



Gestão em Redes: **práticas de avaliação, formação** **e participação na saúde**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Jane Dutra Sayd

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Paulo Ernani Gadelha Vieira (Fiocruz)

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla (UCS)

Aluísio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Emerson Elias Merhy (UNICAMP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Madel Therezinha Luz (UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Saúde Participativa

Editores responsáveis: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7 andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

Organizadores
Roseni Pinheiro
Ruben Araujo de Mattos

Gestão em Redes:
práticas de avaliação, formação
e participação na saúde

IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO
Rio de Janeiro 2006

Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde

Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)

1ª edição / outubro 2006

Copyright © 2006 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Capa: S. Lobo

Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

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

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ / REDE SIRIUS / CBC

G393 Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde /
 Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos, organizadores. – Rio de
 Janeiro : CEPESC, 2006.
 484 p.

ISBN: 85-89737-32-2

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública – Administração -
Brasil. 3. Saúde – Planejamento – Brasil. 4. Política de saúde – Brasil. de -
Brasil. I. Pinheiro, Roseni. II. Mattos, Ruben Araujo de. III. Centro de
Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

CDU 614.008.5(81)

Impresso no Brasil

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

SUMÁRIO

Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde

Apresentação	9
ROSENI PINHEIRO RUBEN ARAUJO DE MATTOS	
O FIO DA MEADA	
Implicações da integralidade na gestão da saúde	11
ROSENI PINHEIRO RUBEN ARAUJO DE MATTOS	
Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva	27
MADEL THEREZINHA LUZ	
PARTE 1 - PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO	
Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede	35
ALCINDO ANTÔNIO FERLA MARIANA BERTOL LEAL ROSENI PINHEIRO	
Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade	61
ALUÍSIO GOMES DA SILVA JÚNIOR LUÍS CLÁUDIO DE CARVALHO VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA MÁRCIA GUIMARÃES DE MELLO ALVES MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS	
Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde	91
JAIRNILSON SILVA PAIM LÍGIA MARIA VIEIRA DA SILVA	

Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: notas sobre a análise da demanda a partir do perfil dos pacientes internados no Hospital de Jurujuba, Niterói-RJ113
ANA PAULA GULJOR
ROSENI PINHEIRO
ALUÍSIO GOMES DA SILVA JÚNIOR

O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas?135
ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA
REGINA FARIA
HUDSON PACÍFICO

Práticas de avaliação e formação profissional em políticas públicas voltadas para consolidar a esfera pública no SUS151
MARIA HELENA MAGALHÃES DE MENDONÇA

Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde165
RICARDO BURG CECCIM
ALCINDO ANTÔNIO FERLA

A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas185
CÉSAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO

Avaliando a gestão do cuidado, respeitando suas peculiaridades: o caso da homeopatia no serviço público de saúde205
WALCYMAR LEONEL ESTRÊLA
ROSENI PINHEIRO

Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica223
KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JUNIOR
ESTELA MÁRCIA SARAIVA CAMPOS
MARIA TERESA BUSTAMANTE TEIXEIRA
MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS
NEUZA MARINA MAUAD
TÚLIO BATISTA FRANCO

PARTE 2 – PRÁTICAS DE FORMAÇÃO

As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária245

LÍLIAN KOIFMAN

GILSON SAIPPA-OLIVEIRA

Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento?261

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

A constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde e a avaliação da formação no contexto de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Saúde289

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

REGINA LUGARINHO

Possibilidades de a avaliação produzir conhecimento para a formação em saúde297

ISABEL BRASIL PEREIRA

A importância da clínica na atenção primária: a estratégia de formação da Universidade Federal do Acre321

RODRIGO SILVEIRA

OSVALDO LEAL

A experiência do Hospital Sofia Feldman na construção da rede serviço-ensino no contexto da saúde perinatal333

ELYSÂNGELA DITZ DUARTE

ERIKA DA SILVA DITZ

LÉLIA MARIA MADEIRA

TATIANA COELHO LOPES

Integralidade na formação do psicólogo: avaliando uma experiência pioneira345

CLARICE CRISTINA ANDRADE BENITES

MARIA CÉLIA ESGAIB KAYAT LACOSKI

VERA LÚCIA KODJAOGLANIAN

VERA NICE ASSUMPCÃO NASCIMENTO

PARTE 3 – PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO	
Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais	369
FRANCINI LUBE GUIZARDI ROSENI PINHEIRO	
Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde	385
OCTAVIO BONET FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES	
Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde	401
SORAYA VARGAS CÔRTEZ	
O mapa da comunicação e a rede de sentidos da saúde	427
INESITA SOARES DE ARAÚJO	
As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença	445
ALDA LACERDA VICTOR VINCENT VALLA MARIA BEATRIZ GUIMARÃES CARLA MOURA LIMA	
As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde	459
TÚLIO BATISTA FRANCO	
Sobre os autores	475

APRESENTAÇÃO

Gestão em redes: as práticas como nexos constituintes da integralidade em saúde

Esta coletânea aborda o tema “gestão em redes” como nexo constituinte das práticas de integralidade na atenção e no cuidado em saúde, a partir de diferentes dimensões analíticas sobre a experiência do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas repercussões nas práticas de avaliação, formação e participação na saúde.

Inserido na série Saúde Participativa, promovida pelo Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, sob a coordenação dos organizadores, este livro visa a contribuir para o debate acerca do campo da gestão em saúde, a partir da reflexão sobre essas práticas e os saberes que as sustentam. São reflexões construídas numa perspectiva transdisciplinar, com a qual propomos uma convivência dialógica de diferentes concepções forjadas no cotidiano de pesquisas desenvolvidas pelos integrantes do próprio grupo de pesquisa nas áreas de ensino, pesquisa e serviço na saúde, além de pesquisadores convidados.

Busca-se oferecer um conjunto de idéias, evidências e olhares que identificam nos *atores sociais* do SUS os *atores* de experiências concretas que expressam a diversidade, pluralidade e riqueza de suas ações, ao mesmo tempo em que revelam desafios e criam possibilidades para garantia do direito à saúde. Neste sentido a integralidade, como prática social, tem nas experiências desenvolvidas no SUS o solo fértil para pensar as práticas de gestão como uma idéia-força preñe de sentidos, potência produtora de saberes singulares. Para reconhecê-los, torna-se mister apreender, das experiências vivenciadas na gestão das redes de serviços de saúde, as repercussões de um modo de produção do cuidado que tem na avaliação, formação e participação a tríade constitutiva de possibilidades para a construção de um sistema público de saúde justo e universal.

Os 25 trabalhos aqui reunidos foram agrupados em três eixos temáticos, que buscam delimitar as principais questões que tensionam os elementos constitutivos da integralidade em saúde, as quais nucleamos com o tema da gestão em redes. Discutimos as implicações da integralidade na gestão da saúde, propondo repensar o próprio movimento de reforma sanitária bra-

sileira à luz das experiências inovadoras no SUS, contra o desperdício da experiência dos autores sociais do SUS. Indicamos dimensões analisadoras das implicações a organização da rede de serviços, os conhecimentos e práticas dos trabalhadores em saúde e a participação nas políticas de saúde.

Em seguida, nesse mesmo fio, longe de esgotar a discussão acerca do tema, apostamos no encontro auspicioso das contribuições teórico-metodológicas para realizar um movimento reflexivo que se inicia com o fio da meada da discussão promovida pela professora Madel Luz, ao nos ensinar como a categoria demanda em saúde configura uma construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva, indicando-nos sua potência como solo epistemológico e metodológicos para pensar o modo de produção da gestão em saúde.

No primeiro eixo propriamente dito, foram reunidos alguns textos que tematizam as práticas de avaliação que emprestam diferentes olhares sobre as reformas, a clínica e o cuidado na integralidade em saúde.

No segundo eixo, as práticas de formação são analisadas como potentes transversalidades inovadoras das práticas de avaliação em saúde, cujo pensamento, produção de conhecimento e redes de serviços, como territórios de práticas de ensino, são problematizados a fim de superar os limites de qualificar o cuidado integral.

Por fim, o terceiro eixo concentra os trabalhos concernentes às práticas de participação na construção de redes participativas, capazes de produzir sentidos, circuitos e “formação política” para construção da integralidade em saúde.

Entendemos que o leitor terá, nesta coletânea, assim como no “VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”, que oferece seu lançamento, uma pequena “ágora” para um debate coletivo, crítico e dialógico sobre os processos históricos e experiências vividas pelos atores/autores do SUS. Interessa-nos, a partir desses dois encontros – coletânea e seminário – nuclear um conjunto de questões e desafios na produção de conhecimento em saúde, cuja noção de gestão em redes sob o eixo da integralidade possa ser compreendida como um dispositivo instituinte de inovações, pautado pela ética, responsabilidade e pluralidade de saberes e práticas de afirmação do direito à saúde.

ROSENI PINHEIRO
RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Implicações da integralidade na gestão da saúde¹

ROSENI PINHEIRO
RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Pensar as implicações da integralidade na gestão do SUS requer que repensemos o próprio movimento de reformas no sistema de saúde brasileiro, pronunciado a partir da segunda metade do século passado, o que gerou a incorporação de princípios e diretrizes na Constituição brasileira de 1988 e na legislação infraconstitucional, com a qual constituíram o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo de reformas procurou desencadear mudanças no sistema nacional de saúde, com base em um conjunto de elementos de natureza doutrinária e organizacional. Conforme o que já procurava definir a Norma Operacional Básica nº 01/93:

A expressão “único” de que falam a Constituição e a Lei n. 8.080 deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade, e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social (BRASIL/Ministério da Saúde, 1993).

Como se pode verificar, o desenho das mudanças pretendidas não estava associado à implementação de um modelo organizacional único, mas de arranjos institucionais, com base na realidade e nas potencialidades locais. Aliás, a Norma Operacional já citada expressa tal intenção, ao esclarecer que o conceito de unicidade do sistema não deveria “ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional”, sendo necessário “levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país” (BRASIL/Ministério da Saúde, 1993).

Os desdobramentos da implementação de *modelos ideais* na organização de ações, serviços, redes e sistemas de saúde são objeto de inúmeras reflexões no campo da saúde coletiva. Segundo Pinheiro e Luz (2003), há uma conseqüência prática importante na escolha de “modelos ideais” como dispositivos para a implementação de iniciativas: eles requerem condições também ideais para sua efetivação:

um modelo somente alcançará o êxito estabelecido mediante a existência de condições devidamente previstas (calculadas) que, através de atos predeterminados, favorecerão a realização do trabalho e, conseqüentemente, seu resultado (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 7).

Diante dessa afirmação, parece-nos evidente que *as práticas* consistem no principal núcleo de investigação acerca dos desafios, possibilidades e limites para “reversão” do modelo tecnoassistencial no sistema de saúde brasileiro, que, marcado pela fragmentação de suas ações e pela hegemonia do modelo biomédico centrado no procedimento, reduz o sujeito a objeto, e o cuidado à incorporação crescente de tecnologias duras (MERHY, 2002). Tal proposição se ancora em grande medida na constatação da busca por cuidado como uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira, cujas respostas aos usuários vêm requerendo práticas humanizadas, capazes de fornecer tratamento digno, respeitoso com qualidade, no sentido da saúde como direito de cidadania (PINHEIRO, 2004). Isto exige de nós, pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, estudantes e participantes de movimentos sociais, a invenção de padrões ético-políticos de atuação do cotidiano da gestão em saúde, para afirmação da vida dos cidadãos do nosso país.

É nesse sentido que convidamos o leitor a pensar as implicações da integralidade na gestão do SUS, a partir da análise das experiências inovadoras na saúde, nas seguintes dimensões: organização de rede de serviços de saúde; conhecimentos e práticas dos trabalhadores nesses serviços; elaboração e implementação das políticas com a participação da sociedade civil. Entendemos que desse modo é possível identificar os nexos constitutivos entre os componentes da gestão da integralidade em saúde, com os quais os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde efetivem o direito à saúde como expressão última de uma sociedade mais justa no nosso país.

Experiências inovadoras na saúde e integralidade: contra o desperdício das experiências dos “autores” sociais² do SUS

Com frequência observamos a recorrente afirmação de que as “experiências” pouco ou nada têm de substantivo a oferecer como fonte de conhecimento cientificamente válido em diferentes áreas no campo da saúde. Sob o rótulo de “relato”, a experiência vem sendo considerada por muitos especialistas sem a devida qualificação capaz de conferir atributos habilitadores como produtora de conhecimento sobre as práticas e os saberes na saúde coletiva. Mas o que entendemos por experiência? Afinal, do que se trata? Essa é a primeira pergunta a ser respondida, por isso se torna necessário qualificá-la.

Entendemos experiência não como um estudo de caso, do tipo múltiplo ou único, para *determinar* se uma teoria está correta ou não. Também não é um ato de experimentar cujo controle sobre os eventos comportamentais constitui condição, ainda que tal instrumento seja indicado ao estudo de impacto de determinadas medidas no campo da saúde. Tampouco não corresponde à noção empirista de cognição, que entende na experiência a aquisição do conhecimento e, mediante estabilidade e reprodução, se concretiza em saber com base na experiência. Entendemos experiência³ no sentido foucaultiano do termo (FOUCAULT, 2000), o qual compartilhamos com a leitura de Lopes (2002), de que não é apreendida para ser apenas repetida, passivamente transmitida; ela acontece para migrar, recriar, potencializar outras vivências, outras diferenças. Há uma constante negociação para que ela exista, não se isole. Aprender com a experiência é sobretudo fazer daquilo que não somos, mas poderíamos ser, parte integrante de nosso mundo. A experiência é mais evidente que evidente, criadora do que reprodutora.

Com essa compreensão podemos encontrar na experiência as bases de uma ética particular e concreta, em que a obra e vida se nutrem, sem se reduzirem uma à outra. Poder-se-ia dizer mais, que a ética seria o desdobramento da politização dos sujeitos em suas lutas e conquistas no presente, no mundo em que vivemos.

De modo análogo, concebemos a idéia de inovação,³ apoiados em Boaventura de Sousa Santos (2001), como as tensões, rupturas e transição com o paradigma instituído. Inovações que se constituem como um conjunto de *saberes e práticas social e historicamente construídas, num dado*

espaço-tempo, no plano molecular – ou seja, nas relações/interações entre sujeitos em suas práticas no cotidiano das instituições, com as quais se comporia o solo epistêmico dos planos micro e macropolíticos. Com efeito, o plano molecular evidencia o grau de porosidade das instituições aos impulsos da sociedade por cidadania social e a permeabilidade aos valores democráticos para sua organização e efetivação.

É justamente nesse plano que a gestão do cotidiano da saúde tem-se configurado como lugar de fabricação das práticas (MERHY, 2001), na medida que se insere no contexto da saúde coletiva como um “espaço de disputa e constituição de políticas, múltiplo, desenhado a partir da ação de distintos atores-sociais, que conforme interesses e capacidades de agir; aliam-se ou confrontam-se, na tentativa de afirmar ou impor, uma certa conformação de um “bem social” – a saúde – objeto de ação intencional”. Práticas que forjam inovações vividas e tornam as experiências fonte de recriação do novo.

Para analisá-las, propomos a integralidade como um traçador importante de inovações na gestão do cotidiano da saúde, na medida em que constitui um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2003).

Ferla e colaboradores (2002) consubstanciam essa definição, quando nos ensinam que a integralidade, como eixo de política, exige dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos na saúde: a) superação de obstáculos e b) a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

Quando se toma o universo de referenciais e pressupostos teóricos ampliado como esse, os estudos sobre as políticas de saúde, os saberes e práticas que as sustentam nos evidenciam a diversidade e a pluralidade das principais temáticas que podem ser abordadas. Com efeito, as pesquisas que desenvolvemos têm identificado os diferentes desafios a serem enfrentados pelos gestores, profissionais e técnicos na busca de soluções para os problemas de saúde prioritários da população. Nesse sentido tornou-se possível observar, ao menos, dois movimentos importantes no enfrentamento desses problemas:

um primeiro, que se refere à *expansão e qualificação da atenção básica*, e o segundo, que diz respeito ao *fortalecimento da capacidade de gestão do SUS*, fruto da criatividade dos seus “autores sociais”.

Em relação à expansão e qualificação da atenção básica, observamos o desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais, com a produção de experiências que vêm resultando em transformações no cotidiano das pessoas que buscam e oferecem cuidados de saúde.

As ações de promoção da saúde, incorporadas como tecnologias de gestão do cuidado, que na maioria das vezes eram compreendidas como um conjunto de “tecnologias simplificadas”, surgem nesse contexto como uma prática caracterizada por elevada densidade tecnológica, na qual a amplitude e a interdisciplinaridade dos conhecimentos envolvidos evidenciam a alta complexidade das ações. Essa compreensão da promoção da saúde vem reforçar a importância da atenção básica na oferta de serviços públicos, como um dos *loci* mais importantes para a consolidação dos princípios do SUS, no qual a integralidade da atenção é o amálgama dos demais princípios e fundamenta o cuidado como uma tecnologia de saúde.

É importante enfatizar que o cuidado na atenção à saúde, nessa perspectiva, é tomado como uma tecnologia assistencial complexa, presente em todos os níveis de atenção do sistema, pois, ao praticá-lo, se busariam estabelecer *relações de saúde e relações sociais*. Ou seja, ao garantir as relações entre a epidemiologia, as ciências humanas e as ciências biomédicas, contribui para a construção de conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes.

Observamos nas experiências que o cuidado, como tecnologia, apresenta três aspectos importantes: o primeiro se refere à democratização do processo de trabalho na organização dos serviços – participação dos usuários e dos diferentes profissionais nas decisões sobre a gestão do cuidado nos serviços; o segundo diz respeito à renovação das práticas de saúde – numa perspectiva de integralidade da atenção com a oferta de novas práticas terapêuticas – e o terceiro se volta à valorização do cuidado como uma tecnologia complexa em saúde.

Tal complexidade não se define pela sofisticação tecnológica ou pelo custo do equipamento utilizado na prestação do cuidado, mas pelo reconhecimento da existência de diferentes dimensões que envolvem os sujeitos – ou seja, sociais, econômicas, políticas e culturais,

bem como pela capacidade de trânsito transversal entre os diferentes núcleos de conhecimento biomédico, já que a expressão dos problemas de saúde, nesse âmbito da atenção, torna francamente insuficiente o conhecimento organizado por especialidades. Nesse contexto, as abordagens que envolvam distintas *naturezas tecnológicas*⁴ tornam-se fundamentais, o que expressa um novo plano de inovações, no uso dos conhecimentos e habilidades profissionais.

Afirmações dessa natureza estão fortemente embasadas na emergência de experiências inovadoras, particularmente no âmbito dos sistemas locais de saúde, que mostram capacidade para superar os limites contextuais e expressar padrões crescentes de integralidade, como se tem documentando nos últimos anos. Experiências⁵ dessa natureza se caracterizam por forte associação entre tecnologias de cuidados e de gestão, que têm na raiz de suas concepções a idéia-força de considerar *o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas necessidades, buscando garantir autonomia no cuidado de sua saúde*.

A partir de uma lógica sistêmica, inerente à gênese do SUS, as questões aqui destacadas apresentam estratégias de melhoria do acesso a serviços e medicamentos, assim como o desenvolvimento de práticas integrais do cuidado às populações consideradas especiais e de riscos de saúde. Observamos experiências que tratam de capacitações voltadas para a humanização do atendimento e para a promoção da solidariedade social, até a realização de estudos operativos destinados à avaliação e registro de projetos ou segmentos específicos da gestão ou mesmo do cuidado em saúde.

Algumas dessas propostas estão associadas à incorporação de tecnologias computacionais (criação de *softwares* e sistemas informacionais), destinadas à modernização da relação entre profissionais e serviços, e entre estes e os usuários. Mas todas elas estão relacionadas com a promoção e a gestão do cuidado em saúde, mediante a valorização do profissional e do usuário, garantindo sua autonomia, de modo a estabelecer uma relação democrática entre demanda e oferta, com ações integrais na atenção.

Outro aspecto interessante dessas experiências diz respeito à pluralidade dos temas abordados, que refletem a especificidade e a complexidade dos contextos em que estão inseridos. Muitas delas traduzem a historicidade de movimentos sociais que, ao longo do

tempo, vêm buscando o atendimento de suas reivindicações e demandas. Entre eles, destacam-se aqui os movimentos das áreas de saúde reprodutiva e saúde mental.

As duas áreas se relacionam com antigas lutas sociais, com uma identidade própria e ancorada em demandas de movimentos coletivos específicos, como os movimentos de mulheres e da reforma psiquiátrica, para os quais as reformas das instituições de saúde são, até os dias de hoje, questão central de suas reivindicações. Embora a origem desses movimentos preceda a própria implantação do SUS, a incorporação de tecnologias em saúde nas duas áreas legitima a capacidade que esse sistema de saúde tem, de promover transformações sociais, sobretudo quando suas ações são potencializadas.

No entanto, há de se ter claro que os limites dessas ações, assim como a construção da integralidade, estarão relacionados em grande medida à permeabilidade das instituições políticas e sociais aos valores democráticos defendidos no texto constitucional. É possível afirmar, segundo alguns estudos, que o *estilo de gestão*, a *cultura política* e os *programas de governo*, quando porosos a esses valores, elevam as possibilidades de surgimento de um agir em saúde capaz de renovar e recriar novas práticas, mediante a inclusão de diferentes conhecimentos, fruto de uma mesma interação, construída na relação entre usuário, profissional de saúde e gestor. Essas práticas são nada menos que estratégias concretas de um fazer coletivo realizado por indivíduos na afirmação da vida (CÔRTEZ, 2006; PERLA, 2002; PINHEIRO, 1995, 2000, 2002a e 2002b).

Nesse sentido, a *atenção básica* cumpre papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção contínua com a população. Essa proposta inova na medida em que redefine a *idéia* de redes de ações e serviços de saúde, como uma cadeia de cuidado progressivo em saúde, no qual se considerem a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde, para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento.

Por outro lado, o desenvolvimento de novas práticas de atenção à saúde e o aprendizado institucional que essas experiências podem suscitar na relação entre os três níveis de gestão do SUS têm nas experiências

municipais iniciativas de desenvolvimento de tecnologias de gestão. Embora tenhamos percebido a coerência entre as diretrizes municipais/estaduais com as diretrizes nacionais, no que concerne às políticas de saúde, fica evidente a importância do espaço local como *locus* privilegiado e eficaz de materialização de uma política de saúde.

Analisando essas experiências, constata-se que o fortalecimento da capacidade de gestão tem suscitado um debate rico, no qual os temas candentes, como *responsabilidade sanitária, controle social, interface saúde, trabalho e educação e gestão em redes* contribuem para uma auto-análise do próprio movimento de reforma. Seus conceitos, definições e noções vêm sendo repensados, reconstruídos e renovados, mantendo uma dependência recíproca com a efetivação da integralidade da atenção, como um valor democrático, a fim de se tornar um verdadeiro amálgama dos demais princípios norteadores do SUS. Para analisar esses temas, apresentaremos as dimensões propostas no início deste texto, de forma sucinta.

Organização da rede de serviços, conhecimentos e práticas dos trabalhadores e a participação na saúde: as dimensões analisadoras das implicações da integralidade

Cecílio (2001, p. 106), considerando a categoria necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde, aponta para a importância, na organização dos serviços de saúde, da identificação das implicações da integralidade na gestão do SUS. Afirma que “o modo concreto de articular ações, dizendo-as integrais no cuidado, define o patamar ético e de programação e avaliação da qualidade da assistência, dimensões situadas no núcleo duro do planejamento e gestão em saúde”.

A primeira pergunta que surge é: de que forma se daria esse modo? Partimos do entendimento de que o modo concreto de articulação requer a construção coletiva de ferramentas e tecnologias inovadoras no cotidiano das práticas de gestão em saúde. Práticas essas voltadas para a negociação de diferentes pactos e acordos entre instâncias da política setorial e a sociedade civil. Ou seja, um processo dinâmico de inovação na gestão pública.

A idéia de inovação da gestão pública em saúde decorre da compreensão de sua estruturação em dois eixos principais: o tipo e conteúdo das políticas (novas políticas) e a gestão dessas políticas (novas

formas de gestão, novos processos de decisórios e novas formas de provisão de serviços). Por esse ângulo, a inovação consistiria na inclusão de novos atores na formulação, gestão e provisão dos serviços públicos em saúde.

Nesse contexto, a solidariedade pode ser incorporada como um dispositivo institucional, uma nova prática, na medida em que se identifica como um valor democrático que ganha significado de ação social, potencializando a responsabilização dos atores-autores envolvidos com a formulação e implementação política de saúde, na qual a integralidade se tornaria eixo prioritário. Como eixo prioritário, a integralidade nos mobiliza para a solidariedade do conhecimento das práticas dos trabalhadores em saúde, evocando esta última como outra dimensão de análise.

