos foi suficiente para que existisse a possibilidade de se constituírem novos sujeitos.

Trabalhando juntos de alguma maneira, dentro e fora dos muros das universidades e unidades de saúde, docentes, estudantes, profissionais de serviço e comunidade desenvolvem novas maneiras de aprender, novas práticas de saúde e recuperam os valores da solidariedade e da cooperação.

Todo esse processo de constituir sujeitos, de criar novas relações, novas alternativas e possibilidades de atuação fez as instituições e organizações mais permeáveis à mudança e também ampliou a referência dessa transformação: o campo de interação com os outros segmentos passou a fazer parte do universo dos atores de cada um deles.

É exatamente do ponto de vista dessa interação que discutiremos as mudanças produzidas/estimuladas através do UNI no caminho de construir novos processos de formação profissional, de produção dos serviços de saúde e de participação popular e construção da cidadania.

## **As estratégias e os processos de mudança**

### *As estratégias de mudança*

*Para analisar os processos e de algum modo qualificar os resultados obtidos através do projetos UNI, foi necessário definir algumas categorias analíticas em relação às mudanças, as quais adotamos/adaptamos de uma proposição desenvolvida por Almeida (1997).*

*Diferenciamos um primeiro plano, onde estão as intervenções pontuais, localizadas, parciais, concentradas nas atividades, nos meios, nas relações técnicas entre os atores no processo de ensino, no processo de prestação de serviços de saúde e de participação da população. É o plano do reconhecimento da realidade, do reconhecimento da existência do outro, da descoberta da possibilidade de ação. Os resultados desse tipo de atividades em geral são alterações isoladas de processos.*

*Há um segundo plano de intervenção que é o dos atores sociais e das relações de força. Corresponde ao processo da constituição de sujeitos. Através da construção de espaços*

*coletivos de reflexão, da democratização do conhecimento, da percepção de que os sujeitos têm possibilidade de ação real (quer dizem a percepção de que há espaço e recursos de poder para levar proposta à prática). Aqui as mudanças incidem em dimensões mais abrangentes do processo de formação profissional, da prestação de serviços e da participação popular, quais sejam as relações sociais, estabelecendo novos critérios de convivência entre os sujeitos envolvidos.*

*No terceiro plano existem mudanças na correlação de forças entre os diversos sujeitos e grupos dentro das instituições e entre elas. As mudanças envolvem a essência do próprio processo de produção do conhecimento e da construção de novos paradigmas. São as mudanças mais amplas que têm como alvo as relações políticas entre os sujeitos sociais e os atores institucionais.*

*Alguns projetos, desde o princípio, tinham proposições globais em que se podia vislumbrar ações e projetos de mudança nos três planos, especialmente no que diz respeito ao processo de formação de recursos humanos. Outros foram construindo essas estratégias ao longo de seu processo de implementação. Muitos não se deram conta do processo e não conseguiram intervir de maneira mais organizada ou planejada.*

*Como consequência, em todas as esferas predominaram os processos do primeiro e segundo planos. Apesar disso, estão em curso algumas transformações mais profundas no campo da formação profissional, nos serviços de saúde e no campo da participação popular. No entanto, em um número significativo de projetos, somente agora começa a existir a percepção de que as inovações e mudanças nos processos e nas relações são importantes, mas não bastam para chegar onde se pretendia.*

*Apresentaremos a seguir algumas das estratégias mais significativas desenvolvidas pelos projetos para intervir nos três planos e nas três esferas de atuação (formação, serviços e participação) e os resultados até o momento.*

### **A construção de cenários favoráveis**

A proposta UNI, desde sua fase de desenho, buscou a construção de cenários favoráveis à implantação e implementação dos projetos. Algumas diretrizes gerais fizeram parte desse repertório:

- a porta de entrada e a inserção dos projetos dentro das instituições de saúde e educação e das organizações comunitárias

Os projetos entraram na universidade a partir de um compromisso institucional, da direção das instituições, com as propostas apresentadas pelo programa. Muito embora isso não tenha sido garantia de permeabilidade às inovações, na maior parte dos projetos foi suficiente para que elas não ficassem restritas a um departamento ou a pequenos grupos no interior das faculdades.

O mesmo pode se dizer em relação aos serviços de saúde. Com a aprovação da direção regional de saúde, pelo menos distritos inteiros, quando não todo o município, foram envolvidos no compromisso inicial de trabalho.

Os parceiros comunitários foram buscados em organizações o mais representativas possível, com maior capacidade de mobilização e reconhecimento da população das áreas de intervenção.

Procurou-se assim fortalecer a governabilidade dos processos de mudança que se pretendia desencadear.

- a participação dos três segmentos desde a elaboração da proposta

Formalmente se conseguiu assegurar essa participação; no entanto isso não foi, em muitos casos, garantia de participação efetiva, de equidade ou de equilíbrio nesse processo inicial. A universidade apresentou-se como hegemônica na maior parte das vezes.

Ao longo do tempo, foram desenvolvidas, dentro de cada projeto e de cada segmento, estratégias específicas para a democratização e horizontalização dessas relações.

Não se pode dizer que se tenha atingido a equidade (nem que isso seja possível no contexto atual), mas os três segmentos foram assumindo ou conquistando espaços reais de poder em todas as fases de implementação dos projetos.

- estabelecimento de instâncias tripartites para a direção dos trabalhos em todos os seus aspectos, inclusive na definição da utilização dos recursos financeiros

Esse foi o primeiro passo para o estabelecimento da interação entre os parceiros. Desde o início na maior parte dos projetos houve representação efetiva dos três segmentos nas instâncias de direção política. No entanto isso revelou-se insuficiente para a construção de relações efetivas de parceria. Foram, então, estabelecidas instâncias intermediárias e mecanismos de interação na operacionalização das propostas.

Este foi um grande desafio enfrentado pelos projetos, pois não havia experiências anteriores que pudessem ser utilizadas como referencial e essas foram relações que implicaram a existência de conflitos e uma contínua disputa e redistribuição de poder. O estabelecimento dos caminhos para uma relação efetiva entre os componentes foi de fato uma construção coletiva, fundamental para existir uma interação positiva.

Indiscutivelmente esse processo foi determinante na definição do significado e das dimensões da parceria. Mesmo nos contextos mais desfavoráveis a existência dessas instâncias de interação foi suficiente para desencadear mudanças significativas nas relações entre os parceiros, ainda que dentro de limites bastante variáveis.

Essas instâncias de discussão e participação também se revelaram um instrumento fundamental para os atores dos segmentos poderem se apropriar da proposta e da idéias UNI e terem oportunidade de reconstruí-las a partir de suas experiências.

- desenvolvimento de estratégias que possibilitassem que o maior número possível de atores tivessem participação ativa nos projetos

Como na maior parte dos processos inovadores, os UNI também foram iniciados pela ação efetiva de um núcleo de pessoas mais mobilizadas da universidade, dos serviços e da comunidade. No entanto, sempre houve a preocupação de ampliar quanti- e qualitativamente a participação: foram incorporadas pessoas dos mais variados departamentos, de diferentes posições políticas, de diferentes organizações e dos diferentes serviços que faziam parte da área de abrangência dos projetos.

*Este também foi um processo de construção contínua, implicando em negociações e conflitos permanentes entre e no interior de cada segmento. Interesses divergentes estiveram sempre presentes, chegando em alguns casos a levar à conformação de grupos de oposição organizada aos processos de mudança. Na maioria das vezes, no entanto, este processo levou à construção de amplos consensos, com a definição de agendas comuns que viabilizaram o trabalho conjunto.*

## ***Transformando o processo de formação profissional***

### Os pressupostos

No processo de reflexão desencadeado através do UNI, constatou-se que a formação de profissionais de saúde estava sustentada em paradigmas de uma educação tradicional, o que comprometia de maneira importante o perfil do profissional formado. Estes modelos valorizavam as atividades de ensino nos espaços da universidade e nas instituições de saúde de vocação acadêmica. Segundo Bordenave e Pereira (1994) a educação tradicional está baseada na transmissão conhecimento e na experiência do professor, na supervalorização do conteúdo da matéria e na expectativa de que o aluno o absorva e reproduza.

Gadotti (1982: 31) afirma que “educação é um lugar de interpretação e de interrogação filosófica por excelência, na medida que a educação é um lugar onde o homem se interroga, responde diante de outro e por si mesmo, ao problema do sentido da existência, de seu ser-no-mundo. A educação é este lugar que o chama e o coloca totalmente em questão”.

A reflexão crítica propiciada pelo ideário UNI perderia sua validade, mesmo quando mergulhada em uma práxis, se não fossem asseguradas, igualmente, as possibilidades e as promessas oferecidas pela educação, quais sejam as de socialização para a vida e para o trabalho. Neste sentido, o UNI assegurou aos projetos, além do estímulo à reflexão crítica, a possibilidade de reinventar esse processo de socialização, ajudando a construir caminhos coletivos para definir novos horizontes e obter os meios de colocar a reflexão em obra, concretamente como propõem Sacristán & Gómez (1998).

Original e fundamentalmente, o nosso conhecimento está ligado à relação ativa do sujeito com o mundo exterior, já que o vínculo primeiro e fundamental do conhecimento cerebral é com a ação (Morin, sd: 22). Este foi um pressuposto que a iniciativa colocava como indicativo para a inovação na formação dos profissionais de saúde.

Para Bordenave e Pereira (1994) a educação transformadora considera que a aprendizagem é uma resposta natural do aluno aos desafios de uma situação-problema e está baseada na participação ativa, no diálogo constante entre professores e alunos e na construção de um novo conhecimento transformador da realidade.

Nos processos de mudança, portanto, seria indispensável a adoção de concepções pedagógicas críticas, reflexivas, problematizadoras e de metodologias de ensino que permitissem a participação ativa dos estudantes em diferentes e novos cenários de ensino. Novos cenários na própria universidade (laboratórios, biblioteca, salas de trabalho em grupo etc.), em outras instituições de ensino de 1º, 2º e 3º graus, de trabalho e em espaços comunitários (domicílio, escolas, igrejas etc.).

Para uma nova prática pedagógica o conhecimento deveria ser organizado superando a estrutura por disciplinas, que normalmente não se comunicam, para criar as possibilidades da interdisciplinaridade.

Segundo Luck (1994:29), **“o desdobramento do conhecimento por disciplinas estanques teve seu início mediante uma objetivação da coisa conhecida, de maneira que o sujeito cognoscente pretendeu ver a realidade dissociada de si mesmo e até mesmo de seu modo de vê-la. Dessa forma, promoveu-se não apenas a disfunção entre diferentes dimensões e aspectos de um mesmo fenômeno, como também do homem em relação a eles”**.

Na organização dos conteúdos de ensino a preocupação de esquematizar os conteúdos deveria dar lugar a uma lógica de flexibilização. Currículos construídos a partir desta concepção contribuem para o desenvolvimento de um enfoque interdisciplinar e para a ampliação dos espaços que podem ser aproveitados pelos estudantes para o estudo independente.

### O que aconteceu na prática

A estratégia organizativa para a construção de um novo modelo pedagógico foi diferente em cada projeto, tanto nos aspectos conceituais, como metodológicos.

Em algumas universidades a proposição do UNI reforçou movimentos de mudança curricular já existentes. Em alguns desses casos o UNI foi utilizado como um insumo estratégico para potencializar/enriquecer/ direcionar as mudanças em curso. Em outros, a capacidade de utilização do UNI foi mais limitada.

Há várias explicações para essa diferença: tipo de inserção do projeto na instituição e sua relação com a direção das faculdades/cursos, a capacidade de construir alianças e espaços democráticos para apropriação das propostas do projeto, o grau de acúmulo de experiências prévias de articulação ensino-serviço e de reflexão sobre ensino-aprendizagem e a capacidade de criar estratégias de articulação entre os processos de reflexão e a construção de alternativas (de metodologias, organização de conteúdos, cenários de aprendizagem).

Em outros projetos, apesar de haver questionamentos em torno do modelo de ensino-aprendizagem, não existia efetivamente um movimento de mudança em curso. Nessas situações o UNI representou um estímulo e aportou recursos técnico-financeiros para que se discutissem idéias e buscassem caminhos para a adoção de um novo referencial teórico-metodológico. Neste grupo, alguns projetos utilizaram o UNI como uma oportunidade de organizar as forças e introduzir mudanças de forma planejada. Em outros, por limitações da capacidade de convocatória, da adesão e da força institucional da proposta houve apenas iniciativas pontuais e isoladas. Em outros ainda não se chegou nunca a compreender os mais profundos significados (conceituais) contidos na proposta: ou seja, o fato de não haver um convite explícito a uma mudança radical, ajudou a que alguns projetos se restringissem aos aspectos mais pontuais das proposições.

Houve casos em que o projeto chegou a instituições que enfrentavam uma situação de crise e foi convertido em uma alternativa concreta de mudança. Nestes casos o ideário UNI influenciou positivamente a definição dos marcos de referência e foi útil na construção das estratégias para colocar em marcha as propostas inovadoras.

Um aspecto comum em todos os projetos foi o reconhecimento de que as transformações deveriam ocorrer no cotidiano da prática pedagógica. Esperava-se, assim, que a prática reconstruída fosse capaz de orientar as relações entre os atores - educando e educador - e levasse à aplicação do conhecimento gerado para transformar a realidade e contribuir para a construção de novos paradigmas. Assim, foram oferecidas oportunidades para que muitos professores se envolvessem/ propusessem/ construíssem múltiplas experiências inovadoras.

As transformações, portanto, dependeram da capacidade de criar “massa crítica” e do grau de “governabilidade” dos sujeitos envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem. O foco foi centrado no investimento do “capital humano”, enquanto potencialidade para um novo processo de formação dos profissionais de saúde. Para Corragio, (sd: 3) a questão pedagógica da renovação do ensino superior, não é tratar de *“inventar por inventar, mas sim recuperar o que há de melhor das nossas experiências, atuando em todos os níveis da comunidade universitária para colocar em prática mecanismos de auto-controle, para abrir espaços de decisão e reflexão nos quais se defina explicitamente o objetivo de garantir uma aprendizagem significativa”*.

Retomando a proposta de examinar as mudanças da prática pedagógica através dos planos de desenvolvimento dos processos, podemos dizer que no primeiro plano situaram-se as iniciativas dirigidas a fortalecer as mudanças em cada uma das carreiras. Para este fim, foram promovidas uma série de atividades (seminários, reuniões, consultorias, cursos) para discussão conceitual e reflexão sobre as práticas pedagógicas. Inicialmente, estas atividades foram dirigidas aos docentes diretamente envolvidos com a execução do projeto. Posteriormente, como um instrumento concreto de ampliar a adesão ao processo de mudança,

passaram a ser oferecidas ao conjunto dos docentes, aos profissionais do serviço e atores da comunidade.

Foram também realizados investimentos para a incorporação de tecnologias de ensino. Dentre estas destacam-se as novas metodologias de ensino, equipamento audiovisual, bibliotecas, salas de multimeios, laboratórios de simulação, de habilidades e de informática.

Nos UNI de modo geral a incorporação tecnológica foi concebida como um meio de favorecer as mudanças pedagógicas (e não como um fim em si mesma). Reconheceu-se que a tecnologia poderia funcionar como um estímulo às inovações, já que democratizava e agilizava o acesso à informação, favorecia o estudo independente e dava outra dinâmica ao trabalho docente. Por outro lado, os projetos de inovação pedagógica implicavam no uso de uma tecnologia que até então não estava disponível. Em alguns casos o acesso a novas tecnologias atraiu grupos de docentes até então resistentes a quaisquer propostas inovadoras.

No segundo plano, os processos para a transformação na formação dos profissionais de saúde foram conseqüência de estratégias definidas com o propósito de articular os docentes para uma nova ação pedagógica. No contexto UNI a possibilidade de construção da parceria com os serviços de saúde e com a comunidade constituiu-se em terreno fértil para tanto. O processo de formação dos profissionais ultrapassou os muros da universidade e adquiriu novas dimensões e passou a considerar as diferentes realidades nas quais se produz e reproduz o processo saúde-doença.

Foi possível, assim, diversificar os atores sociais responsáveis pela ação pedagógica, que, em conseqüência, adquiriu maior amplitude conceitual e metodológica. Para a construção dos novos processos a universidade passou a considerar temas relacionados à produção social da saúde, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde, à mobilização e organização da comunidade e ao controle social do processo saúde-doença.

Neste novo modo de pensar e agir na formação dos profissionais de saúde os atores do serviço e da comunidade passaram a interagir em um espaço plural de interesses, potencialidades e capacidades. Nestes novos espaços de interação definiram-se as novas responsabilidades conjuntas em relação ao processo ensino-aprendizagem e as específicas de cada instituição e de cada ator social. No campo das práticas pedagógicas as novas interações ampliaram os espaços de ação dos docentes e dos estudantes em realidades concretas.

A parceria passou a exigir um respeito mútuo das diferenças e a construção de uma agenda comum em todos os terrenos, o que facilitou a mudança do processo ensino-aprendizagem. Para a definição desta agenda muitos projetos tomaram o planejamento com ferramenta indispensável. Os melhores resultados foram alcançados pelos projetos que adotaram o planejamento estratégico para a definição do seu modelo de intervenção, articulando e integrando a universidade, os serviços e a comunidade. A vivência de novas relações entre as instituições e os atores sociais, contribuiu para criar condições favoráveis para as transformações na formação.

Muitas foram as estratégias para estabelecer novos cenários e modalidades de ensino e de aprendizagem, por exemplo, as pirâmides estudantis, as "áreas verdes", o PEEPIN, as jornadas, as equipes interdisciplinares, as "portas de entrada", os módulos docente-assistenciais, os UNISAs, os UNIMOS, a articulação ensino-pesquisa, dentre outras.

A maior parte dos projetos iniciou o processo de produção de inovações e de interação entre universidade- serviços- comunidade através da diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem em distintos momentos das carreiras. Para que isso fosse possível foi necessário um trabalho de convencimento dos professores em relação à possibilidade de um ensino de qualidade em outros cenários que não os universitários (ou sob controle da lógica universitária). Foi também preciso trabalhar os profissionais dos serviços de saúde e a população para que estivessem receptivos a essa presença.

Diferentemente de outras experiências como as de integração docente-assistencial, existiu o propósito de não transformar o espaço dos serviços de saúde e da comunidade em prolongamentos do hospital universitário e dos centros de saúde-escola. Ou seja, não se



pretendeu descaracterizá-los como cenários de produção de serviços, nem transformá-los em locais privilegiados de práticas educacionais.

A construção dos espaços de aprendizagem se deu através da incorporação de estudantes e docentes ao processo de produção de serviços. Sem dúvida, essa interação produziu mudanças nesse processo, sem, no entanto, descaracterizar sua natureza.

Em muitos casos as inovações foram construídas a partir de problemas e necessidades identificadas pelos três parceiros, havendo progressivo compromisso com a continuidade das ações instituídas, com as demandas geradas e com os resultados e impactos obtidos.

Essas mudanças nas práticas acadêmicas e assistenciais foi revelando novos objetos de estudo e de trabalho, que exigiram, principalmente da universidade, uma reflexão sobre sua prática, envolvendo diferentes setores acadêmicos. Produziram-se assim alternativas pedagógicas que favoreceram a articulação teoria e prática, ensino – trabalho e a adoção de enfoques interdisciplinares.

A participação dos atores dos serviços e da comunidade na definição de conteúdos e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos pelos estudantes foi essencial para que **novos** conteúdos se revelassem e para que **novas** práticas (para responder aos **novos** problemas) fossem construídas. **Novas** práticas que incluíram uma **nova** tecnologia no planejamento e construção de conteúdos e objetivos educacionais, agora não mais objeto exclusivo da prática acadêmica.

É muito complexo esse processo de construção de intervenções que articulam as necessidades do processo ensino-aprendizagem, dos serviços e da comunidade. Complexo e conflituoso. Exigiu (e exige) negociação, avaliação e reconstrução permanentes com a participação efetiva dos diversos atores.

Nesses espaços de práticas, vários projetos encontraram nas metodologias sustentadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, especialmente a problematização, um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade. Provavelmente porque essas metodologias:

- permitem leitura e intervenção rápidas sobre a realidade
- favorecem a interação entre os diversos atores pois pressupõem a participação e vivência coletiva
- favorecem a construção coletiva do conhecimento e a valorização de todos os saberes porque o conhecimento da realidade não é de domínio exclusivo de nenhum dos participantes
- estimulam a criatividade na construção de soluções
- propiciam a liberdade no processo de pensar e de agir

Um outro grupo de tecnologias utilizadas pelos projetos são as metodologias de ensino baseado em problemas, especialmente na carreira de medicina. Nos UNI há pelo menos uma distinção importante em relação a currículos PBL de outras partes do mundo: a presença desde o primeiro ano de um módulo/unidade transcurricular, multiprofissional, desenvolvido na comunidade e na rede de serviços. Essa provavelmente foi uma das marcas que a experiência de parceria deixou nesses processos.

E essa parece ser uma distinção importante. Em primeiro lugar, porque representa o reconhecimento de que os “problemas de papel”, a base dos outros módulos, não dão conta de propiciar aos estudantes todas as experiências necessárias ao seu processo de formação nos primeiros anos da graduação. Ou seja, reconhece-se a importância de haver “problemas de verdade”, pois não há o que substitua o contato humano, a vivência e o compartilhar dos problemas, a solidariedade, a construção de vínculos pessoais, a apropriação da realidade que essas experiências propiciam. Representam também o reconhecimento de que essas

oportunidades têm que estar presentes ao longo de todo o curso, pois são fundamentais para a formação humanística e ética dos futuros profissionais.

Em segundo lugar porque materializam uma mudança fundamental no processo de formação profissional e nas relações universidade-serviços-comunidade. As relações entre estudantes de diferentes carreiras, entre estudantes e profissionais dos serviços, estudantes e comunidade, os trabalhos práticos e as intervenções desenvolvidos através desses módulos são fundamentais para que se construam novas posturas e novas práticas profissionais (relação promoção/prevenção/cura mais equilibrada, maior compromisso e respeito com os parceiros e seus problemas, capacidade de comunicação, de escuta, relações mais democráticas etc.).

São também o terreno em que se concretiza a contribuição/participação direta dos profissionais dos serviços e da comunidade no processo de formação profissional através do já mencionado compartilhar de objetivos e ações.

Ou seja, mesmo nos currículos inteiramente organizados com a lógica do PBL a existência desses módulos parece ser fundamental para que uma parte dos objetivos da transformação no processo de formação se concretize. Provavelmente no futuro, se houver de fato o progresso que se pretende, em relação à multiprofissionalidade, novas relações entre profissionais e população e nova relação teoria-prática, esses módulos não serão mais necessários. Mas enquanto essas inovações não são ainda parte da prática cotidiana, esses espaços são preciosos e indispensáveis.

Os resultados obtidos na esfera acadêmica não podem ser tomados como efeito de uma única estratégia. De fato as mudanças ocorreram no UNI como resultado do sinergismo de muitas ações realizadas simultaneamente, por muitos atores e com diferentes intencionalidades. O componente acadêmico transformou-se em um espaço privilegiado para a proposição de mudanças, discutidas e consensuadas entre sujeitos dos três componentes. Outro processo que favoreceu a criação das condições básicas e indispensáveis às mudanças foi a sistematização das experiências a partir de uma reflexão coletiva e participativa: essa foi a matéria-prima para os passos seguintes e para as novas proposições.

Os processos mais amplos de reforma curricular tiveram histórias distintas não somente de projeto a projeto, mas também de carreira a carreira. Em relação aos projetos, as mudanças mais amplas ocorreram em locais onde havia uma longa história de acúmulo de reflexão e de tentativas de inovação na área acadêmica ou então em lugares onde existia uma crise tão grave que a mudança radical surgiu como alternativa de sobrevivência.

Em relação às carreiras, o UNI teve desde logo a capacidade de atrair e mobilizar muitas outras carreiras que não somente medicina e enfermagem. Cursos como Bacteriologia e Bioquímica, por exemplo, que nunca haviam desenvolvido atividades fora dos cenários tradicionais, tiveram a oportunidade de descobrir o que podiam fazer no espaço comunitário e dos serviços e também suas possibilidades de interação com outras profissões.

No entanto, apesar do grande entusiasmo e da intensa participação em muitas das iniciativas inovadoras, a falta de reflexão acumulada acerca dos problemas do processo de ensino-aprendizagem e de experiências anteriores de construção de alternativas pareceu dificultar que essas outras carreiras mergulhassem em processos amplos de mudança. Mais comumente, Medicina e Enfermagem foram os cursos que chegaram até processos de mudanças mais radicais (embora haja exceções – Odontologia em 2 casos, Fisioterapia em outros dois etc.)

Na Enfermagem havia uma história latino-americana de relações extensas da universidade com os serviços de saúde, portanto as resistências a atividades inovadoras dessa natureza era baixa. Ao contrário, essa ligação mais forte com os serviços de saúde funcionou como forte impulso e subsídio à problematização do processo de formação, seus objetivos e princípios.

Houve casos em que o processo de debate em torno do currículo foi considerado um instrumento fundamental para a construção do modelo pedagógico. O primeiro passo

então foi caracterizar os perfis profissionais, considerando os contextos e as tendências da prática sanitária em cada país. O enfoque e a definição dos conteúdos foram submetidos a uma nova lógica de organização, com base na interdisciplinaridade, na concepção de trabalho multiprofissional e na especificidade da prática de cada profissão.

Na Medicina, existiam anos de acúmulo em relação à discussão conceitual em torno do perfil profissional, dos problemas e insuficiências do modelo pedagógico tradicional contrastando com uma capacidade muito limitada de produzir mudanças efetivas. Havia no entanto muito mais resistência à participação nas iniciativas inovadoras como a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem.

Um elemento essencial para a produção de mudanças, então, foi a capacidade de envolver amplos segmentos do corpo docente na criação e experimentação de alternativas na prática pedagógica concreta: novos conteúdos, novas metodologias, novas articulações, novos cenários. Dizer que foram incorporados amplos segmentos significa dizer que foram incorporados professores das áreas clínicas, das áreas básicas, numa mobilização que ultrapassou de longe os limites das áreas que tradicionalmente propunham mudanças (medicina social/saúde coletiva).

Ou seja, foi essencial para a construção da possibilidade de mudar, que existisse uma ampla massa crítica, agora com poderes para experimentar, propor, construir. A análise/avaliação permanente dessas inovações foi também um instrumento muito importante para evidenciar a necessidade de e propiciar a construção de mudanças mais amplas.

As amplas reformas curriculares estão produzindo movimentos relacionados ao terceiro plano de intervenção: as relações entre os sujeitos e os atores institucionais. Está se iniciando toda uma reorganização dos modos de operar da universidade para contemplar as novas necessidades dos cursos inovados. Está sendo proposta uma nova maneira de considerar e avaliar a prática pedagógica e de investigação (reconhecendo novos papéis e funções para professores e estudantes). Está havendo a abertura de espaços institucionais que contemplem a participação de sujeitos e atores não universitários no processo de definição e operacionalização do processo ensino-aprendizagem (desde a participação oficial de representantes dos serviços de saúde e da comunidade em comitês curriculares, em comitês de análise de propostas de pesquisa até o reconhecimento oficial por parte da universidade do trabalho pedagógico realizado pelos profissionais dos serviços). Núcleos de apoio pedagógico, novas diretrizes que favorecem a investigação interdisciplinar são outros exemplos de iniciativas institucionais inovadas.

Interessante observar que apesar de a interação com os outros parceiros ter sido um aporte importante para a mudança (até mesmo por ajudar a construir sua legitimidade institucional e social), uma vez desencadeados os processos de transformação existiu uma tendência de trabalho isolado dentro da universidade. Ou seja, a construção concreta das alternativas tendeu a ocorrer no espaço universitário e estão sendo necessários esforços ativos para retomar a interação com os outros componentes.

Em vários projetos as idéias/proposições UNI já não se encontram limitadas à área da saúde e estão servindo como ponto de partida para a construção de alternativas mais amplas para a universidade como um todo. Nesses casos, o UNI serviu como base não somente para reformas ao nível do acadêmico e do pedagógico, mas sobretudo abrindo novos horizontes para a relação das universidades com a sociedade. São universidades que consideram que o estabelecimento de relações de parceria (entendidas como no UNI) são um elemento fundamental para que possam se tornar universidades relevantes, quer dizer, capazes de produzir e democratizar conhecimento e formar profissionais de saúde de acordo com as necessidades sociais, reconhecidas assim por outras instituições e atores relevantes. Assim, outras áreas e carreiras estão participando dos UNI ou então os UNI estão sendo tomados como base/modelo para a construção de relações de colaboração com outros segmentos sociais.

## ***Transformando a atenção à saúde***

### ***O contexto***

As duas últimas décadas na América Latina foram marcadas por processos de reforma no setor saúde, que tiveram duas ênfases distintas: o fortalecimento dos princípios da democratização e da universalização e a tendência à racionalização e à contenção dos custos setoriais. A primeira predomina no final dos anos 70 e nos anos 80. A segunda adquire maior importância a partir da metade dos 80. Não há uma separação nítida entre as duas fases, fortemente entrelaçadas, respondendo cada uma a distintas necessidades, conjunturas, forças sociais e decisões governamentais.

Algumas reformas derivam de processos de mudança constitucional, ocorridos no bojo dos processos de democratização, que alteraram as bases jurídicas dos Estados nacionais e suas relações com a sociedade. Outras são de abrangência mais restrita. Em alguns países, como o Brasil, o processo de reforma contou em vários momentos com intervenção importante da sociedade civil organizada e mobilizada em torno do tema.

Há uma tendência, que se está generalizando, de a reforma setorial ser parte de um processo mais amplo de ajuste da estrutura e funções do Estado. Nestes casos, existe um certo predomínio da lógica econômica de redução da participação direta do Estado na prestação de serviços e de incremento de seu papel regulatório. Outras vezes a reforma acompanha um processo de descentralização global do Estado. Mas também há casos em que a reforma é setorial mesmo, orientada à solução de problemas como a explosão de custos, a ineficiência dos serviços, a iniquidade do acesso, a insatisfação dos usuários e dos prestadores etc.

Os temas da equidade, eficiência e qualidade são centrais na maioria das iniciativas. Mas são divergentes as interpretações que cada um deles recebe em cada país. A equidade em muitos casos está sendo traduzida como o acesso universal aos serviços básicos de saúde e a focalização do gasto público na atenção a grupos populacionais marginalizados ou com maior risco. Em outros países, no entanto, medidas como essas são consideradas tentativas de oficialização da iniquidade.

Com a crescente democratização política nos países da região, os processos de reforma têm buscado incorporar maior participação social na saúde, com a adoção de formas cooperativas de solução dos problemas e de gestão dos serviços. São frequentes as propostas de constituição de conselhos locais, embora varie muito seu grau de institucionalização e seu poder real de interferência nas decisões.

A maior parte dos países está descentralizando a gestão do setor saúde e redefinindo o papel setorial dos governos central, estadual e municipal (Paganini & Capote, 1990; Novaes et al, 1995). Os Ministérios da Saúde diminuem suas responsabilidades como prestadores diretos de serviços e incrementam suas funções de condução política, regulação e avaliação. Recursos e capacidade de gestão estão sendo transferidos para as outras esferas de governo, muitas vezes os municípios.

O processo de fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) são outro componente importante das reformas. Na maioria dos países os SILOS são uma tática para a implantação da atenção primária à saúde, encarada como programa voltado a satisfazer necessidades eventuais de grupos sociais marginalizados, com recursos de baixa densidade tecnológica e custos mínimos.

Os principais problemas enfrentados pelas reformas do setor saúde na região são: falta de consenso entre os atores de cada país e os organismos de cooperação em relação aos conteúdos e natureza das reformas; limitada viabilidade política, pois a efetivação das mudanças exige grande capacidade de liderança e de negociação, que são recursos escassos em muitos países; descontinuidade da ação principalmente nas esferas de governo, responsáveis pela implementação das reformas; dificuldades em reconhecer a complexidade técnica dos processos, o que às vezes dificulta a obtenção do apoio político e social necessário

para vencer a resistência dos opositores às mudanças; atenção insuficiente à participação social nos processos (BID, 1995).

*Há também falta de recursos humanos adequadamente capacitados para levar adiante as tarefas de condução das mudanças e as de desenvolvimento de novas práticas assistenciais. Apesar disso, segue sendo baixa a participação dos serviços de saúde nos debates sobre formação profissional e poucas reformas incluíram esse tema em suas agendas.*

O UNI foi concebido e lançado na primeira fase desse processo, quando predominava como proposta regional a organização dos sistemas locais de saúde e a valorização da atenção primária à saúde, orientadas por princípios como universalidade, equidade e qualidade da atenção. O UNI incorporou essas propostas com o objetivo de intensificar os processos de descentralização e construção dos sistemas locais (Loureiro, 1994).

Ao longo da década de 90, quando muitos desses princípios passaram a ser questionados na prática e novos elementos, como os pacotes básicos e a competição gerenciada, foram introduzidos nas reformas setoriais, os UNI não procederam a uma problematização de suas bases conceituais. Ou seja, não houve a percepção de que diante da nova conjuntura talvez os elementos conceituais iniciais não fossem suficientes para ajudar os projetos a se movimentarem em direção às mudanças desejadas.

Cada projeto, portanto, tratou como pôde essa nova situação, na maior parte das vezes de maneira não sistemática. Apesar disso, a maioria deles acabou se transformando em um espaço de defesa do direito universal ao acesso à saúde de qualidade.

Fundamental também para a discussão do trabalho UNI em relação aos serviços é a análise da concepção de saúde adotada pelo programa, que articula saúde e condições de vida. Saúde é considerada como o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população. Qualidade de vida entendida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, individual ou coletivo e que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (Mendes, 1996). A adoção dessa concepção favoreceu a incorporação de novos temas ao trabalho em saúde, estimulou a articulação intersetorial e as iniciativas que fortaleceram a participação ativa da população na construção de sua própria saúde.

O Programa UNI sustentava também a crítica à concepção biologista de saúde, centrada na doença, no trabalho do médico e na ação curativa. Adotava também a concepção de que os sistemas locais de saúde deveriam estabelecer como objeto de trabalho as necessidades sociais reconhecidas como problemas de saúde pela população e como objetivo resolver a maior quantidade possível desses problemas. Houve, por tudo isso a tendência de utilizar a epidemiologia como instrumento central para orientar as práticas de saúde (Paim, 1993). O UNI estimulou, portanto, no processo de formação profissional e na ação dos serviços e da comunidade, o trabalho na esfera da saúde, valorizando muito as ações coletivas, de prevenção e promoção da saúde. Esse tipo de intervenção foi muitas vezes a base concreta para a construção da parceria, especialmente ao nível do operacional (WKKF, 1997).

É preciso analisar pelo menos três esferas de atuação do UNI do ponto de vista dos serviços: a organização dos serviços propriamente dita, as práticas sanitárias e o controle social.

### **A organização dos serviços**

Em praticamente todos os projetos existiu um movimento de reorganização e fortalecimento dos sistemas locais, com o estabelecimento dos vários níveis de atenção (quando algum deles não existia), a implantação de um modelo gerencial que favoreceu a descentralização e a incorporação tecnológica em vários níveis através de vários mecanismos como a introdução do planejamento local, a informatização das unidades, a criação de sistemas de informação e de tecnologias de processo.

É importante destacar que os projetos foram desenvolvidos em sistemas de saúde com níveis muito diferentes de estruturação e graus distintos de articulação e descentralização. As estratégias implementadas, portanto, variaram muito em função dessas distintas realidades.

Brasil e Colômbia eram os dois países com movimento de descentralização mais intenso e tendente à municipalização. Nestes casos a construção de um modelo gerencial foi uma necessidade premente, de fato tomada como uma prioridade pelos projetos (Informes de avaliação dos projetos UNI Cali, Barranquilla, Rionegro, Londrina, Bahia, Marília).

Houve um importante investimento na capacitação gerencial com o objetivo de instrumentalizar o nível local para assumir novas e mais amplas responsabilidades. A mais importante delas foi o planejamento local participativo, que possibilitou às unidades começarem a trabalhar as demandas e necessidades reais, locais e não mais basear-se somente nas definições centralizadas e apriorísticas dos programas.

Inseparável da construção de capacidade de planejamento local foi o investimento nas pessoas, tomando como prioridade a ressignificação do trabalho e do papel dos trabalhadores e da população em sua definição e organização. Trabalhadores e população começaram a ser sujeitos do processo, passaram a cumprir um papel ativo na derrota cotidiana do *status quo*, elemento essencial a processos de mudanças institucionais bem além dos UNI (Campos, 1994).

Nesses países, buscou-se encarar a gerência como um instrumento para facilitar o estabelecimento de novos vínculos entre profissionais de saúde e seu objeto de trabalho (ou seja, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade). Trabalhando desde esse ponto de vista, foram incorporadas iniciativas para eliminar as barreiras de acesso, melhorar o acolhimento, aumentar a resolubilidade dos serviços e melhorar as relações entre os diferentes níveis de atenção, como recomendam algumas correntes preocupadas em potencializar as mudanças na saúde (Merhy, 1994). No entanto, muitas vezes essas iniciativas bem sucedidas ficaram restritas às áreas de atuação dos projetos, não logrando constituir-se como política pública mais ampla.

Nos demais países e projetos, houve algum grau de descentralização, mas ainda limitado. Insuficiente para permitir a ruptura com os modelos gerenciais que sustentam a atenção organizada a partir de programas estabelecidos pelo nível central, orientados principalmente às mulheres e crianças.

Existiu na maior parte dos projetos um movimento de “re”-conhecimento da área de abrangência das unidades e dos problemas de saúde ali existentes. Especificamente nos projetos brasileiros, a chamada “territorialização” (Paim, 1993) foi assumida como uma estratégia técnico-política que foi além do aspecto gerencial e consistiu em um potencial instrumento de reorientação do modelo assistencial, assim como ocorreu em outros municípios do país.

A territorialização é uma proposta de aplicação do planejamento estratégico ao espaço geo-político-social e cultural de abrangência das unidades de saúde, que permite o conhecimento mais profundo e dinâmico do modo de viver e adoecer da população da área. Esse processo de reconhecimento é feito sempre não somente com a participação ativa da população, mas incorporando seu olhar sobre o tema. Problemas, recursos, demandas e soluções são abordados desde o ponto de vista dos vários atores existentes num dado espaço (Teixeira, 1993).

A partir desse diagnóstico é possível não somente reorganizar a atenção à demanda, mas também elaborar propostas de atenção que levem em conta as diferenças existentes entre os diversos agrupamentos sociais do território. Assim pode-se, potencialmente, avançar no sentido da equidade, dando atenção especial aos grupos mais vulneráveis.

A territorialização revelou-se um potente instrumento de reconhecimento da área, capaz também de propiciar a “reapropriação” da equipe de saúde e da população em relação

às condições de vida e saúde. Essa reapropriação é possível pois passa a existir um conhecimento mais profundo e contextualizado do território. A territorialização pressupõe e possibilita a existência/criação de sistemas de informação que viabilizam a instrumentalização do nível local para que ele de fato possa funcionar como instância planejadora e gestora do sistema.

No entanto, em vários casos a territorialização foi utilizada de maneira pontual ou episódica, o que terminou comprometendo seu potencial transformador. Uma das razões para isso foram as limitações do processo de descentralização: a territorialização faz parte de uma proposta global de transformação do sistema de saúde e fica empobrecida quando tomada como uma metodologia descontextualizada ou isolada do processo de reforma geral do sistema. Ou seja, apesar de no Brasil haver incisiva descentralização em direção aos municípios, não houve o mesmo tipo de movimento em direção aos distritos de saúde, o que limitava a governabilidade dos atores no nível local.

Na maior parte dos projetos houve um importante investimento no desenvolvimento de sistemas de informação e na informatização da rede. Em alguns casos esse processo estava articulado com um esforço de reorientação do modelo assistencial e em outros tinha como principal objetivo melhorar a eficiência. De modo geral houve um bom aproveitamento desses novos sistemas especialmente nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e organização da atenção.

### **As práticas sanitárias**

Em relação às práticas sanitárias, houve um importante fortalecimento das atividades de promoção e prevenção, que passaram a ser realizadas dentro de uma ótica interinstitucional e intersetorial e com ativa participação da população, levando a uma reconstrução do conceito de atenção primária, que nos projetos foi entendida como uma estratégia de reordenamento do setor saúde como propõe Mendes (1996).

Em alguns casos houve a incorporação de novos temas/objetos de trabalho que implicaram na introdução de novas modalidades de assistência. As ações de prevenção e promoção e os novos temas abordados ofereceram oportunidades importantes de inter-relação entre profissionais dos serviços, professores, estudantes e comunidade e propiciaram a construção de novas práticas e de novas relações e papéis na produção da saúde. Assim se desenvolveram importantes experiências na área de saúde da família, de atenção domiciliar, de saúde escolar, do adolescente, da mulher, muitos com intensa participação comunitária.

O enfoque de saúde da família foi adotado em geral pelos projetos, mas apenas alguns utilizaram-no como uma estratégia para transformar o modelo de atenção. Em pelo menos dois casos de fato se conseguiu deslocar o eixo de intervenção dos profissionais de saúde para fora das unidades e para dentro dos espaços domiciliares e comunitários em geral, com uma lógica familiar.

Também se procurou melhorar a articulação entre a rede básica e o nível secundário de atenção. Alguns projetos criaram o nível secundário (antes inexistente) em sua área de intervenção e já o fizeram de maneira mais articulada/integrada (através de ambulatórios de especialidades, maternidades comunitárias etc.)

Em todos esses casos vale também a observação de que as mudanças/ inovações ocorreram fundamentalmente na área de intervenção dos projetos.

Temas como o meio ambiente, saneamento básico, geração de renda foram abordados sistematicamente pela maioria dos projetos. No entanto, o exemplo mais significativo de inovação é o trabalho em torno da violência. Vários projetos trataram do assunto: esse é um problema tradicionalmente não incluído como prioridade da saúde, mas cujos efeitos sobre a qualidade de vida e sobre as taxas de mortalidade passaram a ser muito significativos do ponto de vista epidemiológico (Minayo, 1994) (Franco, 1990). Abordar

organizadamente esse tema já representou em si uma importante inovação na concepção do trabalho em saúde.

Houve um caso, entretanto, em que a violência foi apontada pela comunidade como o principal problema de saúde do distrito de atuação do projeto e por isso eleito como principal tema do trabalho articulado da universidade, serviços de saúde e população do UNI local.

Trabalhar com a violência implicou num enorme esforço por parte dos três segmentos. Universidade e serviços de saúde nunca o haviam abordado como tema próprio, sobre o qual tivessem qualquer responsabilidade específica. Nem mesmo a população lidava com a violência como algo de sua própria responsabilidade, pois estava habituada a tratá-lo em outros âmbitos, como o da justiça e da polícia.

Todos, portanto, tiveram que aprender sobre o assunto e descobrir os caminhos para a contribuição específica de cada um e para uma intervenção articulada. Investigação epidemiológica, sistema de informação específico, criação de um programa de prevenção e acompanhamento de casos – tudo precedido por um importante processo de capacitação profissional – são exemplos das respostas produzidas pela universidade e pelos serviços de saúde.

Mas muito significativa mesmo foi a articulação intersetorial construída em torno do combate à violência: um Fórum Permanente, integrado pelas mais variadas organizações e instituições (até mesmo as delegacias de polícia da área foram envolvidas), que tem servido para produzir uma ação social contra a violência e pela paz. A população passou a tratar ativamente do tema, negociando com interlocutores vários e buscando intervir sobre seu próprio cotidiano, desenvolvendo suas formas próprias de atuação.

De um modo geral, apesar de haver nos projetos a preocupação e a intenção de articular os campos de conhecimento na abordagem dos temas complexos, os avanços em sua tradução no campo do trabalho e das práticas ainda estão muito limitados.

O fato de se trabalhar com problemas prioritários, identificados com a participação da população, as novas relações criadas e incorporadas ao cotidiano do trabalho em saúde e as novas práticas contribuíram para começar a superar a fragmentação do conhecimento e favorecem uma, ainda incipiente, abordagem interdisciplinar.

Deve-se destacar o fato que poucos projetos trabalharam especificamente na construção de novas práticas sanitárias na esfera da assistência clínica propriamente dita. Somente em um caso houve um investimento claro na mudança do modelo de atenção dentro do hospital. Inicialmente com uma proposta de humanização da atenção na área pediátrica, chegou-se a construir uma nova lógica de trabalho de toda a equipe de saúde. Redefiniram-se papéis, relações e responsabilidades, ampliando o espaço de participação de todos os profissionais e dos familiares no cuidado. Relações mais solidárias, suporte emocional, democratização do conhecimento foram elementos importantes nesses novos processos de trabalho. Neste caso existe um grande potencial de se construir de fato um trabalho multiprofissional (dentro e fora do hospital).

De um modo geral, houve uma compreensão limitada do que seria a inovação do modelo de atenção, muito restrita à introdução/fortalecimento das práticas de promoção e prevenção e à ação no primeiro nível de atenção.

A mudança nas relações profissionais de saúde-população que aconteceu foi muito mais fruto da parceria do que de uma reflexão crítica sobre o processo de “cuidar”. Ou seja, já que profissionais e população sentam à mesa para discutir e negociar muitos temas, não é mais possível reproduzir as relações descompromissadas e despersonalizadas predominantes no modelo tradicional de atenção. Mas isso não redundou numa reconstrução/revisão ativa e sistemática do processo de trabalho em saúde.

Essas características da intervenção dos projetos em relação aos serviços e às práticas de saúde estão relacionadas com aspectos conceituais do programa. Muito embora no discurso original a necessidade de novas práticas em todos os níveis estivesse contemplada,



praticamente se excluía a possibilidade de trabalhar dentro dos hospitais por exemplo (como se houvesse uma contradição antagônica entre diversificar cenários, ampliar a participação no nível primário e investir em mudanças na prática hospitalar).

Trabalhou-se a contradição saúde/doença, expandindo o trabalho com a saúde de maneira significativa, mas não se conseguiu trabalhar adequadamente a transformação do espaço da doença. Ou seja, ao centrar os esforços de inovação e mudança quase exclusivamente na esfera da saúde, os projetos não investiram esforços na necessária reinvenção da prática clínica, na reconstrução do aspecto cuidador da prática de todos os profissionais de saúde e deixaram de intervir de maneira sistemática nas práticas feitas nos outros níveis de atenção que não o primário.

A construção de vínculos foi uma área pobremente trabalhada pelos projetos em todas as esferas do trabalho em saúde (na prevenção e na promoção – muito centradas na educação para saúde – e na clínica – onde existe ainda um predomínio total dos aspectos tecnológicos).

Segundo Merhy et al (1997) o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Por isso as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas por esse autor como leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, clínica psicanalítica, epidemiologia, o taylorismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

O trabalho vivo em saúde se materializa através do processo de produção de relações entre os cuidadores e o usuário final que, com suas necessidades particulares de saúde, dá aos profissionais a oportunidade de tornar públicas suas distintas intencionalidades no cuidado da saúde, tornando-se responsáveis pelos resultados da ação cuidadora. Todos os trabalhadores de saúde de alguma maneira são cuidadores e desenvolvem essa tecnologia de construção de vínculos, de oferecer ao usuário em alguma medida os cuidados e a atenção de que ele necessita.

Reinventar essas relações, ampliando o espaço para a responsabilização, o acolhimento e a autonomia progressiva dos usuários, é um dos elementos centrais da construção de um novo modelo de atenção e de uma nova clínica, de um novo tratamento para o espaço da doença.

Não tratar desse tema foi um ponto de fragilidade importante do UNI, pois a reinvenção da prática clínica, além de ser essencial para a transformação do modelo de atenção, é fundamental na formação dos profissionais de saúde. Sem considerar esse aspecto, criam-se necessariamente obstáculos à radicalidade dos processos de mudança inclusive no terreno acadêmico.

Essa debilidade foi condicionante também da participação ativa dos profissionais dos serviços nos projetos, pois em muitos deles os profissionais mais dedicados às atividades clínicas tiveram menor chance de inserção e menores oportunidades de capacitação, já que os esforços estiveram mais concentrados na esfera da gerência, da promoção de saúde e da ação pedagógica.

### **O controle social**

No terceiro campo de inovação dos projetos nos serviços de saúde, a esfera do controle social, houve importantes e generalizados avanços. Em todos os projetos houve uma ampliação efetiva da organização e da participação da população em saúde.

Houve um investimento importante na criação e fortalecimento de conselhos de saúde nas unidades, tanto nos países onde essas instâncias são previstas em lei, como nos que isso não acontece. Essa participação foi fundamental para impulsionar os processos de mudança, especialmente nos casos em que houve valorização efetiva dos processos de planejamento local participativo.

Foi também importante o investimento na capacitação específica de conselheiros de saúde e na viabilização do acesso da população às informações em saúde, instrumentalizando sua participação ativa na identificação e solução dos problemas de saúde. Os atores da comunidade intervêm ativamente em todo esse processo – planejando, definindo temas, metodologias, avaliando e participando de sua implementação. Essa é uma contribuição fundamental dos UNI à superação do modelo paternalista e assistencialista de participação comunitária que sempre predominou na América Latina.

A participação popular foi fundamental para fortalecer a abordagem intersetorial da saúde e para a criação de fóruns interinstitucionais por temas, especialmente no caso da violência. Os profissionais dos serviços também descobriram na comunidade aliados fundamentais na defesa de melhores condições de trabalho e também na garantia dos processos de mudança, especialmente nos momentos de transição política.

### **Outros aspectos**

Um outro aspecto essencial da participação dos serviços nos projetos UNI é fruto da interação com a universidade. Diferentemente de processos anteriores de articulação universidade-serviços, desta vez houve um esforço de estabelecer relações vantajosas para todas as partes.

Para a universidade estar nos serviços de saúde era indispensável para a mudança do processo ensino-aprendizagem (do ponto de vista dos conteúdos, objetos, sujeitos, metodologias etc.). E para os serviços? Em muitos projetos houve uma contribuição consistente da universidade na reflexão e construção conjunta de alternativas para a organização e prática dos serviços de saúde. Alternativas para a definição do modelo de atenção, capacitação gerencial e desenvolvimento de sistemas de informação foram alguns dos temas em que essa colaboração foi mais evidente.

Para a universidade um novo campo de atuação foi sendo revelado: seu papel fundamental, mas anteriormente pouco assumido, na educação permanente dos profissionais de saúde. Outra vez, a qualidade essencial dessa iniciativa foi ter sido fruto de uma construção conjunta universidade-serviços (e em alguns casos com participação ativa também da comunidade) no que diz respeito a necessidades, conteúdos e metodologias dos processos de capacitação.

A participação conjunta de universidade, serviços e comunidade em projetos de investigação foi um outro terreno importante de interação. De um lado pesquisas orientadas, realizadas por docentes e estudantes, a partir de problemas e questões apontadas como prioritários e desafiantes pelos serviços e pela comunidade. Essas pesquisas estão permitindo a construção de um conhecimento indissociável da realidade, pois elaborado a partir de problemas colocados pela vida social como propõe Japiassu, (1976).

De outro lado, em vários projetos os profissionais dos serviços também passaram a incorporar a investigação como parte de seu cotidiano e atualmente conduzem e participam ativamente de atividades de investigação. Pesquisa como uma atitude diária é a essência do processo de ensinar, aprender, produzir conhecimento e transformar a realidade (Demo, 1998). Por tudo isso essa postura é essencial a todos: professores, estudantes, profissionais dos serviços e comunidade.

Os processos de reforma dos sistemas de saúde propõem desafios a todo momento. Toda essa atividade de reflexão e produção de conhecimento propiciada pelos projetos contribuiu decisivamente para que existisse maior capacidade de produzir respostas e

fortaleceu a construção de processos sistemáticos de capacitação técnica e profissional conduzidas no âmbito dos serviços, que se renovam a todo momento e em todos os campos (clínico, epidemiológico, pedagógico, gerencial etc.).

Também há, em muitos projetos, uma relevante contribuição dos profissionais dos serviços no processos de ensino-aprendizagem, que são planejados e concretizados com sua intervenção ativa na definição de temas, na construção metodológica e na supervisão do trabalho dos estudantes. Essa também é uma outra vertente de aprimoramento e capacitação dos profissionais dos serviços e sua contribuição em alguns casos já tem sido oficial e formalmente reconhecida pelas universidades.