Com relação a esta dimensão, identificaríamos a capacidade dos trabalhadores de gerarem acolhimento e desfragmentarem o atendimento prestado. Nessa dimensão, a integralidade é entendida como um processo de construção social, que tem na idéia de inovação institucional grande potencial para sua realização, pois permitiria inventar novos padrões de *institucionalidades*. Estes devem ser entendidos como experiências que podem conferir maior horizontalidade nas relações entre os seus participantes – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, no que concerne à autoria de novos conhecimentos a partir das práticas dos sujeitos implicados no cuidado em saúde.

O trabalho em saúde sob o eixo da integralidade reveste de complexidade e riqueza quando se trata de produzir conhecimentos e práticas, tendo em vista a variedade e heterogeneidade de seus componentes. Essa afirmação é consubstanciada pela afirmação de Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), ao destacarem que, com o aumento da complexidade da organização do serviço e com a presença de diferentes profissionais, faz com que este não se organize a partir de um único processo de trabalho, mas a um coletivo de produção em saúde (CECCIM, 2005) o qual exige apreensão de seus elementos constituintes. Com isso, imprimiríamos outros modos de produção do cuidado em saúde numa perspectiva integradora, ao mesmo tempo em que se forja uma crítica à matriz hegemônica de organização das práticas no trabalho na saúde, na qual saberes disciplinares que tendem a neutralizar a história atual e local atuando como dispositivo de poder na

determinação dos saberes dos “sujeitos” sobre os saberes das “pessoas” (FOUCAULT, 2000). Essa determinação tem provocado, no processo de trabalho em saúde, uma forma de anomia cultural dos trabalhadores implicados na produção do cuidado, *dessujeitando-os*, como se pode observar em alguns estudos sobre a participação do agente comunitário de saúde no trabalho da equipe de saúde da família.

Diante dessa constatação, compartilhamos do entendimento de que a prática não pode ser concebida como apenas um espaço de verificação de idéias, mas de autoria de novas teorias, mais potentes – enfim, um campo de reflexão capaz de fortalecer a gestão, permitindo *transversalidades inovadoras*. É justamente nessas “transversalidades” que se ancora um certo modo de formular e efetivar políticas governamentais, o qual denominamos de *gestão compartilhada*. Um modo de “fazer” política fundado no compromisso político-ético de efetivar concretamente a integralidade na atenção à saúde da população. Daí nasce a terceira dimensão analítica sobre as implicações da integralidade na saúde; qual seja, a dimensão da participação da população na elaboração de políticas governamentais na saúde.

Essa dimensão se relaciona em grande medida com a capacidade de as políticas governamentais ordenarem os sistemas de saúde, com destaque para proposições e fomento a novos arranjos descentralizados, resolutivos e solidários e permeáveis à participação desde o sistema local de saúde. Tal capacidade se refere a um conjunto de práticas de gestão que confere democraticamente aos atores implicados na formulação efetivação das políticas governamentais um tipo de inserção que garante o protagonismo dos autores sociais do SUS na construção de respostas às demandas de saúde da população. A esse conjunto de práticas denominamos de *gestão compartilhada em saúde*, que é compreendida como “um espaço institucional de construção de práticas solidárias que incorporem os diversos atores envolvidos com a política de saúde, mediante o estabelecimento de mecanismos participativos e permanentes de decisão, nos diferentes níveis do sistema” (PINHEIRO *et al.*, 2002, p. 59).

Observamos, em nossas pesquisas, que esse tipo de gestão somente se materializa quando possibilitamos as transformações dos espaços singulares dos atores no cotidiano da gestão dos serviços de saúde. Contudo, à necessidade de transformação dos espaços singu-

lares dos serviços de saúde deve corresponder uma necessidade de transformação na macropolítica setorial. Nessa direção, defende-se aqui repensar o processo de construção do SUS ora em curso. Essa perspectiva, mais do que permitir a transformação da micropolítica setorial, tem o poder de recobrar a unidade dialética existente entre “saúde e democracia” que permeou o processo de formulação da reforma sanitária brasileira.⁶

Relacionamos a concepção de integralidade para além das práticas sanitárias em seus sentidos estritos, em direção ao ideário de liberdade individual e coletiva, à própria autonomia dos sujeitos “nos seus modos de andar a vida” e, portanto, ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Defendemos uma *reforma da reforma* sanitária, significada a partir do princípio da integralidade em saúde, não excluindo os aspectos históricos e sociais que se inserem, mas repensando-os de forma crítica, à luz dos avanços e desafios da construção do SUS. Isto implica considerar sua diversidade, pluralidade e riqueza de seus processos, que exige uma atitude propositiva dos atores-autores sociais na luta cotidiana contra as desigualdades sociais, culturais e econômicas, sobretudo no que concerne à garantia de um Estado de direito democrático e cidadania social.

A criação de novos *espaços públicos de participação* capazes de configurar novos arranjos institucionais coletivos e participativos, cuja noção de *policy community* (comunidade orgânica de atores-políticos) parece-nos pertinente para explicitar sua idéia principal, ou seja, repositonar as “elites de reformadores em saúde”, tornando os planejadores gestores do cotidiano de saúde, em aliança com lideranças dos movimentos popular e sindical. Essa perspectiva traz uma novidade na concepção de participação nos processos decisórios em saúde, com a qual não se reduz a prática de participação exclusivamente às práticas de controle social, caracterizada pelo alto grau “fiscalizatório” dos usuários sobre as ações de saúde, ao invés de efetivar seu protagonismo na formulação e decisão sobre as políticas de saúde.

Com esse giro conceitual, poderíamos refletir sobre a centralidade das práticas dos *policy makers* (formuladores de políticas) e dos saberes que os sustentam, para traduzir a complexidade das demandas por saúde, assim como na definição de soluções para respondê-las. Identificamos algumas experiências de formulação de políticas que

expressam a configuração de uma comunidade orgânica política, com as quais encontramos alguns sentidos da integralidade em saúde (MATOS, 2001 e 2003), criam e ampliam os espaços públicos na saúde, produzindo novos padrões de sociabilidades e novos tipos de humanidades, nos quais as regras de sociabilidade sejam fundamentadas na democracia, e suas instituições sejam permeáveis aos valores democráticos. Espaços públicos que têm a capacidade de inspirar e reinventar significados novos para a igualdade, a liberdade e para o próprio sentido do público (PINHEIRO, 2005).

Pensar as implicações da integralidade: algumas considerações finais acerca das práticas de gestão do cotidiano nas instituições da saúde

Buscamos apresentar uma compreensão das implicações da integralidade na gestão em saúde, a partir das práticas. Defendemos a integralidade como importante eixo organizativo de práticas de gestão das ações, que têm na garantia do acesso aos níveis de atenção de maior complexidade no sistema seu principal desafio (PINHEIRO, 2001). É um desafio que requer uma ação social e solidária, resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta da atenção em saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

É nesse sentido que as práticas de gestão se revelam campo fértil para a construção da integralidade numa dinâmica concreta da arena política, da qual participam gestores públicos de diferentes esferas de governo, prestadores privados, trabalhadores de saúde e sociedade civil organizada.

Ao apontar a insuficiência dos “modelos ideais”, em função de seus excessivos graus de abstração e formalização, inadequação e dificuldade de avaliação de sua factibilidade nos serviços de saúde, buscamos destacar sua insuficiência em dar respostas às demandas em saúde. Estas se caracterizam pelos altos graus de subjetividade, imprevisibilidade e complexidade de processos, tornando-se imperceptíveis aos “insensíveis aos olhos” da racionalidade da economia política vigente. Isto implica repensar as questões mais relevantes do processo de trabalho, da gestão e do planejamento em saúde, buscando uma visão construtivista de conceber novos saberes e práticas em saúde. Uma visão compartilhada entre sujeitos, seja na adoção ou criação de novas tecnologias de gestão do cuidado integral em saúde.

Afinal podemos perceber, ao analisarmos as experiências inovadoras no desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, a importância da descentralização, universalidade e integralidade da atenção como uma tríade de princípios que expressam o processo de consolidação das conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania. Novos atores foram incorporados ao cenário nacional e, com a universalidade do acesso, estes vêm possibilitando o surgimento de experiências centradas na integralidade da atenção (PINHEIRO *et al.*, 2002).

As novas tecnologias de gestão devem ser construídas a partir de uma perspectiva emancipatória e democrática, tendo no controle social e na participação política seus principais instrumentos. Assim como as tecnologias assistenciais têm nas práticas seu potencial transformador no cotidiano das pessoas que buscam e oferecem cuidado em saúde, as tecnologias de gestão devem considerar em suas práticas as potencialidades de sua própria transformação. Ou seja, tecnologias de gestão devem garantir condições democráticas de inter-relações dos diferentes conhecimentos relativos à sua constituição, dentre os quais se destacam a epidemiologia, as ciências biomédicas e as ciências humanas e políticas, no sentido de contribuir para a construção de conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes de enfrentamento de problemas prioritários de saúde da população.

Pensar as implicações da integralidade na gestão do cotidiano na saúde exige ao menos dois movimentos reflexivos:

- um repensar das instituições da saúde sobre sua capacidade de estabelecer projetos políticos integradores e organizativos de práticas locais em saúde, sejam elas de ensino, pesquisa ou serviços;
- analisar criticamente, e de forma reflexiva, as instituições de saúde e universitárias, buscando identificar o projeto de sociedade que se defende e se valores como emancipação, autonomia e alteridade com sujeitos sejam requisitos para uma abertura conceitual e científica em relação ao modelo hegemônica da saúde: a biomedicina. Há de nos posicionarmos no sentido de interagir saberes e práticas em saúde, numa postura “desfragmentadora da assistência”, ou seja, uma equipe que tenha em seu trabalho a interação de saberes e práticas de núcleos específicos.

Pensar as implicações da integralidade na gestão na saúde, a partir de uma *práxis* entendida como dupla ação do intelecto, ou seja, como

“entender e sentir”, implica compreender os saberes e práticas como uma teoria viva, que, segundo Gramsci (1991), reflete desde sua constituição, a experiência concreta da vida real e dá origem, na atividade prática, a uma iniciativa de vontade, um diálogo de transformação.

Referências

- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. 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 institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 29 de setembro de 1990.
- BRASIL. Lei n. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 31 de dezembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01*. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus: SUS: o maior Sistema Público de Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS*. Brasília, v. 1, n. 1, 2002.
- BURKE, P. *Uma história social do conhecimento: de Gutenberg a Diderot*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- CAMARGO, K. JR. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 11-15.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.
- CORTES, S. V. C. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, 2006 (no prelo).
- FERLA, A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. Atenção integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 61-88.
- FERLA, A.; JAEGER, M. L.; PELEGRINI, M. L. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os novos governos. In: TAVARES, L. (Org.). *Tempos de desafios: política social democrática e popular no governo do estado do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002.

- FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (Coleção *Ditos e Escritos*, II).
- _____. *Em defesa da sociedade*. curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999 (Coleção *Tópicos*).
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da História*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1991.
- HARTZ, Z. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- _____. *Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para atenção básica*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 419-421.
- LEVCOVITZ, E. *et al.* Política de saúde os anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de Saúde - 1974-1996*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- _____. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva*. Estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. T. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PINHEIRO, R. *et al.* Novas práticas de gestão especializada e a construção da integralidade no SUS: notas sobre a experiência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Casa da Palavra, 2002.
- _____. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS -UERJ, 2001. p. 65-112.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.
- _____. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

_____. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

_____. *Os sentidos da integralidade no cuidado e na atenção à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

SANTOS, B. *A crítica a razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, M. *A natureza do espaço. Técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1997.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M., 2004. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; Matos, R. A. (Orgs). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. p. 241-257.

STOZ, E. N. Necessidades de saúde; mediações de um conceito (contribuições das ciências sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais no planejamento em saúde) (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

Notas

¹ Este texto resulta da reflexão dos autores em participações em seminários, congressos, oficinas, bancas de conclusão de cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu* e da análise e apresentação dos resultados de estudos realizados no âmbito do grupo de pesquisa do CNPq LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, acerca das experiências inovadoras na saúde, cujos saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde tem sido objeto de reflexão.

² A idéia de autores e não somente atores nasce da afirmação de Mattos (2001), de considerarmos a potencia de autoria dos atores sociais que constroem o SUS, cuja responsabilidade pela garantia dos valores que merecem ser defendidos os quais a integralidade reúnem um conjunto de sentidos de afirmação da vida e de luta por uma sociedade mais justa

³ Mais informações sobre a noção de experiência, ver PINHEIRO, CECCIM e MATTOS (2006).

⁴ Inovação definida no sentido atribuído por Santos (1997), como tensões, rupturas e a transição de um paradigma moderno, com reconfiguração de saberes e poderes.

⁵ Referimo-nos à categorização de tecnologias proposta por Merhy (2002), que aponta tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves como necessárias para tornar o trabalho em saúde cuidado efetivo e centrado no usuário.

⁶ Em 2000 e 2002, o Projeto Experiências Inovadoras no SUS, apoiado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial, selecionou 42 experiências inovadoras em cinco regiões do país. Os principais produtos gerados por esse grupo foram análises documentadas em três coletâneas editadas pelo Ministério da Saúde em 2002, quais sejam: *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências/novas tecnologias assistenciais*, *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências/gestão de rede serviços de saúde* e *Experiências Inovadoras no SUS: produção científica*. Além dessa sistematização, podemos conferir diferentes experiências com essa envergadura em eventos específicos promovidos pelo Ministério da Saúde desde 2002, entre os quais destacamos: Prêmio Sergio Arouca, Premio Galba Araújo, Mostra Saúde da Família, Expogeste, Rede Cooperasus e aqueles promovidos pelo CONASEMS, com apoio deste em diferentes atividades de premiação e mostra de experiências.

⁷ Para maior aprofundamento, ver Fleury (1989).

Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva

MADEL THEREZINHA LUZ

Introdução

Uma observação preliminar nos é imposta quando pretendemos tratar do termo “demanda”: é necessário situar sua origem no campo disciplinar, para que de categoria analítica ele não se torne mera expressão polissêmica, uma palavra que se presta a usos e desusos de projetos teóricos ou políticos de outros campos de saberes e práticas disciplinares. Atualmente diversas disciplinas das ciências humanas, além de múltiplos saberes aplicados, do campo da gestão e planejamento, adotaram a categoria “demanda” como parte de seu conjunto de ferramentas teóricas. Não apenas a sociologia, a política, a psicologia social, mas a administração, a educação, o serviço social, bem como a área gerencial do planejamento em saúde, no campo da saúde coletiva têm na *demanda* um instrumento conceitual considerado útil e freqüentemente empregado.

Sabemos, entretanto, que o conceito de demanda, juntamente com outros, como os de oferta, circulação, e mesmo de trabalho, são *macrocategorias* fundadoras da Economia Política, e que se referem à análise da produção econômica (na perspectiva clássica de Marx, definida como *produção social*, ou mais teoricamente como *produktion weise, modo de produção* social) capitalista.

Aplicadas ao contexto da economia em micronível, por outro lado, essas categorias têm por função descrever, analisar e explicar o funcionamento cotidiano da vida econômica, de acordo com o que se convencionou designar na ciência econômica, *leis do mercado*. No

contexto da macroeconomia, entretanto, pretendem tornar claras as tendências conjunturais e estruturais da economia como um todo em movimento. No processo do desenvolvimento do capitalismo atual isto significa poder esclarecer, prever e mesmo *retificar*, se necessário, através de intervenção estatal ou privada, as tendências do movimento global da economia – isto é, da economia mundial como totalidade, cujos parâmetros básicos podem estar se dirigindo nessa ou naquela direção. Vista deste ponto de vista, a demanda é um importante instrumento conceitual de um campo específico de saberes e práticas ou, se preferirmos, de uma disciplina científica específica.

O campo das ciências sociais vem, por seu lado, desde as análises de seus autores clássicos, tentando demonstrar o caráter cultural e socialmente construído da demanda. Nesta perspectiva, ao se ignorar como fruto de construção histórica, a categoria perderia seu caráter analítico, epistemológico, e ganharia caráter ideológico. Em outras palavras, acabaria tendo função mais política (justificativa de situações ou de tomada de decisões) que explicativa.

Considerando que o papel socialmente atribuído à ciência moderna tem sido esclarecer e explicar, ou interpretar (papel mais adequado às ciências humanas e sociais) conjuntos específicos de fenômenos, eventos, e o encadeamento ou repetição dos mesmos, a categoria “demanda” não pode, sobretudo no campo das ciências sociais e humanas, ser *naturalizada* – isto é, tratada como dado em si, como abstração auto-explicativa, sem perder conteúdo analítico, conceitual.

Saúde coletiva, encruzilhada de saberes e práticas com lógicas distintas

Foi tendo como objetivo uma advertência teórica prévia que fizemos esta observação introdutória. Acreditamos que ela é plenamente aplicável ao campo da saúde coletiva. Esse campo de saberes e práticas é definido aqui como multidisciplinar, por ser constituído por um amplo leque de disciplinas, que abrangem desde as ciências da vida, sobretudo a medicina, passando pelas físicas (aquelas envolvendo sobretudo o meio ambiente), chegando até as humanas e sociais, profundamente imbricadas com os sujeitos, e as relações sociais, no que dizem respeito à vida, saúde e morte humanas, bem como às condições que afetam essa tríade. Essas disciplinas estão, por força dos

temas que abordam, em comunicação ou diálogo freqüente, mesmo que às vezes não reconhecido ou assumido. A prática da investigação no campo da saúde coletiva se constrói, portanto, de modo *interdisciplinar*, na medida em que tenta conciliar marcos conceituais e metodologias de investigação de diferentes disciplinas, em torno de objetos construídos de modo *transdisciplinar*. Ou seja, superam, a partir de questões estratégicas colocadas ao tema da investigação, os marcos e modos tradicionais de construção de objetos de pesquisa.

Resumindo: o campo da saúde coletiva é, no que concerne a sua constituição de saberes, *multidisciplinar*, sua prática de pesquisa é com freqüência crescente *interdisciplinar*, a partir de uma construção teórico-metodológica de objetos típica do campo, que é, por sua vez, muitas vezes *transdisciplinar*, face à natureza não-convencional das questões que coloca aos seus objetos, construídos já de modo pouco convencional em termos dos cânones vigentes em cada uma das suas disciplinas constitutivas.

Ao mesmo tempo esse campo tenta conciliar, em sua prática de pesquisa, não sem dificuldades de ordem metodológica e conceitual, duas lógicas de produção de conhecimento: a de ratificação de proposições hipotéticas, lógica típica da “ciência”, e a de eficácia na intervenção na ordem da vida coletiva, no sentido de repará-la ou de prevenir danos a essa ordem, o que é a lógica típica da medicina, mais próxima da “arte”. A essas lógicas de produção de conhecimento deve ser acrescida a da *eficácia política*, isto é, a do efetivo resultado das ações em termos de saúde pública.

Isso implica necessariamente a presença e a pressão do poder na exigência dessa eficácia, sobretudo do poder público, socialmente materializado no Estado. De fato, a geração histórica da demanda em saúde está profundamente imbricada, em especial a partir do século XX, nas relações entre o poder público e o poder de outros atores políticos: os poderes corporativos em termos de profissão, sobretudo o médico, os poderes das grandes corporações ligadas às ações médicas, como as indústrias farmacêutica e de equipamentos hospitalares, denominados no campo de *complexo médico-industrial*, e a sociedade civil, com suas contínuas reivindicações, através dos sindicatos e, mais recentemente, de outras formas socialmente menos densas de organização, como as associações de doentes.

Entretanto, esses atores coincidiram historicamente num ponto em suas posições: a demanda por saúde tem girado sempre em torno da *oferta de atenção médica ou de cuidados terapêuticos*, pelo menos da segunda metade do século recém-findo aos dias presentes.

Construindo a demanda em saúde coletiva na teoria e na prática

A questão que necessita ser colocada a fundo no campo da saúde coletiva, com todas as suas conseqüências nos planos teórico e político, é justamente esta: a *demand*a em saúde é necessariamente uma demanda por atenção médica?

Em termos de economia da saúde, já é sabido na área que a demanda assim formulada gera *oferta* de serviços, que por sua vez acabará gerando uma *demand*a por mais serviços, geralmente diferenciados, que gerará oferta de mais serviços especializados (tradução social concreta da diferenciação de serviços na lógica da medicina atual). Por sua vez, isso gerará uma demanda diferenciada na população para aquela oferta e assim por diante, numa ciranda infundável, em que o orçamento público, assim como o das famílias estará continuamente tensionado e sem resultados aparentes em termos de resolutividade. Em outras palavras, as questões relativas à saúde das pessoas individualmente, e da coletividade como um todo, não estarão necessariamente equacionadas. Em termos operativos de racionalidade, essa lógica tende a criar outros problemas, nocivos à saúde coletiva, como decorrência mesmo de seu funcionamento.

As dimensões social e institucional implicadas no funcionamento dessa complexa ordem social médica, não satisfatoriamente atendidas – como a da acessibilidade, equidade, universalidade, direito dos pacientes e das populações –, assim como aquelas relativas ao regime de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos, e de suas relações entre eles mesmos e com os usuários, nem sempre livres de conflitos (para dizer o mínimo dessa questão, e de maneira eufêmica), geram continuamente tensão, *stress*, instabilidade e fragilização da saúde para todos ou quase todos implicados nesta ordem...

Sabemos todos que o advento do Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes de descentralização, universalização, participação/control social, equidade e integralidade na atenção dos serviços públicos de saúde modificou essa situação, em parte, a partir

dos anos 90. Mas tal modificação se insere mais no quadro da *oferta* dos serviços públicos de saúde que da *demand*a. Do ponto de vista da *demand*a, sobretudo a demanda social, aquela oriunda da sociedade civil, de nosso ponto de vista resta quase tudo a fazer... Pois, historicamente, a demanda no campo da saúde coletiva se construiu, como afirmamos no início, em torno das corporações profissionais e daquelas ligadas aos interesses do complexo industrial da saúde – o que resultou sempre em oferta de mais serviços, e mais diferenciados, de atenção médica. A própria população se habituou a pensar em oferta de saúde como oferta de atenção e de medicamentos, e por causa disso tem-se batido continuamente.

Na verdade a saúde é associada na cultura presente, de dominância da ordem médico-social, à doença e sua atenção – portanto, à demanda por remédios e cuidado médico. Enquanto a demanda por saúde for socialmente construída em função da doença e do seu combate ou prevenção, acreditamos ser impossível aceder a uma demanda efetiva por saúde, no sentido positivo e propositivo do termo. Isto não nos impede, é certo, de tentar, a partir da presença da sociedade civil nos serviços, principalmente através das instâncias institucionais de controle social e participação, de tentar *ouvir*, no interstício dos reclamos da população, o que é buscado por ela em termos de saúde.

Ou o que de fato a “saúde” está desempenhando como papel, para além de suas funções institucionais explícitas. Mas isto supõe mudar uma cultura presente há décadas nas próprias instituições de saúde. Supõe modificar a formação atual dos profissionais de saúde; supõe modificar a mentalidade “produtivista” de grande parte dos gestores; supõe estabelecer diálogo efetivo em todos os setores sociais implicados no campo da saúde coletiva. Em outras palavras, supõe construir uma cultura efetivamente interdisciplinar no campo da saúde, tanto na pesquisa como na ação/intervenção profissional e de administração/gestão.

Isto nada mais é do que reconhecer a natureza transdisciplinar da saúde coletiva, como a definimos acima, como a de um campo de saberes e práticas imbricado de lógicas, discursos e práticas diferentes. Diferentes, mas que podem ser complementares. Abre-se para esse campo a possibilidade de construção histórica de uma *demand*a em saúde mais positiva, mais ampla, mais complexa que a que se apresenta no contexto atual. Cabe-nos aproveitar essa possibilidade.



PARTE 1

Práticas de Avaliação



Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede

ALCINDO ANTÔNIO FERLA
MARIANA BERTOL LEAL
ROSENI PINHEIRO

Introdução

Nos diversos “pontos” da rede que compõe o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), os estudos das práticas no cotidiano dos serviços de saúde com base no princípio ético-político da integralidade têm mobilizado pesquisadores vinculados a diversas instituições de ensino e aos serviços. São metodologias híbridas de racionalidades, nômades de referenciais teóricos, mas uniformemente densas no que se refere ao compromisso ético de prudência e política de produção de condições de maior decência para a vida e a saúde da população. “Prudência” e “decência” são atributos com os quais Boaventura Santos (1989, 2001 e 2004) tece críticas à ciência moderna e com os quais Ruben Mattos (2004) já desenvolveu robusta reflexão acerca da integralidade com a qual operamos nessa rede. No contexto dessas referências, as práticas de integralidade assumem dimensão de inovação (FERLA, 2002).

No bojo das investigações sobre a inovação nos sistemas, redes e serviços de saúde, vimos, mais recentemente, tomando o desafio de analisar e identificar práticas avaliativas de integralidade em diversos âmbitos do sistema de saúde, em particular na atenção básica. Mais do que o efeito desse recorte particular, das práticas, é necessário atentar para um eixo de direcionalidade dessas práticas avaliativas de integralidade, qual seja, a reorientação da modelagem tecnoassistencial, com o objetivo de fortalecer o cuidado integralizado, conforme problemática já desenvolvida por Aluisio Gomes da Silva Júnior e Mônica Mascarenhas (2004).

Ou seja, originalmente não buscamos adentrar o universo dos modelos de avaliação e suas teorias, mas identificar práticas sistemáticas e inovadoras no cotidiano dos serviços, de tal forma que sua análise e sistematização possam constituir-las como tecnologias compartilháveis em rede. Boaventura Santos (2001, p. 111) fala-nos do desafio de construir *arquipélagos de soluções locais* (“Quanto mais global for o problema, mais locais e mais multiplamente locais devem ser as *soluções*”). Com base nessa metáfora, propomos *redes de práticas avaliativas de integralidade* para o desafio de constituir avanços locais ainda necessários para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta proposição se insere no escopo da pesquisa “Estudos multicêntricos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na atenção básica”, que conta com pesquisadores da rede LAPPIS, de cinco instituições de ensino e pesquisa na diferentes regiões do país¹ (PINHEIRO *et al.*, 2006).

No contexto dessas reflexões sobre práticas avaliativas, a professora Zulmira Hartz, durante oficina de trabalho da pesquisa, ofereceu novos subsídios para o encontro com uma dimensão das reflexões sobre avaliação com a qual originalmente não pareceu possível dialogar: o desafio atual da avaliação, de tornar-se, em si, uma prática capaz de produzir efeitos no contexto em que se realiza e, mais do que isso, pretender-se uma prática de intervenção (LAPPIS, 2006).

Esse argumento, além da influência já confessada, nos permitiu, ainda mais, a liberdade de propor uma reflexão que não estivesse pautada pela estética fixa da produção científica moderna, como nos lembra Madel Luz, em excelente reflexão sobre a cultura do livro (LUZ, 2005). Na verdade, é preciso confessar uma certa rebeldia do desejo de escrita dos autores a essa estética fixa, normatizada pelas hierarquias valorativas e pelo estilo hegemônico da “ciência normal”. Mais ainda quando temas como integralidade, descentralização e cuidado se oferecem para o estudo, na sua dimensão de práticas. Assim, constituiu-se a condição para que o texto fosse composto, com o objetivo de compartilhar idéias produzidas pelo “exercício da inteligência” mais do que propor verdades ao estilo do pensamento racional-explicativo (CECCIM; FERLA, 2005). Mais que isso, essa perspectiva possibilita a potência de se desenvolver uma tecnologia

avaliativa da integralidade em saúde como proposição inovadora de reconfiguração das práticas avaliativas no modo de produzir cuidado em saúde (PINHEIRO *et al.*, 2006). Nesse sentido, destacamos o tema da descentralização, que nos permite identificar um campo de reflexões interessante para cumprir esse objetivo.

Para tanto, dispusemo-nos a organizar uma construção conceitual da descentralização não restrita “às ações e serviços de saúde”, como tradicionalmente se traduz essa expressão, quando tomada numa dimensão simplificada da diretriz legal do sistema de saúde. Optamos por denominar de “plano complexo da descentralização” o conceito tomado nas suas múltiplas interfaces, que transcendem em muito a “organização descentralizada de ações e serviços de saúde”, com referência à tradicional “assistência médico-hospitalar”. Tomamos, então, todo o sistema de saúde (a gestão, a atenção e o controle social) como objeto de análise. Além dessa abordagem conceitual, procuramos descrever uma abordagem metodológica, que utilizamos em estudo anterior e alguns resultados que ilustram parcialmente os achados desse estudo (FERLA *et al.*, 2006). A disposição é demonstrar uma prática de pesquisa e produção de conhecimentos.

A descentralização como atributo da política de saúde²

A descentralização do sistema de saúde é princípio ético-político do processo de reformas institucionais que vem sendo implementado no Brasil, principalmente a partir do final da década de 1980, com a criação do SUS. Conforme prevê o texto da Constituição brasileira de 1988, três vetores compõem as diretrizes que devem orientar esse processo: a descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a participação da população (BRASIL, 1988).

Apesar do *status* de texto constitucional, o momento atual do sistema de saúde brasileiro ainda é de implementação do arcabouço ético, político e operacional previsto nesse documento legal. Muitos desafios se apresentam cotidianamente aos atores do sistema, apesar de grandes avanços, distribuídos pelo território nacional, já descreverem parte significativa do caminho percorrido. Expressam-se dificuldades na produção de tecnologias de co-responsabilidade institucional entre as três esferas de governo, assim como no desenvolvimento de relações que possibilitam a participação social nos processos de saú-

de. Por outro lado, alguns indicadores e experiências evidenciam a grande capacidade local de produção de arranjos assistenciais para a atenção à saúde.

O complexo contexto do processo de descentralização no âmbito do SUS implica considerar um conjunto de questões inter-relacionadas. A primeira delas é relativa ao modelo constitucional de Estado e à relação entre as esferas de governo; a segunda é relativa à relação entre o Estado e os indivíduos; uma terceira é relativa à construção conceitual da saúde; e, por último, a modelagem da descentralização no arcabouço jurídico brasileiro. Essas considerações são importantes pela necessidade de firmar um referencial de análise, já que a simples identificação de mecanismos, dispositivos e políticas para orientarem processos de descentralização nem sempre garantem coerência com os referenciais ético-políticos e mesmo legais, desse processo.

A identificação de marcadores que possam evidenciar o *estado da arte* em relação à organização dos serviços e sistema de saúde, considerando as três questões apontadas, torna-se instrumento essencial para um processo de avaliação. Considerar a descentralização como atributo da política de saúde implica repensar as relações entre as esferas de gestão, a organização dos serviços, a orientação das práticas de atenção, a organização do controle social, a participação social e a inserção do controle e avaliação no cotidiano da gestão.

Estado federativo, autonomia e responsabilidade das esferas de governo

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estabelece que o Estado brasileiro é uma República Federativa democrática e de direito, formada pela união “indissolúvel” entre estados, distrito federal e municípios (Art. 1º). Segundo o mesmo diploma legal, a República Federativa do Brasil tem organização político-administrativa composta pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, todos autônomos entre si e submetidos a um conjunto de normas e princípios fundamentais. Na teoria política, a caracterização do Estado federal envolve, entre muitas e complexas questões, um eixo de relação do governo com a sociedade e outro eixo de relação entre diferentes níveis de governo.³ No âmbito dessas formulações, o

surgimento do Estado Nacional está associado a um movimento político e cultural que gerou, como resultados não desejados e não previstos, a centralização (com enorme concentração de poder no Estado burocrático), a integração nacional (com o atenuamento e a supressão de vínculos entre os sujeitos e comunidades menores e maiores do que as nações) e um nacionalismo fechado e belicoso (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000). Interessa aqui apontar uma construção conceitual-legal e político-institucional inovadora⁴ no arcabouço constitucional brasileiro, que define um modelo de República Federativa formada pela união “indissolúvel” entre as esferas de governo que têm, ao mesmo tempo, autonomia entre si e dependência com princípios e diretrizes legais, a que passaremos a designar de *autonomia relativa das três esferas de governo*.

Especificamente no que se refere ao sistema de saúde, essa autonomia relativa tem duas dimensões fundamentais: a co-responsabilidade entre as esferas de governo e o dever de assegurar o direito social de saúde à população. Essas dimensões emergem do texto constitucional na definição da saúde como direito social (Art. 6º), na atribuição de competência municipal de prestar atendimento à saúde com cooperação técnica e financeira da União e dos estados (Art. 30, Inciso VII) e, finalmente, como explicitação máxima, a disposição de que “saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Art. 197). Temos, assim, que essa relativização da autonomia está dada pelo *compartilhamento da responsabilidade* e, entre outras disposições, pelo *dever de assegurar a saúde à população*. Reforça essa definição constitucional a disposição contida na Lei Federal nº 8.080/90: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as *condições indispensáveis* para o seu pleno exercício” (Art. 2º).

Evidentemente que a aproximação com o conteúdo das disposições contidas na Constituição brasileira e o contexto teórico-político em que foi formulado não esgota a complexidade do problema das relações entre as esferas de governo, como já identificado em diversos estudos.⁵ Tensões políticas entre os governantes, heterogeneidade social e cultural, questões fiscais, a própria cultura centralizadora e inúmeros outros recortes têm gerado análises sobre as dificuldades da implementação de um efetivo pacto federativo, que implemente a matriz conceitual registrada na Constituição brasileira.

Direito à saúde como direito de acesso e de participação

Outra questão que se destaca diz respeito às relações entre Estado e sociedade civil⁶ no campo da saúde. Sem intenção de esgotar a reflexão teórico-conceitual, apontam-se apenas algumas questões que influenciam na construção ético-legal do SUS. Para tanto, já delineadas algumas questões da teoria do Estado que configuram muito genericamente a relação deste com os indivíduos e a noção de direito à saúde, parece oportuna a caracterização desse direito e da participação da população no sistema de saúde. Com essa escolha se pretende eleger uma categoria analítica que absorve parte significativa da construção histórica e social da relação entre as práticas de saúde e as práticas de governo, tomadas como práticas sociais, bem como da própria construção das políticas sociais, tais como são concebidas na contemporaneidade.⁷ O direito à saúde, segundo as disposições legais vigentes no país, é um duplo direito: direito de acesso às ações e aos serviços de saúde e direito de participação na formulação e no acompanhamento das políticas para esse setor.⁸

A primeira dimensão desse direito é visível no Artigo 196 da Constituição Federal, já citado. A segunda é a diretriz constitucional de participação da comunidade no sistema de saúde, definida no Inciso III do Artigo 198 e parcialmente regulamentada por meio da Lei Federal nº 8.142/90. Essa lei – cujo escopo é a *participação da população na gestão do SUS* e as transferências financeiras entre as esferas de governo na área da saúde – define que as Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas que devem existir e operar em cada esfera de governo para propor diretrizes, formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde. Uma leitura cuidadosa das disposições constitucionais da cidadania como fundamento da Federação (Art. 1º, Inciso II), do direito à informação, à liberdade de expressão e associação e à igualdade perante a lei (Art. 5º), bem como das demais disposições da Seguridade Social (Título VII, Capítulo II), identificará outras dimensões da idéia da participação na saúde que não estão abrangidas pelos conceitos de Conferências e Conselhos de Saúde. A literatura na área da saúde coletiva aponta diferentes potencialidades para os sentidos possíveis da participação da população no sistema de saúde, com maior ou menor potencialidade de inovação.⁹ Para esta

análise, é fundamental o registro de que a participação da população é uma dimensão do direito à saúde.

Talvez aqui devêssemos acrescentar a existência de duas vertentes principais de sentidos em relação à idéia da participação: um campo de sentidos que aponta para o protagonismo na configuração das ações e dos serviços de saúde – do sistema de saúde em suas partes ou no seu todo – e um segundo campo de sentidos, em que a participação da sociedade é referida ao compartilhamento, com o poder público, da execução de ações no âmbito dos direitos sociais. Este segundo campo de sentidos tem uma afirmação tênue na legislação e forte na história das políticas sociais, em particular da saúde.

No que diz respeito à legislação, a Constituição brasileira refere, na definição do conceito da seguridade social, iniciativas da sociedade civil destinadas a assegurar os direitos relativos às áreas que a compõem (Art. 194). Não há referência similar nos artigos da Constituição que descrevem especificamente a área da saúde. Somente na legislação infraconstitucional, em particular na Lei Federal nº 8.080/90, essa questão é referida, por meio do registro de que o dever do Estado de garantir a saúde não exclui o das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade (Art. 2º, § 2º). Na história da saúde pública, entretanto, o compartilhamento de atribuições de atenção à saúde e mesmo a delegação, à sociedade civil, da responsabilidade de executar essas ações, aparecem com alguma frequência, principalmente na modernidade em períodos de crise política e social (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001; CÔRTEZ, 2002; FERLA, 2002 e 2004). Não se trata, aqui, de analisar as ações desenvolvidas autonomamente no âmbito dos grupos sociais e das instituições, senão aquelas que têm o *status* formal de pertencer ao âmbito dos sistemas de saúde.

No âmbito do processo de reforma do setor saúde no Brasil, é necessário assinalar que as disposições que mobilizaram amplos setores da sociedade civil foram a afirmação do dever do Estado em garantir o direito à saúde da população, bem como de assegurar que a idéia da participação estivesse associada ao campo de sentidos que marcam a idéia de protagonismo na configuração e controle de ações e políticas implementadas pelo Estado. Tanto que há separação clara entre o que se pode chamar de campo da *execução* de ações de saúde e da *formulação* das políticas. No primeiro, que

caracteriza o que se passou a denominar de função de prestação de serviços, podem-se encontrar entidades e organizações diretamente ligadas ao poder público ou a ele formalmente vinculadas, em caráter suplementar, por meio de contratos e convênios. Existem, ainda, prestadores que não estão vinculados ao sistema público de saúde e constituem seu componente complementar. É importante registrar, em relação aos órgãos e entidades que se caracterizam como prestadores de serviço, responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no país, que estão submetidos à regulamentação, à fiscalização e ao controle do poder público, por decorrência das disposições de contratos e convênios (quando compõem o sistema público de saúde) e, antes disso, por decorrência da disposição constitucional que caracteriza toda e qualquer ação e serviço de saúde como de relevância pública (Art. 197).

No âmbito da formulação das políticas de saúde, onde o sentido atual de participação da população está afirmado, o controle é exercido também pela sociedade,¹⁰ por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. Vale destacar o vetor de definição do sentido da expressão do controle: de um lado, o vetor é colocado no sentido do Estado para a sociedade civil e, no outro, no sentido da sociedade civil para o Estado.¹¹ No contexto do movimento de reforma do setor saúde no Brasil, a separação clara entre a prestação de serviços e a formulação da política e controle do sistema de saúde foi motivada, entre outros fatores, pela identificação de interesses diversos entre as duas funções, que é parcialmente encontrada também na literatura internacional sobre o tema. Para os espaços de participação da população no sistema de saúde, estão desenhados mecanismos de articulação entre o governo e a sociedade civil que configuram uma espécie de *esfera pública híbrida* (SANTOS, 2001), onde diferentes setores da sociedade exercem protagonismo no controle e da orientação das políticas públicas. Nesses espaços, há atuação prevista para os vários atores que compõem o cenário da saúde, de acordo com a função que exercem no sistema de saúde (governo, prestadores públicos e privados de serviço, trabalhadores e usuários), pelo entendimento corrente de que essa função aglutinaria pólos de interesses, com capacidade de configurar a atuação dos atores.¹²

O conceito ampliado de saúde no âmbito das políticas atuais

A configuração do direito das pessoas de acesso a ações e serviços de saúde implica melhor definição do termo, quer porque os sentidos atribuídos à saúde são social e historicamente construídos, ou porque há um sentido específico registrado nos documentos legais que definem o sistema de saúde brasileiro e, em particular, os atributos para o vetor de descentralização desse sistema. Segundo a Constituição brasileira de 1988, o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196).

O conceito ampliado de saúde, assim definido, gera algumas consequências práticas relevantes no contexto do desenvolvimento das ações de saúde. Compreende-se a insuficiência das práticas de saúde tradicionalmente biomédicas, ampliando-se o enfoque das ações e serviços de saúde, através da proposição de um fluxo ininterrupto entre as ações de promoção e proteção, tradicionalmente denominadas de saúde pública, e as ações de recuperação da saúde.¹³ Essa proposição, que instiga a mudança da concepção de saúde, abre um campo de embates políticos nas arenas que se formam no sistema de saúde, produzindo tensões potentes para impulsionar as mudanças necessárias para a transição de valores e práticas ainda vigentes.¹⁴

O conceito ampliado de saúde coloca ao sistema de saúde brasileiro, de forma particularmente aguda, dois problemas relevantes: a necessidade de produção de tecnologias específicas para a organização da gestão do sistema de saúde, incluindo-se aqui práticas de avaliação que sejam instrumentos de gestão e auxiliem nos processos decisórios, e de organização da atenção à saúde propriamente dita.

Em relação às tecnologias de gestão, uma primeira questão, de âmbito conceitual, foi abordada pela Norma Operacional Básica nº 01/1996, onde se define o conceito de gestão como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde [...], mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (NOB/96). Esse conceito, que somente na aparência dissocia a dimensão política da dimensão operacional, busca separar dois âmbitos de atua-

ção diferentes, ambos com as duas dimensões citadas: o dos sistemas e o dos serviços de saúde. Ao reservar a designação de “gestão” para os sistemas e de “gerência” para os serviços de saúde, define distintos campos de atuação para os dirigentes de ambos.

Campos de atuação diferentes supõem a subordinação a diferentes estratégias normativas: para os serviços de saúde, públicos e privados, pertencentes ou não ao sistema público de saúde, devem-se observar normas e mecanismos de regulação definidos pelo poder público, conforme determina o Artigo 197 da Constituição brasileira; já os sistemas de saúde se orientam pelos princípios e diretrizes doutrinários e organizacionais, conforme já havia definido a Norma Operacional Básica nº 01/1993:

O conceito de unicidade do sistema de saúde preconizado na legislação não deve ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. [...] A expressão *único*, de que falam a Constituição e a Lei n. 8.080, deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social (BRASIL/Ministério da Saúde, 1993).

Portanto, mais do que propor tecnologias uniformes para a gestão dos sistemas de saúde, essas definições colocam um problema particular para os gestores: buscar a regulação dos recursos existentes com base nas particularidades de cada local e nos princípios doutrinários e organizacionais únicos para o sistema de saúde brasileiro. De outra forma, não teria a Constituição brasileira definido a “direção única em cada esfera de governo” como uma diretriz do sistema de saúde (Art. 198, Inciso I). A essa diretriz foram associadas instâncias de articulação e pactuação entre os gestores.¹⁵

O problema da organização da gestão, abordado conceitualmente pelos dispositivos citados, também foi tratado de forma operacional, com algumas tecnologias propostas de forma transversal no país como um todo em diversos instrumentos legais: o processo de planejamento, que deve ser materializado num plano de saúde; a pactuação de investi-

mentos, materializada num plano diretor de investimentos; as prioridades de saúde, firmadas numa agenda e com efeitos monitorados por meio de metas firmadas em pactos de gestão; as prestações de contas, que devem ser apresentadas em relatórios de gestão etc. A bibliografia aponta a necessidade de rever a quantidade desses instrumentos definidos na legislação atual, apresentados como “básicos” e que incidem particularmente sobre os municípios, que parece retornar a uma concepção que substitui a prerrogativa e a responsabilidade de dirigir o sistema de saúde no âmbito local pela capacidade de cumprir instrumentos e normas (FERLA; MARTINS JR., 2001).

Em relação a um dos aspectos do problema colocado pelo conceito ampliado de saúde, a própria Constituição Federal define que haja integração de ações e serviços de saúde numa rede de base regional e hierarquizada, capaz de absorver as diretrizes da descentralização da gestão, da integralidade da atenção e da participação da população (Art. 198). Também em relação a esse aspecto, a bibliografia aponta para um excesso de normas, em particular no âmbito federal, que acaba por definir uma lógica predominantemente burocrática aos processos de indução de modelagens territorializadas de organização da atenção (FERLA; MARTINS JR., 2001).

Apesar de identificar o excesso normativo e a tendência de relações verticais entre as esferas de governo, é indiscutível que há esforços para produzir mudanças necessárias na modelagem da atenção oferecida nos serviços de saúde. A própria proposição do conceito de “modelo technoassistencial”¹⁶ para designar os arranjos dos sistemas de saúde em cada local surgiu de uma nova concepção de organização das ações e serviços de saúde. Diversas iniciativas locais apontam tensionamento com os princípios e diretrizes do SUS, o que mostra a necessidade de uma rede de vigilância e controle. Mas, de uma forma geral, as iniciativas buscam ampliar e qualificar as “portas de entrada” do sistema, procurando induzir os fluxos de demanda a se concentrarem na atenção básica e organizando fluxos específicos para os quadros de urgência e emergência.

Ainda assim, é preciso destacar o enorme esforço de pesquisa e de produção de conhecimentos e de tecnologias, realizado nos serviços, na gestão e em instituições de ensino e pesquisa, para produzir novos patamares tecnológicos, a fim de que a rede de ações avance

na direção do conceito ampliado de saúde. Tal conceito, nessa perspectiva, gera um padrão para a orientação de mudanças, que deverá se verificar no âmbito local. Deve, portanto, ser acompanhado de políticas descentralizadoras do sistema de saúde, com transferência efetiva de poder e de recursos para as esferas de gestão mais próximas dos locais de vida e de circulação da população.

A descentralização do sistema de saúde no arcabouço jurídico-legal brasileiro

No contexto das questões colocadas até agora, fica evidenciado que a descentralização do sistema de saúde é um movimento processual e envolve mudanças. Na Norma Operacional Básica nº 01/1993 é conceituada como um “processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social” (NOB/93).

Para a ocorrência desse processo, segundo alguns autores, concorrem ao menos três dimensões: uma política, relativa à autonomia de formular e proceder às escolhas; uma financeira, relativa à liberdade para alocação de recursos e de critérios de aplicação; e uma administrativa, relativa à liberdade para a adoção de princípios e de diretrizes para a organização da máquina administrativa (ELIAS, 2001).

Minayo (2001) ressalta outra dimensão relevante do processo de descentralização: a percepção dos atores envolvidos. Segundo a autora, a implementação das disposições do processo de reforma sanitária brasileira é, ao mesmo tempo, fato e sentimento, retórica e prática, realização e utopia; sendo uma simultaneidade de construções reais e imaginárias, passando pelas subjetividades em busca de objetivação – portanto, tem atores, propostas, metas e representa interesses (MINAYO, 2001). As considerações da autora pontuam a criação de um *ethos* específico, que caracteriza uma percepção particular dos processos de mudança desencadeados, deixando visíveis disputas.

Para além dessa questão, do modo de perceber o processo e as dimensões da mudança na área da saúde, Silva (2001) chama a atenção para um problema conceitual, relativo ao uso da categoria descentralização para a análise de situações concretas. Segundo o

autor, centralização e descentralização são atributos sempre presentes, em alguma medida, na organização do Estado e cuja atribuição de sentidos tem padrões históricos, sociais, ideológicos e de conveniência. Na história recente de descentralização das políticas sociais na América Latina, esses padrões estariam ligados à combinação de duas lógicas de significação distintas: a política e a econômica (SILVA, 2001). Assim,

Enquanto em uma das dimensões predomina a lógica da descentralização como proposta política de deslocamento dos eixos de poder para as instâncias locais, ampliando, como consequência, os mecanismos institucionais de democracia formal e promovendo a participação direta da sociedade, na outra predomina a lógica da racionalidade econômica, na qual se descentraliza para cobrar maior racionalidade e eficiência nas políticas setoriais (SILVA, 2001, p. 53).

Para utilizar a capacidade analítica das lógicas assinaladas em situações concretas, Silva (2001) identifica uma tipologia para a descentralização, com duas naturezas de operação diferentes: as intragovernamentais e as interinstitucionais. Na primeira categoria, aconteceriam movimentos de deslocamento de responsabilidades classificados como *desconcentração*, caracterizada como a transferência de responsabilidades pela execução de determinados serviços a níveis hierárquicos inferiores, ou como *descentralização funcional ou autárquica*, quando há transferência de responsabilidades de execução para estruturas jurídico-administrativas diferentes dentro da mesma estrutura de governo. Nos processos interinstitucionais, pode haver *devolução* ou *descentralização territorial*, quando há transferência de poder e de recursos para outras esferas de governo, e *delegação*, quando as responsabilidades do poder público são transferidas para instituições ou entidades da sociedade civil (SILVA, 2001).

Assim sendo, poder-se-ia designar como movimento de descentralização compatível com o ideário da reforma do sistema de saúde brasileiro um processo que garanta os princípios e diretrizes do SUS nas suas diversas dimensões. Isso ocorreria através do olhar ampliado para a concepção social de saúde, organizando e avaliando as ações e serviços de saúde, da perspectiva da integralidade e da garantia desse direito constitucional, e produzindo espaços que possibilitem protagonismos da participação de outros atores aos processos de gestão. Da mesma forma, um processo de descentralização

pressupõe a co-responsabilização entre as três esferas de governo no desenvolvimento das ações de saúde, possibilitando a atuação de uma *esfera pública híbrida* no acompanhamento e controle das políticas públicas. Outro ponto importante é o fortalecimento da organização de redes regionalizadas e hierarquizadas, com base nas particularidades de cada território e nos princípios doutrinários e operacionais do SUS, enquanto estratégia de organização do sistema que busca considerar as múltiplas diversidades territoriais e populacionais.