Apesar de se ter buscado a inserção dos projetos nos sistemas de saúde de modo a aumentar a governabilidade do projeto em termos de mudanças na organização dos serviços e das políticas de saúde, o trabalho desenvolvido de modo geral não levou a mudanças das relações de poder suficientes para inverter a lógica de organização dos sistemas. Os processos na área de serviços, portanto, situam-se no dois primeiros planos de intervenção descritos em nosso referencial conceitual.

### *Construindo cidadania*

Os projetos UNI, por seu desempenho e estrutura de implementação, dão conta de uma complexidade político-social que possibilita que se constituam em verdadeiros espaços de oportunidade para a participação social e a construção de novas práticas democráticas centradas nos sujeitos sociais (Cardarelli, 1996).

Se em todos os demais aspectos de desenvolvimento do UNI o contexto político e a história anterior tiveram papel fundamental na definição dos contornos adquiridos pelos projetos, no que diz respeito à participação popular e ao desenvolvimento comunitário sua influência foi decisiva.

Apesar de a participação da comunidade estar prevista desde o início do programa, na prática dos projetos esse foi um espaço que teve de ser conquistado, com maior ou menor dificuldade, dependendo do grau de organização popular e das concepções políticas predominantes na direção dos projetos. Comunidades organizadas e direções democráticas sem dúvida facilitaram a conquista de espaços de participação pela população.

Apesar dessa grande heterogeneidade, pode-se dizer que em todos os projetos houve uma significativa democratização nas relações entre universidade, serviços e comunidade. Hoje muitos dos processos relacionados com a saúde (formação profissional e funcionamento das unidades por exemplo), contam com a participação efetiva da população, desde o planejamento até a avaliação.

### *Organização própria da comunidade / desenvolvimento de liderança*

Os UNI previam desde o início a participação comunitária. Quem seria essa comunidade convidada a participar? As definições originais do programa abriam essa possibilidade para quaisquer organizações da sociedade civil, estendiam o convite à participação hipoteticamente a qualquer segmento social. Na maior parte dos projetos, no entanto, os convites foram dirigidos aos segmentos mais pobres da população, que vivem em condições precárias e que não tinham garantido o direito à saúde.

Ainda assim houve grande heterogeneidade do ponto de vista do tipo de organizações comunitárias que aderiram aos projetos. Em alguns casos (poucos) participaram pessoas individualmente, "representando" a comunidade. Em outros casos houve uma articulação informal de organizações comunitárias de natureza variada (associações de moradores, de mulheres, conselhos de saúde). Em outros ainda, participaram organizações comunitárias secundárias, que articulam organicamente um grande número de organizações de base.

Os projetos em geral possibilitaram o fortalecimento de todas essas organizações. Fortalecimento porque se ampliou e muito o número de pessoas que participam ativamente da vida social e política nesses locais. Fortalecimento porque cresceu muito a qualidade dessa participação: intervenção mais consciente, compromissos com os interesses coletivos, construção coletiva de prioridades e de vínculos de solidariedade.

Como e por que se deu esse fortalecimento? Fundamentalmente porque houve a possibilidade de construir novos espaços de poder. Aceitando o convite à participação, avançando na compreensão do que poderia ser essa participação e reconstruindo-a no processo.

Obviamente houve heterogeneidade também em relação ao desenvolvimento da participação popular. Em alguns lugares ela ainda é tímida e se restringe a temas de saúde. Na maior parte dos projetos, no entanto, coloca-se claramente a questão da construção da cidadania e as organizações populares cresceram e ganharam legitimidade ao darem tratamento organizado a todo tipo de problema enfrentado pela população (transporte, saneamento, moradia, educação etc.).

Um elemento crucial para essa diferenciação foi a existência ou não de organização independente da comunidade. Organização independente significa a população estar articulada em torno de estruturas próprias, sustentadas com seus próprios recursos e com uma agenda de trabalho definida de acordo com seus próprios critérios, interesses e prioridades.

Estar organizada de maneira independente faz toda a diferença em relação à qualidade da inserção e da participação nas estruturas oficiais de participação comunitária em saúde e em outros setores (por exemplo, "juntas de gobierno", conselhos oficiais de saúde e educação etc.).

Essa observação é importante porque nos processos de democratização em muitos países da América Latina houve um movimento de criação de mecanismos legais de participação comunitária em muitos níveis e setores, especialmente em saúde. Em alguns lugares são tantas e tão complexas as possibilidades de participação que terminaram por implicar em um grande risco de fragmentação da representação e transformaram-se numa ameaça à capacidade de mobilização organizada da comunidade.

Nos projetos pôde-se observar que o principal mecanismo para superar esse risco foi a organização independente da comunidade, que tornava possível aos vários representantes trabalhar articuladamente e de acordo com orientações comuns nas várias estruturas participativas. Um outro elemento fundamental para superar esse obstáculo foi a reconstrução dos conceitos de participação e representação, fortalecendo-se os mecanismos de participação direta, sustentada em discussões coletivas e em consensos amplamente definidos. Esse foi um elemento diferenciador no desenvolvimento da organização comunitária dos projetos e também o é em relação às perspectivas futuras.

Com o objetivo de possibilitar que os atores comunitários se constituíssem em sujeitos com capacidade de proposição, existiu um forte investimento na formação e capacitação das pessoas. Desde grupos para trabalhar auto-estima e temas de saúde até capacitação em planejamento estratégico, avaliação, elaboração de projetos e formação política.

O acesso a esse saberes teve um papel fundamental no aumento da capacidade de intervenção organizada e qualificada da comunidade e foi fundamental também para que houvesse a possibilidade de construção de uma linguagem comum com os demais parceiros.

Nesses processos de capacitação, a comunidade também soube trazer seu ponto de vista. Seus valores e preocupações passaram a ser levados em conta e chegaram a ter peso decisivo por exemplo na definição dos problemas prioritários de saúde a serem tratados pelos serviços e também no trabalho de estudantes e docentes.

Aumentou a capacidade propositiva e conquistaram-se novos interlocutores e espaços políticos de intervenção. Inicialmente muitas das entidades desenvolviam trabalho quase exclusivamente reivindicatório, outras necessitavam todo o tempo da intermediação do projeto para ter acesso a determinadas autoridades locais. Ao longo do tempo essas limitações foram sendo superadas: em muitos casos as organizações comunitárias já apresentam problemas e propostas de solução, participam de todo o processo e têm capacidade própria de interlocução.

A capacitação, então, foi uma estratégia importante para fortalecer os espaços próprios de organização e para viabilizar uma articulação independente dos vários segmentos e entidades populares e comunitárias que trabalham em determinada área.

Um outro aspecto fundamental a ser destacado é que o fortalecimento das organizações comunitárias e da participação coletiva não se deu em detrimento da participação individual ou do “borramento” das diferenças e da diversidade. Pelo contrário. Foi a partir do “empoderamento” de cada pessoa que se construiu a liderança e a participação coletivas. Os projetos têm sido uma oportunidade de rearticular regulação com emancipação, dando conta de um novo equilíbrio entre cidadania e subjetividade como Santos (1994) sugere ser importante.

Apesar de existir parceria e relações consolidadas entre os três componentes em todos os projetos, em muitos casos são mais sólidas as relações entre comunidade e serviços de saúde. Esses segmentos trabalham em torno de um território comum, enfrentam problemas comuns e conquistaram instâncias institucionalizadas de trabalho conjunto: os conselhos de saúde.

### **Os conselhos de saúde**

Em todos os projetos foram organizados conselhos locais de saúde. Em alguns países sua existência é prevista em lei, em outros não. De qualquer maneira existe uma substancial diferença no número de conselhos organizados e na qualidade da participação quando se comparam áreas onde houve atuação dos projetos UNI com áreas onde isso não aconteceu.

A qualidade da participação nos conselhos revelou-se também função direta do nível e qualidade de organização própria da comunidade (os representantes representam de fato, têm capacidade real de mobilização etc.). Mas também depende do espaço real de poder que ali se materializa: onde houve descentralização do sistema de saúde, há maior entusiasmo na participação dos conselhos (porque há poder para influenciar na resolução de problemas). Depende também da qualificação dos conselheiros: se eles tiveram acesso aos conhecimentos básicos e às informações de saúde podem participar efetivamente dos debates e ser menos vítimas de manipulações.

Em alguns projetos os conselhos locais de saúde transformaram-se em uma instância de inter-relação entre os três componentes. Ou seja, a universidade aderiu e participa ativamente desse espaço de negociação e trabalho. Em outros projetos, além do trabalho local, a população participa ativamente de conselhos municipais e de processos regionais e nacionais de articulação em saúde.

Um elemento decisivo para a vitalidade dos conselhos de saúde foi conseguir passar de um trabalho centrado no funcionamento das unidades de saúde para uma discussão mais ampla dos problemas de saúde da população de determinada área. Tratar dos problemas reais permitiu mobilizar outros recursos, outros parceiros, ampliando a capacidade de intervenção dos conselheiros (para além dos limites impostos pela orientação mais ou menos democrática da gestão municipal). Trabalhar sobre os problemas de saúde possibilitou que se adotasse uma concepção mais ampla de saúde, chegando à necessidade de pensar e agir com enfoque intersectorial e incorporar a busca pela qualidade de vida como estratégia de mobilização.

Em muitos lugares a participação efetiva nos conselhos de saúde foi temporária. Houve muitas dificuldades para manter a mobilização e a representatividade ao longo do tempo. Uma das razões para essa fragilidade foi a falta de governabilidade dos conselhos (se eles não têm poder para resolver os problemas, de que adianta continuar se reunindo e discutindo?). Outra foi a concepção estreita de trabalhar apenas ou principalmente em relação aos problemas de funcionamento das unidades, não ultrapassando o papel de fiscalização.

Apesar de todos os problemas e limitações, os projetos possibilitaram que em muitos casos os conselhos de saúde se convertessem em espaços de controle social efetivo, entendido, segundo Carvalho (1997), como processos e mecanismos de influência da sociedade sobre o Estado.

### **As organizações comunitárias e a política local**

Depois de algum tempo de implementação, o caráter político dos projetos UNI foi sendo amplamente reconhecido. Político por propiciar uma redistribuição de poder entre diversos atores, político por abrir espaços para a construção da cidadania, político por ser um espaço de luta pelo acesso universal aos serviços de saúde etc.

Apesar de incorporarem claramente esses conteúdos (que não são consensuais, nem neutros), os projetos conseguiram ser espaços de intervenção conjunta de variadas correntes políticas, religiosas, culturais etc.

No segmento comunitário, no entanto, as tensões entre as diversas correntes políticas se manifestaram mais claramente que em qualquer outro espaço dos projetos. Especialmente durante os períodos eleitorais a comunidade enfrentou graves dificuldades para manter sua coesão e unidade de ação em vista das intensas disputas, que se refletiam diretamente sobre suas próprias organizações.

Os espaços institucionais de participação também estiveram mais ou menos permeáveis à população organizada dependendo da orientação política predominante no governo municipal (e houve de fato muita alternância de poder durante todos esses anos). A comunidade se ressentiu mais ou menos dessas variações dependendo do nível e da força de sua organização própria.

Por outro lado, a comunidade organizada, em parceria com a universidade, constituiu-se em elemento essencial para garantir a continuidade de determinadas ações e políticas, especialmente no terreno da saúde, nos momentos de alternância das forças políticas no poder local.

Houve um significativo processo de apropriação de conhecimentos pela comunidade: conhecimentos, antes restritos à universidade ou aos serviços, hoje subsidiam o auto-cuidado em saúde e outras ações práticas e políticas das organizações comunitárias. Por outro lado, a possibilidade de refletir e decidir sobre suas necessidades e prioridades em relação à saúde contribuiu para que a comunidade influísse na elaboração e na execução de políticas públicas locais e conquistasse novos interlocutores na sociedade local, ampliando a legitimidade do movimento social.

O processo de desenvolvimento comunitário desencadeado através do UNI concentrou-se nos dois primeiros planos de mudança (o primeiro, o das intervenções pontuais, de processo; o segundo, o processo de construção de espaços coletivos de reflexão, da democratização do conhecimento e da constituição de sujeitos). No entanto há pelo menos dois projetos em que existem elementos acumulados para uma ação que ultrapassa esses limites.

São comunidades organizadas que já conseguem interferir de maneira sistemática na definição de seus destinos nos mais variados terrenos. A característica principal de seu desenvolvimento foi a capacidade de construir sujeitos autônomos, mas comprometidos com os interesses coletivos.

Trabalharam claramente na perspectiva da democracia participativa, o que implicou na constituição de espaços coletivos de discussão e tomada de decisão, na criação de oportunidades para que os sujeitos ocupassem espaços e se apropriassem de saberes, fazeres e de propostas. Existiu a preocupação explícita de manter sempre abertos e ativos os canais de comunicação entre os pares e de democratizar a informação. Dessa maneira inauguraram um novo estilo de liderança nas organizações comunitárias.

Foram capazes de construir trabalho cooperativo entre as mais variadas organizações comunitárias e também de estabelecer laços de parceria com os mais variados atores e instituições locais. Como resultado, conquistaram maior possibilidade de sustentar os processos iniciados, pois ampliaram muitíssimo suas alternativas para construção de viabilidade e seus recursos de poder.

Todos esses são elementos indispensáveis para que possam existir mudanças nas relações de poder pré-estabelecidas e a configuração de cenários com a possibilidade de intervenção multi-atorial. No entanto, nos cenários UNI isso ainda é uma perspectiva a ser construída.

### **A construção do novo**

A dinâmica intersubjetiva que se estabeleceu nos projetos abriu a possibilidade de decisões democráticas a respeito das transformações que devem acontecer e também da criação de espaços de solidariedade.

O primeiro elemento para isso foi a criação de espaços e momentos de interlocução entre os parceiros e em seguida a construção de alguns objetivos, de uma linguagem comum e do acesso a novos saberes. E isso se passou em todos os segmentos: professores, estudantes e profissionais de serviços tiveram acesso a novas metodologias de ensino, a novos conteúdos técnicos e políticos, a novas práticas profissionais. A comunidade teve acesso a informações sobre saúde, a metodologias de planejamento, avaliação, a novos recursos de comunicação etc.

A democratização da informação e o “diálogo entre saberes” parecem ter-se constituído em instrumentos fundamentais para a redistribuição do poder no interior dos projetos, entre os parceiros e entre eles e outros atores do contexto local. Esse foi o principal instrumento de “empoderamento” dentro dos projetos.

Os processos desencadeados pelos projetos confirmam que os indivíduos não são simples produto de uma vontade de poder, nem o simples produto das estruturas. Eles são produto de uma socialização, mas como essa socialização é um processo contraditório, que envolve diferentes expectativas e projetos, ela produz nos indivíduos capacidade de regulação, capacidade de um comportamento imputável.

Os projetos demonstram isso ao revelar a heterogeneidade de idéias e propósitos dentro de cada um dos componentes e a possibilidade de construir coletivamente novos valores e proposições, partindo de lugares distintos da estrutura social. Na maior parte dos projetos, depois de algum tempo, o cálculo de cada parceiro passou a envolver necessariamente a consideração sobre os destinos dos outros parceiros. A indiferença deixou de ser possível.

O fenômeno da compreensão, criação de sentido e aprendizagem implica em uma capacidade interativa e interpretativa vinculada à existência de uma linguagem que possibilite a comunicação entre diferentes sujeitos. Essa linguagem é construída a partir de uma inserção comum em determinado tempo e espaço histórico e pode se tornar a expressão viva da criatividade num mundo ocupado por sujeitos históricos, sujeitos capazes de tomar em suas mãos a construção do presente e do futuro (DEMO, 1997). Nos projetos UNI essa racionalidade corresponde aos valores e objetivos comuns construídos através da parceria.

Mas se o processo desencadeado pelos projetos envolveu todo esse esforço comunicativo e de construção de consensos, ele também envolveu conflitos (entre os parceiros e no interior de cada segmento) e disputas políticas.

A parceria propiciou aos segmentos “mudancistas” de cada instituição/organização a possibilidade de se apoiarem mutuamente nos momentos de dificuldade e de disputa com outros setores/sujeitos sociais/políticos da cena local.

O desenvolvimento das organizações comunitárias e o aumento de sua capacidade de intervenção social observados na maior parte dos projetos sugerem que a parceria com segmentos de outros setores sociais pode multiplicar o potencial transformador da mobilização popular. Essa parceria é uma fonte preciosa de “empoderamento”, tanto do ponto de vista da democratização dos saberes, como da legitimação das organizações e das vontades populares junto a outros interlocutores políticos fundamentais nos cenários locais.

O poder existe e se manifesta como uma relação entre as ações dos seres humanos vivos, tanto ao nível do coletivo como dos indivíduos. O poder atravessa as relações humanas em todos os níveis de complexidade organizativa. Para haver democracia é necessário que o poder não fique exterior às pessoas (no Estado ou nas estruturas), mas retorne aos indivíduos e grupos dentro da sociedade. Para haver democracia é necessário que os indivíduos decidam conscientemente, não somente em termos individuais mas também em função de projetos coletivos. A democracia necessita de um espaço real e de respeito aos direitos cidadãos para que se resolvam os problemas públicos e se construam projetos coletivos (Eibenschutz, 1995).

O UNI propiciou à comunidade, aos docentes, estudantes e profissionais de saúde as duas coisas: espaço real e poder para interferir nos seus destinos (relativamente, é claro, e dentro de certos limites).

Os processos desencadeados nos cenários UNI permitiram compreender que as mudanças pretendidas pelo programa são de fato complexas e ocorrem em um terreno de grande imprevisibilidade. Seu desenvolvimento futuro e a sustentabilidade dos progressos dependem da capacidade de intervenção dos inúmeros atores sociais e institucionais mobilizados. Compreender a dinâmica desses processos e poder lançar sobre eles um olhar prospectivo é fundamental para entender em profundidade seus limites e possibilidades.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M.J. **Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança**. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 1997.

BID. **Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud**. Washington, 1995. 22p. mimeo

BORDENAVE, J.D. & PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Editora Vozes, Rio de Janeiro, 1977.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. Hucitec, São Paulo, 1994.



CARDELLI, G. **¿Socios, voceros o usuarios? La participación de la comunidad en el marco de los proyectos UNI**. Apresentado no Encontro Internacional de Lideranças Comunitárias. UNI Brasília, 1996.

CARVALHO, A.I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia – a luta do CEBES**. Lemos, São Paulo, 1997.

CORRAGIO, J.L., mimeo, sem data.

DELUIZ, N. mimeo, 1997.

DEMO, P. **Conhecimento moderno sobre ética e intervenção do conhecimento**. Editora Vozes, Rio de Janeiro, 1997.

DEMO, P. **Desafios modernos da educação**. Editora Vozes, Petrópolis, 1998.

EIBENSCHUTZ, C. H. Atención a la salud y poder ciudadano: elementos clave en la articulación público/privada. In: Eibenschutz, C. H. (org.) **Política de Saúde: o público e o privado**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

FIORI, J.L. Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro. In: Tavares, M.C. & Fiori, J.L. **Desajuste global e modernização conservadora**. Paz e Terra, São Paulo, 1993.

FRANCO, S. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. **Boletín Epidemiológico da OPAS**, 1990, p.1-7.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1982.

GERSCHMAN, S. Democracia, Políticas Sociais e Globalização: Relações em Revisão. In GERSCHMAN, S. & VIANNA, M.L.W. **A Miragem da Pós-modernidade**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

IANNI, O. **Teorias da Globalização**. Editora Civilização Brasileira, São Paulo, 1997.

IANNI, O. **Era do Globalismo**. Editora Civilização Brasileira, São Paulo, 1996

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Imago, Rio de Janeiro, 1976.

JAPIASSU, H. **A crise da razão e do saber objetivo: as ondas do irracional**. Letras & Letras, São Paulo, 1996.

LOUREIRO, S. Conceitos e estratégias de integração com os serviços de saúde através do desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. In:

KISIL, M. & CHAVES, M. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde**. Battle Creek, 1994.

LÜCK, H. **Pedagogia Interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos**. Editora Vozes, Petrópolis, 1994.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. Editora Hucitec, São Paulo, 1996.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In CECILIO, L.C.O. et al. **Inventando a mudança na saúde**. Hucitec, São Paulo, 1994.

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

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, Supl1, p. 7-18, 1994.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Publicações Europa- América, Portugal, sem data.

NOVAES, H.M, PAGANINI, J.M., KISIL,M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: avaliação para transformação**. Washington: OPS, 1995. 504 p. (HSS/Silos 16/24)

PAGANINI, J.M. & NOVAES,H.M. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas locales de salud: el hospital público, tendencias y perspectivas**. Washington: OPS,1994. 320p.(HSS/Silos 39)

PAGANINI, J.M. & CAPOTE. **Sistemas Locales de Salud: un nuevo modelo de atención en los sistemas locales**. OPS Washington, 1990.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1993.

SANTOS, B. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. Afrontamento, Porto, 1995.

SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. Afrontamento, Porto, 1987.

SENA, R. & EGRY, E. Y. **A Enfermagem nos Projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a Enfermagem Brasileira**. Rede UNIDA – Hucitec, São Paulo, 1998.

SACRISTÁN, J. G. & GÓMEZ, A.I.P. **Compreender e transformar o ensino**. ArtMed, Porto Alegre, 1998.

SEVERINO, A. J. **Filosofia**. Editora Cortez, São Paulo, 1992.

SIEBENEICHLER, F.B. **Jürgen Habermas: Razão comunicativa e emancipação**. Ed. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, 1989.

TAVARES, M.C. & FIORI. **Poder e dinheiro: uma economia política da globalização**. Editora Vozes, São Paulo, 1997.

TEIXEIRA, C.F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E.V.(org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1993.

VIANNA, M.L.W. Política *versus* Economia: Notas (menos pessimistas) sobre Globalização Estado de Bem-Estar. In GERSCHMAN, S. & VIANNA, M.L.W. **A Miragem da Pós-modernidade**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

W.K.K.F. **Informe de avaliação de cluster**. Segundo período, segundo grupo de projetos. São Paulo, 1997.(mimeo)

## **Construindo a Possibilidade da Participação dos Usuários: Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde**

*Soraya Maria Vargas Cortes*

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde  
Coletiva (NIPESC).

## RESUMO

O artigo discute o trabalho de autores que afirmam existir dificuldades em criar canais participatórios nos países em desenvolvimento em geral, e na América Latina em particular, devido à fraqueza de suas instituições políticas e sociedades civis. Na área da saúde, as iniciativas para promover a participação teriam resultado em fracasso. Argumenta-se, em contrapartida, que a experiência brasileira, com os conselhos e as conferências de saúde, não confirma integralmente tais afirmações. O artigo também examina as origens históricas, a criação e o papel político-institucional desses fóruns, no contexto da reforma do sistema brasileiro de saúde. Ao final, o artigo analisa os determinantes do sucesso de um processo participatório em conselhos e conferências de saúde.

## PALAVRAS-CHAVE

participação dos usuários, conselhos de saúde, conferências de saúde.

## INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe, inicialmente, a discutir algumas afirmações presentes na literatura internacional sobre a questão da participação no contexto do processo de reforma setorial em países em desenvolvimento, marcadamente no setor saúde. De acordo com os autores (Grindle e Thomas, 1991; Ugalde, 1985), seria muito difícil criar canais participatórios nos chamados países em desenvolvimento, em geral e na América Latina em particular, devido às características de suas instituições políticas. Supõe-se que estas seriam dominadas por pactos e acordos informais elitistas e apresentariam sociedades civis fracas (Grindle e Thomas, 1991). Na área da saúde as iniciativas para promover a participação teriam resultado em manipulação dos participantes e na destruição de formas populares de organização (Ugalde, 1985). A experiência brasileira, com os conselhos e as conferências de saúde, não confirma integralmente tais afirmações. Estudos revelam que, em alguns casos e em determinadas conjunturas, esses fóruns têm participado do processo decisório no setor e têm contado com a participação de representantes dos usuários de serviços de saúde (Carvalho e outros, 1992; Cortes, 1995, Cortes, 2000). Daí advém o questionamento sobre as origens e o papel institucional e político desses fóruns no contexto da reforma do sistema de saúde brasileiro, bem como sobre as condições que viabilizariam o êxito de tais experiências participatórias. A segunda e terceira partes do artigo procuram responder a essas indagações.

Para que a discussão aqui promovida seja inteligível, é necessário fazer dois esclarecimentos iniciais. Em primeiro lugar, a literatura sobre o tema tem tratado como participantes em potencial a comunidade, o consumidor, as classes populares (participação popular), o cidadão e o usuário. A utilização de um ou outro conceito de participante depende principalmente da orientação política e ideológica de quem o empregar. Neste artigo é mais frequente o uso do conceito participação dos usuários. Ele se refere àqueles que utilizam determinados serviços em uma dada área territorial. Embora tenha alguma similaridade com o conceito de participação do consumidor, ele não se restringe à perspectiva mercantil e incorpora a noção de direito social que o conceito de cidadania normalmente pressupõe. Além disso, desde a segunda metade da década passada, o termo participação do usuário tem sido o mais empregado por estudiosos do tema e pelos documentos oficiais brasileiros. Em segundo lugar, a literatura trabalha com diferentes modalidades ou gradações do que seria participação (Arnstein, 1969; Cortes, 1996(a); Ham, 1980; Lee e Mills, 1985; Paul, 1987). As formas de envolvimento dos participantes podem ser qualificadas como manipulação, consulta, negociação ou até mesmo participação. Neste artigo, considera-se que há participação quando o envolvido tomar parte no processo de decisão política (Lee e Mills, 1985; Paul, 1987).