A política de Aids como marcador da descentralização e a identificação de práticas avaliativas de integralidade no interior do sistema estadual de saúde do Rio de Janeiro

A partir dessa compreensão das diferentes dimensões e sentidos da descentralização no caso concreto do sistema de saúde brasileiro, buscamos construir uma abordagem analítica capaz de avaliar o estado da arte no sistema estadual de saúde do Rio de Janeiro, tomando o componente de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids como marcador. No contexto dessa investigação, de caráter exploratório, foram buscadas práticas avaliativas dos diferentes atores. A pesquisa foi desenvolvida no segundo semestre de 2005.

A escolha desse componente do sistema de saúde para abordar a análise da descentralização foi motivada pelo desafio criado pelo convite da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) para a pesquisa, bem como pela avaliação de que a atenção às pessoas com HIV/Aids apresenta-se como uma situação que expõe de forma aguda limites e condições de efetividade do SUS. Em relação ao primeiro aspecto, a encomenda, por identificar evidências no sistema de saúde para a organização de uma agenda de parcerias entre as organizações da sociedade civil para a mobilização em torno da defesa do SUS, mostrou a relevância que os temas da integralidade e da avaliação vêm tomando no contexto do sistema de saúde.¹⁷ Pareceu-nos um convite para o fortalecimento da idéia de formação de redes de práticas avaliativas de integralidade que vinha nos mobilizando há algum tempo.

Em relação ao segundo aspecto, o custo dos procedimentos, a rapidez com que o desenvolvimento científico e tecnológico oferece novos insumos e procedimentos, a enorme rede social de acompa-

nhamento, a “politização da prevenção” e sua conexão com a assistência, as tensões de ordem moral e política na sociedade e no próprio sistema de saúde, as respostas que o SUS vem oferecendo¹⁸ e um conjunto de outros fatores sugerem a importância desse componente. Na verdade, três categorias de questões foram sistematizadas para caracterizar esse componente como marcador do sistema de saúde no projeto: a capacidade política do Estado e da sociedade civil para produzir respostas relativas ao conjunto de direitos de saúde assegurados constitucionalmente; a capacidade técnica de pesquisa, produção e oferta de novas tecnologias em saúde, bem como sua regulação; capacidade administrativa do Estado e dos serviços para organizar as respostas (FERLA *et al.*, 2006).

Um desenho metodológico em ato

Na construção do desenho metodológico, algumas referências frequentes nas pesquisas realizadas pela rede LAPPIS: diversidade de fontes, combinação de olhares interpretativos e métodos e técnicas, interdisciplinaridade, contemplação de multiplicidade de aspectos e compromisso ético-político com o cotidiano investigado. Interessava, ao mesmo tempo, a constituição da avaliação como um objeto transdisciplinar, característica do campo da saúde coletiva (LUZ, 2006), capaz de permitir aproximações sucessivas em perspectivas de vários ângulos, e uma prática investigativa interdisciplinar de matriz cartográfica (CECCIM; FERLA, 2005), que permitisse registrar e analisar o contexto e suas transformações.

Para implementar as diretrizes do desenho metodológico, a primeira iniciativa foi buscar registros de práticas avaliativas realizadas pela ABIA e pelos parceiros na rede de participação. Duas situações foram apresentadas inicialmente, como resposta a essa busca: uma série de seminários sobre o tema da descentralização de políticas públicas em Aids, inclusive com registros documentais, e um certo *saber fazer* em avaliação, particularmente evidentes num conjunto de atores da rede de participantes, responsáveis por exercícios de sistematização das atividades desenvolvidas pelas ONG que atuam no segmento de DST/Aids. Para absorver essas situações, realizou-se análise documental e observação dos seminários, além de se propor um grupo focal.

No decorrer das primeiras análises, também com dados secundários dos sistemas de informação em saúde de base nacional (relativos à capacidade instalada de serviços, produção de ações ambulatoriais e hospitalares, avaliação e acompanhamento da política de DST/Aids, dados epidemiológicos e populacionais), foram identificadas evidências de situações polares em desempenho positivo e negativo da atuação de sistemas e de serviços de saúde. Foram desenhadas abordagens mais profundas sobre essas situações consideradas extremas na avaliação preliminar, que pudessem identificar evidências em termos do desenho avaliativo da integralidade (PINHEIRO; FERLA; SILVA JÚNIOR, 2004) – ou seja, em relação à organização dos serviços, aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores da gestão e da atenção envolvidos e à porosidade à participação de outros atores na formulação de políticas. A técnica de coleta de dados que pareceu mais adequada e factível foi a de entrevistas com informantes-chave indicados pelos gestores das três esferas de governo, feitas a partir de roteiro semi-estruturado, incluindo a discussão das evidências obtidas nas análises preliminares. Os atores da rede de conselhos de saúde e de entidades não-governamentais tiveram expressiva participação nos seminários.

A abordagem analítica: práticas de avaliação da integralidade – construindo traçadores

Para a análise dos dados, interessava identificar “conhecimentos e práticas” dos sujeitos, percepção sobre o contexto, evidências com capacidade de descrição do contexto e evidências de efeitos da participação. Optamos por desenhar um modelo analítico composto pelas três dimensões apontadas como diretrizes pela Constituição brasileira, que serão descritos e acrescidos de alguns resultados mais relevantes para sua ilustração. É preciso destacar que, embora a descentralização da gestão seja uma das diretrizes, tomamos o conceito ampliado da descentralização, que a refere ao sistema de saúde e, portanto, para efeitos da análise, englobou como traçadores a organização descentralizada da atenção, a gestão descentralizada e a participação da população.

1 Organização descentralizada da atenção: esta diretriz, transformada em categoria analítica, procurou sistematizar evidências e

registros de mudanças na modelagem tecnoassistencial no estado do Rio de Janeiro. Questões relativas à regionalização da assistência, articulação entre a assistência e a promoção e prevenção, existência de ações intersetoriais, integração dos serviços em redes de atenção etc., com ênfase no componente de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, foram buscadas nos dados secundários, nos registros do grupo focal, nos documentos analisados e nas entrevistas. As diferentes fontes de informação não apresentaram divergência nos resultados que demonstram a inexistência de um modelo tecnoassistencial capaz de oferecer padrões mínimos de integralidade no território de abrangência do sistema estadual de saúde, tanto nas questões gerais, quanto especificamente em relação à Aids, evidenciada pela diversidade de indicadores de oferta e demanda, expressiva heterogeneidade nos indicadores epidemiológicos, déficits na capacidade de acolhimento e vinculação da clientela, uma grande variação nos fluxos assistenciais e nos indicadores de qualidade das ações. Alguns municípios, isoladamente, têm evidências de um contexto bastante mais favorável do que a média estadual, bem como algumas iniciativas mais recentes das três esferas de gestão têm reforçado a percepção de mudanças no conjunto dos atores envolvidos, ainda sem capacidade de mudanças substantivas no contexto geral da saúde.

- 2 Gestão descentralizada do sistema de saúde:** nesta categoria analítica foram sistematizados registros da relação entre as três esferas de governo, em particular no que diz respeito à política de Aids, à relação entre os gestores e os serviços de saúde e à gestão de componentes específicos do sistema de saúde (relações de trabalho, informação e comunicação, administração e finanças da saúde, regulação de ações e serviços etc.). As informações obtidas apontam, com algum grau de dissenso quanto à perspectiva de atuação dos participantes da pesquisa, para uma deficiência na relação entre as três esferas de governo, em particular no que se refere aos mecanismos e fluxos formais;¹⁹ para uma cultura de gestão centralizadora nas três esferas de governo, para déficits na gestão de componentes específicos (descritos como insuficiência e indisponibilidade de informação e de veículos de comunicação, desarticulação entre setores e órgãos responsáveis pelo controle e

oferta de ações específicas, indisponibilidade de insumos, deficiência na capacidade de regulação de serviços etc.), entre outros. Também apontam a existência de novos mecanismos de articulação entre os gestores (educação permanente em saúde²⁰, fóruns informais de discussão e consensuamento entre os gestores – particularmente em relação aos programas de DST/Aids), híbridos com a sociedade civil – em particular com organizações não-governamentais, porém com algum risco de fortalecerem ainda mais a fragmentação da relação intergestores.

- 3 Participação da população:** esta categoria analítica procurou sistematizar evidências e a avaliação da relação entre Estado e sociedade civil na saúde e da participação da população no sistema de saúde. As informações sistematizadas apontam para uma baixa permeabilidade dos órgãos de gestão à participação da população, inclusive em relação à implementação de proposições firmadas nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, a necessidade de fortalecimento político dos Conselhos de Saúde (ampliação do leque de articulações interinstitucionais e redesenho da agenda de atuação dos colegiados, ampliando a interface com entidades de atuação específica em Aids e com as coordenações dessa política), bem como certo atenuamento da intervenção política das entidades com atuação específica, pelo grande envolvimento no planejamento e/ou na execução de ações finalísticas financiadas por órgãos governamentais. Por outro lado, as análises demonstram também a emergência do que se poderia denominar de *esfera pública híbrida* (SANTOS, 2001): fóruns ampliados, com participação de entidades governamentais e não-governamentais para avaliação, planejamento e controle de políticas e projetos prioritários, tanto em relação às DST quanto em questões mais gerais do sistema de saúde, e espaços de educação permanente em saúde com composição híbrida.

Por um fio da meada: constituindo uma agenda como dispositivo para uma rede de práticas avaliativas de integralidade

A descentralização do sistema de saúde é um processo político, técnico e administrativo que envolve mudanças, de reorganização das práticas administrativas nas instituições e entre as instituições,

reacomodação de poder e novas relações entre saberes constituídos e o poder de intervenção. Sem uma orientação clara e sem uma condução política eficiente, por parte do conjunto dos atores envolvidos, esse processo tende a fragmentar-se. É nessa perspectiva que a atuação da sociedade civil organizada pode contribuir para esse processo. Mas é preciso explicitar um suposto que, embora verdadeiro no contexto atual, não é *constitutivamente* associado: o fortalecimento da descentralização do sistema de saúde somente é possível se tomado nessa dimensão, ou seja, do sistema como um todo. A fragmentação, que fratura o conceito de unicidade do sistema, formulada e desenvolvida na política de saúde por diversas instituições e em diversos territórios, não endossa a promessa solidária, humanizada e ambiciosa do SUS e nem o processo de mudanças sociais que o mesmo representa.

Na pesquisa realizada, alguns temas mostram mais potencialidade como traçadores que permitem tanto a análise como intervenção nesse cenário, podendo compor uma agenda dos diversos setores, avançando para a construção do processo avaliativo realizado em ato por uma rede de atores, traduzindo uma avaliação capaz de interferir e inovar positivamente no processo de descentralização tomado na sua dimensão complexa:

- 1 Uso da informação e da comunicação em saúde:** a qualificação do processo informacional é uma reivindicação constante. Há evidências que mostram déficits importantes no processo informacional, em particular nos seus extremos: na coleta e no uso. As informações existentes apresentam déficits de qualidade evidentes, não suficientes para explicar o pouco uso. Não só o controle social subutiliza a informação, mas a própria academia pouco investiga e subsidia tais processos comunicacionais. A análise em maior profundidade e o compartilhamento de experiências pode ser um dispositivo importante. A potencialidade de tal postura qualifica os processos de gestão, disparando o olhar para a organização da gestão e atenção, bem como para o processo de participação social.
- 2 Politizar o processo da descentralização:** ao considerar a descentralização como estratégia política, deve-se atentar para a dimensão técnico-operacional, marcada constantemente por

idealizações que fogem aos limites da possibilidade objetiva de produzir mudanças. Entretanto, iniciativas informais continuam reescrevendo a potência política do processo de regionalização do sistema de saúde e acabam dando consistência ao processo descentralizador. Alguns aspectos são potencializados nesse processo. É preciso implicar a gestão nas três esferas de governo com o processo de descentralização, associar as perspectivas e os recursos do conjunto de atores da *esfera pública híbrida* na configuração desse processo e a produção de mudanças, com o desenho de novos arranjos de saberes e poderes. A produção dessas mudanças precisa ser reconhecida como necessária pela sociedade civil, inclusive nas formas de organizar as ações e os serviços, nas tecnologias utilizadas para a gestão e na abertura à participação.

- 3 Qualificar as tecnologias da integralidade à luz do direito à saúde:** embora com avanços conceituais importantes, as discussões sobre práticas de integralidade ainda esbarram na produção de tecnologias compatíveis com o sistema de saúde. Algumas dimensões relevantes ainda pouco foram avaliadas: a politização da prevenção e do direito à atenção integral, como estratégia de mudança nas práticas de atenção e de gestão; a politização da idéia do direito à saúde, como direito de acesso ao conjunto de bens e serviços, das várias naturezas tecnológicas, e de participação na definição de políticas para orientar esse acesso e controlar sua implementação; a reorganização das ações de saúde e dos saberes que as fundamentam; a organização de redes de apoio e autonomia ao usuário, que permitam diminuir a dependência dos serviços de saúde e ampliar o protagonismo no andar a vida de cada um.
- 4 Fortalecer uma esfera pública híbrida no entorno das políticas públicas de saúde:** para além da idéia do controle sobre os recursos, que parece ter aprisionado boa parte da potência dos espaços formais de participação da população no sistema de saúde, é necessário fortalecer as iniciativas de uma esfera pública híbrida e ampliada em torno das políticas públicas de saúde. A publicização do Estado (por meio da defesa intransigente de uma ética de defesa da vida no exercício da regulação das instituições e práticas de saúde com base no interesse público pelos organismos estatais) e a ampliação dos espaços e da permeabilidade desses

organizamos à participação da sociedade, de escuta qualificada à vocalização de demandas e de ampliação das condições de oferta de ações e serviços pautados pela integralidade parecem indicar esse caminho.

A análise de um processo concreto relativo à descentralização, que ajudou a identificar questões capazes de fortalecer redes a partir da identificação e análise de práticas avaliativas de integralidade no interior de um sistema de saúde, mostrou ser também uma prática avaliativa comprometida com mudanças – no caso, o adensamento de um processo que se mostra fragilizado em diversos aspectos.

Para finalizar, sem perder o eixo do compromisso ético e político com a produção de mudanças e transformações no sistema de saúde em direção à integralidade, é preciso registrar que a pesquisa também destacou questões para uma agenda das redes de produção de tecnologias para as práticas avaliativas em rede. Depois das contribuições de Zulmira Hartz, já destacadas, podemos afirmar que essa agenda também pertence à avaliação que se pretende prática de intervenção: o desenvolvimento de instrumentos capazes de ampliar o olhar sobre os processos de organização da atenção e gestão dos serviços e sistemas locais e regionais de saúde; a definição dos marcadores que colaboram para a compreensão dos pactos de co-responsabilidade entre gestores no âmbito local e regional; o fortalecimento da cultura de avaliação do sistema sob a perspectiva da sua organização política.

Referências

- AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Orgs.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: Fundap, 1996.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. (3), p. 455-479, 2002.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: UNB, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Norma Operacional Básica nº 01/93*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (*Cadernos de Atenção Especializada*, 3).
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União nº 191-A, 5 out. 1988.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*. direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 253-266.

CÔRTEZ, S. M. V. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do estado, participantes e modalidades de participação. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 73-79, 1996.

_____. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 18-49, jan/jun 2002.

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. A resposta brasileira ao HIV/Aids: analisando sua transferibilidade. Rio de Janeiro: CEBES, n° 27, agosto de 2003.

FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça*. cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

_____. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-108, 2004.

FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa, 2002.

FERLA, A. A.; JAEGER, M. L. Controle social como processo: a participação da população na saúde o orçamento participativo do Estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa, 2002.

FERLA, A. A.; JAEGER, M. L.; PELEGRINI, M. L. M. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os governos. In: SOARES, L. T. (Org.). *Tempo de desafios: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Petrópolis: Vozes, 2002.

FERLA, A. A.; MARTINS JR., F. C. Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 23, p. 8-20, 2001.

FERLA, A. A. *et al.* Relatório da pesquisa “Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS: estudo do sistema de saúde no estado do Rio de Janeiro”. Rio de Janeiro: ABIA, janeiro 2006. (mimeo).

GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GUILHEM, D. *Escravas do risco*. bioética, mulheres e Aids. Brasília: UNB, 2005.

HEIMANN, L. S. *et al.* *Descentralização do Sistema Único de Saúde*. trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Hucitec, 2000.

JOVCHELOVITCH, M. *Municipalização e saúde*: possibilidades e limites. Porto Alegre: EdUFRGS, 1993.

LAPPIS. Relatório da 2ª Oficina de Trabalho do Projeto Estudos Multicêntricos Integradores de Tecnologias Avaliativas de Integralidade na Atenção Básica em Saúde. Rio de Janeiro, 2006 (mimeo).

- LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- _____. O futuro do livro na avaliação dos programas de pós-graduação: uma cultura do livro seria necessária? *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 18, p. 631-6, set/dez 2005.
- _____. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.
- MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 119-132.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, M. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MINAYO, M. C. S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- PARADA, R. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, 2001.
- PARKER, R. G. *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- _____. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/Aids. In: PARKER, R. G.; TERTO JR., V.; PIMENTA, M. C. *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
- _____. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/AIDS. In: PARKER, R. G.; TERTO JR., V.; PIMENTA, M. C. *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
- PINHEIRO, R. Em defesa da vida: modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 123-166, 2001.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.
- PINHEIRO, R. et al. Estudos multicêntricos integradores de tecnologia avaliativas de integralidade na atenção básica em saúde. Projeto de pesquisa apresentado e aprovado no CNPq. Rio de Janeiro, 2006 (mimeo).
- SANTOS, B. S. (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente: "Um discurso sobre as ciências"* revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SCHNEIDER, A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-66, 2001.

SILVA, I. F.; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 161-170, jan./fev. 2001.

SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, C. governos e sociedades locais em contexto de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

_____. Governos e sociedades locais em contexto de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

VIANNA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E.; DAL POZ, M. O SUS no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 11-17, 2001.

Notas

¹ Os pesquisadores que participam do projeto são: Alcindo Ferla (Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade de Caxias do Sul), Aluisio Gomes da Silva Júnior (Laboratório Universitário de Planejamento da Universidade Federal Fluminense), Maria Angélica Spinellie e Fatima Ticianel (Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso), Angelica Fonseca, Márcia Valeria, Gustavo Matta e Carlos Mauricio (Laboratório de Educação Profissional em Atenção em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz), Juliana Lofego e Rodrigo Silveira (Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Acre).

² O texto deste item tem como base o relatório da pesquisa “Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS: estudo do sistema de saúde no estado do Rio de Janeiro”, realizada no ano de 2005, com patrocínio da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA (FERLA *et al.*, 2006).

³ A construção do Estado moderno, as tensões de ordem ideológica e política, a associação entre os conceitos de Estado e nação e outras questões fundamentais da teoria política são tematizadas em publicações específicas. Para esta análise, procuramos recortar dessas formulações especificamente as questões citadas, uma vez que dialogam com o modelo institucional de descentralização previsto no âmbito da saúde. Entre outras fontes, uma revisão sobre esses temas pode ser encontrada em: Bobbio, Matteucci e Pasquino (2000). Ver, particularmente os verbetes “Estado contemporâneo”, “Federalismo”, “Nação” e “Nacionalismo”.

⁴ A expressão “inovadora” diz respeito, conforme formulação de Boaventura de Sousa Santos (2001), a tensões, rupturas e transição com o paradigma instituído. No caso do modelo de Estado brasileiro, essa designação deverá chamar a atenção para a idéia de reconhecimento e autonomia legal das esferas subnacionais e, como se verá a seguir, com a idéia de protagonismo da sociedade civil.

⁵ O problema das relações federativas no contexto brasileiro foi objeto de análise de diversos estudos, em particular durante os anos da década de 90 (AFFONSO; SILVA, 1996; JOVCHELOVITCH, 1993; HEIMANN *et al.*, 2000). Souza (2002) realiza interessante revisão histórico-política, destacando as políticas sociais e a questão da heterogeneidade do país.

⁶ Entre as referências teóricas utilizadas na teoria política, optamos pela formulação marxista, que se embasa numa dicotomia entre sociedade civil e Estado, designando pela primeira a

relação entre os indivíduos, por ser a mais comumente utilizada em nosso meio (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2000).

⁷ A revisão, no âmbito da teoria política, das principais características das relações entre Estado e sociedade civil, pode ser encontrada em Bobbio, Matteucci e Pasquino (2000). Uma revisão teórica das principais questões que envolvem políticas de cuidado à saúde e políticas de governo pode ser encontrada em Ferla (2002).

⁸ Formulações atuais acerca do direito de acesso, à luz das discussões sobre a integralidade, podem ser localizadas em publicação recente do LAPPIS (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

⁹ Diversas publicações têm-se debruçado sobre a revisão das questões da participação da população nas políticas públicas, em particular nas políticas sociais (PINHEIRO, 2001; CÔRTEZ, 2002; FERLA; JAEGER, 2002; FERLA, 2004).

¹⁰ A própria legislação que cria Conselhos e Conferências não exige desse controle os órgãos do Executivo, do Legislativo e do Judiciário que são responsáveis pelo controle das ações governamentais.

¹¹ A mudança de sentido da expressão “controle social”, de um conjunto de dispositivos de disciplinamento da sociedade para um conjunto de dispositivos de controle das políticas pela população, pode ser revisada em produções anteriores (FERLA, 2002; FERLA, 2004).

¹² Estudos sobre a participação da população nas políticas públicas, em particular nas políticas sociais, demonstram que um conjunto mais ampliado de interesses, mais suscetível a contradições do que essa compreensão indica, são necessários para explicar a dinâmica e os efeitos dos processos participativos (CÔRTEZ, 1999; CÔRTEZ, 2002. FERLA; JAEGER, 2002).

¹³ Como aponta Parker (2002), a dimensão de integralidade assinalada no arcabouço jurídico-legal; também no ético-político, afirma esse *continuum*, não pela lógica liberal de diminuição de curtos da assistência, mas pela garantia de qualidade de vida das pessoas, que descreve de forma mais adequada o direito assegurado pela legislação. Essa ressalva é fundamental na medida em que politiza a questão da prevenção e, assim, recompõe o *status* dessas ações, atualmente seqüestradas por um pólo de racionalidade técnica, facilmente transformado em critério de decisão. As ações assim colocadas buscam primar não pela adequação à população a que se destinam, ou mesmo pelos seus efeitos reais ou potenciais, mas à simplificação tecnológica e de baixo custo.

¹⁴ As formulações feitas atualmente sobre práticas de integralidade, conforme demonstram as produções do LAPPIS, são uma boa evidência da mudança potencial de perspectivas que esse conceito permite em relação a uma situação típica onde o discurso técnico e a racionalidade burocrática ainda têm, em muitos locais, a franca predominância para desencadear a ação acerca do cuidado.

¹⁵ No âmbito federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi criada por meio da Portaria Ministerial nº 1.180/91, como comissão técnica assessora do Ministério da Saúde, com o objetivo de “discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento do SUS” (Art. 1º). Já as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), no âmbito dos estados e do distrito federal, foram criadas pela Norma Operacional Básica nº 01/93, com o objetivo de articulação e pactuação entre os municípios e estados.

¹⁶ Esse conceito designa o modo como a produção de ações e serviços, a partir de determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicas, como estratégia política para determinado agrupamento social (MERHY *et al*, 1992), politiza a modelagem da atenção e da gestão, no sentido de reconhecer arranjos de saber, de poder e de tecnologias de organização dos processos de trabalho na definição das melhores alternativas possíveis para a organização de cada sistema. Fugindo da lógica dos modelos ideais e dos seus padrões de racionalidade (PINHEIRO; LUZ, 2003), essa designação reforça a necessidade de capacidades locais identificarem necessidades e potencialidades e, portanto, dos melhores arranjos possíveis.

¹⁷ É importante referir que a ABIA já desenvolve o tema da avaliação há alguns anos, tendo, inclusive uma série editorial chamada “Fundamentos da avaliação”, com diversos números publicados em meios impresso e eletrônico (www.abiaids.org.br).

¹⁸ Diversos estudos têm-se ocupado da análise dos efeitos da epidemia de AIDS na formulação e respostas específicas das políticas públicas (GALVÃO, 2000; PARKER, 2000; GUILHEM, 2005). A revista *Divulgação em Saúde para Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), publicou número temático (nº 27, agosto de 2003) sobre o tema “A resposta brasileira ao HIV/AIDS”.

¹⁹ As relações intergestores são caracterizadas a partir da percepção de um “esgotamento” dos mecanismos e fluxos formais e pela indicação do que é definido como um dilema (diante da evidência de esgotamento dos mecanismos de co-responsabilidade, parece emergir uma tensão para dividir atribuições formais sem considerar o contexto em que se opera a descentralização, em particular a arrecadação de recursos e a acumulação tecnológica).

²⁰ Tomando como base o conceito de educação permanente em saúde, que considera o cotidiano das práticas potenciais para processos de transformação, nesta análise se configura importante para o sistema, para o desenvolvimento de práticas de avaliação que possam relacionar o contexto das ações com o processo de repensar o cotidiano em práticas eficazes.

Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade

ALUÍSIO GOMES DA SILVA JÚNIOR
LUÍS CLÁUDIO DE CARVALHO
VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA
MÁRCIA GUIMARÃES DE MELLO ALVES
MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS

Introdução

O Ministério da Saúde (MS) vem promovendo um movimento de institucionalização da avaliação da política de saúde e dos serviços. Muito se tem avançado no que tange à estruturação dos sistemas de informação e indicadores que monitorem os pactos firmados com os municípios e estados na assistência à população. Entretanto, o esforço de monitoramento da política tem sido insuficiente para perceber as mudanças qualitativas nos serviços de saúde requeridas pelas mudanças de desenhos organizacionais da assistência, movidas pelo ideário do SUS.

Alguns autores apontam a necessidade de construir abordagens avaliativas, conceitos, instrumentos e indicadores que possam não só perceber as mudanças, mas também instrumentalizá-las (HARTZ, 2000; CONILL, 2004; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

A integralidade como diretriz do SUS vem suscitando interessante debate na tentativa de transformá-la em conceito(s) operacional(ais) que sirva(m) à avaliação dos progressos assistenciais do sistema de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2002; HARTZ, 2004; CONILL, 2004; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Os sentidos da integralidade atribuídos na literatura internacional apresentam atributos como acesso, capacidade dos profissionais de perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, articulação da equipe multiprofissional nos serviços, oferta de serviços que com-

preendam desde a promoção da saúde à reabilitação de seqüelas e a possibilidade de articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica para resolução dos problemas da população.

As experiências de avaliação usando a integralidade como eixo ainda são incipientes, mas levantam algumas questões que merecem reflexão. Diferentemente da literatura internacional, o conceito de integralidade no Brasil agrega significados e contextos próprios: a luta pela instituição, manutenção e ampliação de direitos sociais recém-adquiridos; enormes desigualdades socioeconômicas e culturais; redes assistenciais insuficientes; modelos de gestão centralizados e verticais; descompasso entre as necessidades de atenção e os serviços.

A contribuição do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) no debate brasileiro sobre a integralidade tem ampliado o sentido desta, na tentativa de responder às singularidades de nosso contexto (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004 e 2005). Esperamos neste texto destacar e refletir sobre alguns conceitos que permitam avaliações qualitativas mais adequadas ao contexto brasileiro e ao processo de mudança no modelo assistencial do SUS.

A integralidade na literatura de avaliação

Conill (2004) levantou experiências internacionais e nacionais utilizando a integralidade em avaliação de sistemas e/ou serviços de saúde. Verificou que, no Reino Unido, a integralidade se refere à oferta de uma gama de serviços, onde ocorre integração de práticas preventivas, curativas e reabilitadoras, em níveis crescentes de complexidade. Esse espectro de ações nos remete à discussão de Leavell e Clark (1976), sobre a história natural das doenças e a possibilidade de atuação em vários níveis de prevenção.

Entretanto privilegiou-se, na avaliação do sistema de saúde daquela região, o acesso e a equidade (acesso de minorias étnicas). Já no Canadá, em Quebec, identificaram-se cinco dimensões: a dimensão pessoal e familiar do cuidado, seu caráter completo (gama de serviços), contínuo (seguimento no tempo, no domicílio e no sistema) e coordenado (relações entre os serviços). Essas dimensões foram avaliadas com indicadores específicos, obtidos através de observação direta, entrevistas e documentos.

Conill ressalta que existiam duas tendências nas práticas de Quebec. De um lado, um entendimento ampliado significando a incorporação de ações preventivas, sociais e comunitárias, com introdução de ações da esfera da saúde coletiva nos serviços tradicionalmente dominados pelo cuidado médico. De outro, a garantia de maior continuidade de uma atenção médica de primeira linha, agora mais completa.

Em experiências de outros países, destaca-se a contribuição de Starfield (1979 e 2002) para avaliar a atenção primária, que propõe análise de estrutura e processos de atenção a partir de quatro elementos principais: o atributo do primeiro contato, o caráter coordenado ou integrador (seguimento ou continuidade do atendimento), o caráter amplo ou integral (oferta completa de serviços biopsicossociais, referência) e a “longitudinalidade” (vínculo no tempo).

O primeiro contato refere-se ao acesso facilitado e à referência de orientação para o paciente em situação de doença.

A coordenação tem a ver com a continuidade da assistência, em articulação com outros níveis de densidade tecnológica para a solução de problemas de usuários (referência e contra-referência). Inclui-se aí a articulação entre profissional e equipe, entre outras equipes e o compartilhamento de informações sobre o paciente.

A integralidade é vista como a capacidade de oferecer uma variedade de serviços para suprir as necessidades mais frequentes da comunidade.

Por fim, a longitudinalidade é a relação pessoal que se estabelece, em longo prazo, entre profissionais e pacientes na busca pelo atendimento. Essa relação acontece através do conhecimento do paciente, inserido em seu contexto, com suas características socioeconômica e culturais.

No Brasil as experiências de avaliação vêm utilizando o conceito de integralidade com o sentido de oferta de ações articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação (CARVALHO, 1991; SILVA JUNIOR, 1998; ORTIGA, 1999; CONILL, 2002). As noções de acesso, vínculo e continuidade das ações aparecem em algumas dessas experiências.

Giovanella *et al.* (2002) operacionalizaram o conceito de integralidade para avaliar sistemas municipais de saúde por meio de quatro dimensões: a primazia das ações de promoção e prevenção; a

garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e a abordagem integral do indivíduo e famílias.

Embora utilizando uma boa síntese da literatura internacional sobre integralidade e elaborando uma potente proposta de avaliação, essa experiência teve como foco de análise as estruturas assistenciais existentes e os processos de gestão municipal, deixando de fora a avaliação do cuidado individual. Os autores partiram do pressuposto de que alguns avanços qualitativos na assistência seriam percebidos a partir da adoção de algumas modalidades assistenciais, como programa de saúde da família, centros de atenção psicossocial e outros. Infelizmente, a análise da difusão de algumas dessas modalidades assistenciais revelou uma diversidade qualitativa que impede generalizações (MERHY; FRANCO, 2002 e 2003; FAVORETO, 2002). Por exemplo, sob o nome de programa de saúde da família encontraram-se desde piores práticas de pronto-atendimento simplificado, passando por atendimento médico tradicional, até experiências realmente inovadoras na assistência. Isto nos obriga a construir abordagens que verifiquem os processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde, os resultados obtidos e a percepção do cuidado pelos usuários, para emitirmos algum juízo de valor sobre a qualidade assistencial.

Ampliando os sentidos da integralidade na avaliação

Os debates promovidos pelo LAPPIS sistematizaram os sentidos em uso da integralidade e problematizaram e incorporaram novos sentidos (MATTOS, 2002; PINHEIRO, 2003).

Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004) têm a compreensão de que assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde significa entender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade. A partir da observação de experiências em diferentes estados e municípios brasileiros, pode-se identificar atributos da integralidade emergentes das práticas inovadoras na organização da atenção (PINHEIRO, 2001).

Essas inovações são construídas cotidianamente com permanentes interações democráticas dos sujeitos *nos* e *entre* os serviços de saúde, sempre pautadas por valores emancipatórios. Valores como garantia de autonomia, exercício da solidariedade, reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter. Os serviços de saúde são compreendidos como espaços públicos onde vivem sujeitos coletivos (“resultantes da intersubjetividade que somos”) ainda carentes de um agir político, compartilhado e sociabilizado (AYRES, 2001).

A integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade. Práticas estas que produzam espaços de diálogo entre os vários atores que interagem nos serviços, desenvolvam melhor percepção das necessidades de usuários e trabalhadores da saúde, mediem negociação e pactuação de ações articuladas de cuidado em diferentes níveis de atenção.

O cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004). A ação integral é também entendida como a “entre-relações” das pessoas (CECCIM, 2004), ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas de saúde (MERHY, 1997 e 2002).

O controle pela sociedade é construído com mecanismos de participação social, vocalização de atores em assimetrias de poderes e capacidade coletiva de avaliar o desempenho das políticas públicas.

Preocupados em avaliar as práticas de cuidado, Silva Junior e Mascarenhas (2004) propuseram uma operacionalização de integralidade pelos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção à saúde. Acolhimento, para os autores, incluiria as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais,

a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para ordenamento dos serviços oferecidos. Vínculo e responsabilização englobariam não só a noção de longitudinalidade, mas a instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população.

A qualidade da atenção à saúde pressupõe a referência de um modelo idealizado que leva em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Esses conceitos operacionais podem ser observados por meio de observação participante, entrevistas com gestores, profissionais e usuários, pesquisa de documentos e prontuários. Condições traçadoras, como atenção pré-natal e hipertensão arterial ajudam a entender a cadeia produtiva do cuidado e as escolhas tecnológicas. A proposição foi testada inicialmente na tese de doutorado de Mascarenhas (2003), que comparou o processo de trabalho de uma equipe tradicional de unidade básica de saúde com aquele desenvolvido por uma equipe do Programa Médico de Família em Niterói, estado do Rio de Janeiro. Foi também levada para os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família – PROESF (LOTE 1, Sudeste: Minas Gerais e Espírito Santo), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2005).

O grupo formulador, composto por pesquisadores do Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ), Instituto de Saúde da Comunidade (ISC-UFF) e o Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES-UFJF) se debruçou sobre o terceiro componente (monitoramento e avaliação), cujo objetivo é subsidiar o aperfeiçoamento e a consolidação das atuais práticas de avaliação no âmbito da atenção básica em saúde no SUS (ABS-SUS) e unificar um conjunto de estratégias que contribuam com a institucionalização da avaliação nos municípios ligados ao PROESF.

Os estudos avaliativos produzidos abordam três dimensões, que deveriam orientar o olhar sobre os serviços a serem avaliados: político-institucional, desempenho, cuidado integral e organização da atenção.

Na dimensão do cuidado integral e organização da atenção, avalia-se a integralidade, valorizando os conceitos: acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade de atenção, conforme preconizado por Silva Júnior e Mascarenhas (2004).

Para a definição das ferramentas de análise e indicadores, o grupo contou também com a participação do conjunto de gestores do Programa de Saúde da Família (PSF).

A ferramenta de análise escolhida foi o fluxograma analisador, que descreve o processo de trabalho da equipe de saúde, abordando a integralidade no âmbito da garantia de um olhar integral da equipe e de complexidade do cuidado (MERHY *et al.*, 1997; FRANCO, 2003).

Na segunda dimensão, político-institucional, utiliza-se como referencial teórico Carlos Matus (1983) e seu triângulo de governo (projeto, capacidade de governo e governabilidade). O método, nesta abordagem, parte da construção de um grupo de discussão composto pelos gestores do sistema público municipal e coordenadores da atenção básica, do PROESF, PSF, supervisores de equipes da atenção básica, de unidades com e sem PSF e demais profissionais do nível central envolvidos com o trabalho na atenção básica.

Propõe-se que nos encontros regulares do grupo seja utilizado um roteiro contendo uma lista de marcadores para orientar o processo de avaliação do trabalho dos profissionais envolvidos na operacionalização da atenção básica (unidade básica de saúde (UBS) – com PSF e sem PSF). Tais marcadores se dividem em cinco categorias e são representativos do cotidiano das funções das equipes de coordenação da atenção básica:

- **Financiamento.**
- **Gestão:** acesso e clareza sobre a receita da atenção básica (AB) e PSF; trabalho integrado entre os programas / ações programáticas da AB; supervisão das UBS; estratégias de acesso e de acessibilidade para usuários; integração ensino-serviço; mecanismos de regulação e auditoria; relação entre a AB e demais departamentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (processos cotidianos e

organograma); divulgação do PSF; fluxo do processo de trabalho/decisório; relação nível local com nível central; articulação com os conselhos municipal, regional e local; instrumentos de acompanhamento físico-financeiro; relação com o fundo municipal de saúde (definição, controle e execução financeira).

- **Gestão/Planejamento:** papel / função do PSF na rede de serviços de saúde; conhecimento e clareza dos objetivos e metas do projeto PROESF; sustentabilidade da expansão do PSF; participação dos comitês (p. ex. mortalidade materna, tabagismo) nos processos de gestão e planejamento; gerenciamento de recursos; mecanismos de acompanhamento e avaliação da AB; conhecimento e clareza dos objetivos, das metas da política da atenção básica; conhecimento e utilização do pacto da atenção básica.
- **Intersetorialidade:** elaboração e coordenação conjunta de projetos/programas sociais municipais e nacionais; intersetorialidade no território da UBS (associação de moradores, organizações não-governamentais, organizações comunitárias e escolas).
- **Planejamento:** monitoramento de metas definidas para AB e PSF; protocolos de organização dos serviços e clínicos; análise dos relatórios do Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB) e dos demais Sistemas de Informações em Saúde (SIS), como instrumento de planejamento; manejo, atualização, análise de infra-estrutura e descentralização dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS); emissão e análise de relatórios dos SIS para as coordenações – AB e PSF e UBS; avaliação do sistema de informação (SI) próprio; racionalização dos registros e formulários dos SIS.

Existem também no roteiro pontos de discussão sobre recursos humanos, abordando composição das equipes de saúde da família (ESF) e da AB; rotatividade/contratação de profissionais; plano de cargos, de carreiras e salários; relação com o Pólo de Educação Permanente (participação, apoio nas capacitações); programa municipal de educação permanente (para equipes e gestores); estratégia de apoio às ESF para o enfrentamento da complexidade da realidade.

Há ainda análise de documentos orientada pela lista de marcadores e pontos de discussão, e pela identificação de informações como finalidade do documento; quem é o ator/autor político do documento; e outras. Outra atividade desta dimensão é o levantamento siste-

mático de indicadores, a partir de informações secundárias dos principais bancos de dados em saúde do município, permitindo o monitoramento e a avaliação da atenção básica.

Na terceira e última dimensão, avalia-se o desempenho do sistema de saúde segundo dois aspectos: a qualidade das bases de dados dos principais SIS e a avaliação da plausibilidade, segundo Habicht, Victora e Vaughan (1999).

Essas contribuições e a experiência relatada por Conill (2002) ofereceram subsídios para o estudo da integralidade materializada por processos de trabalho. Entretanto, suas observações se restringiram ao nível primário de assistência, que, embora seja considerado o melhor para o desenvolvimento da integralidade em seus sentidos mais amplos, não é capaz, isoladamente, de dar todas as respostas às demandas da população.

Assim o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, como assinalavam Hartz e Contandriopoulos (2004). Mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional, fazem-se necessários.

Silva Junior, Alves e Alves (2005) sistematizaram a discussão sobre redes de cuidado e a integralidade como eixo estruturante. Destacaram a organização de malhas de cuidado ininterrupto e progressivo, bem como a necessidade de negociações e pactuações no âmbito da gestão e do cuidado, para garantir os fluxos efetivos dos pacientes na busca de recursos para solução de seus problemas nos diversos níveis de atenção. Fizeram contraponto às práticas usuais de referência e contra-referência baseadas em aspectos apenas normativos, transferindo ao usuário a responsabilidade pela busca dos recursos. Novamente, acolhimento, vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado são conceitos úteis para avaliar a integralidade na rede de serviços. Esses conceitos vão ao encontro de Hartz e Contandriopoulos (2004), que afirmam que “a integração propria-

mente dita dos cuidados é uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”.

Esses autores, referindo-se a uma comunicação pessoal de Mendes, atribuem muitas dificuldades na implantação dos sistemas de referência e contra-referência dos pacientes, ao quase desconhecimento de tecnologias de microgestão da clínica como a gestão da utilização de procedimentos, perfilização clínica, gestão da patologia, gestão de casos, lista de espera e procedimentos expectantes, revisão do usuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação. As novas possibilidades que se apresentam constituem o que Mehry (2002) denomina de reestruturação produtiva na saúde, marcada muito mais pela modelagem que opera a produção das ações de saúde, através das chamadas tecnologias leves ou não dependentes dos equipamentos, do que pelas mudanças resultantes da introdução de novos equipamentos no setor. Esse movimento já foi compreendido e reinterpretado, por exemplo, pela proposta de atenção gerenciada (*managed care*) desenvolvida nos EUA, desde a década de 80, como parte do projeto do capital financeiro para reformar a saúde, inventando também novas formas de trabalhar a gestão, através da otimização da relação “custo *versus* qualidade” (UGÁ *et al.*, 2002; IRIART, 2000 e 2003).

Mas a estratégia da atenção gerenciada (AG) não é o único caminho trilhado nesta direção. Já podem ser identificadas experiências públicas e privadas que também têm apostado nesse novo desenho para a área de saúde, através da priorização do território das tecnologias leves numa perspectiva mais ampla e centrada na lógica do beneficiário. Mehry (2002) constata que algumas dessas práticas podem ser aproveitadas não para o aprisionamento do trabalho médico e maior controle deste, como preconizado pela AG, mas para a implementação de novas formas de operar, centradas nas tecnologias leves do trabalho em saúde.

Resolvemos nos debruçar sobre as experiências voltadas para avaliação da assistência à saúde no âmbito privado, como as propostas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Brasil, e

acreditação de planos de saúde do *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), nos EUA.

Algumas pistas de integralidade na avaliação do setor privado

A ANS é uma autarquia especial do MS, criada no ano 2000, com a missão de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Lei n. 9.961/2000).

Ao propor uma política de qualificação para o setor, a partir de 2004, o órgão regulador pretendeu instituir um novo marco no processo de macrorregulação. A nova perspectiva de regulação do mercado privado de planos de saúde significa o reconhecimento da saúde suplementar como um local de produção da saúde e indução a uma transformação profunda de todos os atores envolvidos: as operadoras de planos em gestoras de saúde; os prestadores de serviço em produtores de cuidado de saúde; os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor, com o objetivo de produzir saúde.

Dentre os aspectos avaliados, prioriza-se a atenção à saúde, o impacto das ações de saúde na população usuária, realizando essa avaliação de forma sistemática e progressiva. Trabalha-se com a perspectiva de um monitoramento contínuo da qualidade da atenção prestada por operadoras e, por afinidade, pelos prestadores.

De acordo com pesquisa feita pela ANS sobre os modelos assistenciais desenvolvidos pelas operadoras (ANS, 2005b), pode-se identificar que as operadoras de planos de saúde, cada uma com suas especificidades, representam certos modelos de organização de serviços de saúde que podem ser regulados pelo Estado, de forma a darem maiores garantias assistenciais a seus beneficiários.

Foram identificadas como perspectivas reais nesta pesquisa duas possibilidades: a transformação das operadoras em promotoras e gestoras do cuidado em saúde e a regulação dessa nova forma de operar.

Usando uma combinação de métodos (ANS, 2005a), a agência propõe focalizar, neste momento, a atenção em função dos segmentos de assistência oferecidos pelas diferentes modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde, em quatro grandes

linhas de cuidado na saúde suplementar: a linha materno-neonatal, a das doenças crônicas não-transmissíveis, subdivididas no grupo das neoplasias e das doenças cardiovasculares, para os segmentos médico-hospitalares com ou sem planos odontológicos, e a da saúde bucal para o segmento odontológico em geral. A escolha dessas linhas de cuidado não foi aleatória, mas baseada no perfil de morbidade e/ou mortalidade da população usuária dos planos privados de saúde.

No conjunto de indicadores utilizados para avaliar cada uma dessas linhas de cuidado, encontram-se indicadores no âmbito da prevenção, da morbidade e da mortalidade, preconizados pelo MS e definidos após discussão e validação por especialistas de cada uma das áreas contempladas, de forma a compor retratos da atenção integral pela articulação das ações de prevenção (diagnóstico precoce) e sua influência no adoecimento e morte da população. O conjunto desses indicadores gera índices de desempenho utilizados no monitoramento das operadoras pela ANS.

Os Índices de Desempenho na Saúde Suplementar (IDSS)¹ são obtidos por meio da análise ponderada de quatro dimensões das operadoras: atenção à saúde (50%), econômico-financeira (30%), estrutura e operação (10%) e satisfação do beneficiário (10%). A pontuação das operadoras é obtida em função de metas a serem alcançadas, usando como referência os parâmetros utilizados pelo setor público.

O índice é elaborado por indicador, dimensão, conjunto de operadoras por segmentação assistencial (médico-hospitalar e exclusivamente odontológico), classificação e porte, bem como no geral do setor da saúde suplementar. Outros detalhes podem ser observados no texto-base de Política de Qualificação da ANS (ANS, 2005a).

Além do monitoramento dos indicadores a partir dos sistemas de informação instituídos pela ANS, é prevista a realização de uma pesquisa quali-quantitativa junto aos usuários, a fim de avaliar o conhecimento sobre a agência e a satisfação dos mesmos com as operadoras e com a ANS. Também está prevista uma investigação multicêntrica pela rede de centros colaboradores da ANS, de natureza qualitativa, por meio de estudos de casos, sobre o processo de trabalho na assistência à saúde e a articulação dos diversos atores, em todas as regiões do país.

A pesquisa referida apontava uma matriz analítica para caracterização do modelo tecnoassistencial das operadoras, sugerida e adaptada aos estudos multicêntricos (ANS, 2005b), cujas dimensões são:

- **Objetivos:** a serem trabalhados segundo a missão institucional.
- **Política:** atores implicados, em cada segmento e seus interesses disputantes; sua forma de operar junto aos demais atores em cena; sua relação com a ANS (ressarcimento ao SUS, regulação, segmentação) e com o SUS; sua relação com os usuários (informações, participação e avaliação); as outras parcerias utilizadas (trabalho social desenvolvido); as disputas no mercado (como a incorporação de novas tecnologias) e as relações com os prestadores.
- **Saberes tecnológicos:** compreende-se que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias na sua configuração; pretende-se apontar quais saberes sustentam e direcionam essa organização e identificar se a sustentação ocorre a partir dos pressupostos da clínica moderna, da saúde coletiva, da promoção da saúde ou de outros.
- **Organizativa:** a forma de gestão e gerência, características de rede existente, abrangência geográfica, coberturas, acesso, acolhimento do cliente, sistemas de informação utilizados, fluxos e direcionamento dos usuários através das portas de entrada e outros mecanismos.
- **Assistencial:** práticas assistenciais estabelecidas pela operadora, a existência de ações de promoção e prevenção à saúde, a concepção da integralidade da atenção à saúde, a existência de projetos de desenvolvimento técnico-científico ou de capacitação, adoção de práticas de gerenciamento do cuidado – *case management, follow up* – e como são constituídas ou direcionadas as ações nas linhas do cuidado da mulher, a criança, a cardiologia e saúde bucal, assistência farmacêutica, internação domiciliar, alta complexidade, assistência à saúde mental, saúde do trabalhador e outros.

Durante sua implementação, o programa, cuja proposta está disponível no sítio eletrônico da ANS, tem sido discutido com as representações de todos os segmentos – operadoras de planos privados de saúde, prestadores de serviços de saúde e beneficiários representados pelos órgãos de defesa do consumidor. Com o desenvolvimento da

política de qualificação, é esperado que o setor de saúde suplementar compartilhe e articule sua agenda com o sistema público.

Acreditação de planos de saúde pelo NCQA

O *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) – Comitê Nacional para Garantia de Qualidade – é uma organização americana privada, sem fins lucrativos, fundada em 1990, que tem como missão a melhoria da qualidade do cuidado de saúde (NCQA, 2006a).

Em 1991, iniciou a atividade de acreditação das *Managed Care Organizations* (MCO) – organizações que gerenciam a utilização e o financiamento de planos de saúde – como resposta à necessidade de informação padronizada e objetiva sobre a qualidade do cuidado (NCQA, 2006b).

O NCQA produz e divulga informações sobre planos de saúde para subsidiar o consumidor e o empregador em suas escolhas. As informações são geradas a partir de padrões de qualidade e medidas de desempenho, que também auxiliam os diversos atores ligados ao sistema de saúde a identificar oportunidades de melhoria e realizar mudanças que possam aperfeiçoar a qualidade do cuidado oferecido ao paciente (NCQA, 2006b).

O mérito da acreditação do NCQA é reconhecido por mais de 30 estados americanos, pelo governo federal e pelo Programa *Medicare*. Em consequência, os planos acreditados são dispensados de muitos ou de todos os elementos de auditorias estaduais e federais (NCQA, 2006c).

Quando solicitado para uma acreditação, o NCQA designa uma equipe de peritos treinados da área de saúde para conduzir uma avaliação rigorosa, dentro e fora da MCO, de mais de 60 padrões e indicadores. Os avaliadores analisam os sistemas e processos e combinam as informações coletadas no local da avaliação com informações dos registros dos planos de saúde e de pesquisas junto aos consumidores (NCQA, 2006d).

A participação nos programas de acreditação é voluntária e o plano precisa ter bom desempenho em três áreas distintas, que juntas informam sobre a qualidade do cuidado oferecido aos usuários (NCQA, 2006c): em suas estruturas e processos (medidas pelos padrões de acreditação do NCQA); na clínica (medida pelo *Health Plan*

Employer Data and Information Set (HEDIS) e a satisfação dos usuários (medida pelo *Consumer Assessment of Health Plan Survey* (CAHPS), que integra o HEDIS.

Os padrões de estrutura e processo se subdividem em cinco dimensões, que são avaliadas a partir da revisão de registros do plano, entrevistas com funcionários e pontuação dos resultados das pesquisas dos consumidores conduzidas por organizações independentes de avaliação. São elas:

- **Acesso e serviço:** avalia o quanto o plano garante a seus usuários acesso aos cuidados de saúde e bons serviços (NCQA, 2006e).
- **Provedores qualificados:** avalia como o plano de saúde se assegura de que cada provedor (credenciado) esteja licenciado e treinado apropriadamente para praticar a medicina e se os usuários estão satisfeitos com seus médicos (NCQA, 2006f).
- **Permanecendo saudável:** analisa se as atividades do plano de saúde estimulam as pessoas a manter uma boa saúde e evitar as doenças (NCQA, 2006g).
- **Melhorando:** avalia atividades do plano que auxiliam o usuário a se recuperar de uma doença (NCQA, 2006h).
- **Vivendo com a doença:** avalia as atividades do plano de saúde que ajudam o usuário a controlar a doença crônica (NCQA, 2006i). O HEDIS é uma ferramenta de coleta padronizada de dados que gera comparações sobre a qualidade do cuidado e dos serviços oferecidos pelos planos de saúde (NCQA, 2006j). Conta com inúmeros indicadores divididos nas dimensões (NCQA, 2006k):
- **Efetividade do cuidado:** avalia a qualidade clínica do cuidado prestado pelas operadoras nos aspectos relativos a serviços de prevenção e diagnóstico precoce, tecnologias utilizadas para tratamento de episódios agudos e ao tratamento de doenças crônicas.
- **Acesso e disponibilidade do cuidado:** observa os possíveis acessos dos usuários aos serviços oferecidos pelas operadoras.
- **Satisfação com a experiência do cuidado/CAHPS:** mede a satisfação do usuário por meio de pesquisas.
- **Estabilidade do plano de saúde:** mensura a estabilidade do plano (tempo de existência no mercado/ total de usuários).
- **Uso dos serviços:** mede a utilização de serviços oferecidos pelo plano.

- **Custo do cuidado.**
- **Seleção informada sobre opções de tratamento.**
- **Informações descritivas do plano de saúde:** tem indicadores como certificação do plano, registro por linha de produto e registro por estado.

O resultado da avaliação de um plano é comparado às médias nacionais dos planos de saúde e utilizado para determinar o resultado geral da acreditação. Um comitê nacional avalia esse resultado e atribui ao plano um selo, referente ao nível atingido. Podem ser atribuídos três níveis de acreditação (NCQA, 2006d): a) *excelente* – a organização recebe um selo com quatro estrelas.; b) *recomendável* – a organização recebe um selo com três estrelas; c) *acreditado* – a organização recebe um selo com duas estrelas.

O consumidor pode conferir o desempenho das organizações de saúde nos websites www.healthchoices.org e www.usnews.com (NCQA, 2006c). O modelo de acreditação descrito é o utilizado para as MCO que contam com planos dos tipos *Health Maintenance Organizations* (HMO) e *Point of Service* (POS).

Refletindo sobre as experiências

No quadro 1 tentamos sintetizar a observação das três experiências relatadas: PROESF, qualificação da saúde suplementar e acreditação de planos de saúde pelo NCQA. Antes de discutirmos as experiências, é necessário fazer algumas advertências e ponderações.

A primeira diz respeito ao cuidado necessário ao analisar o quadro: um mesmo atributo pode estar relacionado a mais de uma dimensão. As relações entre usuários, prestadores e operadoras na saúde suplementar são consideradas relações de mercado. Os usuários são percebidos como “consumidores” com direitos assegurados no consumo, diferentemente das relações no sistema público de saúde, onde são cidadãos com direitos de cidadania, garantidos pelo Estado. Esta perspectiva reduz a integralidade no setor suplementar a um conjunto de serviços discriminados em contrato e sua garantia é a de cumprimento desse contrato.

Antes da regulação do setor, existiam contratos com coberturas de serviços diversas, na maioria das vezes parciais, definidas por cálculos atuariais e pelo risco de utilização (sinistralidade), o que

limitava a gama de serviços oferecidos à capacidade de pagamento dos usuários. Tal situação gerava e ainda gera, em contratos anteriores à regulação, muitos conflitos na hora de maior necessidade dos usuários, que se vêem cerceados no acesso às tecnologias no momento de uma complicação de sua doença.

A regulação introduzida pela Lei n. 9.656/1998 e a criação da ANS instituíram coberturas mínimas mais amplas, aumentando a proteção aos usuários em seus contratos. A análise pela ANS das práticas assistenciais das operadoras revelou possibilidades de ampliação de cobertura sem onerar substantivamente os usuários.

A adoção de modelos assistenciais mais cuidadores e a microrregulação têm mostrado resultados na difícil equação de ampliar cobertura e controlar custos na assistência. Isto nos leva a crer que a discussão da integralidade no setor suplementar funciona como um tensionador na expansão do acesso a recursos tecnológicos para a solução de problemas da população, na mesma proporção que ocorre no desenvolvimento do sistema público de saúde.

Cabe lembrar que o setor suplementar também padece dos problemas gerados pelo modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, como excessiva medicalização, uso irracional de tecnologias, predomínio das tecnologias duras nas relações com os usuários e até mesmo uma desumanização revestida de ambientes mais confortáveis e promessas de melhor atendimento (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003). Como consequência, algumas questões focadas pela avaliação tanto da ANS quanto do NCQA são frutos de tensões produzidas pela sociedade em suas reclamações dos serviços de saúde. Vale ressaltar que, mesmo no sistema público, o fato de o acesso ser universal não exclui a necessidade de uma avaliação crítica da utilização dos recursos em qualquer nível do sistema.

Observa-se nas três experiências que existem semelhanças e diferenças nos atributos das diversas categorias de análise. Entretanto, um mesmo atributo encontrado em todas elas pode ter sido identificado em dimensões com distintas classificações e coerentes com seu contexto.

No que diz respeito às *práticas de gestão e organização de serviços*, todas procuram caracterizar a rede de serviços em sua estrutura. No contexto brasileiro, com grandes disparidades na locação de recursos, é

necessário verificar a “real” existência de uma rede, como alertavam Hartz e Contandriopoulos (2004, p. S333).

Na abordagem do NCQA é acrescida uma avaliação qualitativa dos recursos existentes (físicos, humanos, equipamentos, capacitação, certificação, entre outras estruturas). Numa perspectiva futura, pode-se investir nisso no Brasil com uma ótica e conteúdo mais adequado ao ideário do SUS.

A existência e o uso de sistemas de informação nas experiências revelam uma preocupação com dados cadastrais, econômico-financeiros, de cobertura e de resultados. Pensamos que a observação de sistemas de informação que disponibilizem dados sobre os usuários em qualquer ponto de atendimento da rede ajude a construir a integralidade.

Facilitando o acesso às informações do usuário, evita-se a necessidade de recontar sua história em cada atendimento encaminhado e possibilita-se o diálogo entre os profissionais e equipes envolvidos nos atendimentos. Lembramos que a informatização é importante, porém não é imprescindível para a circulação de informações na rede de serviços. O uso burocrático da informática pode, inclusive, se tornar uma barreira de acesso à população.

A adoção de mecanismos de controle de acesso pode ser útil para a regulação, ampliação de acesso e incremento de equidade. É importante ter em mente que no setor suplementar, às vezes, esses mecanismos são restritores de acesso.

A existência de centrais de regulação dos recursos assistenciais (leitos, vagas em especialidades, exames sofisticados, entre outros) pode significar um esforço da gestão em otimizar a utilização e ampliar o acesso pela população. Entretanto, há uma lacuna na verificação da articulação entre os vários pontos da rede.

Dispositivos de gestão colegiada de recursos parecem bons espaços para discussão, negociação e pactuação entre gestores e trabalhadores. Deve-se verificar, entretanto, se são espaços participativos, de fato, ou apenas de legitimação de gestores ou corporações.

Quanto aos *conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde*, há um foco de evidenciação de práticas promocionais e preventivas numa perspectiva não só de ampliação dos leques de serviços ofertados, mas como diretriz de ênfase das ações desenvolvidas.

As práticas em geral são orientadas por diretrizes e protocolos clínicos baseados na “melhor evidência científica”, cuja observação denota o aspecto racionalizador no sentido da eficácia/eficiência no uso das tecnologias.

A existência de programas de capacitação e educação permanente articula-se à idéia do “melhor uso das tecnologias”. As tecnologias mencionadas são, na sua maioria, conhecimentos e práticas articulados voltados para problemas estruturados (doenças), abordando insuficientemente problemas não estruturados ou manifestações de sofrimento inespecífico e singulares dos usuários. Ou seja, não se avalia a capacidade das equipes ou serviços no uso de tecnologias de relação (leves).

O contraponto é oferecido pelo PROESF, ao preocupar-se com os processos de trabalho, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, vistos como “territórios de tecnologias leves”, onde as relações entre profissionais e usuários, profissionais e gestores, profissionais e profissionais, gestores e gestores e gestores e usuários são analisados e ressignificados.

Ainda nesse “território”, parece interessante destacar a noção de coordenação de cuidado (STARFIELD, 1979) exercida por profissionais de saúde, que, no nosso entender, tem sua ênfase na capacidade de perceber necessidades de usuários e articular os arranjos tecnológicos necessários para atendê-las, em qualquer nível de densidade tecnológica, produzindo pactos cuidadores e fluxos entre equipes (referência/contra-referência), vínculos e responsabilização temporárias (no local de encaminhamento) e sensação de “ser cuidado” no usuário.

Esse tipo de prática é exercido por alguns profissionais como característica pessoal quando se deparam com situações de seus pacientes que necessitam da intervenção de outros profissionais ou serviços e, ao encaminhar o paciente, contatam esses outros recursos alternativos, relatam o histórico do paciente, falam de suas dúvidas ou de suas indicações de intervenção e marcam a ida do paciente.

Com o paciente são discutidas suas necessidades e esclarecidas suas possibilidades de intervenção e/ou encaminhamento. Por fim, recebem orientação sobre a referência a ser procurada e como se estabelecerá o contato dos profissionais envolvidos naquela atenção,

para assegurar a continuidade do cuidado. Todas as referências pessoais são nominadas e os fluxos de encaminhamento e informação estabelecidos.

Chamamos a atenção para esse tipo de prática, exercida como diretriz pactuada de um serviço, como um dos focos de gestão – para assegurar a continuidade do cuidado. O desenvolvimento dessa prática como parte do processo de trabalho requer investimentos de capacitação e educação permanente na ampliação da clínica e no domínio de tecnologias de relação.

Os recursos ou arranjos tecnológicos não se restringem aos tradicionais (consultas, exames, internações ou cirurgias), mas incluem aqueles provenientes da gestão da clínica como gestão de casos, gestão de doença, atenção domiciliar e outras modalidades assistenciais.

Quando pensamos em recursos tecnológicos, tanto mencionamos os do setor saúde, *stricto sensu*, quanto os de redes sociais de apoio (VALLA *et al.*, 2004; LACERDA; VALLA, 2004), ou de outros setores (intersectorialidade). Observa-se que na experiência do PROESF há preocupação com a articulação intersectorial no nível local.

A coordenação do cuidado pode ser verificada por meio do fluxograma analisador. Na proposta do PROESF, o uso do fluxograma restringiu-se à observação do trabalho da equipe no nível básico, mas Meneses (1998) utilizou a ferramenta para analisar uma rede hierarquizada e o percurso de um paciente e sua mãe na busca de resolução do seu problema.

A percepção por parte do usuário é um componente importante de processos avaliativos da qualidade do cuidado (STARFIELD, 1998 e 2002; MASCARENHAS, 2003; SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2004). A noção de satisfação de usuários é problemática, pois carrega componentes subjetivos, às vezes, contraditórios.

Em populações de maior poder aquisitivo e escolaridade, a “satisfação do usuário” expressa um conjunto de expectativas de direito. Entretanto, em algumas comunidades de menor poder aquisitivo e escolaridade, alguns serviços são percebidos como “dávivas” de um Estado paternalista e os profissionais são uma espécie de “agentes caridosos” distribuidores das “dávivas”. A satisfação dos usuários, nestes casos, é a expressão de uma “gratidão” ou uma forma de assegurar a continuidade do serviço, pois “se criticarem podem perdê-lo”.

Essas visões foram percebidas por Mascarenhas (2003) em comunidades socioeconomicamente parecidas, cuja diferença entre elas era a modalidade de serviço de saúde que as atendia (unidade básica tradicional ou módulo de médico de família). Na primeira modalidade, observou-se certo conformismo com a qualidade do atendimento e, no segundo, onde a associação de moradores (em convênio com a fundação municipal de saúde) é o empregador dos profissionais de saúde, o posicionamento dos usuários é mais exigente e reivindicador.

Nas experiências da ANS e do NCQA, a satisfação do usuário é avaliada em diferentes situações: como volume de reclamações que geraram autuações e penalizações, como opiniões sobre o atendimento recebido em situações agudas e crônicas, entre outras.

É importante incluir a percepção da qualidade da assistência dos usuários e dos trabalhadores na avaliação da integralidade. Algumas experiências municipais têm oferecido serviços ampliados e de boa qualidade, às vezes percebidos pela população, às custas de um esforço sobre-humano dos trabalhadores, o que gera muitas reclamações por parte destes.

Possibilitar a vocalização dessas visões e o diálogo entre elas e a gestão nos parece uma forma de conduzir a integralidade como política. Entrevistas semiabertas, grupos focais e outros procedimentos de coleta e sistematização dessas vozes têm trazido muitas luzes na compreensão dessas relações.

Por fim, como *práticas de controle pela sociedade*, não percebemos nenhuma abordagem específica. Na ANS e NCQA há uma preocupação de “prestação de contas” à sociedade, no sentido de provê-la de informações para “melhores escolhas” dos planos de saúde. Algumas operadoras de planos de saúde (autogestão) já estruturam conselhos de usuários em seus processos de gestão (SILVA JÚNIOR; HADDAD; MELIN, 1999).

O setor público tem avançado mais sobre esse aspecto, em vários níveis de gestão, no âmbito dos conselhos de saúde. Furtado (2001) já mencionava a importância da avaliação servir ao controle pela sociedade e sugeria comitês de avaliação formados por avaliadores externos, gestores, profissionais e usuários. Ressaltava que a instauração de processos avaliativos que garantam a inclusão dos vários grupos de interesses nos programas ou serviços avaliados instituiria

uma rede de compromissos e certo controle sobre a efetivação de alterações definidas durante o processo.

A geração de informações e a incorporação de outros pontos de vista no processo avaliativo são importantes, mas não suficientes para produzir mudanças nas práticas institucionais. O processo avaliativo deve ser um dispositivo para as negociações entre os vários interesses atuantes e à construção de novos sentidos e significados na atenção à saúde.

Considerações finais

Observando as três experiências à luz das dimensões de *práticas de gestão e organização de serviços; conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde e práticas de controle pela sociedade*, foi possível destacar alguns conceitos e noções úteis na avaliação da integralidade de redes de serviços de saúde.

Acolhimento, vínculo-responsabilização, processo de trabalho, qualidade da atenção, coordenação do cuidado, percepção da qualidade da atenção pelos usuários e trabalhadores, estrutura, articulação da rede, intersectorialidade, sistema de informação para o cuidado, equidade e mecanismo de controle de acesso, gestão participativa, processo avaliativo como dispositivo de controle pela sociedade possibilitam novos olhares e perspectivas de avaliação dos serviços de saúde. Nestes a integralidade é vista como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema. (PINHEIRO, 2003).

Essa perspectiva vai ao encontro do que Vieira da Silva (2005) chamou de ampliação do conceito de avaliação de Contandriouopoulos *et al.* (1997), “um julgamento sobre *práticas sociais* ou qualquer de seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”, tomando as práticas de saúde como um caso particular, cujo sentido de “julgamento” pode variar desde a formulação de juízo de valor qualitativo ou quantitativo, até uma análise que envolva o significado do fenômeno.

Julgar para decidir pressupõe acúmulo e compartilhamento de conhecimento, negociação entre visões e interesses, e acúmulo e compartilhamento de poder. Partir do cotidiano das práticas na saúde parece um caminho mais interessante na institucionalização de processos avaliativos no sistema de saúde.

Quadro 1 – Síntese das três experiências que utilizam a integralidade na avaliação

Categories de análise	PROESF	Qualificação da Saúde Suplementar	Acreditação
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção básica dos municípios brasileiros 	<ul style="list-style-type: none"> - Operadoras de planos de saúde no Brasil 	<ul style="list-style-type: none"> - Planos de saúde nos EUA
Atributos das práticas de gestão e organização de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensão político-institucional: <ul style="list-style-type: none"> • financiamento • gestão: mecanismos de controle de acesso e outros • recursos humanos • gestão/ planejamento: caracterização da rede assistencial e outros • intersetorialidade • planejamento: sistemas de informação e outros - Dimensão desempenho do sistema de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • sistemas de informação (análise da cobertura, completude e confiabilidade dos registros, e plausibilidade) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensão da atenção à saúde (***): - Dimensão organizativa (*): <ul style="list-style-type: none"> • caracterização da rede assistencial • mecanismos de controle de acesso • sistemas de informação • gestão junto aos prestadores • gestão interna / modelo de gestão 	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensão acesso e serviço: <ul style="list-style-type: none"> • mecanismos de controle de acesso • gestão junto aos prestadores • sistemas de informação • políticas de comunicação sobre direitos e deveres do usuário • políticas de assistência farmacêutica • avaliação da satisfação do usuário • programa de melhoria contínua - Dimensão provedores qualificados <ul style="list-style-type: none"> • políticas de avaliação da qualificação técnica e da idoneidade dos médicos / provedores • caracterização da rede assistencial • certificação, licenciamento e treinamento da rede assistencial • avaliação da satisfação do usuário • programa de melhoria contínua • sistema de informação • gestão junto aos prestadores

<p>Atributos dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores de saúde</p>	<p>- Dimensão do cuidado integral e organização da atenção: <ul style="list-style-type: none"> • integralidade da atenção à saúde (acolhimento, vínculo-responsabilização, qualidade da atenção à saúde) </p>	<p>- Dimensão da atenção à saúde (***): - Dimensão saberes tecnológicos (*) - Dimensão assistencial (*): <ul style="list-style-type: none"> • promoção da saúde • projeto de desenvolvimento técnico-científico / capacitação • integralidade da atenção à saúde - gerenciamento do cuidado • adoção de <i>case management</i> • linhas do cuidado: mulher, criança, cardiologia, saúde bucal • assistência farmacêutica • internação domiciliar • alta complexidade • saúde mental • saúde do trabalhador; outros </p>	<p>- Dimensão permanecendo saudável: <ul style="list-style-type: none"> • utilização de diretrizes clínicas • políticas de comunicação sobre direitos e deveres do usuário e dos médicos • promoção da saúde • prevenção • programa de melhoria contínua <p>- Dimensão melhorando: <ul style="list-style-type: none"> • promoção da saúde • programa de melhoria contínua • utilização de diretrizes clínicas • monitoramento da qualidade do cuidado em condições agudas <p>- Dimensão vivendo com a doença: <ul style="list-style-type: none"> • promoção da saúde • gerenciamento da doença: diabetes, saúde mental, cardiovascular e demais doenças crônicas. • políticas de assistência farmacêutica • programa de melhoria contínua • utilização de diretrizes clínicas </p> </p></p>
<p>Atributos de controle pela sociedade</p>	<p>-</p>	<p>- Pesquisa nacional qualitativa (**) - Dimensão Satisfação do Beneficiário (***)</p>	<p>- Dimensão acesso e serviço: <ul style="list-style-type: none"> • avaliação da satisfação do usuário - Dimensão Provedores Qualificados • avaliação da satisfação do usuário - HEDIS - dimensão Satisfação com a experiência do cuidado: • pesquisas junto aos usuários </p>

<p>Indicadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores demográficos - Indicadores de mortalidade - Indicadores de oferta, utilização e cobertura (das linhas de cuidado materno-infantil, hipertensão arterial, tuberculose e de imunização e do PSF) - Indicadores de impacto de linhas de cuidado específicas (hipertensão, <i>diabetes mellitus</i> e pediátrica) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensão da Atenção à Saúde (**): • indicadores de resultado para cada linha de cuidado • indicadores sobre exames para prevenção secundária • indicadores de morbidade • indicadores de mortalidade • proporção de permanência de beneficiários • taxa de internação de beneficiários na rede hospitalar pública • variação da rede hospitalar • taxa de contratualização da rede hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de uso de procedimentos preventivos em diversos grupos etários - Indicadores de precocidade de diagnóstico e tratamento - Indicadores de qualidade de assistência em episódios agudos de doenças - Indicadores de avaliação do acesso - Indicadores de avaliação da estabilidade do plano - Indicadores que mensuram utilização do serviço - Indicadores descritivos do plano
<p>Fontes/ instrumentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fluxograma analisador - Sistemas de informação em Saúde: SIAB, SIM, SIOPS, SIG-RH, SIA-SUS, SIH-SUS, SINASC, Sistema de avaliação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Sistema de do SUS (SIS-Pré-natal), Sistema de Cadastamento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiper-Dia) - Relatório municipal de gestão - Projeto: PROESF, PSF - Programa Nacional de Imunização - Pacto de Atenção Básica - Programação Pactuada Integrada - Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de informação da ANS (**): Sistema de Registro de Produtos (RPS); Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); Sistema de Informação de Produtos (SIP); Sistema Integrado de Fiscalização (SIF); Informações Periódicas de Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS); Informações Periódicas das Seguradoras (FIP); Ressarcimento ao SUS e Cadastro de Operadoras (CADOP);- Estudos multicêntricos de casos (*)- Pesquisa nacional quali-quantitativa (**) 	<ul style="list-style-type: none"> - Interactive Survey System (ISS) - ferramenta on-line de avaliação (http://www.nccqa.org/Programs/ISS/overview.htm)

Dimensões, categorias, fontes e instrumentos correlacionados entre si:
 (*) Estudos multicêntricos de caso; (**) Pesquisa quali-quantitativa; (***) Monitoramento da Qualificação da Saúde Suplementar

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Texto completo da qualificação da saúde suplementar. 2005a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 5 jun. 2006.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Dois faces da mesma moeda*: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Regulação e Saúde 4. Rio de Janeiro, 2005b.
- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. *et al.* Manual para avaliação da atenção básica nos municípios - estudos de linha de base: PROESF - LOTE 1 SUDESTE - Minas Gerais e Espírito Santo. Brasília: MS, 2005.
- CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas e integralidade. Estudo de caso: a área de planejamento 3.1 (RJ/RJ), contribuição para sua distritalização Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 1991.
- CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 259-278.
- CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.417-1.423, set.-out. 2004.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, n. 18, Supl, p. 191-202, 2002.
- FAVORETO, C. A. O. *Programa de Saúde Família no Brasil*: do discurso e da prática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
- FRANCO, T. B. ; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.
- FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG); In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, n. 26, p. 37-61, 2002.
- HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol.*, v. 28, n. 1, p. 10-8, 1999.

- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, supl.2, p. 331-336, 2004.
- HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação de atenção básica: a necessária complementação. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 21, p. 29-35, 2000.
- IRIART, A. C. Relatório parcial do projeto de pesquisa “Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil”. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, set. 2003.
- IRIART, A. C. Atenção Gerenciada: instituinte da reforma neoliberal. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 91-102.
- LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- MASCARENHAS, M. T. Implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói - RJ. Estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MATUS, C. *Problemas de diseño de un Programa de Gobierno*. Caracas, nov. 1983 (*Planificación y Política*, n. 1).
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003, p. 39-64.
- MENESES, C. S. *A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde*. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde*. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.
- NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE. About NCQA. 2006a. Disponível em <<http://www.ncqa.org/about/about.htm>>. Acesso em 10 jun. 2006.
- _____. NCQA Overview. 2006b. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Communications/Publications/overviewncqa.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2006.

_____. MCO / PPO Accreditation Programs. 2006c. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Programs/Accreditation/com/05MCObrochure.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2006.

_____. NCQA Advertising Guidelines for Accreditation/Certification. 2006d. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Marketing/MCO.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2006, p. 17.

_____. What NCQA Looks in a Health Plan. Access & Service. 2006e. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/access.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

_____. What NCQA Looks in a Health Plan. Qualified Providers. 2006f. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/qualified.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

_____. What NCQA Looks in a Health Plan. Staying Healthy. 2006g. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/stayinghealthy.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

_____. What NCQA Looks in a Health Plan. Getting Better. 2006h. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/gettingbetter.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

_____. What NCQA Looks in a Health Plan. Living with Illness. 2006i. Disponível em <<http://hprc.ncqa.org/living.asp>>. Acesso em 10 jun. 2006.