## **CONSOLIDAÇÃO DE CANAIS PARTICIPATÓRIOS NO BRASIL, NA ÁREA DE SAÚDE: IMPROVÁVEL, MAS POSSÍVEL**

Durante as duas últimas décadas, nos países desenvolvidos, a institucionalização de mecanismos participatórios tem sido vista como um complemento ou como uma alternativa às formas tradicionais de representação política nas democracias liberais. No mesmo período, as agências internacionais têm preconizado que nos países em desenvolvimento sejam promovidas a auto-sustentação econômica e a participação comunitária, vistas como meios para atingir o desenvolvimento. Os cuidados primários de saúde seriam uma das principais estratégias para melhorar as condições de saúde nesses países. Uma de suas diretrizes centrais consiste no estímulo à participação comunitária. Tem sido questionada, no entanto, a possibilidade de serem criados mecanismos que permitam a participação dos setores populares no processo de decisão política em países em desenvolvimento e, particularmente, em países latino-americanos.

Desde os anos trinta, dirigentes políticos e acadêmicos consideravam que o Estado deveria ser o condutor do crescimento econômico e o promotor do bem estar social (Grindle e Thomas, 1991, p.2). Os governos centrais seriam os impulsionadores do progresso, particularmente, nos países em desenvolvimento. Neles, a grande distância entre os objetivos propostos e a realidade, marcada por enormes problemas sociais e econômicos, parecia justificar a defesa do planejamento e execução centralizada. Nos anos oitenta, o agravamento da crise econômica internacional e a ascensão ao poder de políticos conservadores em países centrais da economia internacional determinaram uma mudança de enfoque. Os dirigentes políticos desses países passaram a defender idéias inspiradas no pensamento da nova direita, influenciando as agências internacionais a proporem o "ajustamento estrutural" das economias dos países em desenvolvimento, através de políticas que reduzissem drasticamente o tamanho do aparelho estatal. As agências internacionais passaram a recomendar reformas baseadas em teorias econômicas neoclássicas, desafiando a idéia do Estado indutor do crescimento econômico e do bem estar social. Advogava-se uma maior distribuição de poder, na qual a privatização e a devolução de funções e recursos nos níveis subnacionais de governo tornaram-se noções chaves (Grindle e Thomas, 1991, p.2). A nova concepção de desenvolvimento, combinada com a idéia de cuidados primários de saúde, teve influência profunda na reforma do sistema brasileiro de saúde iniciada nos anos oitenta.

A estratégia de cuidados primários de saúde criticava a concentração de investimentos em poucas unidades complexas de saúde, principalmente hospitais, em geral localizados em alguns centros urbanos de larga densidade populacional (Walt, 1994, p.5, 24). Os recursos deveriam ser usados racionalmente, enfatizando a aplicação de tecnologias simplificadas através de uma rede de serviços hierarquizada que cobriria toda a população, embora tivesse como alvo prioritário os setores sociais mais pobres. Nos países em desenvolvimento, a implantação de políticas inspiradas nessa estratégia frequentemente resultaram na extensão da cobertura dos serviços de saúde a regiões rurais e a áreas urbanas que concentravam populações de baixa renda (Paim, 1989, p.19; Walt, 1994, p.5). A administração da rede de serviços deveria ser descentralizada e contaria com a participação da comunidade.

A noção de participação, tal como fora inicialmente concebida pelos defensores dos cuidados primários de saúde, era muito vaga, e seu significado variava conforme as peculiaridades da organização social e política de cada país, ou do posicionamento político-ideológico do ator político que abraçava a idéia. Segundo Grindle e Thomas (1991, p.43-69), nos países em desenvolvimento, os tipos de relações, que normalmente se estabelecem entre instituições políticas e sociedade civil, dificultariam a constituição de mecanismos participatórios. Uma das características desses países seria a fraqueza ou ausência de sociedade civil organizada capaz de contrabalançar o poder político das elites econômicas e militares em aliança com a burocracia estatal. Particularmente na América Latina, o processo de tomada de decisões políticas teria sido tradicionalmente conduzido através de canais

informais, nos quais os interesses empresariais e militares estariam diretamente representados dentro da estrutura burocrática do Estado (Cardoso, 1975, p.165-86). Nos países latino-americanos os interesses não dominantes - tais como os dos sindicatos, dos trabalhadores rurais, dos moradores urbanos pobres - seriam sistematicamente excluídos dos canais decisórios. Suas demandas seriam filtradas por relações estabelecidas por funcionários públicos com líderes obsequiosos e clientes individuais.

Embora essa caracterização seja apropriada para a maior parte da história republicana brasileira, ela é apenas parcialmente adequada para retratar a vida política brasileira, durante os anos oitenta. As prescrições das agências internacionais, defendendo a redução do papel do governo federal - como provedor de bens e de serviços - e propondo a participação comunitária, dirigiam-se a um país cuja economia praticamente parara de crescer. Os anos oitenta foram conhecidos como a "década perdida", principalmente porque se caracterizaram pela combinação de altas taxas de inflação com crescimento econômico negativo ou muito baixo. O declínio da atividade econômica virtualmente neutralizara o governo central como agente indutor do desenvolvimento econômico. No entanto, concomitantemente, a sociedade civil demonstrava uma capacidade de organização sem precedentes, ao mesmo tempo em que se liberalizava a vida política.

No final dos anos setenta, intensificavam-se a mobilização e a organização da sociedade civil brasileira. O "novo movimento sindical" demandava ativamente aumentos salariais e liberdade de organização enquanto se opunha abertamente à ditadura militar (Almeida, 1984, p.191-214; Keck, 1989, p.252-96). Pela primeira vez, desde o começo dos anos sessenta, sindicatos de trabalhadores rurais e o movimento dos sem terra exigiam reforma agrária e a extensão de benefícios previdenciários a trabalhadores rurais (Grzybowski, 1987; Hall, 1990, p.187-232). Nas áreas urbanas, associações de moradores promoviam campanhas demandando melhores serviços ou mesmo, por vezes, ocupando conjuntos residenciais vazios e prédios públicos (Baierle, 1992; Martes, 1990). Novas organizações sociais eram criadas, tais como associações ecológicas e grupos feministas. Esses movimentos e organizações tinham como ponto comum a oposição ao governo militar.

O clímax da liberalização política, durante os anos oitenta, deu-se com o fim da ditadura militar e a promulgação da Constituição em 1988. A Constituição instituiu "um regime competitivo liberal de oligarquias", no qual todos os brasileiros eram formalmente considerados cidadãos (Weffort, 1988, p.16). Ela criou mecanismos de envolvimento das classes populares na administração pública - como o referendun, o plebiscito, a iniciativa popular - e estabeleceu que deveria haver participação popular, particularmente na área da saúde (Moisés, 1990, p.33; Brasil, 1988, art. 194/VII).

A organização da sociedade civil e a liberalização política ocorrida não têm sido incorporadas a muitas análises dos processos recentes de reforma social e de mudança nas instituições políticas latino-americanas. Grindle e Thomas (1991, p.63) afirmaram que na maior parte dos países em desenvolvimento grandes parcelas da população - camponeses e moradores urbanos favelados - não são organizadas de modo a sustentar atividades políticas regulares. Os interesses sociais seriam freqüentemente representados através de processos informais, ao invés de formas públicas de pressão. Esse era o caso do Brasil, particularmente durante as décadas de sessenta e setenta, quando se combinavam a ausência de democracia política e a exclusão de milhões de pessoas do acesso a bens e serviços básicos, disponíveis para outros através da rápida industrialização e modernização. Para os anos oitenta e início dos anos noventa, entretanto, essa caracterização torna-se imprecisa, na medida em que retrata apenas parcialmente a dinâmica social e política do país. Em várias cidades, especialmente na área da saúde, setores dos movimentos sociais urbano, rural e sindical mobilizavam-se e, inicialmente, apresentavam suas reivindicações diretamente a gestores e políticos. A partir da segunda metade da década de oitenta, esses movimentos passaram a canalizar suas demandas para as comissões interinstitucionais municipais de saúde, e depois, para os conselhos e as conferências de saúde. Através desses canais participatórios, eram apresentadas formal e publicamente as demandas daqueles setores sociais recorrentemente

excluídos dos processos decisórios. Para que isso ocorresse, de forma sistemática e continuada, seriam necessárias algumas precondições.

Em primeiro lugar, o estabelecimento desses canais de efetiva participação, requereria a existência de organizações da sociedade civil, que pudessem sustentar e legitimar aqueles que representassem os interesses dos setores sociais que elas aglutinavam (Marmor, 1983, p.92). Em segundo lugar, seria necessário contar com uma *policy community* interessada na construção de canais participatórios. *Policy community* é entendida como uma comunidade orgânica de atores políticos organizados em torno de um projeto comum de política social (Jordan e Richardson, 1982, p.83). Um importante ator dessa comunidade é a elite política setorial, composta por profissionais e acadêmicos que colaboram decisivamente para a elaboração de projetos reformistas (Grindle e Thomas, 1991, p.20). No caso da reforma do sistema brasileiro de saúde, havia os ativistas dos movimentos sociais, ansiosos por influenciar a formulação e implementação das políticas do setor. Havia, também, uma elite de reformadores tentando criar alianças e coalizões para influenciar o processo de tomada de decisões dentro do governo (Melo, 1993, p.130-136).

Grindle e Thomas (1991, p.32-4) relacionaram a fraqueza dos mecanismos de representação de interesses coletivos, nos países em desenvolvimento, ao forte papel que assumiriam as elites políticas setoriais na formulação e na implementação de reformas, independente de articulações com organizações da sociedade civil. No entanto, a elite de reformadores do sistema brasileiro de saúde constituiu-se apenas em um dos componentes da *policy community* que defendia a reforma. Por um lado, a elite de reformadores atraiu lideranças populares e sindicais para que esses se envolvessem nos fóruns públicos de representação política que eram criados. Por outro, tomaram parte ativa no desenho de políticas e de estratégias que impulsionassem o processo reformista. Ao invés de tomar decisões através de um processo informal de consulta a uma sociedade civil debilmente organizada, eles promoveram a normalização de mecanismos de representação de interesses coletivos no setor saúde, tendo como pressuposto a existência de movimentos popular e sindical, suficientemente organizados para garantir a continuidade e a consistência desse processo de representação.

Embora, durante os anos oitenta, tenha havido intensa mobilização da sociedade civil no Brasil, a estrutura organizativa daí resultante varia de acordo com a região do país, com o estado e com as características demográficas, econômicas e políticas das cidades. A força de instituições políticas e dos movimentos popular e sindical em cidades grandes, por exemplo, tende a tornar viável a participação de grupos de pressão, determinando o tipo de envolvimento que os usuários teriam nos conselhos e nas conferências de saúde (Carvalho e outros, 1992; Cortes, 1995; IBAM e outros, 1991; IBAM e outros, 1993; L'Abbate, 1990; Martes, 1990). Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse no Brasil, especialmente nas pequenas cidades e nas áreas rurais menos industrializadas do país. Embora a existência desses fóruns possa colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros. Mesmo levando em conta tais restrições, nos níveis federal, estadual e em municípios onde os movimentos popular e sindical são mais organizados, tem havido envolvimento constante de representantes dos usuários nos espaços públicos dos conselhos e das conferências de saúde (Carvalho e outros, 1992; Cortes, 2000; Vargas e outros, 1985).

Não só as afirmações de Grindle e Thomas sobre a fraqueza da sociedade civil e a informalidade do processo de representação de interesses na América Latina são incompletas, as de Ugalde também o são. Ele (1985, p.43) afirmou que, na América Latina, as experiências de participação inspiradas pelos princípios dos cuidados de saúde teriam contribuído para aumentar a exploração do pobre através da utilização de seu trabalho gratuito. Elas teriam contribuído para a sua descaracterização cultural, ao mesmo tempo em que acentuavam a violência política pela exclusão ou supressão de líderes e pela destruição de organizações de base. Os conselhos e as conferências de saúde não são "experiências de participação". Eles são



fóruns institucionalizados, similares aos encontrados na Inglaterra, Itália, Estados Unidos ou Canadá (Cortes, 1996 (b)). No entanto, uma fonte de inspiração para a sua criação foi a proposta de participação comunitária preconizada pelos cuidados primários de saúde. As afirmações de Ugalde podem ser consideradas como parcialmente adequadas para caracterizar experiências participatórias que tiveram lugar, durante as duas últimas décadas, em projetos de extensão de cobertura de cuidados de saúde, no interior e em áreas urbanas pobres do Brasil. Não se aplicam, porém, aos conselhos e as conferências de saúde.

São inadequadas, portanto, as afirmações de Grindle e Thomas e de Ugalde, que subestimam a possibilidade de participação de setores populares em processos reformistas ou em ações inspiradas pela estratégia de atenção primária à saúde na América Latina e, por conseguinte, no Brasil. As circunstâncias que cercam e as características que conformaram o processo de criação dos conselhos e das conferências de saúde e sua consolidação legal e política demonstram essa inadequação.

## **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA CRIAÇÃO DE FÓRUNS PARTICIPATÓRIOS NA ÁREA DE SAÚDE**

No Brasil, até a década de setenta, existiram mecanismos participatórios institucionalizados unicamente na área previdenciária. A previdência social oferecia benefícios e serviços aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, que pagavam contribuições. Entre esses serviços estava a assistência ambulatorial e hospitalar individual. Durante o regime militar, que se estendeu de 1964 a 1985, houve a supressão de qualquer tipo de participação de representantes de trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios ou consultivos da previdência social. Entretanto, a partir de 1974 foram tomadas iniciativas no sentido de estimular o envolvimento da "comunidade" no setor saúde. As primeiras medidas nesse sentido, no entanto, foram implementadas na área de saúde pública, cujos serviços destinavam-se àquela parcela da população excluída do acesso a serviços de saúde previdenciários.

Desde o início da previdência social brasileira, através da criação, em 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões, havia eleição de representantes dos trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios dessas instituições (Oliveira e Teixeira, 1986, p.22). As caixas eram organizadas por empresas, como sociedades civis, nas quais a única participação estatal dava-se por meio da normatização de seu funcionamento feita através de lei federal, aprovada pelo Congresso Nacional. Elas atendiam marítimos e ferroviários e suas famílias, oferecendo aposentadorias, pensões, pecúlios e assistência ambulatorial e hospitalar em caso de cirurgia (Oliveira e Teixeira, 1986, p.22). A participação de representantes de trabalhadores ocorria em seu principal órgão diretivo, o qual era composto por três membros designados pela empresa e dois do corpo de empregados, eleitos diretamente (Oliveira e Teixeira, 1986, p.32-3).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões, criados a partir de 1933, também tinham mecanismos participatórios; careciam, no entanto, de autonomia em relação ao Estado. Os institutos previdenciários eram autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho, que abrangiam categorias nacionais de trabalhadores urbanos, tais como marítimos, estivadores, industriários, bancários, comerciários, servidores públicos federais (Malloy, 1977, p.46-7). Outras categorias de trabalhadores urbanos – domésticos, autônomos, servidores públicos municipais – e os da área rural não foram atingidos pelo sistema. O governo federal interferia na escolha dos representantes dos trabalhadores que tomavam parte em órgãos diretivos dos institutos (Oliveira e Teixeira, 1986, p.118-131). Depois de 1945, a democratização política e o crescimento econômico industrial favoreceram o fortalecimento do movimento sindical, aumentando sua influência na escolha dos dirigentes dos institutos e, principalmente, na indicação dos representantes dos empregados que deveriam tomar parte nas instâncias colegiadas dos institutos previdenciários.

O regime autoritário militar, a partir de 1964, promoveu a centralização das instituições políticas e estimulou o crescimento da provisão privada de bens e serviços. A reforma fiscal, os Atos Institucionais, a Constituição outorgada, de 1967, e as emendas constitucionais, de 1969, concentravam poder político, competências e recursos financeiros nas mãos da União. Ao lado da centralização de poder, constituía-se um padrão autoritário de administração pública, que defendia o planejamento e a gestão baseados em decisões técnicas e a supressão de canais abertos à manifestação pública de interesses seccionais. Nesse contexto, foram fechados os mecanismos de participação dos trabalhadores em órgãos decisórios e consultivos da previdência social.

A partir de 1974, no entanto, o governo passa a demonstrar maior preocupação com a promoção de políticas que levassem a expansão da provisão de ações e serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que diminuía o ritmo do crescimento econômico, que caracterizara o chamado "milagre econômico brasileiro", o regime militar sofria o enfraquecimento de suas bases sociais de apoio. O novo presidente militar, empossado naquele ano, propunha a gradual liberalização política e um novo discurso social, consubstanciado no II Plano Nacional de Desenvolvimento (Paim, 1989, p.19). O plano propugnava a implementação de novas estratégias de planejamento social e a racionalização do sistema de saúde. De acordo com novas diretrizes, foram criados os planos de extensão de cobertura, planejados e executados verticalmente pelo governo federal e impostos aos estados e municípios. As ações mais inovadoras foram aquelas que visaram estender a cobertura a parcelas da população até então excluídas de qualquer tipo de acesso a serviços de saúde. A proposta mais ambiciosa foi a tentativa, em 1979, de implementar um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAUDE). Embora a iniciativa não tenha tido sucesso, pela primeira vez discutia-se, nacionalmente, uma proposta que incorporava, entre seus elementos centrais, a noção de participação comunitária no setor (Paim, 1989, p.20).

Outro conjunto de iniciativas que visavam modificar os serviços de saúde pública tinha como protagonistas algumas secretarias municipais de saúde. No final da década de setenta, em municípios de pequeno e médio porte, em geral governados por opositores do regime militar, secretarias municipais de saúde implementaram políticas inspiradas pelos princípios dos cuidados primários de saúde. Além de oferecerem cuidados básicos para populações pobres, tinham como objetivo envolver usuários em decisões tomadas nos serviços de saúde municipais. O grau desse envolvimento variou caso a caso, mas difundia-se, nessas localidades, a idéia de participação na área de saúde. Saliente-se que muitos profissionais de saúde participaram intensamente dessas experiências.

Até o início dos anos oitenta, o sistema brasileiro de saúde era dividido entre os subsetores de saúde previdenciária e de saúde pública, ambos atuando paralelamente, carecendo de integração no planejamento e nas ações. O subsetor previdenciário detinha a maior parte dos recursos financeiros. Ele oferecia serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, acessíveis aos trabalhadores contribuintes, através de unidades próprias e, crescentemente, através de prestadores contratados. A crise econômica e os custos crescentes com a provisão de assistência à saúde fortaleciam as propostas de políticos, de administradores e de líderes dos movimentos popular e sindical, visando reorganizar o sistema para torná-lo universal, descentralizado e melhor integrado. A reorganização implicaria na transferência de poder político e de recursos financeiros do subsetor previdenciário para o de saúde pública e da esfera federal para as administrações estaduais e municipais. A democratização política, o fortalecimento dos níveis sub-nacionais de governo (Souza, 1994, p.588-589) e as recomendações das agências internacionais, motivaram a implementação de políticas e a constituição de regramento legal que veio a universalizar o acesso, a integrar e a descentralizar o sistema público de saúde brasileiro. Para os que defendiam a redução do tamanho do estado e da proporção de gastos com proteção social pública, o objetivo principal era o corte de custos. Em contraste, aqueles que defendiam a democratização do acesso a serviços e a ampliação do controle estatal sobre os serviços financiados com recursos públicos, ressaltavam a importância de estimular a participação dos usuários.

Ao longo da década de setenta e na primeira metade dos anos oitenta, buscando liberalizar o regime, uma vez que a crise econômica havia reduzido sua legitimidade política, o governo militar tomou medidas procurando constituir novos canais de representação de interesses. Visava-se legitimar o regime autoritário e ampliar as bases sociais de apoio através da implementação de políticas para aliviar pobreza e de expansão de cobertura previdenciária. Simultaneamente as relações corporativistas entre os interesses empresariais e a tecnocracia do setor público (Cardoso, 1975, p.181-6) eram criticadas até mesmo pela burguesia, insatisfeita com o declínio nas atividades econômicas. Foram restabelecidas ou criadas formas democráticas de representação e expressão política, tais como eleições para cargos do poder executivo, liberdade de imprensa, de associação e de organização partidária. Projetos e programas governamentais previam a criação de comissões ou conselhos que deveriam ter entre seus componentes representantes da sociedade civil. Uma característica marcante da reforma do sistema de saúde brasileiro, durante os anos oitenta, foi a criação desse tipo de mecanismo participatório.

### **CRIAÇÃO DE FÓRUNS PARTICIPATÓRIOS NO CONTEXTO DA REFORMA DO SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE**

Na década de oitenta, dois programas do governo federal e um conjunto de provisões legais podem ser considerados como os fundamentos institucionais da reforma do sistema brasileiro de saúde. Eles foram os Programas das Ações Integradas de Saúde, de 1984, dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde, de 1987, a Constituição Federal, de 1988, e as Leis Federais 8.080 e 8.142, de 1990.

O Programa das Ações Integradas de Saúde, criado em 1984, fazia parte da estratégia do regime militar para reduzir os custos do sistema previdenciário, que haviam crescido durante os anos setenta. Ele estabelecia que a previdência social transferiria recursos financeiros para governos estaduais e municipais que optassem por tomar parte no programa. O principal objetivo era melhorar a rede de serviços espalhada nos três níveis de governo, retendo a demanda por cuidados ambulatoriais e hospitalares financiados pela previdência social. Para facilitar a integração das ações dos provedores públicos de serviços, foram criadas comissões interinstitucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local da administração pública. Essas comissões foram denominadas, respectivamente, Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). As três primeiras comissões eram compostas por representantes dos prestadores de serviços e do governo, ao contrário das duas últimas que previam o envolvimento *de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local* (Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social e outros, 1984, p.8). À exceção das comissões regionais, as demais foram se institucionalizando como importantes fóruns de debate no setor. Além de auxiliarem a integração interinstitucional, os novos fóruns foram gradativamente se transformando em canais de representação política dentro da organização estatal.

As comissões municipais deveriam decidir sobre a alocação de recursos financeiros previdenciários transferidos para as municipalidades e monitorar o modo como eles eram gastos. Os cuidados de saúde oferecidos diretamente pelas esferas federal, estadual e municipal, financiados com recursos dos orçamentos desses níveis da administração pública, não estavam incluídos nas agendas de discussão das comissões. Particularmente nas capitais e nas cidades de grande porte, com movimentos social e sindical fortes, grupos de interesse - tais como associações de moradores, sindicatos, organizações que representavam profissionais e trabalhadores de saúde - pressionavam pela ampliação da pauta de discussões. Eles viam no *empowerment* desses fóruns a abertura de possibilidades inéditas de participação no processo de decisão política setorial (Carvalho e outros, 1992, p.116-27).

Em agosto de 1987, o governo federal iniciou o Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde, com objetivo de universalizar o acesso a cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, racionalizar custos e o uso de recursos, através da unificação dos serviços de saúde dos subsetores previdenciário e de saúde pública. A proposta era de integração dos serviços de saúde da previdência à rede descentralizada de unidades hospitalares e, principalmente, ambulatoriais do subsetor de saúde pública, pertencentes aos governos estaduais e municipais. Os governos estaduais assinavam convênios de adesão através dos quais a previdência social transferia aos estados recursos financeiros e funções de gerenciamento dos serviços próprios e de contratação de prestadores privados. O programa também estabelecia que as municipalidades que aderissem ao convênio estadual, poderiam receber recursos e assumir o gerenciamento de unidades ambulatoriais e hospitalares anteriormente federais, e também das estaduais, que se encontrassem em sua área territorial. O programa propunha integração, virtualmente extinguindo o envolvimento direto da previdência social na provisão de cuidados de saúde e na compra de serviços. Havendo municipalização, as secretarias municipais de saúde se tornariam os gestores dos serviços existentes em seus territórios, exceção feita àqueles que, devido ao seu nível maior de complexidade, fossem referências para populações de mais de um município.

Os reformadores do sistema brasileiro de saúde consideravam como uma questão de princípio que a sociedade civil tivesse controle sobre o sistema. Ao mesmo tempo, os grupos de interesse mobilizados através de fóruns de participação poderiam auxiliar para expandir os apoios políticos ao processo de reforma. O programa abriu as comissões interinstitucionais estaduais de saúde à participação popular e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais. O Programa habilitou as comissões municipais a tomar parte nas decisões sobre serviços contratados, uma vez que houvesse ocorrido a municipalização.

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988 (Brasil, 1988), e as Leis 8.080 e 8.142 aprovadas pelo Congresso Nacional, em 1990 (Brasil. Congresso, 1990 (a); Brasil. Congresso, 1990 (b)), foram influenciadas pela *policy community* de reformadores do sistema brasileiro de saúde em aliança com organizações que representavam os interesses dos usuários. A estratégia geral era construir um sistema universal e único de saúde, financiado com recursos da seguridade social – criada pela nova Constituição – e dos orçamentos federal, estaduais e municipais. A maior parte da provisão direta e da regulação dos serviços financiados com recursos públicos ficaria a cargo dos municípios. As esferas federal e estadual assumiam a responsabilidade pelo monitoramento e avaliação do sistema e pela provisão de serviços de maior complexidade que se constituíssem em referência para populações de mais de um município. Embora por lei a atenção à saúde tenha se tornado obrigação municipal, até meados da década de noventa, particularmente nas cidades de grande porte, a municipalização dependeu do sucesso de negociações complexas, muitas vezes conflituosas, entre autoridades de saúde municipais e estaduais. Debatia-se sobre como e quando os serviços passariam para a esfera administrativa municipal, quais deles seriam repassados e, principalmente, qual o acordo financeiro que viabilizaria ao município assumir os novos encargos.

A Lei 8.142/90 (Brasil. Congresso, 1990 (b)) ampliou ainda mais as possibilidades de envolvimento de usuários no processo de decisão setorial em comparação com o que havia sido proposto pelos programas anteriores. Deveriam ser constituídos conselhos de saúde permanentes, nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, os quais deveriam ser compostos por representantes do governo, de prestadores de saúde, de profissionais de saúde e de usuários. Metade do conselho seria formada por representantes dos usuários e a outra metade por conselheiros oriundos dos demais segmentos sociais. Um dos requisitos, para que as secretarias estaduais e municipais se habilitassem a receber recursos financeiros federais, era a existência de conselhos organizados de acordo com as determinações legais<sup>1</sup>. Esses fóruns deveriam participar do estabelecimento de estratégias, decidir sobre a alocação de recursos financeiros e monitorar a implementação de políticas. Como a provisão de serviços de saúde se tornara principalmente uma obrigação municipal,

uma vez ocorrido o processo de municipalização, os conselhos municipais poderiam vir a ter controle sobre os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos, dentro do território da cidade.