_____. NCQA Advertising Guidelines for Accreditation/Certification. 2006j. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Programs/HEDIS>>. Acesso em 10 jun. 2006.

_____. HEDIS 2006 Summary Table of Measures and Product Lines. 2006k. Disponível em <<http://www.ncqa.org/Programs/HEDIS/2006/MeasuresList.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2006, p. 05.

ORTIGA, A. M. B. Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC, (1994-1998) Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

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

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

_____. *Construção da integralidade*. cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003.

_____. *Cuidado*. as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

PINHEIRO, R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *Boletim ABEM*, n. 31, p. 8-11, 2003.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*. direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção*

- social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos.* 2005. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ, 2005. p. 77-89.
- SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos teoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA JUNIOR, A. G., HADDAD, R., MELIN, A. R. Conselho de Usuários em Empresa de Autogestão em Saúde. IN: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, 2. *Anais...* ABRASCO. São Paulo, 1999.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 89-112.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- STARFIELD, B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ*, n. 54, p. 361-9, 1979.
- STARFIELD, B. *et al.* Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*, v. 46, p. 216-25, 1998.
- UGÁ, M. A. D. *et al.* A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: TEIXEIRA, A. (Org.). *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da atenção médica suplementar.* Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- VIERA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens, estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIERA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de avaliação dos programas e sistemas de saúde.* Salvador: EdUFBA, 2005. p. 15-39.

Nota

¹ O IDSS é calculado pela razão entre a pontuação obtida (O) e a pontuação estabelecida (E) pela ANS, utilizando-se a fórmula O/E. Para mais detalhes, ver ANS (2005a).



Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde

JAIRNILSON SILVA PAIM
LÍGIA MARIA VIEIRA DA SILVA

Introdução

Ao se pensar em práticas avaliativas de sistemas de saúde, fazem-se necessárias algumas reflexões sobre aspectos conceituais e metodológicos da *avaliação* e sobre a natureza e *historicidade* da organização social dos serviços de saúde. Desse modo, é possível utilizar a expressão “sistema de saúde” apenas como terminologia e não como teoria, posto que os princípios da universalidade e integralidade, enquanto conquistas históricas, não podem ser explicados pela abordagem sistêmica.

A avaliação em saúde tem crescido como objeto de pesquisa e temática do debate sobre políticas de saúde (AYRES, 2000; ALMEIDA *et al.*, 2000; LEVCOVITZ *et al.*, 2003). De um lado, as restrições econômicas têm levado organismos financiadores a exigirem estudos de avaliação numa perspectiva *eficientista*. De outro, a consciência de responsabilização (*accountability*) exige práticas avaliativas pertinentes que expressem o caráter democrático, técnico e ético do trabalho em saúde. Além disso, a ampliação e complexidade dos objetos de avaliação requerem distintas teorias, abordagens, estratégias, desenhos, métodos e técnicas de pesquisa (PAIM, 2005).

Nessa perspectiva, as práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde não podem deixar de considerar a *historicidade* dos mesmos. Diante das articulações que se estabelecem entre a saúde e a estrutura social nas suas instâncias econômica, política e ideológica, cada sociedade engendra, historicamente, seu sistema de serviços de

saúde, ainda que influenciada pelas relações internacionais. Em tempos de globalismo (IANNI, 1997), essas influências tendem a crescer, não tanto pela atuação de organizações vinculadas às Nações Unidas (OMS, OPS, UNICEF etc.), como ocorreu no *boom* do capitalismo depois da Segunda Guerra Mundial, possibilitando a expansão do *Welfare State*, mas, fundamentalmente, pela difusão da ideologia neoliberal e pelo poder das agências multilaterais vinculadas ao capital financeiro (Banco Mundial, BID, FMI etc.).

Países desenvolvidos têm lidado com distintos projetos de reforma em saúde que se movem em diversas direções desde a crise do capitalismo do início da década de 70 e suas repercussões no *Welfare State*. Na Europa, houve tentativas de retrocesso promovidas contra o *National Health Service* (NHS), enquanto na Espanha e Portugal, que passavam por processos de redemocratização, observaram-se propostas progressistas (JUAN, 1995; ALMEIDA, 1995). A Itália, cuja Reforma Sanitária arrastava-se desde 1948, quando foi reconhecido o direito à saúde, teve sua lei do Sistema Nacional de Saúde aprovada trinta anos depois (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS 1988). Na América do Norte, além da reforma do sistema de saúde canadense (DUSSAULT, 1995), surgiu no primeiro governo Clinton uma proposta de reorganização dos serviços de saúde para assegurar a ampliação do acesso (USA, 1993), mantendo a lógica individualista e de mercado (QUINHOES; FLEURY, 2005).

Na década de 90, o Banco Mundial e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), inspirados no Consenso de Washington, promoveram reformas setoriais nos países da América Latina, tendo o Chile (LABRA, 2002) e a Colômbia (HERNÁNDEZ, 2002; OPS, 2002) como referências centrais. Apenas Cuba conseguiu manter seu sistema de saúde universal, que, junto à Costa Rica, apresentava a maior proporção de gasto público (GIOVANELLA, 2003), embora faltem elementos para qualificar de integral o seu sistema, à luz das reflexões produzidas no Brasil sobre a noção de integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2001; GIOVANELLA *et al.*, 2002; MATTOS, 2003), como será discutido adiante.

O Brasil construiu, ao longo das últimas décadas, seu próprio caminho – a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) – justamente no período em que a ordem capitalista internacional e os respectivos

Estados pareciam prescindir da legitimação advinda da implantação de sistemas universais de saúde. Tem resistido às pressões internacionais no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser universal e integral, conforme seu arcabouço legal. Entretanto, a análise concreta do “SUS que temos” parece indicar uma situação ainda muito distante da imagem de um *sistema universal e integral de saúde*, quando se constata um sistema segmentado buscando caminhos para a construção da integralidade (PAIM, 2004).

Vários estudos sobre reformas em saúde nos países desenvolvidos (WEIL, 1993; MAYNARD; BLOOR, 1998; DONELAN *et al.*, 1999; SOUZA *et al.*, 2000; WILD; GIBIS, 2003) e na América Latina (INFANTE *et al.*, 2000; HERNÁNDEZ, 2002; BELMARTINO, 2002; MITJAVILA *et al.*, 2002; PEGO; ALMEIDA, 2002) apontam para suas características e tendências (ALMEIDA, 2002), ainda que não avancem no que diz respeito à avaliação da universalidade e integralidade.

Muitas das mudanças dos sistemas de saúde dizem respeito ao financiamento e à prestação de serviços. Inquéritos realizados na Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos apontam diferentes problemas no desempenho dos serviços. Assim, nos sistemas de saúde universais aparecem as questões do financiamento, da administração e das filas, enquanto nos EUA o problema maior é o acesso (DONELAN *et al.*, 1999). Mesmo nos países com acesso universal e financiamento público, aumentam as pressões econômicas para novas políticas governamentais que racionalizem os recursos da atenção à saúde (VAN DER HORST, 1992) e se observam dificuldades na continuidade da atenção (WEIL, 1993).

Nessa perspectiva, o presente ensaio tem como objetivos rever o estado da arte sobre a avaliação de sistemas de saúde e discutir certos desafios e possibilidades para o desenvolvimento de práticas avaliativas que reconheçam as diretrizes da universalidade e da integralidade.

A avaliação de sistemas de saúde

Pensar a avaliação de sistemas de saúde requer tomar por objeto uma totalidade. A primeira dificuldade está no fato de ser essa totalidade uma abstração, raramente tendo uma existência material objetiva. A teoria dos sistemas que informa esse objeto tem suas origens

na biologia, a partir de analogia com os sistemas orgânicos, os quais apresentam como características a harmonia, a articulação entre as partes e a existência de mecanismos de auto-regulação e equilíbrio (*feedback* e homeostase). Essas características são dificilmente encontradas em sistemas sociais concretos. A segunda questão está nas estratégias de abordagem de fenômenos complexos e na dificuldade de encontrar indicadores e medidas capazes de sintetizar o todo. Tem-se também a diversidade observada na organização social dos serviços de saúde, que dificulta as comparações entre países, pois cada um tem sua história, enquanto formação social. Até mesmo em um só país, as diferenças são consideráveis entre estados e municípios, particularmente em situações de organização federativa do Estado, como ocorre no Brasil. Por último, existe o problema da complexidade da determinação do processo saúde-doença e da dificuldade em estabelecer relações causais entre os serviços de saúde e as modificações no estado de saúde das populações (EVANS, *et al.*, 1994; WILKINSON, 1996).

Apesar dessas dificuldades, os serviços de saúde, públicos e privados, articulados ou não, constituindo redes ou não, e apresentando complexidades variáveis, têm sido avaliados e comparados, principalmente a partir de iniciativas de organismos internacionais como OMS e OPAS. Nos documentos técnicos produzidos, os países são comparados a partir de alguns indicadores demográficos do tipo curva de Moraes, natalidade e esperança de vida ao nascer e por meio de indicadores de morbi-mortalidade referentes a agravos considerados prioritários, como mortalidade infantil, mortalidade materna, incidência de doenças de notificação compulsória, entre outros (PAHO, 2006).

A partir do Relatório Mundial da Saúde da OMS, de 2000, que avaliou o desempenho de 191 países, estabelecendo um *ranking* entre os mesmos (WHO, 2000), verificou-se um debate intenso em relação a essa temática (NAVARRO, 2000; ALMEIDA *et al.*, 2001; BRAVEMAN *et al.*, 2001; MURRAY; FRENK, 2001; NORD, 2002). Grande parte das reações decorreu do resultado artificial da avaliação com base num indicador global do “desempenho” do país que correspondia à síntese de outros indicadores referentes a três dimensões do sistema: efetividade, “responsividade”¹ e justiça no financiamento. Além disso, a comparação foi feita entre países com diferen-

tes histórias, contextos, valores e sistemas de saúde (NORD, 2002). Também foram apontadas inconsistências conceituais, políticas (NAVARRO, 2000) e metodológicas (ALMEIDA *et al.*, 2001) em relação aos três componentes utilizados. Em relação à efetividade, os indicadores selecionados correspondiam a uma não-valorização dos determinantes sociais da saúde-doença. Como consequência, o relatório relacionou as diferenças nos níveis de saúde encontrados aos gastos em saúde e a outros indicadores de desempenho (NAVARRO, 2000). Entre os problemas metodológicos identificados, constatou-se que, embora os informantes-chave tenham sido de apenas 35 países, todos os demais foram classificados. Além disso, as referências bibliográficas da metodologia eram procedentes de trabalhos não submetidos a revisão por pares (ALMEIDA *et al.*, 2001). Críticas também foram direcionadas à ausência de correspondência entre a medida utilizada no relatório para aferir as desigualdades e a magnitude das desigualdades registradas na literatura internacional (HOUWELING *et al.*, 2001). Para outros autores, o relatório retirava a equidade da agenda da saúde pública, ao ignorar as desigualdades sociais relacionadas às disparidades na saúde (BRAVEMAN *et al.*, 2001).

Nesse debate, pouca ênfase foi dada aos determinantes históricos que incidiram na configuração dos diferentes sistemas. Assim, as práticas avaliativas adotadas não superaram a abordagem “caixa preta”, ignorando as propostas atuais de valorizar o contexto e os passos intermediários necessários ao alcance de produtos e resultados (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Antes de discutirmos algumas estratégias existentes para a avaliação de sistemas universais e integrais, convém apresentar algumas considerações preliminares sobre as concepções de avaliação de sistemas, de desempenho e de qualidade. Tanto o termo *desempenho* quanto *qualidade* têm sido usados para designar as diversas possibilidades de avaliar o sistema de saúde. Sob a denominação de *qualidade* tem-se avaliado a eficácia, efetividade, eficiência, acesso e equidade. Por essa razão certos autores consideram a qualidade como conceito complexo e composto (VUORI, 1982; DONABEDIAN, 1990). Da mesma forma, *desempenho* tem sido usado como sinônimo de efetividade, eficiência, cumprimento de objetivos, resultados, qualidade. Em outras palavras, a polissemia de ambas as noções as torna

sem utilidade analítica. Por essa razão será discutida aqui a avaliação de sistemas de saúde, sem adjetivos, suas possibilidades e limites.

A noção de avaliação também requer explicitação, tendo em vista que o objeto e escopo do trabalho podem variar de acordo a opção feita. Para certos autores, todas as atividades que envolvessem a coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas para subsidiar o processo de tomada de decisões (PATTON, 1997), seriam considerados como avaliação. Para outros, a avaliação teria que se limitar às pesquisas avaliativas (ROSSI *et al.*, 2004). Numa outra perspectiva, pode-se admitir que a avaliação é um julgamento que se faz sobre uma intervenção direcionada a um problema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Essa definição pode ser adotada quando o objeto da avaliação se restringe à dimensão instrumental da ação, tendo em vista a noção de intervenção utilizada por este autor.² Interessa, na discussão sobre sistemas universais e integrais, ainda que considerados como “imagens-objetivo” a serem alcançadas, além da avaliação das intervenções voltadas para a resolução dos seus problemas de saúde, o atendimento de necessidades não redutíveis a problemas, como é o caso do *ideal de saúde* presente na noção de qualidade de vida. Dessa forma, é necessário ampliar o conceito de intervenção de Contandriopoulos de forma a englobar as diversas dimensões das práticas sociais (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Mesmo em sistemas universais, a institucionalização da avaliação ou pelo menos sua realização de forma sistemática não foi produto de uma maior racionalidade na gestão daquelas organizações, mas uma resposta ao aumento dos custos com a atenção médica. Este foi o caso do sistema de saúde inglês (NHS), que, embora criado em 1948, foi introduzir a avaliação apenas na década de 80, baseada em indicadores de “desempenho” (ARAH *et al.*, 2003). Em 1998, foi proposta uma abordagem metodológica (*framework*) para avaliação e monitoramento daquele sistema com base em seis dimensões: 1) melhoria da saúde; 2) acesso fácil; 3) cuidado de saúde efetivo; 4) eficiência; 5) experiência da relação paciente/cuidador; 6) resultados de saúde relacionados com o cuidado do NHS, além de quatro áreas de desempenho dos cuidados a situações agudas (efetividade clínica, eficiência, relação paciente/cuidador, capacidade e potencialidade)³

(NHS, 2002). A partir dessas dimensões, foram propostos 49 indicadores que foram submetidos a uma consulta pública que envolveu os gestores e as associações profissionais.

A partir de 1999, a avaliação passou a ser realizada e seus resultados divulgados periodicamente. Os serviços têm sido classificados com base nos escores atingidos em relação aos indicadores, num sistema de estrelas de desempenho. Há incentivos financeiros relacionados aos melhores desempenhos. Por exemplo, os serviços “três estrelas” têm liberdade para alocação de recursos, já aqueles classificados como “duas estrelas” requerem aprovação do escritório regional dos seus planos de aplicação. Os serviços classificados como “zero e uma estrela” são objeto de um programa de melhoria da qualidade desenvolvido por uma agência de modernização, que se articula com os escritórios regionais para essa finalidade. Essas intervenções são periodicamente analisadas por pesquisadores e pela agência, e seus resultados são difundidos como exemplos de boas práticas (ARAH *et al.*, 2003). Para dar conta da complexidade do sistema, além dos indicadores gerais relativos às dimensões selecionadas, foram elaboradas matrizes nacionais (*National Service Frameworks*) visando à avaliação específica de alguns programas tais como: saúde mental, idosos, doenças cardiovasculares, diabetes e guias clínicos para avaliação da qualidade de tecnologias (ARAH *et al.*, 2003). Os resultados dessa avaliação têm sido divulgados anualmente (NHS/DH, 2002) e enviados aos usuários e ao parlamento. A população tem sido envolvida através de consulta pública, do acesso aos resultados e de pesquisas nacionais de sondagem de opinião.

No caso da abordagem do sistema inglês, existem diversos aspectos positivos relacionados com o fato de o modelo proposto procurar dar conta da complexidade do seu objeto, a partir da seleção de dimensões diversas para avaliação e de um sistema articulado de pontuação, com indicadores para o nível local e nacional. Além disso, seus resultados vêm sendo utilizados para a gestão e o aperfeiçoamento dos serviços de saúde. Contudo, existem algumas limitações, relacionadas sobretudo com a ênfase dada à atenção médico-sanitária e às ações setoriais, não existindo nenhuma dimensão relacionada com as ações intersetoriais e com a promoção da saúde. Em virtude de ser elaborada a partir dos sistemas de informação existentes e não

decorrer de um quadro conceitual coerente, diversas áreas ficam sem avaliação (SMITH, 2005).

O Canadá, que também possui sistemas universais em algumas de suas províncias, particularmente no Québec, desenvolveu, a partir de 1998,⁴ uma estratégia metodológica para avaliação desses sistemas e do país como um todo. Em 1999 uma primeira Conferência de Consenso foi organizada pelo Instituto Canadense de Informação de Saúde, que iniciou um projeto denominado “Indicadores de Saúde”, cujo objetivo era produzir informações de apoio às autoridades sanitárias regionais no acompanhamento do estado de saúde da população e do funcionamento do sistema de saúde (CANADÁ, 2003). Os indicadores que integram o modelo canadense foram elaborados a partir de um quadro conceitual que engloba dimensões relacionadas com o estado de saúde, os determinantes não-médicos da saúde, o rendimento do sistema de saúde e com características contextuais da comunidade e do sistema de saúde (CANADÁ, 2003). Em 2004 foi realizada uma segunda conferência, visando a validar os indicadores adotados na primeira, discutir métodos que permitissem incorporar o princípio da equidade e identificar futuros indicadores a desenvolver e estabelecer prioridades. Essa conferência incorporou indicadores de determinantes não-médicos como taxa de criminalidade, auto-estima, atitude de decisão quanto ao trabalho, entre outros (CANADÁ, 2005).

O processo se desenvolveu concomitantemente com a “Iniciativa sobre a saúde da população canadense”, do Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde, também de 1999, cujos objetivos eram de investigação sobre os determinantes da saúde e fatores relacionados com o impacto dos serviços de saúde. Indicadores comparáveis estão disponíveis *on-line* para os anos de 2002, 2004 e 2006 (CANADÁ, 2006). Portanto, esse modelo apresenta como contribuição a incorporação dos determinantes não-médicos e contextuais em relação ao sistema de saúde. Seu principal problema se relaciona com o fato de ser uma estratégia para monitoramento de alguns eventos e problemas ao longo do tempo. Análises do seu significado têm confirmado achados da literatura internacional segundo os quais as variações no estado de saúde da população se relacionam mais com os determinantes não-médicos do que com aqueles relacionados ao

rendimento do sistema de saúde (ARAH; WESTERT, 2005). Contudo, falta uma estratégia de análise assentada no modelo lógico proposto, relacionando os diversos componentes para a avaliação de uma situação concreta.

Integralidade e historicidade: duas dimensões negligenciadas na avaliação de sistemas de saúde

A revisão da literatura internacional sugere que a integralidade não se encontra presente como orientação para a organização de sistemas de saúde e, conseqüentemente, não se apresenta como dimensão privilegiada das práticas avaliativas. Este, porém, não é o caso do Brasil, em que a integralidade constitui uma das diretrizes do SUS segundo a Constituição de 1988. Essa noção é derivada do movimento preventivista (AROUCA, 2003), quando buscava articular os cinco níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação), ainda que insinuando uma vinculação da promoção e proteção da saúde às agências estatais e uma destinação das demais ações para a iniciativa privada.

Mas a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, ao valorizarem a promoção e a proteção da saúde, reforçaram a concepção de integralidade da atenção (BRASIL, 2003) e a ampliaram para contemplar os distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde (continuidade da atenção). Portanto, a RSB concebeu a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, 2004). Todavia, no processo de construção do SUS, diferentes sentidos e significados passaram a ser atribuídos a esta noção: a) como *atitude* diante das formas de organizar o processo de trabalho (MATTOS, 2001); b) como *acordo* em torno do

propósito de estabelecer princípios organizadores da assistência (CAMARGO JR., 2001); c) e como *articulação* de quatro conjuntos de necessidades de saúde – “boas condições de vida”, acesso a tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida, “vínculos (a) efetivos” entre usuário e equipe/profissional de saúde e graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida (CECÍLIO, 2001).

Constata-se, assim, um esforço de reflexão teórica (PINHEIRO; MATTOS, 2001; MATTOS, 2003) e de realização de pesquisas empíricas voltadas para o estabelecimento de critérios que privilegiem a integralidade da atenção (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2006). Assim, os sistemas de serviços de saúde organizados na perspectiva da integralidade adotariam as seguintes premissas: a) primazia das ações de promoção e prevenção; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; c) a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; d) a abordagem integral do indivíduo e famílias (GIOVANELA *et al.*, 2002). Em síntese, o princípio da integralidade

implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes [...] Portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (CAMPOS, 2003, p. 577).

Além desses estudos, desenvolve-se no Brasil um conjunto de iniciativas voltadas para ampliar o espaço de intervenção na perspectiva da integralidade, a exemplo da proposta da vigilância da saúde, das mudanças no âmbito da atenção básica, do Programa de Saúde da Família (PSF) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (CAMPOS, 2002; PAIM, 2003; BRASIL, 2006). Se os sistemas de saúde comprometidos com a universalidade não têm levado em conta o princípio da integralidade na organização dos serviços na redefinição das práticas de saúde e no desenvolvimento de práticas avaliativas, esta não deve ser a posição do Brasil.

Quanto à *historicidade*, embora muitos dos sistemas de saúde disponham de uma historiografia significativa, os estudos comparados não têm valorizado a dinâmica social que conforma determinada organização de serviços de saúde. A História implica descontinuidades, lutas e distintos projetos político-ideológicos, não se reduzindo a uma suces-

são linear de fatos, datas e nomes (PAIM, 2006). Assim, os modos pelos quais as sociedades identificam seus problemas e necessidades de saúde, buscam sua explicação e se organizam para enfrentá-los variam historicamente e dependem de determinantes estruturais econômicos, políticos e ideológicos (PAIM, 2002). A saúde constitui uma prática que não é livre das determinações da estrutura social (DONNÂNGELO, 1976), estando submetida à dinâmica das relações sociais predominantes num dado contexto, particularmente no que se refere às lutas entre classes e grupos sociais (THERBORN, 1989). E na medida em que as práticas de saúde compõem a estrutura social, enquanto práticas sociais estruturadas, tendem a contribuir para a expansão e reprodução do modo de produção capitalista (DONNÂNGELO, 1976; MENDES-GONÇALVES, 1979; 1988; 1992).

A organização social dos serviços de saúde encontra-se, pois, assentada na história e na estrutura de cada formação social que a constitui. No caso da América Latina, ainda que possam ser identificadas semelhanças na situação dos seus países de capitalismo subdesenvolvido e dependente (TESTA, 1992), bem como na sua subordinação cultural e científica em relação aos países de capitalismo avançado, há diferenças que não podem ser ignoradas. Mesmo com as tentativas de homogeneização das análises e intervenções de organismos internacionais (Banco Mundial, OPS/OMS, BID, FMI etc.), as reformas setoriais levadas a cabo nas décadas de 80 e 90 (OPS, 2001; ALMEIDA, 2002) apresentam especificidades não desprezíveis. O Brasil, por exemplo, apesar de toda uma situação adversa durante essa conjuntura, sob influência do Consenso de Washington e do neoliberalismo, conseguiu implementar parte significativa do seu projeto da Reforma Sanitária. No entanto, os componentes estruturais (a capitalização da saúde através do “complexo médico-industrial-financeiro” – indústrias farmacêutica e de equipamentos biomédicos, empresas médicas, seguros de saúde etc.) sobre os quais se erguem o modelo médico hegemônico (MMH) e a ideologia médica correspondente que orienta a ação dos profissionais de saúde, políticos e da própria população, continuam dando as cartas no jogo político da reorientação dos serviços de saúde.

Portanto, para além da busca de racionalidade e de eficiência ou mesmo da proclamação do direito universal à saúde, as sociedades

enfrentam contradições e lutas no que tange à saúde e seus determinantes, constituindo espaços onde se disputam diferentes projetos de classes, grupos e de movimentos sociais. Esta *historicidade* tende a marcar cada sistema de saúde como singular e distinto. Conseqüentemente, estudos comparados de sistemas de saúde e, especialmente, práticas avaliativas supostamente neutras que tenham a pretensão de estabelecer *ranking* entre países não podem ignorar essa dimensão da realidade, a não ser que pretendam ocultar o real e transformar a avaliação em mera ideologia.