Mesmo considerando as dificuldades e as resistências para tornar realidade as propostas políticas e as determinações legais, até meados do ano 2000, 97,04% dos municípios do país (5.343 em 5.506) haviam municipalizado a rede ambulatorial básica pública e os serviços de vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária) existentes em seus territórios. No entanto, apenas 8,97% (494 em 5.506) haviam passado a ter controle também sobre todos os serviços financiados com recursos públicos – ambulatoriais, hospitalares, terapêuticos ou de apoio diagnóstico – inclusive aqueles contratados de prestadores privados (Brasil. Ministério da Saúde, 2000). As organizações que representam interesses de usuários têm renovado esforços para aumentar sua influência nos conselhos de saúde nacionais, estaduais e municipais. Elas parecem reconhecer que, no novo desenho institucional, foi aberta a possibilidade para que os usuários participem do processo de decisão política setorial.

A mesma lei criava também as conferências de saúde, nos três níveis da administração pública, as quais deveriam ter a mesma composição dos conselhos e ocorrer a cada quatro anos. Elas deveriam avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Embora tenham sido realizadas oito conferências nacionais de saúde anteriormente a 1990, apenas a última delas – a 8ª Conferência Nacional de Saúde – teve participação popular marcante, possivelmente por ter sido realizada em 1986, no contexto da democratização política, dos conflitos e negociações que precederam o processo constitucional e de intensa discussão sobre os rumos da reforma do sistema de saúde. A partir de então realizaram-se duas conferências nacionais – em 1993 e em 1996 – precedidas pela organização de cerca de cinco mil conferências municipais e estaduais em todos os estados da federação. A mobilização que elas provocaram pode ser atestada pelo processo de escolha de delegados, cercado, muitas vezes, de disputas acirradas entre diferentes entidades buscando garantir a presença de seus representantes no evento. Há indicações de que tem sido respeitada a exigência legal de paridade entre representantes de usuários, *vis-a-vis* demais segmentos sociais (Cortes, 2000).

A legislação criou os conselhos e as conferências nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, mas eles não foram instituídos a partir de um vazio institucional. Na maior parte dos casos, os conselhos originaram-se da adaptação das comissões interinstitucionais existentes, desde a segunda metade da década de oitenta, às novas exigências legais. A realização de conferências era tradição no setor, desde o início do século; a principal diferença introduzida foi o regramento em relação à periodicidade e ao envolvimento de representantes da sociedade civil.

Esses fóruns vêm modificando seu caráter dentro de um sistema de saúde em processo de mudança. Desde 1984, quando as autoridades de saúde federais deram prioridade à integração interinstitucional e à descentralização, através do Programa das Ações Integradas de Saúde, os fóruns permanentes – inicialmente comissões depois conselhos – além de facilitarem a integração, estavam se tornando um espaço para o qual eram canalizadas demandas e conciliados os interesses de prestadores, de trabalhadores e profissionais de saúde, de gestores públicos e de representantes do movimento popular e sindical (Cortes, 1995).

Estudos têm demonstrado, entretanto, que, desde o início dos anos noventa, os representantes da categoria médica e dos prestadores privados de serviços têm se retirado dos fóruns participatórios, marcadamente dos conselhos municipais (Cortes, 1995). Líderes desses setores argumentam que os conselhos são hostis aos médicos e aos prestadores privados de serviços. Eles estariam subrepresentados nesses fóruns considerando sua importância no setor (Entrevista 16, 1992; Entrevista 21, 1992). Evidentemente tais grupos de interesse não foram excluídos do processo de decisão política setorial. Sua influência é exercida diretamente sobre os gestores, através de canais formais e informais de exercício de pressão política. Exemplos de canais formais seriam o legislativo, a mídia ou a apresentação pública de demandas aos

gestores. Os canais informais se constituíam, principalmente, através de administradores públicos identificados com as demandas de médicos e prestadores privados de serviços de saúde. A identificação tem muitas vezes caráter corporativo, pois os gestores públicos freqüentemente são médicos ou proprietários de hospitais ou de equipamentos de apoio diagnóstico ou terapêutico. Saliente-se que a legislação proíbe que proprietários de serviços exerçam posições de chefia no sistema público de saúde. No entanto, muitas vezes o médico, dono de hospital ou de outros equipamentos, abandona formalmente a direção daquela organização apenas durante o período em que exerce a função de gestor público, permanecendo sua identificação com os interesses da corporação médica e dos prestadores privados de serviços.

Diferentemente do que ocorria na segunda metade dos anos oitenta, os conselhos e as conferências de saúde, na década de noventa, parecem ter deixado de ser o local principal de negociações e de mediação de interesses setoriais. Esses fóruns, entretanto, assumiram dois papéis institucionais fundamentais. Em primeiro lugar, nos conselhos e durante as conferências de saúde, articulavam-se às forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de reforma do sistema. Em segundo lugar, a medida que o processo de municipalização se consolidava, eles passaram a ser o locus onde os representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentavam suas demandas aos gestores públicos. A mediação entre projetos conflitantes para o setor parece estar ocorrendo, preferencialmente, nos gabinetes dos gestores públicos de saúde.

Os projetos em conflito são basicamente dois. De um lado, estão os reformistas do sistema brasileiro de saúde, que defendem a expansão da provisão pública de serviços, o aumento do controle estatal sobre o mercado de serviços de saúde e o acesso universal de todos os cidadãos ao sistema. A *policy community* de reformistas é liderada por gestores públicos, principalmente municipais, interessados em aprofundar a autonomia dos municípios e obter mais verbas para custear a rede de serviços sob sua responsabilidade. É liderada também por ativistas dos movimentos popular e sindical e por dirigentes de associações e sindicatos de profissionais e de trabalhadores de saúde interessados na expansão do acesso a serviços universais e em garantir a ampliação da provisão pública de cuidados de saúde. Especialmente nas capitais dos estados e nas cidades de grande porte, eles se articulam nos conselhos municipais e durante as conferências, apoiados pela legitimidade política e legal desses fóruns, confrontando opositores, pressionando prefeitos, governadores e o governo federal para exigir, por exemplo, a destinação de mais verbas para o setor saúde.

De outro lado, estão os liberais que defendem a provisão privada de serviços para aqueles que podem pagar e a oferta de serviços financiados com recursos públicos apenas para as camadas mais pobres da população. Os principais líderes da resistência ao processo de reforma são os empresários médicos, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e suas ramificações estaduais, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) que representa as *health maintenance organizations*<sup>2</sup> brasileiras, o Conselho Federal de Medicina e suas ramificações estaduais, além de alguns sindicatos médicos. Para eles, os conselhos e as conferências de saúde são território inimigo.

Mesmo levando em conta que conselhos e conferências exerçam de modo limitado o papel de mediadores de interesses no setor, a novidade é a formação gradual de um novo tipo de relacionamento na área da saúde no Brasil, no qual os interesses dos setores populares, tradicionalmente excluídos do processo de decisão política, vêm sendo representados formal e publicamente (Carvalho e outros, 1992; Vargas e outros, 1985; Cortes, 1998).

## **DETERMINANTES DA PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS**

Constatou-se acima que os conselhos e as conferências de saúde têm sido um espaço público dentro do qual os interesses dos setores populares são representados e no qual

os representantes desses setores têm participado do processo de tomada de decisão política que lá ocorre. Examina-se agora os determinantes da participação dos representantes dos usuários nestes fóruns. A sistematização da literatura sobre o tema (Cortes, 1995; Jacobi, 1993; Lee e Mills, 1985; Marmor, 1983; Martes, 1990; Vargas e outros, 1985) apontou os seguintes fatores como os mais influentes sobre esse processo participatório: (1) mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde, (2) organização dos movimentos popular e sindical, (3) relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças populares e sindicais, (4) posições das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação a participação, (5) dinâmica de funcionamento dos fóruns. Duas observações preliminares devem ser feitas para esclarecer a natureza desses determinantes. Em primeiro lugar, na realidade, todos eles se afetam mutuamente, compondo as partes de um todo integrado e conflituoso. Em segundo lugar, os dois primeiros fatores são os mais decisivos. Ou seja, os fóruns não existiriam não fosse a estrutura institucional que os criou e somente haverá participação se houver organização da sociedade civil. Em certos casos podem ocorrer resistências das autoridades municipais de saúde em relação à participação dos usuários e mesmo assim ela ocorrer em função da pressão dos movimentos sociais (Cortes, 1995, p.135-137).

As transformações recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde podem ser consideradas como o fator mais influente na determinação do processo participatório que ocorre nos conselhos e conferências de saúde. Essas mudanças formam o conjunto de programas e disposições legais, já mencionado, implementados durante a década de oitenta, acrescidos das normas operacionais do Ministério da Saúde, editadas em 1993 e 1996, as quais normatizaram e estimularam o processo de municipalização. Esse conjunto ofereceu as bases políticas e legais para que o sistema brasileiro de saúde se tornasse: (1) mais integrado, através da unificação do subsetor de saúde pública (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) com o subsetor de saúde previdenciária (serviços próprios e contratados); (2) mais descentralizado, repassando funções e transferindo equipamentos e recursos financeiros para as secretarias estaduais de saúde, e mais tarde, para os municípios; e (3) universalizado, formalmente oferecendo cobertura de cuidados de saúde a toda a população brasileira. Nesse contexto, desde o início dos anos noventa tem crescido a importância dos conselhos e das conferências de saúde, tanto como *locus* de articulação das forças políticas favoráveis à reforma do sistema de saúde, quanto como canal formal e aberto de encaminhamento de demandas e proposições dos representantes dos setores populares, que são os usuários regulares dos serviços financiados com recursos públicos.

No entanto, a força dos movimentos popular e sindical é que determinará a ocorrência ou não de participação de representantes legítimos e autônomos dos setores populares nesses fóruns. Mais que isso, o padrão de organização dos movimentos sociais influencia o modo como os usuários se envolvem nas atividades dos conselhos e das conferências. Se o padrão de organização for mais centralizado, a tendência é que os representantes dos usuários se envolvam diretamente nas atividades dos conselhos nacional, estaduais e municipais das cidades grandes. Se o padrão de organização for mais descentralizado, os representantes usuários chegarão a eles através de organizações locais, tais como os conselhos locais de saúde, clubes de mães, associações comunitárias ou de moradores, entre outras (Cortes, 1995). A importância dos movimentos sociais urbanos, especialmente nas cidades maiores, é decisiva porque os representantes do movimento sindical nos conselhos - excluídos os que representam trabalhadores de saúde - têm sido minoria. Isso possivelmente se explica pelo fato de os setores de trabalhadores mais mobilizados serem aqueles cujos membros já dispõem de seguros ou planos de saúde especiais, não contando unicamente com o sistema público para atender a suas necessidades. Em cidades pequenas, onde os sindicatos de trabalhadores rurais são fortes, eles se constituem na principal base de sustentação para a participação continuada de seus representantes junto aos conselhos municipais (Vargas e outros, 1985). Saliente-se que esses trabalhadores também dispõem apenas do sistema público para suprir suas necessidades de atenção à saúde. As possibilidades de envolvimento autônomo dos representantes de usuários

nas conferências municipais, que escolhem os delegados que participarão das etapas estaduais e federal, dependem da consistência do envolvimento nos conselhos municipais. O caráter episódico das conferências as transforma em momento culminante de um longo processo gestado ao longo dos quatro anos que antecedem a realização de cada uma delas.

Um terceiro fator que tem estimulado o envolvimento de usuários nos conselhos e nas conferências é a ação combinada dos reformadores do sistema brasileiro de saúde com a dos ativistas dos movimentos sociais urbano, rural e sindical (Cortes, 1995; Martes, 1990; Vargas e outros, 1985). A elite de reformadores tem atuado também junto ao executivo e legislativo, visando a introdução de modificações político-institucionais que viabilizem a participação dos usuários. Esses reformadores defendem a participação, porque eles acreditam na democratização do processo de decisão política estatal. Além disso, a aliança com os movimentos sociais oferece suporte político no enfrentamento de resistências dos grupos de interesse contrários às reformas e no confronto dentro do governo com outras áreas políticas, que competem com a de saúde pela obtenção de recursos escassos.

O interesse de setores dos movimentos social ou sindical em reivindicar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde não se traduz, automaticamente, na canalização de demandas para os conselhos e conferências de saúde. A elite de reformadores estimulou o envolvimento de lideranças populares e sindicais nos contatos que eles estabeleceram, enquanto profissionais de saúde pública em unidades ambulatoriais, localizadas em áreas urbanas pobres ou em regiões que concentravam trabalhadores rurais. Eles também favoreceram o envolvimento dos usuários nesses fóruns quando ocupavam cargos como gestores federais, estaduais e municipais de saúde. Em algumas áreas urbanas, como no Setor 4, em Porto Alegre (Cortes, 1995), na Zona Leste de São Paulo (Jacobi, 1993; Martes, 1990) ou em Ronda Alta no Rio Grande do Sul (Vargas e outros, 1985), a já existente intensa mobilização popular em torno das questões de saúde foi canalizada para esses fóruns. Em outras áreas onde também existia a predominância de populações pobres, mas a questão saúde não era tratada como prioridade pelos movimentos sociais locais, o encorajamento dos profissionais de saúde pública foi decisivo para o envolvimento de lideranças populares com as questões de saúde. Sem ele a mobilização para o encaminhamento de soluções para os problemas de saúde teria provavelmente sido menos intensa e a ação política desses segmentos da população não teria convergido, necessariamente, para os fóruns participatórios da área de saúde. A contrapartida para as lideranças dos movimentos sociais urbanos e do movimento sindical era o aumento de sua influência política sobre o processo de tomada de decisões no setor saúde. Através do acesso direto às autoridades de saúde nesses fóruns, eles exerciam pressão pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às populações pobres que eles representam. Ao mesmo tempo, eles reforçavam a sua posição de liderança dentro das suas organizações.

Um quarto fator que contribui para a participação dos usuários nos conselhos e nas conferências de saúde, é a posição das autoridades municipais, estaduais e federais de saúde sobre a participação de usuários. A posição das autoridades de saúde pode ser considerada como decisiva, pois muitas vezes eles dirigem o conselho e a organização da conferência. Mesmo quando não é esse o caso, como gestores, eles influenciam diretamente: (1) na formação da agenda de discussão, (2) no funcionamento geral do fórum, (3) na possibilidade de cumprir as decisões ali tomadas e (4) na possibilidade de pressionar os demais gestores e os prestadores de serviços de saúde para o cumprimento das decisões. Saliente-se que, na medida em que avançar o processo de descentralização, mais importante se tornará o papel do gestor municipal no conjunto do sistema e sobre as possibilidades de haver participação dos usuários, enquanto que a influência das autoridades federais e estaduais declinará.

Um quinto determinante da participação é a dinâmica de funcionamento dos fóruns. Ela está ligada à forma de coordenação do fórum e à postura do gestor em relação à participação. Ela poderia explicar mudanças de curto prazo no envolvimento dos usuários (Cortes, 1995). Nos conselhos a sobrecarga de discussões detalhadas sobre despesas a serem realizadas, por exemplo, pode levar ao esvaziamento de reuniões de conselho (Cortes, 2000). A divisão clara de competências entre comissões técnicas, jurídicas ou similares pode ajudar a



evitar esse tipo de problema, se a intenção for evitá-lo, caso contrário pode se constituir numa estratégia para diminuir o poder deliberativo do conselho. Da mesma forma, ao limitar as questões que entram na pauta de discussão, o gestor pode fazer como que assuntos importantes para a políticas de saúde municipal, permaneçam como *não-questões* (Bachrach e Baratz, 1963). Estando fora da agenda de discussões, as decisões relativas a eles serão tomadas em gabinetes, longe, portanto, do escrutínio público.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a partir dos anos oitenta, alguns setores da administração pública, marcadamente o de saúde, têm sido permeáveis à representação de interesses daqueles setores sociais tradicionalmente alijados do processo político. É certo que essa novidade convive com a permanência de arranjos políticos elitistas e de práticas clientelísticas e paternalistas que dificultam a generalização dessa nova permeabilidade. A crise econômica dos anos oitenta minou as bases do pacto autoritário que excluía as representações de trabalhadores e de outros setores sociais populares dos centros de decisão política. A liberalização política possibilitou a manifestação pública de uma sociedade civil que demonstrou capacidade de organização autônoma, pelo menos nos principais centros urbanos e nas áreas rurais que concentravam os mais ativos sindicatos de trabalhadores rurais. A consolidação dos conselhos e das conferências de saúde, como espaços para os quais foram canalizadas as demandas dos movimentos popular e sindical, teve sucesso onde formou-se uma *"policy community"* composta por uma elite de reformadores do sistema brasileiro de saúde em aliança com lideranças dos movimentos popular e sindical. A aliança que se solidificou nos conselhos de saúde tem se manifestado nas conferências de saúde. Assim, as afirmações de Grindle e Thomas e de Ugalde, que consideraram pouco provável a constituição de mecanismos formais e públicos de representação dos interesses das classes populares na América Latina, não retratam integralmente, nem valorizam, a novidade que constituem os conselhos e as conferências de saúde para a vida político-institucional do país.

No entanto, a demora no processo de municipalização dos serviços de saúde, em muitos estados, tem limitado as possibilidades de extensão da agenda de discussões dos conselhos municipais. Enquanto o gerenciamento dos serviços de saúde nas cidades não estiver sob controle municipal, o poder de decisão política dos conselhos e das conferências municipais, dentro do processo decisório geral do setor, tenderá a ser limitado. Em outras palavras, sem a municipalização o aumento do controle dos usuários sobre esses fóruns não significará ampliação do controle sobre a gestão dos serviços de saúde da cidade. A municipalização apenas da atenção básica, como tem ocorrido na esmagadora maioria dos municípios brasileiros, faz com que o gestor municipal e, por conseguinte, os conselhos tenham influência limitada sobre o processo de decisão setorial.

Ressalve-se, ainda, que a assistência à saúde, no Brasil, está dividida entre os cuidados disponíveis para aqueles que dispõem de convênios especiais ou que podem comprar serviços privados diretamente e aquela assistência acessível aos que somente podem recorrer ao serviços financiados com recursos públicos. Isso tem levado a que principalmente as populações mais pobres e os portadores de doenças crônicas - em menor proporção - se interessem em influir no processo de decisão política que tem lugar nos fóruns participatórios.

Mesmo considerando tais limitações, tem se constatado que, em alguns casos e em certas conjunturas, os conselhos e as conferências de saúde têm propiciado a representação pública dos interesses dos setores populares e os representantes desses setores têm participado no processo de tomada de decisão política que lá ocorre. Os principais determinantes da participação dos representantes dos usuários nos conselhos e conferências têm sido: (1) mudanças no sistema brasileiro de saúde, (2) características dos movimentos popular e sindical, (3) relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças populares e sindicais, (4) posições dos gestores federais, estaduais e, principalmente, municipais em relação à participação, e (5) dinâmica de funcionamento do fórum. Como foi

visto, esses determinantes estão profundamente relacionados e se afetam mutuamente, embora os dois primeiros possam ser destacados como os mais decisivos.

Não se pode afirmar que a reforma do sistema brasileiro melhorou a qualidade dos cuidados oferecidos e que tornou os serviços mais acessíveis ou se ela, ao contrário, intensificou iniquidades territoriais e sociais que já existiam. Não há dúvida, no entanto, que ela criou, no nível municipal de governo, um fórum participativo que tem contribuído para a democratização do processo de tomada de decisões no setor saúde. Maior participação de usuários não garante a redução das iniquidades na promoção de cuidados de saúde para a população. No entanto, a consolidação de fóruns participativos pode auxiliar para a democratização das instituições brasileiras, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político. Através deles, seus representantes podem influir na decisão sobre o destino de recursos públicos no setor saúde, podem obter informações, fiscalizar a qualidade dos serviços prestados e podem influenciar na formulação de políticas que favoreçam os setores sociais que eles representam.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. O sindicalismo brasileiro entre a conservação e a mudança. In: *Sociedade e política no Brasil pós-64*. Ed. Bernardo Sorj and Maria Hermínia Tavares de Almeida. São Paulo: Brasiliense, 1984, p.191-214.

ARNSTEIN, Sherry R. A ladder of citizen participation. *Journal of American Institute Planners* 35 (3), 1969, p.216-24.

BACHRACH, Peter e BARATZ, Morton S. Decisions and non-decision: an analytical framework. *American Political Science Review* 57, 1963, p.632-42.

BAIERLE, Sérgio Gregório. *Um novo princípio ético-político: Prática social e sujeito nos movimentos populares urbanos em Porto Alegre nos anos 80*. M.S. diss., Universidade Estadual de Campinas, 1992.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988*.

Brasil. Congresso. *Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990* - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. 1990 (a).

Brasil. Congresso. *Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990* - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. 1990 (b).

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Governos Estaduais, e Governos Municipais. *Ações Integradas de Saúde*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Fotocopiado. 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. 2000. *Situação atual do processo de habilitação*. <http://www.scielo.br/www.saude.gov.br/descentralização>.

CARDOSO, Fernando Henrique. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

CARVALHEIRO, José R.; DONATO, Ausonia F.; HEIMANN, Luiza S.; IBANHES, Lauro C.; LOBO, Elza F. e PESSOTO, Umberto C. *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, Guido Ivan de e Santos, Lenir. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8142/90)*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CORTES, Soraya M. V. User participation and reform of the Brazilian Health System: The case of Porto Alegre. Londres: London School of Economics and Political Science, Department of Social Policy and Administration, Dissertação de Doutorado, 1995.

CORTES, Soraya M. V. Fóruns participatórios na área de saúde: Teorias do estado, participantes e modalidades de participação. *Revista Saúde em Debate* 49/50, 1996 (a), p.73-79.

CORTES, Soraya M. V. As origens da idéia de participação na área de saúde. *Revista Saúde em Debate* 51, 1996 (b), p.30-37.

CORTES, Soraya M. V. *Perfil dos delegados da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. <http://www.scielo.br/www.datasus.gov.br> / links / Conferência Nacional de Saúde *on line*, 2000.

Entrevista 16. Entrevistado por Soraya Cortes, 19 de Outubro. Transcrito. Arquivos do NIPESC/IFCH/UFRGS. Porto Alegre, 1992.

Entrevista 21. Entrevistado por Soraya Cortes, 14 de Outubro. Transcrito. Arquivos do NIPESC/IFCH/UFRGS. Porto Alegre, 1992.

GRINDLE, Merilee S. e THOMAS, John W. *Public choices and policy change: The political economy of reform in developing countries*. London: The Johns Hopkins University Press, 1991.

GRZYBOWSKI, Cândido. *Caminhos e descaminhos dos movimentos sociais no campo*. Petrópolis: Vozes, 1987.

HALL, Anthony L. *Developing Amazonia: Deforestation and social conflict in Brazil's Carajás programme*. Manchester: Manchester University Press, 1990.

HAM, Chris J. Community health council participation in NHS planning system. *Social Policy and Administration* 14 (3), 1980, p.221-31.

IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Social, Ministério da Saúde, e Fundação Nacional de Saúde. Perfil dos municípios na área de saúde. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, IBAM. Fotocopiado. 1991.

IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Social, NESCO/PR - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, IMS/UERJ - Instituto de Medicina Social, NESCO/UFMG - Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva e Nutrição, NESS/UFBa - Núcleo de Estudos em Serviços de Saúde, NESC/FIOCRUZ - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, e NESCO/UFCE - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Avaliação do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde: Relatório executivo. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Fotocopiado. 1993.

JACOBI, Pedro. *Movimentos sociais e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 1993.

JORDAN, Grant, e RICHARDSON, J. J. The British policy style or the logic of negotiation? In: *Policy styles in western Europe*. Ed. J. J. Richardson. London: Allen and Unwin, 1982, p.81-98.

KECK, Margaret E. The new unionism in the Brazilian tradition. In: *Democratising Brazil: Problems of transition and consolidation*. Ed. Alfred Stepan. Oxford: Oxford University Press, 1989, p.252-96.

L'ABBATE, Solange. O direito à saúde: Da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas. Universidade de São Paulo, Dissertação de Doutorado, 1990.

LEE, Kenneth e MILLS, Anne. *Policy-making and planning in the health sector*. London: Croom Helm, 1985.

MALLOY, James M. Social security policy and working class in twentieth-century Brazil. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs* 19 (1), 1977, p.35-59.

MARMOR, Theodore R. *Political analysis and American medical care*. New York: Cambridge University Press, 1983.

MARTES, Ana C. B. A institucionalização dos movimentos de reivindicação urbana - As secretarias de saúde e a participação popular (1979-1989). M.S. diss., Universidade de São Paulo, 1990.

MELO, Marcus A. C. Anatomia do fracasso: Intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. *Dados - Revista de Ciências Sociais* 36 (1), 1993, p.119-163.

MOISÉS, José A. *Cidadania e participação - Ensaio sobre o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular na nova Constituição*. São Paulo: Marco Zero, 1990.

OLIVEIRA, Jaime A. A. e TEIXEIRA, Sonia M. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1986.

PAIM, Jair Nilson S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Espaço para a Saúde* 1 (Março), 1989, p.18-24.

PAUL, Samuel. *Community participation in development projects - The World Bank experiences*. Washington: World Bank, 1987.

SOUZA, Celina. Political and financial decentralisation in democratic Brazil. *Local government studies* 29 (4), 1994, p.588-609.

UGALDE, Antonio. Ideological dimensions of community participation in Latin America health programs. *Social Science an Medicine* 1, 1985, p.41-53.

VARGAS, Gilberto P.; Da SILVA, G.; MORLIM, J. P.; CASTRO, M. S. M. de; ESPINATO, N. A.; MERG, R. D.; BONFADA, S. T. e ANDREZEJEWSKI, T. Participação dos trabalhadores rurais nos serviços de saúde de Ronda Alta. Escola de Saúde Pública de Porto Alegre. Trabalho de Conclusão do Curso de Saúde Pública, 1985.

WALT, Gill. *Health policy: An introduction to process and power*. London: Zed Books, 1994.

WEFFORT, Francisco C. Notas sobre o desenvolvimento político do Brasil. São Paulo: Seminário da UNESP. Fotocopiado, 1988.

[1](#) Para receber recursos financeiros federais, as secretarias de saúde estaduais e municipais deveriam ter: (1) fundo de saúde, (2) conselho de saúde, (3) plano de saúde, (4) relatório de gestão, (5) considerável contrapartida de recursos financeiros oriundos dos orçamentos próprios destinados à função saúde, (6) plano de carreira cargos e salários.

[2](#) Empresas que oferecem serviços ambulatoriais de saúde contratadas por empresas para oferecer assistência a seus trabalhadores (Cordeiro?).

## **Humanização na Saúde e Cidadania: o caminho para o SUS**

Maria Beatriz Kunkel  
Conselheira, compõe a Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde/RS; Coordenadora do Conselho Regional de Saúde da 6ª Região de Saúde do RS.

## O ATENDIMENTO HUMANIZADO NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS<sup>40</sup>

Dizem que quando os professores sentam-se para refletir sobre suas funções e seu papel, os alunos levantam-se para aplaudir. Quando os gestores, os prestadores e os profissionais de saúde sentam-se para discutir suas funções, planejar e qualificar o atendimento prestado à população, nós, os usuários, aplaudimos.

Eu sou membro do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), onde participo da Mesa Diretora como representante da região de Passo Fundo, e do Conselho Regional de Saúde dessa Região (6ª), no qual represento os agentes voluntários de saúde, os agricultores familiares e as trabalhadoras rurais. É com esses atores e com a realidade que vivem que eu, que sou filha de agricultores e gaúcha, com muito orgulho, aprendo, e é envolvida com essa realidade que eu compartilho meus conhecimentos. É com essa realidade que eu penso e que nós, usuários, falamos sobre humanização do atendimento de saúde e defendemos a qualidade dos serviços prestados com ações eficientes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para isso, preciso explicar o que nós usuários envolvidos na construção e na defesa de políticas públicas mais saudáveis entendemos por SUS. Ouvimos que há problemas na concepção do SUS, que ele não é viável na forma como foi pensado. Descaminhos do SUS não existem; existem caminhos que não são SUS e que não levam até ele. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, um painel de apresentações mostrava experiências que deram certo e um dos apresentadores dizia que experiências que deram certo são o próprio SUS. Experiências que vêm dando errado não são SUS. O que nós temos hoje são atores comprometidos com o SUS e atores que não estão comprometidos com os princípios do SUS. Ouvimos de alguns atores que o SUS é somente para pobres e indigentes e, para nós, isso não é SUS; é descompromisso com o SUS. Para os atores que estão envolvidos com outros projetos de sociedade e de organização do atendimento em saúde, avanços do SUS são um problema e, por isso, vêm resistindo a sua implementação.

Muitas vezes, as práticas no interior do sistema de saúde, inclusive em serviços vinculados ao SUS, fragmentam o usuário em um conjunto de áreas de especialidades. Esse é um dos pontos que gostaria de chamar atenção para pensar na humanização do atendimento. Como se pode falar de humanização se a pessoa é dividida em inúmeras partes, se ela é toda fragmentada em órgãos e sistemas? Como se pode falar de humanização se, para tratar de um problema de saúde, a pessoa é encaminhada de um especialista para outro, sem soluções adequadas e, muitas vezes, sem sequer ser ouvida? Se cada profissional olha para um pedaço do seu corpo como se pedaços isolados tivessem vida autônoma? As pessoas somente são pessoas e, portanto, humanas, na sua inteireza - e é dessa forma que os serviços e os profissionais que querem produzir cuidados humanizados devem orientar seu trabalho. O atendimento e o acesso humanizados são obrigações do SUS e dos seus trabalhadores para com os usuários.

Outro aspecto da desumanização do atendimento é a relação que se estabelece entre o profissional e o usuário, que diminui o usuário. Ele é transformado em “paciente” e colocado numa situação de inferioridade em relação ao profissional. Como é que se pode falar em humanização se a pessoa fica insignificante diante do médico? Não é possível que o usuário consiga reagir e construir sua saúde se, na relação com o profissional que o atende, ele fica submetido, inibido em seu saber e sem possibilidade de iniciativa.

---

<sup>40</sup> Esse texto foi composto a partir da transcrição de algumas palestras que a autora fez sobre o SUS e de algumas entrevistas que foram utilizadas na Tese de Doutorado de Alcindo Antônio Ferla, que ajudou na organização deste texto e a quem agradeço pela ajuda.

O atendimento de saúde normalmente é feito com uma entrega para o profissional. A mãe entrega seu filho, o doente entrega seu corpo. O que sabe o profissional da vida do filho, isolado e entregue, ou do doente? Como se pode falar em humanização se a vida que se vive fora do consultório ou do hospital não busca ser conhecida pelo profissional de saúde? Como saber quais são as providências melhores para aquela pessoa que está diante de si, sem conhecer o modo como vive e como trabalha, quais são suas preocupações e o que quer fazer? Quando a pessoa está no meio dos seus semelhantes, fala da dor e dos problemas que está vivendo. Quando está diante do profissional de saúde, que domina a situação, as falas restringem-se ao que pergunta e valoriza o médico. Um atendimento que desconsidera os modos de vida das pessoas não pode ser humanizado e também não será resolutivo.

Desumanização do atendimento também acontece quando o usuário é reduzido ao “paciente” ou o “caso do quarto 280”, ao qual se prescrevem medicamentos. No outro lado dessa situação, quando o usuário é entendido como um cidadão, passamos a ter um problema, que tem uma origem específica, um conjunto de alterações que afetam a pessoa adoecida, sua família, seu grupo social. Outra lógica organiza o atendimento, já que ocupar um quarto e ter uma doença passam a ser características que acompanham a pessoa adoecida e não sua própria identidade. E outros serão, com toda certeza, os encaminhamentos.

Costumamos ouvir dos profissionais que, quando o doente está em situação de maior gravidade, ele “está desenganado”, já que se chegou no limite da capacidade da medicina em resolver seu problema. Ora, se há um momento no atendimento em que o usuário é “desenganado”, então se pode supor que até então ele foi “enganado”. Humanizar o cuidado em saúde é “desenganar” o tempo todo. O atendimento em que o usuário é enganado não pode ser um atendimento humanizado. Quando quem sabe de sua saúde é apenas o médico e quando cabe ao doente apenas obedecer às prescrições do profissional, como se fossem ordens, não há humanização do atendimento e nem na relação entre eles. O sofrimento acomete a pessoa que está doente e ela precisa ser informada de todas as possibilidades de atendimento que têm. A pessoa adoentada precisa saber e participar da decisão do que irá lhe acontecer. Ela precisa ter respeitada a sua cultura, seus costumes. Por exemplo, nós defendemos o uso de medicamentos produzidos com plantas medicinais, que são usadas há muitos séculos pelas pessoas e a partir dos quais são extraídos princípios ativos para a produção de medicamentos, por exemplo. Os profissionais de saúde precisam aprender sobre o uso dessas formas de cuidado e não somente dos medicamentos produzidos a partir dessas plantas. Enganam os doentes quando dizem que somente tem efeito para tratar de doenças os medicamentos produzidos pelas indústrias, com fortes interesses na venda de seus produtos.

Os profissionais de saúde costumam “enganar” os doentes não somente sobre a gravidade da sua doença e sobre os procedimentos realizados. Enganam também quando não informam sobre as causas das doenças e dos sintomas que as pessoas apresentam. Nós sabemos que o uso de defensivos agrícolas causam problemas de saúde: problemas de pele, problemas renais, malformações congênitas. Os agricultores são orientados a proteger-se com capas, luvas e máscaras quando usam defensivos agrícolas na lavoura. Mas, e os efeitos que esses defensivos causam por meio das frutas, legumes, verduras e outros produtos “tratados” que consumimos?

Quando um doente procura o médico com feridas na pele, recebe antibióticos e outros remédios para tratar a infecção. Depois de receber o remédio, volta para o local onde vive ou consome novamente os produtos que lhe causaram a reação. Sofre novos problemas, recebe outros remédios. Para humanizar o atendimento também é preciso aprender sobre os danos que agrotóxicos, defensivos e outros produtos utilizados na agricultura causam à saúde e devem ser evitados. Os profissionais devem aprender esses efeitos e “desenganar” os doentes, que também são enganados sobre isso pelas propagandas desses produtos nos jornais, revistas e na televisão e pelo efeito aparente que eles têm sobre a produção, deixando-os maiores, mais coloridos e resistentes. Precisam preocupar-se também com as questões que vêm destruindo o meio ambiente. De pouco adianta tratar infecções na pele das crianças quando a causa desses problemas é o esgoto a céu aberto que passa pelo lado da sua



casa e onde elas brincam antes de ir para a escola. As pessoas precisam ser informadas que o lixo e o esgoto causam problemas para a sua saúde e que têm direito de viver em situações em que essas situações estejam resolvidas pela prefeitura e por outros órgãos do governo. Senão o que acontece é que ela é “enganada”, que o que tem é uma infecção na pele e que, para resolver basta usar os remédios que o médico prescreveu.

Humanizar o atendimento também passa pelo trabalho em equipe, onde há igualdade na importância do trabalho e do conhecimento de cada uma das profissões e uma complementação entre eles. O usuário precisa de atendimento de qualidade. Problemas com o vínculo empregatício dos trabalhadores, de salário, das disputas entre as entidades que os representam e outros não podem interferir na qualidade do atendimento ao usuário. O trabalho em equipe implica em discussão conjunta, em que os profissionais sentem junto, para discutir os atendimentos e o melhor jeito de tratar da saúde. Se um usuário procura diversas vezes o atendimento, ao invés da prescrição regular de medicamentos, de calmantes, não será mais resolutivo o atendimento se o médico buscar auxílio dos demais profissionais (psicólogo, assistente social)? Não será mais adequado fazer uma visita domiciliar para compreender o modo de vida das pessoas adoecidas e, portanto, saber quais são as prescrições mais eficientes para aquela pessoa?

## **A SAÚDE PERTENCE AO MODO DE VIVER DAS PESSOAS**

Humanizar o atendimento prestado aos usuários precisa fazer parte das reflexões dos trabalhadores da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviço. Porque o atendimento humanizado é que está registrado na lei como o atendimento que deve ser prestado no SUS. Por isso nós, usuários que participamos dos fóruns de controle social e das instâncias de discussão sobre a saúde, o defendemos. Nós o defendemos também porque foram representantes das nossas lutas que garantiram seu registro na Constituição brasileira de 1988. Foram nossos representantes que registraram um novo conceito de saúde na Constituição.

Quando lemos o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu dois anos antes da promulgação da Constituição e que muito contribuiu para o que foi incorporado durante a Assembléia Nacional Constituinte, encontraremos lá um conceito de saúde que expressa essas idéias todas. Nós não entendemos saúde somente como ausência de doença ou como um “estado de bem-estar”. Saúde é a capacidade de lutar contra tudo o que nos agride e nos ameaça, inclusive a doença, e o atendimento humanizado de saúde deve conseguir fortalecer essa capacidade de luta. Um conceito de “bem-estar” só serviria, nesse sentido, para amortecer a capacidade e a necessidade de luta constante.

O que está escrito no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde é que “em seu conceito mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. Essas definições são muito parecidas com aquelas que estão registradas na Constituição Federal de 1988 que, no seu Artigo 196, diz que a saúde é um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, que deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Também é semelhante, e não podia ser diferente, àquela definição registrada na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90), no seu Artigo 3º: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Ou seja, a definição de saúde engloba a atuação de outras áreas que não somente os serviços de saúde e, por isso, a saúde também está em outras partes da Constituição brasileira de 1988, inclusive para além da parte que trata da Seguridade Social, que é onde estão as principais definições sobre o modo como deve ser organizado o sistema de saúde brasileiro. Por exemplo, o Artigo 7º, que trata dos direitos dos trabalhadores rurais e urbanos, diz, no seu Parágrafo 4º, que entre esses está incluído o “salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim”. Como se vê a saúde e o trabalho para construí-la e restabelecê-la nas pessoas adoecidas, que deve fazer parte do cuidado em saúde humanizado, não pode se restringir à prescrição médica de medicamentos. A saúde está relacionada com o modo de vida das pessoas e é com essa dimensão que o atendimento humanizado precisa estar conectado.

## **A SAÚDE DAS PESSOAS ESTÁ RELACIONADA À SAÚDE NA SOCIEDADE**

O atendimento humanizado é aquele que ajuda a avançar num projeto de sociedade mais saudável. E isso não significa que se possa exterminar as doenças: sempre haverá problemas de saúde na população, mas podemos ter um projeto de sociedade mais saudável. É preciso entender que a saúde e a doença nascem e têm raízes sobre projetos de sociedade. Existem basicamente dois projetos, dos quais derivam os troncos de possibilidades. Esses troncos identificam os agentes que exercem o poder de definir as possibilidades vistas hoje e outras possibilidades que não se vê ainda e que não se sabe como serão. A saúde aparece como possibilidade plena na situação em que o interesse que exerce o poder é o povo e a forma com que esse poder se expressa é por meio da participação. Uma forma de governo que se apresente como do povo mas que não se exerça com participação da população equivale à forma de governo em que o poder é exercido por meio de um sistema privado de interesses, onde os meios de comunicação social exercem sempre muita influência, principalmente para enganar o povo.

Este esquema permite que, ao ser utilizado, sejam construídos novos sentidos: são acrescentados novos galhos, novas raízes e novas palavras. Como a própria saúde, que é diferente em cada um. Nesse desenho eu gosto de mostrar que existem duas grandes formas de saúde: uma relacionada ao adoecimento e outra ao modo de vida saudável. Há uma relação entre as duas, já que a possibilidade de existência de uma situação em que as pessoas deixem de ter doenças (tal qual as descrevem os médicos) está relacionada, necessariamente, à possibilidade de uma vida mais saudável. Nesse projeto de sociedade saudável, continuarão certamente existindo situações de sofrimento das pessoas (adoecimento) e a necessidade de cuidados de saúde, embora com formas de apresentação diferentes das doenças que são descritas atualmente pelos médicos. Numa sociedade saudável, os recursos existentes serão distribuídos de forma mais justa e as soluções serão buscadas de forma mais solidária.

Tem uma história que eu utilizo nas atividades de capacitação das quais eu participo que ajuda a pensar em como se pode fazer avançar esse projeto de sociedade mais saudável, mesmo no atendimento individual das pessoas adoecidas, por meio de um atendimento mais humanizado. A história escrita, da qual não conheço a origem, se chama “Pescador de ti”:

Dois amigos resolveram fazer uma pescaria. Chegaram à beira do rio, iscaram seus anzóis e, mal os colocaram na água, ouviram gritos e choro, que cada vez ficavam mais fortes. Olharam para os lados e nada avistaram. De repente, perceberam que os gritos vinham do rio e

avistaram duas crianças descendo rio abaixo. Jogaram-se na água e, com muito sacrifício, conseguiram salvar as duas crianças. Nem bem haviam chegado à margem, ouviram novos gritos. Desta vez eram quatro crianças caindo rio abaixo. Jogaram-se na água e conseguiram salvar apenas duas crianças. Chegando novamente à margem do rio ouviram mais gritos. Agora oito crianças descendo a corredeira. Um deles lentamente começou a afastar-se do rio. O amigo, assustado, chamou-o de volta, dizendo-lhe: “estás louco? Vais me deixar aqui sozinho para salvar estas crianças?” Aquele que estava se afastando respondeu: “faça o que tu puderes, eu vou verificar quem está jogando estas crianças no rio!”.

Muitos profissionais de saúde sabem fazer somente o que o primeiro pescador fez: a cada problema que aparece, tentam resolver. Alguns, é bem verdade, somente o fazem no horário de trabalho – sempre reduzido quando se trata dos médicos – e em condições específicas (*o rio não pode ser muito fundo!*). Mas é importante que os profissionais façam isso: é preciso tratar as doenças e fazê-lo da melhor forma possível. Mas isso não é suficiente, é preciso também atuar nas causas reais dos problemas. Essa é uma habilidade que poucos profissionais têm.

Quando falo isso, muitos me perguntam se eu estou me referindo à especialização dos profissionais, que aprendem a ver apenas pedaços da realidade que provoca sofrimento e adoecimento nas pessoas. Esse não é o principal problema. Os profissionais de saúde já saem das universidades dominando muitas tecnologias e conhecimentos especializados e cada um deles é melhor em alguma das áreas. Assim, em maior ou menor distância de onde a pessoa adoentada está, existem profissionais que têm o conhecimento especializado necessário. O problema é outro: muitos profissionais de saúde (os médicos em particular) sabem pedir exames e decifrá-los, sabem receitar os seus remédios, mas não sabem *escutar* qual é o *problema*. É importante dar remédios para as alergias, porque as alergias incomodam. Mas porque não perguntam se, por acaso, a pessoa não está utilizando hormônios no tratamento do gado ou agrotóxicos na lavoura? Porque não perguntam como é o trabalho e como está a vida em casa? Gasta tempo e, além disso, vão ter que pensar que o alimento que eles próprios estão consumindo em casa pode ter o mesmo produto que causa aquela reação. E aí vão ter que fazer mais do que pedir exames e receitar os “seus” remédios... Talvez o médico tivesse até que conversar com o psicólogo, com o assistente social, com o enfermeiro e com os outros profissionais para saber o que está acontecendo com a pessoa. Até mesmo ter contato com outros serviços públicos e áreas de governo, como na Secretaria de Agricultura, do Meio Ambiente, da Emater. Os médicos não sabem fazer isso! Não conseguem *ir muito fundo no rio*, como está indicado na história.

Os profissionais de saúde precisam “ir mais fundo” no atendimento das pessoas adoecidas, como disse a história. Não é possível que se deixe de denunciar as causas dos sintomas e do sofrimento das pessoas. Agrotóxicos, hormônios, alimentos transgênicos, situações no mundo do trabalho que põem em risco o trabalhador, a opressão de gênero, a falta de saneamento básico, etc.: essas situações precisam ser denunciadas e os profissionais de saúde, que estão mais próximos das conseqüências que causam sobre a saúde das pessoas, devem fazer isso. É por isso que a saúde é importante para os modos saudáveis de viver, para o fortalecimento das condições de um projeto saudável de sociedade.

Quando falo isso, algumas vezes comentam que talvez seja idealismo exagerado pensar que se pode interferir sobre projetos de sociedade apenas com as ações de saúde. Eu entendo que existem áreas que fazem parte de quase todas as atividades das pessoas. A agricultura, por exemplo: todo mundo precisa de alimento, e quem produz alimentos? Deveríamos produzir alimentos saudáveis, mas não é isso que acontece. A saúde também não é apenas uma pequena área, que diz respeito ao tratamento das doenças. Ela diz respeito à vida de todas as pessoas. Mesmo a ação mais pequena, aquela que envolve o médico e as

peessoas adoecidas (que chamam de “paciente”). Outra história, que utilizo em minhas atividades e cuja origem também não conheço, ajuda a pensar nesses aspectos:

Certa lenda conta que estavam duas crianças patinando em cima de um lago congelado. Era uma tarde nublada e fria e as crianças brincavam sem preocupação. De repente o gelo se quebrou e uma das crianças caiu na água. A outra criança, vendo que seu amiguinho se afogava debaixo do gelo, pegou uma pedra e começou a golpear com todas as suas forças, conseguindo quebrá-lo e salvar seu amigo. Quando os bombeiros chegaram e viram o que havia acontecido, perguntaram ao menino:

– Como você fez isso? É impossível que você tenha quebrado o gelo com essa pedra e suas mãos tão pequenas!

Nesse instante apareceu um ancião e disse:

– Eu sei como ele conseguiu.

Todos perguntaram: - Como?

– Não havia ninguém ao seu redor para lhe dizer que não poderia fazer!  
- respondeu o ancião.

É preciso que os profissionais de saúde tomem para si uma função política que faz parte das boas práticas de saúde. É a função política de denunciar os modos de vida que não são saudáveis e produzir outras alternativas, saudáveis e fortalecedoras da vida. Há uma potencialidade de transformar os modos de vida em cada pequena ação. E é por isso que é preciso denunciar, tornar-se “impaciente” diante dos atendimentos que não ajudam a fazer isso, diante dos atendimentos que não são humanizados. Não somente naqueles em que existe um visível maltrato com o usuário (negligência, desleixo no atendimento, desdém ao seu modo de expressar-se, cobrança pelo atendimento que deve ser gratuito, etc.). Também quando os profissionais não querem preencher as fichas de investigação das relações entre as situações de adoecimento apresentadas pelas pessoas e o seu trabalho, por exemplo. Se a saúde é a capacidade de lutar contra o que produz sofrimento, não se pode ser “paciente” quando se está sendo cuidado. É preciso que os profissionais “desenganem” as pessoas adoecidas, o tempo todo, e que as pessoas mantenham sua impaciência, sua vontade de lutar, acesas o tempo todo. Senão, o que teremos não é somente doença, também morte, mesmo que o corpo continue vivo.

## **A SAÚDE COMO PROJETO DE MUDANÇA**

Para essa saúde maior, para esse projeto de sociedade mais saudável, é preciso mais solidariedade e mais participação de todos. A população ainda está muito acomodada, é preciso que reaprenda a tornar seu o caminho de uma sociedade mais justa e saudável e de um sistema de saúde conforme foi descrito na Constituição. Para isso precisamos formar profissionais mais humanos e capacitar conselheiros para sua função. É preciso “destramelar” a língua.

Nossa sociedade, nossa família, as religiões e outras instituições ainda fazem com que se aprenda a calar sempre. Nós todos, usuários e profissionais de saúde, precisamos ensinar e aprender a falar, a “botar a boca no trombone”. É preciso participar das instâncias de controle social: Conselhos de merenda escolar, da criança e do adolescente, da saúde, da educação e da assistência, das associações de moradores, dos sindicatos, dos comitês da ação da cidadania, das audiências públicas nas câmaras de vereadores. A elaboração das leis que organizam o nosso ir e vir não são somente de responsabilidade dos prefeitos e vereadores. Também existem projetos de lei de iniciativa popular, que podem ser propostos pelos cidadãos quando julgarem que coisas podem ser mudadas. Essa acomodação é construída pelos governantes, pelos meios de comunicação, pelos interesses que dominam nossa sociedade, mas também nós nos acomodamos.

Quem trabalha na roça sabe que, quando se quer que os animais comam o pasto em uma área pequena é só amarrá-lo com uma corda curta. Soltando um pouco mais ele pode ir mais longe. A cada quatro anos nós ficamos assim: na véspera nos dão um pouco mais de corda e todos ficam felizes e votam, muitas vezes naqueles que amarram nossas cordas. Passa a eleição e encurtam a corda de novo. É preciso pensar nisso antes da eleição. O voto é uma arma poderosa para melhorar as condições de vida da gente. A participação também é um bom remédio.

A participação muitas vezes dá medo, porque nós não estamos acostumados com ela. Mas a experiência que temos é que muitas coisas podem ser mudadas. No Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), muitas vezes nós temos que suspender os repasses de recursos do estado aos municípios porque os Conselhos Municipais de Saúde são esvaziados pelas Prefeituras ou porque os secretários de saúde fingem que não sabem que alguns profissionais e serviços estão cobrando pelos atendimentos prestados aos usuários do SUS. Boas brigas já fizemos em defesa do SUS e dos direitos dos cidadãos. Esse é o papel dos Conselhos. Mas, para que possam exercer seu papel, é importante que as pessoas também façam o seu, participando dos Conselhos e denunciando os serviços, os profissionais e os gestores que não cumprem o que determina o SUS. É preciso discutir bastante antes de aprovar projetos, planos de aplicação de recursos, relatórios de gestão e outros documentos que devem passar pelos Conselhos antes de sua aprovação. Eles definem o destino dos recursos dos nossos impostos e a qualidade dos serviços que nós receberemos depois.

Os profissionais de saúde são muito importantes nesse processo. Temos que saber diferenciar os bons e os maus profissionais e também temos que ajudá-los no seu processo de formação. Nós que participamos do SUS no Rio Grande do Sul temos tido boas experiências com os estudantes nos estágios e nos congressos realizados nesses últimos anos. Aprovamos os projetos da Secretaria da Saúde, como o Formação Solidária da Saúde e a aproximação com as universidades, porque cada vez temos visto mais estudantes (de todas as profissões), reconhecendo as possibilidades de trabalhar no SUS. Mas as universidades ainda não estão muito mobilizadas. É preciso que se leia sempre a legislação do SUS, que diz que temos a obrigação legal de interferir na formação dos profissionais. Não basta que os conselheiros de saúde e que os usuários fiquem esperando que as universidades chamem. Precisamos mostrar impaciência também com aquelas que resistem a reconhecer a participação das pessoas e a interferência do SUS.

Tem um desenho que eu uso para falar sobre a formação dos profissionais e que tem uma estrutura parecida com o desenho anterior. Ele também é formado por dois quadros. No primeiro, temos um profissional de saúde que quer “tomar conta” dos doentes, provocando dependência, que está diante de um poço. A terra onde o médico está é a “terra do conhecimento”. O poço (“poço da ignorância”) tem uma pessoa dentro dele. O profissional então joga no fundo do poço alguns medicamentos e manda que o “paciente” tome como ele prescreveu e que não faça nenhuma pergunta. No outro quadro, está um profissional que sabe ajudar os outros a aprender e estimula a independência das pessoas: ao invés de jogar os medicamentos ele joga uma corda. Esse profissional busca saber porque a pessoa adoeceu e como poderá ficar melhor. Ajudado a sair do poço, ao invés de agradecer a um “doutor”, o doente pode agradecer a um amigo. Para um atendimento humanizado de saúde, os profissionais precisam aprender a combinar seus conhecimentos com a sabedoria do povo.

Eu gosto de dizer muitas vezes que é preciso lutar para ter saúde e que, para isso, precisamos mudar a sociedade. É chocante e até irônico constatar situações em que a mesma sociedade que negou o pão para o ser humano VIVER, lhe oferece a mais alta tecnologia para BEM MORRER. Nós, que estamos fazendo o SUS cada vez *mais legal*, precisamos perceber que saúde não é apenas o uso de medicamentos. Nossa saúde tem muita pressa e, para isso, precisamos de muita luta para viver melhor, mesmo quando estamos adoecidos. Precisamos participar mais. Precisamos ter mais saúde.

## **DEBATENDO A PRESENÇA DAS CLASSES POPULARES NOS PROJETOS UNI**

Victor Vincent Valla

Professor Titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (Brasil); Professor Adjunto do curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense; Presidente do Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL)

Este trabalho representa uma síntese dos resultados de uma consultoria externa ao Programa UNI - Desenvolvimento Integrado dos Componentes Comunidade, Serviços e Academia da Fundação Kellogg no ano de 1997. Agradeço o gentil convite de provocar um debate com aquelas lideranças que fazem parte do componente “comunidade”, como também com os técnicos da Fundação Kellogg que coordenam o projeto.

### **A comunidade e sua inserção no projeto do ponto de vista da gestão e da parceria**

Como ponto de partida, parece importante chamar atenção para um fato que certamente não escapa muitos dos participantes do Programa UNI. Trata-se do fato de que os termos “comunidade”, “serviços” e “academia”, são categorias genéricas e neste sentido se referem a mais de um grupo social. Não há apenas uma comunidade, nem um grupo de funcionários que trabalham nos serviços como tampouco apenas um grupo de acadêmicos. Não somente não há uma comunidade em cada uma das cidades onde está implantado o Programa UNI, como não há uma comunidade só mesmo dentro de cada Projeto UNI. Na verdade, há várias comunidades em cada projeto, representando interesses distintos. Neste sentido, poder-se-ia sugerir que o objetivo de cada projeto UNI seria o de relacionar entre si, os três componentes, que representam grupos sociais com interesses relativamente comuns.

Mesmo assim, a inserção do componente comunidade é distintamente diferente da inserção dos componentes serviços e academia, pois estes participam do Projeto UNI a partir das suas respectivas organizações já existentes, com planejamentos e ritmos, de certa forma, já previamente determinados.

Justamente porque os componentes serviços e academia desempenham papéis previamente determinados, seus tempos são também distintos do tempo da comunidade. As pessoas que fazem parte da “comunidade”, dentro do Projeto UNI, já viviam uma situação “previamente determinada”, no sentido de que lutavam por sua sobrevivência diariamente como também participavam de atividades de organização comunitária; e neste sentido, sua entrada no Projeto UNI significava um acréscimo ao tudo que fazia antes. E este é o sentido dos “tempos diferentes”.

Há um outro aspecto que distingue a inserção da comunidade da dos serviços e da academia. Trata-se da dificuldade de organizar sua intervenção a partir dos muitos grupos comunitários. Embora haja uma pluralidade de grupos de interesses em todos os componentes do Programa UNI, certamente a diversidade dos grupos comunitários é maior do que a dos serviços e a da academia. Além disso, há uma cultura e tradição antiga na América Latina, a partir da qual os serviços e a academia se relacionam com as classes populares verticalmente e de uma forma impositiva.

Tal tradição e cultura fazem com que freqüentemente seja difícil para os serviços e para os membros da academia acreditarem que as classes populares construam seu próprio conhecimento e façam sua própria avaliação da realidade.

Dada a tradição na América Latina de pensar que as classes populares recebem exclusivamente suas idéias de “quem estudou”, pode estar havendo as vezes uma dificuldade da parte dos professores da universidade e dos funcionários dos serviços em compreender o que os membros da comunidade estão falando e fazendo. Martins (1989), neste sentido, afirma de que “a crise de interpretação é nossa”, se referindo ao que se chama os mediadores com as classes populares (Valla, 1997). Neste sentido, se de um lado, é necessário encontrar novos instrumentos de comunicação, e linguagens adequadas para cada componente dos projetos, de outro, de pouco adianta estas ferramentas se não reconhecer que o problema principal é de postura em relação às classes populares.

A necessidade de reivindicar sua parcela de poder dentro dos projetos faz com que as comunidades se preocupem mais com sua própria organização e com as articulações com

outros grupos comunitários, como também com profissionais dos serviços e da academia simpáticos às suas propostas. A condução democrática dos projetos aponta para a transparência e a democratização das informações. E a melhor forma de garantir a transparência é no esforço de impedir que haja surpresa nas decisões e segredos com relação às informações.

Por fim, se de um lado a inserção da comunidade dentro do projeto UNI é por natureza mais difícil, de outro, sua participação é certamente mais importante. Mais importante no sentido de que a comunidade é simbolicamente a razão de ser dos serviços e da academia. A necessidade dos membros da comunidade de melhorar sua qualidade de vida via os serviços de saúde faz com que sua participação significa possivelmente o impulso maior dentro do projeto para seu sucesso.

A comunidade e a academia: difíceis mas não impossíveis espaços de participação e cooperação.

A universidade tende a não preocupar-se com a participação das classes populares, seja em relação a ela mesmo, seja em relação aos serviços. Isso não quer dizer que não há estudantes e professores que pensam de uma maneira diferente. Há bolsões na academia que indicam interesses sobre as classes populares. Se, de um lado, não seria a função da universidade planejar suas atividades unicamente de acordo com os interesses das classes populares, de outro, é sua função garantir a pluralidade dos interesses dos estudantes e professores. E é nesses espaços de pluralidade que figura o Programa UNI.

É bem possível de que muitos estudantes e professores não têm interesse em se preocupar com as classes populares porque pensam que não se trata de uma atividade científica. Os trabalhos de Chuai (1990), Martins (1989) e Ginsburg (1987) indicam o contrário. Quem da academia trabalha com as classes populares, para de fato desenvolver um trabalho procedente, precisa estar atento para um complexo trabalho científico. Um dos problemas principais da academia com relação às classes populares é a crença de que o contato simples é suficiente para compreendê-las.

Se é importante para os profissionais da academia reconhecerem que as classes populares têm pensamento próprio e constroem seus conhecimentos, é também necessário que os membros do componente comunidade têm consciência do fato de que têm o que dizer para os professores, pesquisadores e estudantes.

A comunidade e os serviços: espaços tradicionais de participação e cooperação, mas também de conflito.

Quando se discute os serviços de saúde na América Latina, é necessário reconhecer que praticamente todos os municípios desenvolvem suas políticas dentro de uma conjuntura que poderia ser chamado de "impasse". Impasse porque a verba arrecadada nos municípios, como também as verbas repassadas pelos Governos Federal e Estaduais, não são suficientes para cobrir os gastos na área de saúde.

Se, de um lado, há a necessidade de superar a mera defesa do papel do Estado em prover diretamente ou em regular a oferta privada de serviços, de outro, é importante que tais serviços contemplam de fato as necessidades sociais da população. É aqui que os serviços e a comunidade precisam discutir entre si, num espírito de participação e cooperação, o que as pessoas pensam sobre seus problemas e que soluções espontaneamente buscam. É esta experiência que precisa ser resgatada pelos serviços, pelos profissionais, técnicos e planejadores, juntamente com a comunidade, justamente por causa da escassez relativa dos recursos.

Dentro do espírito neo-liberal, é possível perceber em algumas cidades o que se chama de uma passagem de um "Estado paternalista" para o "Estado solidário". Nessa proposta, aqueles que podem pagar pelos serviços hospitalares teriam o papel de custear



aqueles que conseguem demonstrar por um atestado de pobreza que não têm condições de pagar. A proposta suscita duas questões em torno da relação serviços comunidade. Dentro do Projeto UNI, e dentro do espírito de participação popular e conselhos de saúde na América Latina, tal proposta requer que os orçamentos e a contabilidade dos serviços sejam disponíveis e transparentes tanto para os profissionais, como também para a comunidade. Uma proposta dessa natureza também requer fiscalização constante na parte dos membros da comunidade, mas também na parte dos funcionários dos próprios serviços para garantir que não haja diferença de atendimento e tratamento, seja nos hospitais, seja nos outros serviços de saúde. Certamente, essa fiscalização na parte da comunidade é um fardo pesado. Mas sem esta fiscalização comunitária, como garantir um tratamento igualitário?

É claro que há um debate anterior à discussão dessa proposta. Trata-se de um debate sobre o orçamento da saúde do município em questão, para ver como está sendo utilizado o dinheiro público na área de saúde. Sem dúvida, é um assunto delicado, pois todos sabem que a fonte de poder de um governo vem do controle do orçamento. Nessa perspectiva, os componentes do Projeto UNI devem fazer todo esforço para que a discussão do orçamento seja visto como atividade regular. Duas práticas, de conotação negativa, que estão aparecendo com certa frequência são as de propor o debate em torno do orçamento apenas quando há uma desconfiança na parte da sociedade civil ou de um partido da oposição; e a outra, limitada ao Brasil, é que somente deve ser discutido o orçamento de um município quando o partido em poder é o Partido dos Trabalhadores, que tem como proposta o orçamento participativo.

Há uma tendência dos serviços de centralizar suas atenções na questão da demanda, isto é, do que alguns chamam de “demanda espontânea” ou “demanda passiva” -- de quem se apresenta procurando tratamento e resolutividade. Se, de um lado, tal atenção é fundamental, de outro, é bem possível que o número de pessoas que “não se apresentam” ou que “não procuram os serviços” esteja aumentando devido ao crescimento do desemprego estrutural e a conseqüente pobreza. Vasconcelos (1997) demonstra como este problema cresce num metrópole como Belo Horizonte, e mesmo durante um mandato de um governo tido como “popular”. Uma das conclusões do estudo do Vasconcelos é que este problema não se resolve sem a participação da população, pois exige tanto dos serviços como também da comunidade uma relação obrigatoriamente de cooperação. Trata-se de um trabalho de localizar e trazer para os serviços essa parcela da população. É necessário que a comunidade chama atenção para os serviços deste ponto, pois a tendência dos serviços é ficar preso ao atendimento de quem se apresenta.

Dentro dessa discussão, merece um comentário do termo “auto-ajuda”, muito utilizado tanto pelos serviços, como também pela comunidade nos Projetos UNI. Semelhante ao termo “comunidade”, o termo “auto-ajuda” também é uma categoria genérica, se não for explicitado. O termo “auto-ajuda” pode ter uma conotação positiva, muito semelhante à do termo “apoio social” (Valla, 1996); da mesma forma, pode assumir uma conotação negativa.

Quando a auto-ajuda aponta para a questão preventiva e questiona a hegemonia médica e o ponto de vista exclusivamente curativa nos serviços de saúde, ganha uma conotação positiva. Trata-se de uma abordagem, tanto individual como também coletiva, que percebe que os serviços de saúde não são necessários para todos os problemas que a população sofre. Mas, dentro de uma perspectiva de conotação negativa, há de ter cuidado com o uso do termo, se referindo ao fato de que “não há outra solução”, dada à incapacidade dos serviços de atender toda a população. A auto-ajuda vista dessa forma é nada mais do que uma sutil forma de empurrar para a população a culpa por não se cuidar adequadamente.

A questão da demanda passiva como também a da auto-ajuda estão intimamente relacionadas com o que se chama o desemprego estrutural. Este termo se refere ao fato de que a perda de um emprego não implica na substituição do demitido, mas freqüentemente o desaparecimento da vaga. O desemprego então cresce a um ritmo muito além do normalmente esperado, e a tendência é a de ter uma população sem emprego muito grande e muito além do número de vagas existentes. Tal situação está se tornando comum na América

Latina e significa a desintegração de famílias, acompanhada por alcoolismo e o crescimento de crianças vivendo uma grande parte dos seus dias nas ruas das cidades, mendigando o dinheiro suficiente para garantir o jantar em casa à noite.

A localização e atendimento dessas crianças que não estão nas escolas teriam necessariamente de serem solucionados através de um trabalho de participação e cooperação da comunidade com os serviços. Dificilmente os profissionais dos serviços poderiam localizar essas crianças sem a cooperação da comunidade. Se tal tarefa apresentada parece difícil de cumprir no sentido de localizar essas crianças e garantir que sua saúde seja cuidada, cabe lembrar o conselho do Vasconcelos (1997). Adverte que talvez não seja possível a saúde pública “curar” todas as pessoas que estão doentes, mas que certamente é possível “cuidá-las”.

A comunidade e suas organização própria: em busca do desenvolvimento da cidadania.

Uma questão que não pode ser deixado de lado é a de que o ponto de partida para a comunidade discutir os serviços e as atividades da academia é que a população paga impostos e que os governantes devolvem esses impostos à população através de serviços. Com a crise ocasionada pela globalização, há governantes que tendem a deixar de lado esse discurso, mas mesmo assim, é o ponto de partida necessário.

Dada a inserção dependente das economias latino-americanas no circuito econômico mundial, não somente os grupos de capitais nacionais, mas também os grupos de capitais internacionais disputam a verba pública a fim de propor e construir as obras da infraestrutura industrial de qualquer país. Já que a verba pública de qualquer país, estado ou município serve ao mesmo tempo tanto para o consumo coletivo (serviços básicos) como para a infra-estrutura industrial, a tendência é para que as obras da infra-estrutura industrial serem disputadas por grande *lobbies*, dessa forma consumindo grandes parcelas da verba pública e prejudicando a quantidade e qualidade das obras do consumo coletivo. A força desses grupos de capitais nacionais e internacionais é tão grande que se não houver uma pressão dos grupos da sociedade civil sobre os governos, a tendência é para um consumo coletivo aquém das necessidades da população.

É neste sentido que o componente comunidade ganha uma certa relevância dentro do Projeto UNI nesta época de “estado mínimo” e de “enxugar as gorduras”. Embora a tarefa de reivindicar que a verba pública seja utilizada para o consumo coletivo que interessa as classes populares não seja exclusivamente sua, (é também da academia e dos serviços), a pressão dos grupos comunitários é essencial para que os governantes atendam suas demandas, já que freqüentemente as necessidades da comunidade são qualitativamente diferentes das dos membros da academia e às vezes, até dos serviços.

Nesse sentido, a questão do orçamento de saúde poderia ser mais um dos pontos de integração entre os três componentes do Programa UNI. A academia juntamente com a Câmara dos Vereadores poderia dar uma orientação sobre como entender um orçamento; os serviços participariam com o intuito de romper com o impasse dos recursos; e a comunidade seria a força motora atrás da iniciativa para garantir uma verba adequada para os serviços que necessita.

De qualquer forma, parece importante chamar a atenção para o fato de que a essência da participação popular está relacionada com a disputa pelo dinheiro público. Ou seja, não basta “ter voz” , mas não poder influenciar pelo “voto” nas decisões sobre o destino e uso do dinheiro público.

Dentro dos espaços formais, tais como os Conselhos de Saúde, ou mesmo dentro dos Projetos UNI, parece importante distinguir entre os conceitos de “democracia representativa” e “democracia direta”. Escolher os representantes, tanto dos governos e/ou da academia, como também dos serviços é bem diferente do que escolher os representantes da comunidade, dado o grande número de grupos e interesses a serem representados, assim como a organização e coesão das várias entidades comunitárias representadas. De certo,

sempre há mais entidades comunitárias do que vagas nos conselhos. Na realidade, as escolhas dos representantes de cada um dos componentes dos Projetos UNI significam escolhas com tempos e lógicas diferentes.

Embora os Conselhos de Saúde sejam formalmente deliberativos, na realidade tendem a deliberar pouco, fazendo com que a comunidade “reivindica” aquilo que já foi previamente deliberado mas não executado por falta de verba. Ou seja, justamente por não ter transparência no tocante do orçamento, é comum para o Presidente do Conselho de Saúde, geralmente o Secretário de Saúde, “deixar” o Conselho deliberar, e depois alegar “falta de verba”.

De qualquer forma, os espaços dos Conselhos, embora normalmente regulamentados por lei, tendem a ser necessariamente conflituosos, pois a própria idéia da democracia é a de resolver os conflitos entre forças desiguais.

Há o perigo de que os Conselhos de Saúde serem vistos como os únicos espaços legítimos para deliberar sobre a saúde. Com isso, os movimentos populares correm o risco de se ver “encurralados” num espaço único para reivindicar os seus direitos. Com isso, corre o risco também de deixar de lado sua tradição de “democracia direta”, isto é, de ir para a rua e às portas dos serviços para reivindicar os seus direitos. Nesse sentido, cabe o comentário de um membro do componente comunidade de um dos Projetos UNI: “os assuntos polêmicos não são discutidos no Conselho de Saúde”.

A precariedade do sistema de serviços de saúde faz com que a questão do “acesso” aos serviços seja o eixo central das demandas da comunidade, deixando de lado outras questões como as de resolutividade, qualidade de atendimento e toda a problemática do meio ambiente e endemias (Valla, 1998).

Por fim, o fato de que há parcelas grandes da população que não se interessam em participar dos trabalhos comunitários não significam que estão paradas ou passivas. Pode significar que entenderam o convite de participar e não aceitaram, ou porque não gostaram, ou porque não possuem condições materiais para participar (tempo disponível, recursos materiais, por exemplo). Pode significar também que não entenderam a proposta comunitária, o que significa que “entenderam outra coisa”.

A não participação dentro da perspectiva comunitária não significa que esses grupos não participam de algum tipo de grupo organizado. De um lado, esses grupos podem associar o trabalho comunitário com a política partidária, o que deve ser uma advertência para os membros do componente comunitário dos Projetos UNI. Os membros deste componente não somente devem ser incentivados a se afiliar ao um partido político, como deve ser motivo de elogio. Mas as entidades comunitárias às quais pertencem devem estar abertas para todos as pessoas que concordam com seus objetivos.

De outro lado, as entidades comunitárias podem ter dificuldades em convidar alguns grupos de moradores que, por exemplo, participam de determinadas igrejas. Neste sentido, deve ser feito um esforço na parte dos membros do componente comunitário dos Projetos UNI de distinguir entre a propostas dos padres ou pastores dessas igrejas e dos seus fiéis. A presença de muitos membros das classes populares em igrejas, especialmente as dos pentecostais e evangélicas, pode estar associado à busca de um lugar de solidariedade e ajuda mútua, e que não conseguem enxergar esses valores nos partidos políticos ou até, às vezes, nas entidades comunitárias. É possível que a mesma advertência acima citada e dirigida aos membros da academia e aos serviços se aplica também aos grupos mais organizados e politizados do componente comunitário: “a crise da interpretação é nossa e somos nós que temos problemas em compreender o estão dizendo e fazendo as parcelas das classes populares que, ao nosso ver, não participam”.

## BIBLIOGRAFIA

CHAUÍ, M., 1990. Notas sobre cultura popular. In: *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas* (M.Chauí, Org.), pp. 61-85. São Paulo: Cortez.

GINSBURG, C., 1987. *O queijo e os vermes. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo: Cia. das letras.

MARTINS, J.S., 1989. Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão. In: *Caminhada no Chão da Noite*, (J.S. Martins, Org.), pp. 97-138, São Paulo: Hucitec.

VALLA, V.V., 1996. A crise da interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. in: *Educação e realidade*, Porto Alegre, Vol. 21, No.2, pp. 177-190.

VALLA, V.V., 1996a. *Educação popular, Saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização*. Trabalho apresentado na 19ª Reunião anual de pesquisa e Pós-Graduação em educação (ANPED). Caxambu.

VALLA, V.V., 1998. Sobre a participação popular: Uma questão de perspectiva. In: *Participação popular e controle de endemias*, (V.V. Valla, Org.) Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 14, Suplemento 2.

VALLA V.V., 1997. Participação popular e saúde: A questão da capacitação técnica no Brasil. In: *Participação popular, educação e saúde: Teoria e prática*. (V.V. Valla e E.N.

Stotz, Org.) Rio de Janeiro; Relume-Dumará (2ª edição).

VASCONCELOS, E.M., 1997. *Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, UFMG.

## **Os Desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde**

Eduardo Navarro Stotz

Mestre em História, Doutor em Saúde Pública. Docente da ENSP no curso de Pós-Graduação em Saúde Pública (Mestrado e Doutorado); Consultor ad hoc dos Cadernos de Saúde Pública e da FACEPE - Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Governo do Estado de Pernambuco. Linha de pesquisa "Educação, Saúde e Cidadania".

Sabemos que, embora toda ação humana seja intencional, não se logra alcançar a consciência da totalidade os sentidos que nela estão implícitos. Assim, ao pensar no título da presente conferência, tive a preocupação em situar-me, sem ter a pretensão de que, ainda mais numa época de fragmentação social como a que vivemos, pudesse expressar até mesmo a consciência possível do problema que pretendia examinar: analisar as dificuldades e contradições do Sistema Único de Saúde no atendimento das necessidades de saúde da população. Quis também aproveitar a oportunidade para mostrar que a Educação Popular e Saúde tem contribuições a oferecer para essa análise.

Então me deparei com a questão de escolher o título da conferência. Desafios do ou para o SUS? A escolha da preposição “de” ou “para” que aparentava ser uma questão de retórica, era na verdade uma questão substantiva, pois importava na definição dos sujeitos coletivos capazes de formular desafios. Assim, quando se fala dos dilemas “do” SUS, se fala do Governo, instância que deve regular o sistema de saúde, e dos subsistemas estatal, privado e filantrópico que o compõem, organizado, em termos de financiamento e atribuídos, segundo a diretriz da descentralização. Os sujeitos aqui são entes estatais ou privados, de caráter público.

Ao escolher a preposição “para”, passei a fazer referência a outros sujeitos. Que outros sujeitos são estes? São aqueles que têm necessidades de saúde não satisfeitas, isto é, a população trabalhadora de uma determinada sociedade nacional chamada Brasil, uma sociedade caracterizada por desigualdades regionais e sociais profundas. Contudo, se os sujeitos de necessidades são a maioria da população trabalhadora, há uma parcela significativa dos trabalhadores urbanos – os empregados das maiores empresas – que se excluiu ou participe simultaneamente do sistema público e privado autônomo. Voltaremos ao assunto mais adiante. Por enquanto, é importante registrar esse fato, uma vez que está na base da constituição dos sujeitos coletivos que se defrontam com as limitações e contradições do SUS. As centrais sindicais – CUT, Força Sindical, etc – estão praticamente à margem da participação, enquanto outros sujeitos, com organização local de base mais frágil, a exemplo das associações de moradores, atuam no controle social do SUS.

**1.** Mas o que estamos querendo dizer quando falamos em necessidades de saúde? Seria (Donabedian, 1973) simplesmente uma *condição* que requer um serviço. Há, nesta definição, a suposição de que, nem sempre, as pessoas podem assegurar, por si mesmas, um estado saudável. Porque, sabemos, a situação sócio-econômica, as identidades de gênero, etnia ou de raça condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa. Quanto mais desigual for, nestes aspectos, uma sociedade, quanto mais esta desigualdade for sancionada culturalmente, tanto maior serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população.

É claro que assumir a perspectiva das necessidades de saúde implica adotar, implícita ou explicitamente uma noção de saúde. A saúde é comumente vista pelas diversas disciplinas científicas deste campo como uma finalidade, isto é, como uma pauta a ser realizada, pressupondo-se uma definição prévia sobre normal e normalidade. Falar em necessidades de saúde significa admitir a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. De onde vem esta compreensão? Vem da Organização Mundial de Saúde. A definição da OMS da saúde como *um estado de bem estar físico, psíquico e social dos indivíduos* – apesar das críticas da Epidemiologia Social e da Saúde Coletiva a respeito de sua formulação idealista e viés liberal-democrático – era expressão de um imaginário coletivo em busca de uma sociedade de bem-estar social, uma vez que qualquer indivíduo, independente de cor, situação sócio-econômica, religião, credo político, *devia* ter saúde e, para tanto, a sociedade tinha a *obrigação* de mobilizar seus recursos para promovê-la e preservá-la. Havia um pacto social a sustentar estas pretensões, a colaboração dos trabalhadores assalariados com os capitalistas numa economia em expansão na qual a alta produtividade do trabalho era o suporte de quaisquer benefícios sociais.

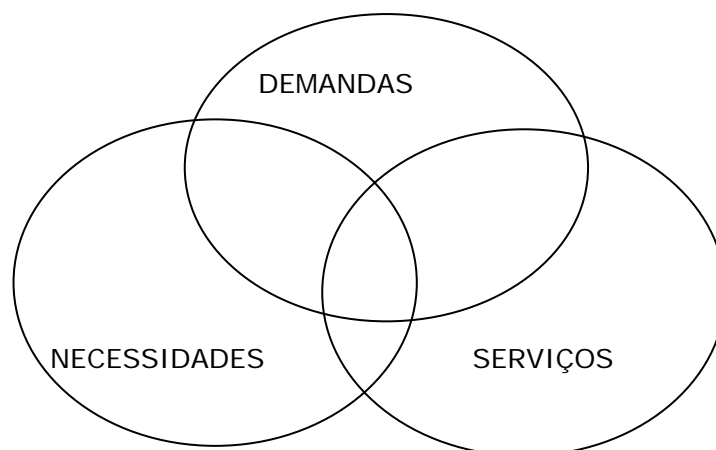
Entretanto, desde meados dos anos 80, em consequência da precarização dos vínculos no mercado formal de trabalho e do enfraquecimento dos estados-nacionais,

principalmente na periferia do sistema capitalista, ao lado da ênfase no papel dos indivíduos em prover uma vida mais saudável, a concepção de saúde adquiriu crescentemente o sentido de um *projeto* que remete aos usos sociais do corpo e da mente. Do ponto de vista histórico, passamos a viver numa época em que a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual. Neste projeto admite-se a impossibilidade de uma plenitude, deixando patente que os indivíduos devem conviver, de acordo com a sua posição social, seus pertencimentos de gênero, etnia ou raça, ou seja, suas *diferenças*, com diversos graus de sofrimento, incapacidade ou mesmo de doença. A concepção de saúde (a noção do que deva ser saúde) passou a ser socialmente demarcada, em termos positivos, pelas aspirações individuais ou de grupos, construídas consensualmente ou impostas, em torno de ideais de vida saudável e, no limite negativo, pela doença, incapacidade ou sofrimento admitidos de acordo com os papéis e status dos indivíduos.

Esta noção de saúde é a expressão ideológica do liberalismo. A saúde tem de ser um *quid pro quo*, um valor de troca ou um bem mercantilizável, o que implica a derrogação dos processos estatais de proteção ou de recuperação de caráter universal. O paradoxo da época em que vivemos é exatamente deixar para o âmbito da proteção estatal – sob a forma de políticas focalizadas – a situação especial dos grupos que vivem nos limites da marginalidade social, estruturalmente incapazes de prover sua própria subsistência numa sociedade de mercado. E isto, vale lembrar, tomou o nome de *equidade em saúde*. Voltaremos ao assunto mais adiante.

Na medida em que esse cenário se tornou real – do ponto de vista material e/ou simbólico – nas diferentes sociedades nacionais, os sinais de que as possibilidades de vida estão interrompidas ou perturbadas passaram a ser também ignorados ou reprimidos.

Fato é que, em razão das condições sociais e a da ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de serviços pode ou não atender às demandas e, por último, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isto, sejam sentidas. Em resumo: estamos lidando com o que San-Martín (1989) denominou de *dialética da satisfação das de saúde*. Com isto, ele quis demonstrar tanto as múltiplas perspectivas a partir das quais o problema precisa ser situado, como para a própria complexidade da definição das necessidades de saúde.



Necessidades são individualmente sentidas; são biológica e socialmente determinadas; sua atenção, satisfeita apenas socialmente, é o sinal de seu reconhecimento. É o sistema de atenção quem supera o critério auto-referido do sofrimento, ao usar critérios de relevância social (transcendência), epidemiológica (magnitude) ou econômica (custos), mas com isso acaba-se por privilegiar alguns grupos sociais em detrimento de outro.

A questão é complexa porque, numa sociedade capitalista, as necessidades de saúde são percebidas como necessidades individuais e o sistema social de atenção as considera de um ponto de vista abstrato, com base em indicadores. Em outros termos, as pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura. O sistema de saúde funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde. Mas então se está falando de um sistema de atenção médica, da assistência à doença e políticas de saúde com este caráter via de regra legitimam a ordem social capitalista (Navarro, 1983).

Decorre daí que necessidades de saúde de grupos da população podem ser ignoradas, ocultadas ou reprimidas. Exemplo disso é a exposição dos trabalhadores a riscos que escapam de qualquer controle público do ponto de vista da saúde, riscos inclusive não admitidos como fatores determinantes de doenças profissionais.

Há também o risco de definir necessidades “por sobre a vida” das pessoas de diferentes grupos sociais, o que pode acontecer ao se definir “necessidades básicas” do ponto de vista técnico, a exemplo da necessidade de uso de preservativos entre jovens com intuito de prevenir infecção por DST/AIDS quando está em questão o direito de reprodução. O tema das necessidades de saúde do ponto de vista programático foi alvo de uma discussão conceitual acerca das referências para se pensar modelos assistenciais à saúde, principalmente por parte de Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996).

A medicalização das necessidades de saúde constitui outro problema bastante comum, especialmente quando se considera que, em decorrência do aumento do desemprego, da miséria social e da violência, os profissionais de saúde devem atender uma demanda muito grande expressa sob a forma de um sofrimento difuso que inclui sinais como dores musculares, insônia, angústia e dores de cabeça.

Basear a organização de um sistema de saúde na dialética da satisfação das necessidades é admitir que estas necessidades são construídas e que esta construção se faça com base não apenas na multiplicidade dos atores, mas igualmente nos milhares itinerários terapêuticos das pessoas comuns em busca de alívio para o seu sofrimento e tratamento para suas doenças e incapacidades. Por isto mesmo, a organização de um sistema de saúde com base nas necessidades de saúde expressa o ponto de vista de uma proteção universal da saúde, sob o pressuposto do bem-estar social.

**2.** Quando analisamos a situação brasileira verificamos que, ao lado das limitações apontadas, persiste o problema histórico da limitada cobertura dos serviços de saúde. A atenção à saúde da população continua sendo operacionalizada através de um sistema segmentado e desarticulado: a população coberta pelo SUS, ainda que tenha aumentado muito desde 1996, não tem a universalidade pretendida.

As estimativas são, aliás, alvo de polêmica (Silva, 2003) porque para alguns, o SUS estaria atendendo o diferencial da clientela da medicina supletiva; assim, subtraindo-se do total da população brasileira a estimativa de 45 milhões de usuários, chegar-se-ia a uma atenção exclusiva de 114, 6 milhões de pessoas. Contudo, uma parte ponderável da população, algo em torno de 10%, ou 16 milhões de pessoas, estaria à margem de qualquer atendimento. Apesar da estimativa de que 99 milhões de pessoas estariam cobertas pelos serviços do SUS, uma pesquisa do IBOPE feita por encomenda do CONASS e da FNS, com base numa amostra de 2.000 pessoas de idade igual ou superior a 16 anos, mostrou que apenas 38% faz uso exclusivo destes serviços, enquanto 20% o fazia de forma freqüente e outros 22% de modo eventual; somente 15% se declarou não usuária do SUS.



Um dos aspectos a ser ressaltado aqui diz respeito à auto-exclusão do SUS e, em contrapartida, à inclusão, dos empregados das empresas estatais e privadas de grande porte, no setor de medicina suplementar ou privado autônomo ao SUS que opera por meio de diversas modalidades (planos de saúde contratados por indivíduos ou empresas, medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras de saúde e planos de auto-gestão) com uma cobertura estimada de 45 milhões de pessoas (Silva, 2003). Mas inclusive aí se observa o uso simultâneo dos serviços públicos e privados, especialmente porque os usuários da medicina privada autônoma utilizam a rede pública para ter acesso a itens não cobertos (medicamentos, clínicas especializadas e emergência) devido ao seu alto custo (Stotz, 2003).

Estudo de acesso aos serviços feito por Cláudia Travassos e outros (Travassos, Fernandes e Peres, apud Silva, 2003) aponta para o fato de que as taxas de utilização dos serviços para a população com restrição de atividades aumentaram em todo o país, entre 1989 e 1997: passaram de 46,39% no Nordeste, e de 66,02% no Sudeste, para 59,57% e 69,54% respectivamente. A desigualdade no acesso diminuiu bastante, especialmente no nordeste. Creio que isso se deve, fundamentalmente, à universalização da cobertura dos serviços básicos de saúde, tal como implementados por meio do Programa de Saúde da Família a partir de 1996.

Apesar da desigualdade regional ter diminuído, o percentual da população com necessidades de saúde que não tem acesso ainda é muito grande. E, pior ainda, ao se analisar as oportunidades de acesso – segundo o critério de renda – constata-se que, apesar da melhoria regional em favor do Nordeste, os mais pobres ainda têm menos oportunidade de acesso do que os mais ricos. Enquanto em 1989 era de 52%, oito anos mais tarde o diferencial baixou para 37%. A importância do PSF na configuração destes resultados pode ser visto também no fato de que a população no Nordeste usa mais postos e centros de saúde, em comparação com a maior participação de clínicas e consultórios privados no Sudeste.

Podemos afirmar, então, para retomar o título da nossa conferência, que os desafios para o SUS têm sido, até aqui, aqueles postos à legitimação de uma ordem social capitalista periférica. Cabe falar aqui de uma legitimação precária da ordem social, uma vez que o sistema não consegue sequer garantir o acesso universal. Esta situação favorece, aliás, a adoção de medidas focalizadas orientadas para os grupos sociais mais pobres. Em outros termos, o déficit de legitimação tende a se resolver mediante um controle sanitário estrito, a exemplo dos Tratamentos Diretamente Observados para o controle da tuberculose e agora da hanseníase (SES- R. J. 2003)

Vivemos o paradoxo do direito à saúde ser um direito social, definido em termos do princípio da solidariedade social que, como diz o artigo 196 da Constituição, exige políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e outros agravos à saúde, enquanto o sistema organizado para garantir este direito responde (precariamente, com baixa resolutividade) à doença no plano individual.

Sem perder de vista que o acesso universal é um problema fundamental que precisa ser resolvido, que contribuições a Educação Popular pode oferecer?

**3.** A Educação Popular e Saúde atualmente é parte de um movimento mais amplo, seria mais correto falar que é patrimônio comum de pessoas que participam em redes de movimentos sociais. A Educação Popular e Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes – humanista, cristã e socialista –, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire. Ela se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orienta-se por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas.

Em decorrência, a Educação Popular e Saúde precisa considerar as dificuldades da assistência médica organizada publicamente no SUS em cumprir adequadamente o papel de legitimação da ordem não para resolvê-las nesta perspectiva e sim para repensar a saúde e o

sistema de atenção à saúde numa perspectiva mais libertadora. Mas não estou propondo “reinventar a roda”. Há um conjunto importante de reflexões a resgatar que são, ao mesmo tempo, vertentes do movimento da Reforma Sanitária, e correntes de pensamento no campo científico da Saúde Coletiva.

Quero valer-me, inicialmente, do texto de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Norma Fumie Matsumoto que, em 2002, atualizou a discussão sobre o tema. Os autores propõem que se pensem as necessidades do ponto de vista de “boas condições de vida”, “garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida”, a “ter vínculo com um profissional ou equipe” e “de autonomia e autocuidado”.

Para os autores, as necessidades de autonomia são mais trabalhadas no campo da Educação em saúde. Contudo, gostaria de chamar atenção para um olhar mais amplo e crítico que a Educação Popular pode oferecer, capaz de abranger as dimensões da complexa dialética da satisfação das necessidades de saúde da população.

Vou tomar como fio de condutor da reflexão a necessidade de saúde consistente em “ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde”. Vou examinar este aspecto ao analisar um documento escrito por Gilson Carvalho, “Desafios da saúde para o próximo governo do Brasil”. Neste documento ele nos convida, por assim dizer, à ousadia de se fazer cumprir a lei, com o objetivo de deixar patente a perspectiva neoliberal que governou o setor até o momento. O abandono da tarefa de elaborar um Plano Nacional de Saúde, a adoção de programas de financiamento baseados em critérios de produtividade, a segmentação entre os níveis de atenção à saúde, o clientelismo subjacente em programas com expressão *campanhista* (catarata, prevenção do câncer, etc.), o desrespeito ao Conselho Nacional de Saúde, foram outros tantos aspectos que favoreceram, na prática, uma contra-reforma na saúde.

Mas interessa-nos ressaltar, para os propósitos desta conferência, a crítica que o autor faz à visão de que programas como o Saúde da Família possam mudar “*a essência da atenção à saúde através da modificação da relação (re-humanização) e da assunção da integralidade (re-integralização)*”, uma vez que “*estes eixos devem perpassar todos os serviços de saúde, todos os seus programas desde a mais simples aos de mais alta complexidade*”.

Outro aspecto a ser ressaltado no texto de Gilson Carvalho é a observação de que as ações básicas estão estruturalmente segmentadas do resto do sistema. E, ao se perguntar “*com que intenções? interesses? Sob que pressões?*”, ele já deixa implícito que não se deve analisar o sistema como uma entidade, mas como uma complexa rede de interesses que, muitas vezes, se opõem.

No documento “Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde – o papel do Ministério da Saúde”, elaborado este ano, há uma passagem na qual se afirma que o SUS é uma rede, um sistema dentro do qual cabe ao Ministério assegurar o interesse da produção da saúde e da consolidação do SUS. Fala-se em interesse, mas se estamos falando em interesses sociais, então falamos em relações de força no setor saúde. O documento não faz, porém, uma análise da conjuntura do setor, não se propõe a responder à pergunta *como se encontra distribuído o poder do ponto de vista institucional?*

Se analisarmos o sistema de saúde do ponto de vista que aqui a que me propus, isto é, da necessidade dos pacientes estabelecer um vínculo com um profissional (ou equipe) de saúde e entendermos que a própria eficácia do serviço depende da qualidade desse vínculo, nos deparamos com o problema da segmentação entre os dois sistemas. Devemos perguntar-nos: por que isso ocorre?

Há muitos anos sabemos, baseados em reflexões como a de Madel Luz, que há interesses privados estruturalmente constituídos abrigados nos níveis de alta e média complexidade do sistema. De que esses interesses, preservados sob a forma de contrato ou convênio, afirmam-se com base nos pressupostos da autonomia do trabalho em saúde,

centralmente dos médicos, razão de incansáveis dores de cabeça dos gestores para assegurar qualidade da atenção à saúde da população.

Veja-se como o Relatório Final da 11<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde refere-se ao problema da oferta de serviços de alta e média complexidade:

*Geralmente centralizados nas grandes cidades, esses serviços são insuficientes e de qualidade questionável. Há grande privilégio ao setor privado na produção de serviços, inclusive com benefícios fiscais. (...) O poder público alimenta interesses conflitantes com a organização do Sistema ao investir em determinadas especialidades que lhe asseguram maior visibilidade política. Muitos municípios, mesmo os em gestão plena, não têm controle sobre os conflitos entre interesses do mercado e interesses da população. (Conferência Nacional de Saúde, 2000).*

A segmentação e a desarticulação do SUS favorecem esses interesses e, ao mesmo tempo, comprometem o que, na terminologia dos técnicos, é denominado de equidade no gasto em saúde (Silva, 2003).

Avancemos um pouco mais nesta questão da equidade do gasto em saúde. Como a questão está posta no SUS?

Um dos novos mecanismos de financiamento passa pela chamada Programação Pactuada Integrada. A PPI foi estabelecida na NOAS –SUS 1/2001 que começa por definir os princípios da integralidade das ações e da equidade na alocação de recursos nas três esferas de governo. Invariavelmente, porém, adota-se um parâmetro exclusivamente baseado nas ações assistenciais. No caso, adota-se a patologia clínica ambulatorial, em razão do peso deste gasto no conjunto do gasto com procedimentos médicos (total, média complexidade, per capita, por consultas médicas, etc.). O que se verifica, portanto, é que a integralidade vai ser operacionalizada por programas específicos baseados no atendimento a doenças. Uma contradição em termos!

O que dizer quanto ao financiamento das ações básicas que, mediante o Plano de Atenção Básica, define valores para procedimentos incentivados, a exemplo das atividades em educação em saúde?

Em análise de uma prática de saúde com hipertensos num município do Estado do Rio de Janeiro, Vera Damázio aponta, em sua monografia de conclusão de curso de especialização em educação e saúde, as limitações existentes, a exemplo da falta, nos módulos do PSF, de um espaço para as reuniões e da normatização das atividades educativas. No caso dos hipertensos, esta atividade resume-se numa palestra com duração de, no mínimo, 30 minutos para um grupo de pelo menos 10 pessoas que vão ao serviço para receber medicamento de controle da hipertensão e agendar suas consultas de controle do processo terapêutico. Certamente o que temos aqui não passa, em que pesem as boas intenções dos profissionais de saúde, de uma “educação toca-boiada” (Vasconcelos, 2001) que, para fins de controle sanitário, garante a eficácia dos R\$8,25 pagos pela reunião. Infelizmente este não é um caso isolado, mais bem a regra.

Contudo, uma outra possibilidade de financiamento aparece na experiência do financiamento às ações dos distritos sanitários especiais indígenas, na medida em que considera, por exemplo, ações de promoção da melhoria das *condições de saúde* da população (Diehl e outros, 2003). Trata-se aqui de ações intersetoriais que vinculem o conhecimento sobre problemas de saúde aos relativos ao trabalho, geração de renda e alimentação. Mas, uma vez que se escolha tal caminho, faz-se necessário pensar as ações de acordo com Planos Municipais e Distritais de Saúde, elaborados com a participação da população, bem como de adotar normas técnicas e de organizar um sistema de informação adequado para fins de avaliação e controle públicos (Garnelo e Brandão, 2003).

Enfim, a superação desse modo de organização “segmentado e desarticulado” de um sistema autoritário por um sistema democrático e participativo no qual a vinculação entre população e técnicos, usuários e profissionais de saúde esteja fundada no princípio da integralidade – tanto em termos da atenção à pessoa como das ações coletivas, tanto da

promoção como da prevenção e da cura – faz parte de uma luta política pela saúde, é também um compromisso da Educação Popular e Saúde. Também aqui não estamos “reinventando a roda”. Esforços nesta direção podem ser encontrados na experiência bem sucedida da Reforma Psiquiátrica. Vale afirmar aqui o conceito de *território da vida* que situa o serviço de saúde de uma forma nova, aberto para a comunidade, para novos espaços e possibilidades terapêuticas, novos olhares e saberes diferentes (Cerqueira, 2003).

4. Uma compreensão deste tipo supõe redefinir todo o sistema com base na perspectiva de que os serviços devem ser direcionados, como um todo, para a atenção primária da saúde. Foi Eymard Vasconcelos quem percebeu a relevância da atenção primária integral à saúde na superação do fosso cultural que separa os serviços da população trabalhadora. Nas experiências localizadas e ainda tênues onde movimentos populares locais aliados a profissionais de saúde identificados com seus interesses conseguiram redirecionar práticas cotidianas, estava em curso a tentativa de lidar com a complexidade dos problemas dos trabalhadores (Vasconcelos, 1999). É indispensável insistir neste ponto: a otimização das necessidades de saúde da população depende da capacidade do sistema de saúde de focar efetivamente a saúde das pessoas “*na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham*” (Starfield, 2002, 27).

Para dar conta dos problemas mais comuns numa comunidade, a organização da atenção básica deveria oferecer, na perspectiva da atenção primária, serviços para prevenção, cura e reabilitação. No que diz respeito às atividades clínicas relacionadas a esses problemas, a autora observa que o diagnóstico, os exames e as estratégias de monitoramento clínico deveriam estar assegurados neste nível de atenção.

Em importante reflexão sobre a saúde das mulheres, Estela Leão deixa evidente de que modo se pode, em decorrência do encontro entre o movimento feminista e o movimento sanitário que deu origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, *romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução*. Mais importante ainda, que o diagnóstico da situação de saúde das mulheres aponta para a complexidade e *articulação dos problemas, a exemplo da violência sexual e transmissão das DST/AIDS, do uso indiscriminado e sem assistência médica da contracepção hormonal e a ocorrência progressiva das terapias de reposição hormonal e seu potencial aumento de risco para doenças crônicas degenerativas*. (Leão, 2002)

Ao lado da necessidade de estratégias intersetoriais *mais facilmente apreendida quando se trata do enfrentamento da violência e da epidemia de AIDS* que, como afirma a autora, *repolitizam o debate sobre as necessidades de saúde* (Leão, 2002), impõe-se também o recurso à transdisciplinariedade, compreendida como uma tomada de posição teórica implicada, quer dizer, ético – política, diante dos problemas concretos de saúde das populações (Conde, 1991).

Ao tomarmos a atenção primária da saúde como proposta para repensar o modo como o sistema de saúde está atualmente organizado, pensamos na possibilidade de que outras formas de organização do atendimento sejam desenvolvidas. Ao diferir da atenção por consulta, de curta duração, característica da atenção secundária, ou do manejo da enfermidade no longo prazo, típico da atenção terciária (Starfield, 2002), a organização dos serviços no nível da atenção básica poderia ter como critério a escuta, o reconhecimento e o diálogo com a população e os usuários. As práticas de saúde no âmbito do serviço – a anamnese profissional, a investigação epidemiológica e a visita domiciliar – precisam ser caracterizadas não apenas por uma escuta atenta, mas pelo reconhecimento do saber construído no cotidiano das relações sociais. Ademais, cabe admitir também, neste âmbito, o pluralismo médico já desenvolvido pela população em busca de alívio para o sofrimento e a cura da doença, bem como da religiosidade como uma resposta, ou uma alternativa, diante do sofrimento difuso e do adoecimento acarretados pela extrema pobreza e pauperização, implicadas pela forma de desenvolvimento do capitalismo em países periféricos e dependentes como o Brasil (Valla, 2002).

Por outro lado, ao invés de se preocupar apenas com o funcionamento dos serviços, a organização popular neste nível (os conselhos gestores) deveria exigir que os serviços abram-se ao diagnóstico e planejamento participativos como instrumentos de educação mútua de técnicos/profissionais e população/usuários (Raupp e outros, 2001) na luta pela saúde como um bem coletivo.

Então é necessário reconhecer que a transformação do “modelo assistencial” representa uma determinada forma de distribuir o poder na saúde capaz de, em última instância, favorecer a melhoria das condições de vida e de trabalho da maioria da população. Como já foi assinalado no Relatório Final da 11<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde, *a proposta do SUS – um sistema construído com base em princípios de solidariedade social – não é compatível com o atual modelo econômico* (Conferência Nacional de Saúde, 2001).

As contribuições da Educação Popular e Saúde não se esgotam na busca de uma mudança no “modelo assistencial”. A idéia extremamente fecunda de práticas de saúde desenvolvidas no *território da vida* – e que inclui a pluralidade de saberes e práticas de lidar com problemas de saúde – deve precaver-nos contra a formalização e racionalidade abstrata das políticas públicas e dos desenhos institucionais indispensáveis para atender ao princípio da universalidade. Precaver-nos inclusive porque os *princípios* da reforma sanitária, a exemplo da decantada integralidade, tendem, em razão do modo de organização dos serviços e da busca de eficácia, a *sancionar intervenções normalizadoras* (Camargo Jr, 2003) que se fazem em nome de necessidades tecnicamente definidas.

Esta flexibilidade no “modo de pensar e fazer a saúde” é a força da Educação Popular e Saúde. Ao contrário do pensamento caracterizado pelo rigor do conhecimento científico tradicional, acadêmico, fechado no diálogo interpares, a Educação Popular e Saúde é um campo teórico e prático aberto ao senso comum, à religião, à arte e à filosofia. Inscreve-se na perspectiva de uma ciência pós-normal que, em resposta à complexidade do objeto de estudo, organiza-se sob a forma de comunidades ampliadas de pares (Funtowicz e Ravetz, 1997).

**5.** Frente a estas possibilidades promissoras, a situação vigente expressa o predomínio de interesses contrários aos princípios norteadores da Reforma Sanitária e da saúde como direito constitucional. A segmentação do sistema de saúde favorece os interesses privados que se beneficiam do modo de financiamento das ações de saúde; a atenção à saúde é assistencialista, e, apesar de centrada na ótica curativa individual, tem baixa resolubilidade diante das necessidades de saúde da população. O autoritarismo típico da cultura sanitária e médica descarta os direitos do paciente e o reconhecimento do saber da população.

Esta situação deve ser entendida como resultado de escolhas estratégicas anteriormente feitas dentro de um contexto politicamente adverso. Sarah Escorel lembra-nos que os articuladores – intelectuais e técnicos, pesquisadores acadêmicos e gestores – da Reforma Sanitária priorizaram a ocupação dos “espaços públicos”, separando-se do movimento popular de origem (Escorel, 1998). A consequência foi que eles passaram a sofrer as limitações das alianças impostas pelas instituições públicas de saúde, pretensamente transformados em lócus da contra-hegemonia que, a rigor, somente teria plausibilidade se o argumento estivesse amparado politicamente na construção de uma aliança entre profissionais e técnicos do setor público e os trabalhadores da cidade e do campo (Stotz, 2003).

Ainda permanece este desafio: o de construir uma nova relação entre os segmentos mais pobres dos trabalhadores atualmente usuários do SUS e os mais bem remunerados que usam a medicina privada autônoma assegurada nos contratos coletivos de trabalho. A constituição de um governo popular e democrático oriundo dos movimentos dos trabalhadores neste ano de 2003 representa uma das possibilidades de que esta aliança venha a acontecer. Uma outra depende das transformações efetivas no sistema de saúde, pois o deslocamento das forças privadas e autoritárias passa pelas novas formas de praticar e de organizar, com a participação cada vez mais ampla dos trabalhadores, a atenção à saúde das populações.

## Bibliografia referida

Camargo Jr, K. R. de. Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*.

Carvalho, G. "Desafios da saúde para o próximo governo do Brasil". Fotocópia (2002).

Cecílio, L. C. de O. e Matsumoto, N. F. "Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde". Fotocópia (2002).

Cerqueira, R. F. O discurso produzindo sentido: compreendendo o sofrimento psíquico através da religiosidade. Rio de Janeiro, 2003.

Conde, Heliana. *Na trama institucional: o que representam as práticas educativas em saúde?* Texto de comunicação apresentada pela professora na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 24 de outubro de 1991, como parte dos desdobramentos das discussões desenvolvidas no I Encontro Estadual sobre Educação e Saúde do Rio de Janeiro, realizado em agosto, na UERJ.

Conferência Nacional de Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: Relatório Final*. Série Histórica do CNS, n. 2. Brasília, MS, 2001

Damázio, V. *Educação em saúde no PSF: análise de uma prática educativa em grupo de hipertensos*. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Educação e Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

Diehl, E., Drachler, M. de L. , Menegolla, I. e Rodrigues, I. Financiamento e atenção á saúde no distrito sanitário especial indígena interior sul. In: Coimbra Jr, C. E. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.

Donabedian, A. *Aspects of medical Care Administration*. Cambridge, Ma., Harvard University Press, 1973.

Escorel, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1998.

Funtowicz, S. e Ravetz, J. Ciência pós normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. *História, Ciências, Saúde*, IV (2):219-230, 1997.

Garnelo, L. e Brandão, L. C. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas. In: Coimbra Jr, C. E. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.

Leão, Estela M. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Promoção da Saúde*, III (6): out. 2002.

Luz, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3ª. edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

Ministério da Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil*. Brasília: SAS/MS, 2002.

Ministério da Saúde. "Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde: o papel do Ministério da Saúde". Texto elaborado por Gastão Wagner de Sousa Campos, Secretário Executivo, como apoio para o Seminário do Colegiado do MS de 8 e 9 de fevereiro de 2003. Fotocópia (2003).

Navarro, V. Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. in; Programa de Educação Continuada/ENSP; ABRASCO. *Textos de Apoio – Ciências Sociais 1*. Rio de Janeiro: julho de 1983.

Raupp, B. e outros. A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no Serviço de Saúde Comunitária: uma aproximação possível? In: Vasconcelos, E. M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec

San-Martín, H. *Salud pública y medicina preventiva*. Barcelona: Masson, S.A., 1989.

Schraiber, L. B. E Mendes-Gonçalves, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: L. B. Shcraiber, M. I. B. Nemes e R. B. Mendes-Gonçalves. *Saúde do Adulto: Programas e aAções na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. *Programa Cheque-Saúde-Cidadão*. Rio de Janeiro, 2003.

Silva, P. L. B. "Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década". . *São Paulo em Perspectiva*, 17 (1): jan-mar 2003.

Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Stotz, Eduardo Navarro. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

Stotz, E. N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (1): jan-mar 2003.

Vasconcelos, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

Vasconcelos, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos, E. M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

Valla V.V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo no Brasil. *Revista brasileira de educação*, Campinas, vol. 19, 2002, p. 63-75.