Integralidade e promoção da saúde: virtualidades para inovação e mudança

A promoção da saúde aproxima-se da noção de integralidade enquanto “nova visão” capaz de orientar a organização dos serviços de saúde. Entretanto há que considerar as determinações estruturais mencionadas e, ao mesmo tempo, agregar valores, vontades e ações políticas que permitam a redistribuição do poder no setor saúde para viabilizar as mudanças necessárias. Ao se utilizar o setor saúde como conceito operacional (TESTA, 1992) e âmbito de práticas, não se pode perder de vista que as mudanças pretendidas estão voltadas, em última análise, para a sociedade. Assim, a promoção da saúde como “nova visão” se insere no setor para introduzir mudanças no seu interior, embora a natureza dessa proposta exija uma ação intersetorial no conjunto das políticas públicas econômicas e sociais (segurança, educação, ambiente, seguridade social etc.). O desafio, portanto, seria criar dispositivos institucionais que facilitem certos deslocamentos de poder técnico, administrativo e político, no sentido de alterar os modos tecnológicos de intervenção na situação de saúde e, simultaneamente, construir pontes de articulação e pactuação com outros setores para assegurar políticas públicas voltadas para a qualidade de vida.

No caso brasileiro, em 1998 o Ministério da Saúde instituiu o “Projeto Promoção da Saúde”, em cooperação técnica com a OPAS e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), objetivando elaborar e desenvolver uma política nacional de promoção da saúde pautada pelo princípio da integralidade da atenção. Essa política foi aprovada recentemente (BRASIL, 2006) e representa um dos componentes do *Pacto pela Vida* (BRASIL, 2006).

Já no Canadá, a promoção da saúde passou por distintas ênfases: nos anos 70 – *estilo de vida*; nos 80 – *ambiental/socioecológica*, quando o governo listou as áreas que deveriam ser trabalhadas e criou o Departamento Federal de Promoção da Saúde; nos 90 – *foco populacional*. O governo federal diminuiu a força e as influências sobre os governos provinciais, interessando-se pelos determinantes de saúde e suas ações, produção de evidências, estratégias múltiplas, envolvendo o público no processo (métodos e conceitos que apontem evidências de efetividade e acesso). Foi criado o Instituto Canadense de Saúde junto ao governo federal, coletando informações confiáveis, contando com um Fórum Intersetorial com participação da comunidade. Reestruturou o sistema de pesquisa e os processos de fundos com três institutos, um dos quais o Instituto Canadense de Saúde Pública, com pesquisa na área intersetorial. As iniciativas realizadas naquele país com vistas à avaliação da promoção da saúde talvez construam pontos de encontro com as práticas avaliativas do sistema de saúde.⁵

Desafios e possibilidades das práticas avaliativas

Sistemas de saúde integrais, comprometidos com a promoção da saúde, ensejam grandes expectativas e certo entusiasmo pela possibilidade de desencadear processos politicamente relevantes, ainda que nem sempre passíveis de controle e avaliação. Tal superação envolve, dialeticamente, desafios e possibilidades. Alguns esforços recentes nessa perspectiva têm sido desenvolvidos mediante a expansão da avaliação de práticas, programas e sistemas de saúde, considerando distintas dimensões: eficácia, efetividade, impacto, eficiência, qualidade, satisfação/percepção dos usuários, acessibilidade, equidade, cobertura etc. Essa pauta de investigações poderá contribuir na produção de conhecimentos teóricos, metodológicos, operativos e tecnológicos sobre sistemas de serviços de saúde que contemplem a universalidade e a integralidade, além da descentralização, regionalização, participação, equidade e intersetorialidade (PAIM, 2005).

O potencial instituinte, crítico e problematizador do movimento da promoção da saúde vem sendo valorizado pelos que apostam no “otimismo da prática”, apesar das possíveis tendências estabilizadoras, neo-higienistas e domesticadoras. O exercício da crítica pode ser fundamental, até mesmo para evitar repetir a História e discutir a

avaliação da promoção da saúde pode ser um bom caminho. A promoção da saúde atravessa um ciclo que parte de uma *idéia*, passa por uma *proposta* e chega a um *movimento* (PAIM, 2006). Sua transformação em *políticas* e *práticas*, traduzidas em intervenções planejadas, cria condições para o exercício da avaliação. Essas *práticas*, enquanto processo de transformação de determinados “objetos” em certos “produtos”, tendo em vista *finalidades* previamente estabelecidas e *necessidades sociais* a serem satisfeitas, se realizam sob determinadas *relações sociais* (econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas) e interações. Cada um desses elementos ou combinações dos mesmos pode ser alvo de avaliação. A partir desse referencial teórico, não parece haver antinomias entre uma avaliação tecnicamente estruturada e a incorporação, enquanto objeto analítico, da política e da ideologia que se encontram entranhadas nas relações sociais.

Portanto, os sistemas de saúde universais e integrais que valorizam políticas de promoção da saúde podem ser avaliados de diferentes modos, sendo explorados distintos caminhos (WARREN *et al.*, 2001; POTVIN, 2004; CARVALHO *et al.*, 2004). Os desafios não parecem se restringir à complexidade nem se limitam a opções metodológicas por abordagens “quali-quantitativa”. Resultam dos múltiplos olhares teoricamente orientados e tendem a transcender métodos e técnicas. Considerando o “postulado de coerência” (TESTA, 1992), os *métodos* da avaliação devem ser coerentes com os *propósitos* (crescimento, mudança e/ou legitimação) do sistema de saúde universais e integrais, enquanto os conceitos e métodos precisam ser contextualizados.

A avaliação tem sido impregnada pela ação teleológica orientada para fins. Ao perseguir o êxito ou o sucesso, concentra-se na *ação instrumental* e, eventualmente, na *ação estratégica* (HABERMAS, 1987). Todavia, a natureza relacional e interativa de muitos trabalhos desenvolvidos nos sistemas de saúde universais e integrais, a exemplo da promoção da saúde, pode estar exigindo abordagens que, também, incluam o *agir comunicativo* tal como teorizado por esse filósofo alemão. A utilização de métodos descontextualizados e sem coerência com os propósitos (mudança, por exemplo) pode não contribuir para a autonomia, crítica e intervenção dos sujeitos ou *empowerment*. Nessas condições, em vez da mudança, pode favorecer o *status quo*, a

conservação, a estabilidade e o equilíbrio no globalismo e na difusão da ideologia neoliberal.

Ainda que valores e crenças estejam presentes nas práticas sociais, inclusive nas práticas avaliativas, o exercício permanente da crítica, do diálogo e da discussão, de um lado, e a explicitação de categorias, conceitos, teorias, modelos teóricos, métodos e técnicas de investigação, de outro, representam caminhos produtivos para que a avaliação não desconheça, mas procure superar o senso comum. No caso das avaliações que contemplem a integralidade e a promoção da saúde, para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins afe- rindo o “êxito técnico”, as intervenções implicam um encontro entre sujeitos, apontando para uma *avaliação formativa*. Aparecem desse modo outros horizontes filosóficos para as práticas avaliativas como espaço para a “mútua reconstrução de identidades, concepções, valores e projetos positivos de felicidade e saúde” (AYRES, 2004, p. 585).

Assim, a definição de estratégias de avaliação supõe um conjunto de opções relacionadas com a seleção de questões, identificação de critérios, estabelecimento de métodos, técnicas indicadores e padrões que apontam os desenhos possíveis em cada situação (VIEIRA-DA-SILVA, 1999). Como o sistema de saúde corresponde a uma totalidade complexa na qual o campo da saúde possui uma autonomia relativa (BOURDIEU, 1989), cabe considerar outros campos relevantes como o do poder. Assim, a avaliação deverá contextualizar e descrever de que forma as diversas redes de relações constitutivas desses campos interferem nas práticas de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 1999). Com efeito, alguns autores têm proposto estratégias não-estruturadas, nas quais todos os momentos e componentes da avaliação são definidos em negociação entre o facilitador e os sujeitos para os quais a avaliação se destina “*empowerment evaluation*”, ou seja, uma “avaliação que auto-fortalece” (FETTERMAN, 1997) ou avaliação de quarta geração ou construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

No caso brasileiro, propostas metodológicas para a avaliação de sistemas de saúde vêm sendo feitas tanto para o nível municipal do SUS (VIEIRA-DA-SILVA, 1999; VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2006), como para o país como um todo (VIACAVA *et al.*, 2004). A incorporação da análise de características como governabilidade, projeto e capacidade de governo (MATUS, 1993) pode contribuir para a com-

preensão da situação concreta e conjuntural de desenvolvimento das práticas (VIEIRA-DA-SILVA *et al.*, 2006). Contudo, diante da escassez de evidências quanto à existência de sistemas de serviços de saúde universais e integrais, aspectos fundamentais do funcionamento de um sistema de saúde relacionados ao campo do poder e a sua historicidade requerem o aporte de outros referenciais para sua incorporação como componente da avaliação.

A saúde coletiva no Brasil, ao articular movimentos ideológicos e sociais, bem como prática científica e política, tem dado seu testemunho de que a construção do saber e a constituição dos sujeitos epistêmico, avaliador e público (TESTA, 1997) podem ser realizadas por vias alternativas, mediante práxis contra-hegemônicas. O diálogo científico norte-sul no âmbito da avaliação, ainda que necessário e justificável no contexto das relações internacionais vigentes, não deve cercear a criatividade dos pesquisadores desse campo na América Latina e Caribe, muito menos inibir a articulação daqueles que defendem a construção de sistemas de saúde universais, integrais e de natureza pública. Nesse particular, a saúde coletiva encontra-se em condições de contribuir com princípios e estratégias para o desenho dos referidos sistemas, bem como para o desenvolvimento de práticas avaliativas.

Referências

- ALMEIDA C. *et al.* Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*, v. 357, n. 9269, p. 1.692-1.697, 2001.
- ALMEIDA, C. M. As reformas sanitárias dos anos 80: Crise ou transição? Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.
- _____. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Públ.*, v. 18, n. 4, p. 905-925, 2002.
- ALMEIDA, C. *et al.* Investigación en sistemas y servicios de salud: estado del arte y necesidades de capacitación – Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay. Levantamiento preliminar. *Cuadernos Para Discusión*, n. 1, p. 75-160, 2000.
- ARAH, O. A. *et al.* Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal For Quality In Health Care* v. 15, n. 5, p. 377-398, 2003.
- ARAH, O. A.; WESTERT, G. P. Correlates of health and healthcare performance: applying the canadian health indicator framework at the provincial and territorial

- level. *European Journal Of Public Health*, v. 15, p. 68-68, 2005.
- AROUCA, A. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP, 2003.
- AYRES, I. B. S. J. Políticas e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: análise temática das teses e dissertações produzidas no Brasil entre 1993 a 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia, 2000.
- AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.
- BELMARTINO, S. Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1.067-1.076, 2002.
- BERLINGER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. Da Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1988.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003.
- _____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a política de promoção da saúde. DOU, 63:138, 31 de março de 2006.
- BRAVEMAN, P. *et al.* World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy commentary: comprehensive approaches are needed for full understanding. *BMJ*, v. 323, n. 7314, p. 678-681, 2001.
- CAMARGO JR. K. R. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 11-15.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciencia & Saude Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CANADA. *Indicateurs de Santé*. Canada: Institut Canadien D'information sur la Santé. 2003, p. 4, 2003.
- _____. Le Projet des Indicateurs de la Santé. Rapport de la Deuxième Conférence Consensuelle sur les Indicateurs de la Santé. Ottawa: Institut Canadien d'Information sur la Santé: 17, 2005.
- CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-48, 1997.
- CARVALHO, A. I. *et al.* Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol Lab Med*, n. 114, p. 1.115-1.118, 1990.

- DONNÂNGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DONELAN, K. *et al.* The cost of health system change: public discontent in five nations: amid widely divergent systems and cultural norms of health care, citizens express surprisingly similar concerns about the future. *Health Affairs*, v. 18, n. 3, p. 206-16, 1999.
- DUSSAULT, G. Lições da reforma do sistema de saúde do Québec. In: BUSS, P.; LABRA, M. E. (Orgs.). *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 245-259.
- EVANS, R. G.; BAREN, M. L.; MARMOR, T. R. *Why are some people healthy and others not?* The determinants of health of populations. Aldine de Gruyter: Marmor Editors, 1994.
- FETTERMAN, D. M. *Empowerment evaluation and accreditation in higher education*. London: Sage Publications, 1997.
- GIOVANELA, L. Tendências quanto à universalidade nos sistemas de saúde em países periféricos. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 64, p. 155-164, 2003.
- GIOVANELA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. *Fourth generation evaluation*. London: Sage Publications, 1989.
- HABERMAS, J. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: _____. *Teoría de la acción comunicativa*. V. I. Madrid: Taurus, 1987. p. 110-146.
- HERNANDEZ, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 991-1001, 2002.
- HOUWELING, T. A. J.; KUNST, E.; MACKENBACJ, J. P. World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality. *The Lancet*, v. 357, n. 9269, p. 1671-1672, 2001.
- IANNI, O. *A era do globalismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.
- INFANTE, A.; MATA, I. LÓPEZ-ACUÑA, D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 8, n. 2, p. 13-20, 2000.
- JUAN, J. J. Situação atual da reforma sanitária na Espanha. In: BUSS, P.; LABRA, M. E. (Orgs.). *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 153-175.
- LABRA, M. E. La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile. el caso de la salud. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1.041-1.052, 2002.
- LEVCOVITZ, E. *et al.* Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília: OPAS, 2003 (série técnica *Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde*, 2).
- MAYNARD, A.; BLOOR, K. Universal coverage and cost control: the United Kingdom National Health Service. *J Health Hum Serv Adm*, v. 20, n. 4, p. 423-41, 1998.
- MITJAVILA, M.; FERNÁNDEZ, J.; MOREIRA, C. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: redefinición del welfare state? *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1.103-1.120, 2002.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993.
- MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas de saúde. In: PINHEI-

- RO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 45-59.
- _____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- MURRAY, C.; FRENK, J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *The Lancet*, v. 357, n. 9269, p. 1.698-1.700, 2001.
- NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*, v. 356, n. 9241, p. 1.598-1.601, 2000.
- NHS. NHS Performance Indicators. Department of Health. 2002. Disponível em <http://www.dh.gov.uk/>. Acessado em 7 jun. 2006.
- NHS. NHS Performance Indicators. Department of Health. *Consultations*, 2002. *Annex and summary report on NHS performance indicators: a consultation*. Disponível em <http://www.dh.gov.uk/>. Acessado em 7 jun. 2006.
- NORD, E. Measures of goal attainment and performance in the World Health Report 2000: a brief, critical consumer guide. *Health Policy*, v. 59, n. 3, p. 183-191, 2002.
- OPS. Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas. Washington D.C.: OPS, 2001.
- _____. *Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia*. Washington D.C.: OPS, mayo, 2002.
- PAHO. *Health statistics from the Americas*. Washington, D.C.: PAHO, 2006.
- PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.
- _____. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EdUFBA, 2006.
- _____. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002.
- _____. Tempos de avaliação em saúde. *Rci. Méd. Biol.*, v. 4, n. 1, p. 3-6, 2005.
- _____. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- PATTON, M. Q. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. London: Sage Publications, 1997.
- PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud. Los casos de Brasil y México. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 971-989, 2002.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- _____. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- POTVIN, I. On the nature of programs: health promotion programs as action. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 731-738, 2004.
- QUINHOES, T. A. T.; FLEURY, S. La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años '90. *Salud Colectiva*, v.1, n.2, p. 129-153, 2005.
- ROSSI, P. H.; LIPSEY, H.; FREEMAN, E. *Evaluation, a systematic approach*. Beverly Hills: Sage Publications, 2004.

- SMITH, P. C. Performance measurement in health care: history, challenges and prospects. *Public Money & Management*, v. 25, n. 4, p. 213-220, 2005.
- SOUZA, L. E. *et al.* Comparación del desempeño de los diferentes sistemas de salud de los países de la OCDE y de AL. In: CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* *Entendiendo las transformaciones de los sistemas de salud: una perspectiva canadiense*. Universitté de Montréal, 2002. p. 87-110.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____. *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- THERBORN, G. As teorias do Estado e seus desafios no fim do século. In: SADER, E.; GENTILI, P. *Pós-neoliberalismo I: que Estado para que democracia?* Petrópolis: Vozes, 2000. p. 79-89.
- VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.
- _____. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: _____. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EdUFBA, 2005. p. 15-39.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia-Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo), 2006.
- VAN DER HORST, M. Canada's health care system provides lessons for NPS. *Nurse Practitioner*, v. 17, n. 8, p. 44-50, 1993.
- WARREN, R.; ROOTMAN, I.; WILSON, R. Evaluation of countrywide health promotion policies: the Canadian experience. In: ROOTMAN, I. *et al.* (Eds.). *Evaluation and health promotion: principles and perspectives*. Geneva: WHO, 2001 (WHO Regional Publications, European Series, n. 92).
- WEIL, T. P. Lessons from abroad on health care reform: universal access and cost constraint work in Canada and in Germany. *Health Prog*, v. 74, n. 6, p. 74-8, 1993.
- WILD, C.; GIBIS, B. Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. *Health Policy*, v. 63, n. 2, p. 187-96, 2003.
- VUORI, H. V. *Quality assurance of health services: concepts and methodology*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982.
- WHO. *World Health Report*. Geneva: WHO, 2000.
- WILKINSON, R. G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.

Notas

¹ A responsividade, anglicismo derivado de “responsiveness”, é uma noção introduzida na literatura a partir do relatório da OMS (2000). Diz respeito à capacidade do sistema em responder às expectativas da população.

² Para Contandriopoulos, a intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados num contexto específico, em dado momento, para

produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS, 1997, p. 31).

³ Essa dimensão tem sido avaliada a partir dos seguintes indicadores: “*junior doctors' hours - Vacancy rate - Qualified Allied Health Professionals; Vacancy rate - Qualified nursing, midwifery & health visiting staff; Vacancy rate - Consultants; Sickness absence rate; Clinical negligence; Data quality*” (NHS, 2002).

⁴ Em 1998, cerca de 500 pessoas (gestores da saúde, pesquisadores, profissionais de saúde, representantes governamentais e consumidores) reuniram-se a fim de estabelecer as necessidades de informação em saúde.

⁵ Comunicação de Dra. Suzanne Jackson (Centre for Health Promotion, Toronto, Canadá), na mesa-redonda “Desafios da construção de políticas de promoção da saúde nas Américas”, durante o Seminário *Desafios da Promoção da Saúde: implementação e avaliação de políticas*, promovido pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 20 a 21 de maio de 2002.



Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: notas sobre a análise da demanda a partir do perfil dos pacientes internados no Hospital de Jurujuba, Niterói/RJ

ANA PAULA GULJOR
ROSENI PINHEIRO
ALUÍSIO GOMES DA SILVA JÚNIOR

Introdução

O processo de reforma psiquiátrica brasileira encontra na desinstitucionalização seu pressuposto mais árduo, ou seja, o que tem apresentado maiores obstáculos em sua implementação, tanto do ponto de vista econômico quanto do âmbito técnico e de estruturação da organização de serviços. Sendo a desinstitucionalização um movimento de desconstrução/reconstrução de saberes e práticas, não restringimos sua definição a sinônimo de desospitalização, como o considerava a psiquiatria comunitária americana.¹ Desta forma, o foco deste artigo, para além da conceituação desse processo – que já foi contemplado em artigo anterior (AMARANTE; GULJOR, 2005) – aponta para a discussão inicial dos resultados da pesquisa desenvolvida no âmbito do LAPPIS.²

Utilizando a pesquisa avaliativa, propõe-se realizar um levantamento da demanda de cuidado e suporte de atenção em saúde necessária à clientela de longa permanência internada em hospital psiquiátrico da rede pública de saúde. Ao estabelecer critérios para a análise do que precisa ser contemplado no campo da assistência em saúde mental e suporte psicossocial, busca-se discutir os impasses encontrados, potencializando a ampliação dos processos de reinserção comunitária. Em outras palavras, a análise da demanda constitui o primeiro passo para o planejamento das estratégias em saúde, no que concerne à gestão da política específica da área de saúde mental – neste caso, o aprofundamento do que hoje podemos caracterizar como “necessidades” num processo de desinstitucionalização.

Deste modo, compreendemos as necessidades de saúde a partir da taxonomia adotada por Cecílio (2001, p. 114-115), a qual aponta para uma subdivisão destas em quatro grandes conjuntos. O primeiro aponta para a necessidade de se ter boas condições de vida, seja no que diz respeito às questões ambientais externas, determinantes do processo saúde-doença ou aos espaços/lugares ocupados pelo sujeito na sociedade. O segundo conjunto é a garantia de acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida. O terceiro conjunto: a criação de vínculo entre usuários e equipe de cuidado diz respeito a uma formulação crucial no campo da saúde mental, pois sua viabilização permite abrir um espaço de interlocução possível entre o sujeito em sofrimento e o processo de reabilitação psicossocial. Por fim, o quarto conjunto preconiza a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Desta forma, parece útil a conceituação proposta pelo autor, na medida em que permite, no plano conceitual, superar a visão reducionista de um processo de desinstitucionalização, circunscrito à oferta de tecnologias médico-biológicas e lugar de moradia. De outro lado, a questão da demanda é considerada aqui “uma construção cotidiana, fruto da interação usuário/ profissional de saúde/instituição” (PINHEIRO *et al.* 2005, p. 12), que não se limita à identificação da doença, mas abarca a compreensão do sujeito em sua complexidade.

No contexto dos avanços da reforma psiquiátrica brasileira, apresentamos notas sobre a pesquisa supracitada, cujos resultados analisados parcialmente têm, no perfil da clientela internada e em seu diagnóstico social, os apontamentos para contribuir para a discussão acerca dos desafios a serem superados. Ao mesmo tempo, desmistificam elementos importantes daquilo que por vezes tem sido apontado como característica dessa população-alvo.

A reforma psiquiátrica brasileira e a demanda por cuidado na atenção à saúde mental

Nos últimos anos, a política oficial do Ministério da Saúde (MS), de desativação de leitos psiquiátricos e constituição de uma rede substitutiva com base na atenção psicossocial, tem gerado importantes avanços na lógica da assistência (ruptura com o paradigma hegemônico do racionalismo positivista/modelo médico psicológi-

co). Se por um lado aponta para um caminho que busca a desconstrução do manicômio, voltando-se para o cuidado no território, por outro essa trajetória traz novos desafios.

Delgado (1999, p. 117) postula, em relação ao cuidado psicossocial, que “o serviço só será possível se puder dar uso prático ao conceito de território” e complementa: “o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.” Desta forma, o território é o ponto central na reorientação das políticas de saúde mental e, como consequência, se apresenta como norte nas estratégias de desinstitucionalização.

A reabilitação psicossocial dos usuários de longa permanência institucional perpassa intervenções e interseções de vários campos, pois a integralidade do cuidado implica, além da desospitalização e da moradia: reconstrução de histórias de vida, rede social, emprego, lazer entre outras necessidades que se superpõem à atenção possível apenas através da reorganização de serviços. Ou seja, a reorientação do modelo assistencial com base no marco teórico da atenção psicossocial aponta para um processo de desinstitucionalização que contemple o “sujeito em sua existência-sofrimento” (ROTELLI, 2001).

A realidade da atenção em saúde mental se depara com um importante quantitativo de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos por um período maior que um ano, mas que no contexto de seu perfil clínico-social demandam estratégias de intervenção particulares a cada sujeito. Os CAPS são hoje a principal estratégia na vertente da organização de serviços para atenção à clientela portadora de graves transtornos psíquicos. No entanto, o cuidado universalizante discutido na reforma psiquiátrica propõe a cobertura de uma clientela diversificada, mesmo no que diz respeito à variedade de comprometimentos psíquicos e suas origens, sinalizando para todos a possibilidade de cuidado no espaço do território. Desta forma, amplia-se o olhar para contemplar sujeitos que, para além do desmoronamento impetrado pelo quadro psíquico, se depararam com a deterioração imposta pela exclusão massificante do hospício e seus efeitos na perda da identidade e potência autonomizadora. A partir do ano 2000, no campo das políticas de governo, esse desafio se constitui numa nova etapa – qual seja,

estabelecer condições de possibilidade para a desconstrução dos grandes depósitos humanos ainda existentes no país.

Apesar da redução de 38% dos leitos psiquiátricos no país num período de 13 anos,³ observa-se que grande parte da população internada hoje é constituída por uma clientela de longa permanência. A clientela longamente institucionalizada – herança de décadas de uma política de saúde hospitalocêntrica – é uma massa de moradores de instituições psiquiátricas públicas e privadas marcada pela miséria e destituída, em sua maioria, de seu poder contratual.⁴

Desta, uma parcela significativa é mantida em grandes instituições psiquiátricas com mais de 400 leitos cadastrados, tendo o Ministério da Saúde, de acordo com seu coordenador nacional de saúde mental, contabilizado a existência de 14 instituições desse porte. A estruturação da rede de Centros de Atenção Psicossocial, com seu crescimento exponencial nos últimos anos, mesmo sendo considerado o principal instrumento no cuidado aos portadores de transtornos mentais, ainda não logrou reverter esse quadro.

É uma realidade que a redução do número de internações da clientela assistida pelos CAPS é de ordem superior a 80%, se comparada ao número de internações anteriores à inserção desta nesses dispositivos.⁵ No entanto, é preciso também reconhecer que, ao considerarmos o quantitativo de egressos de internações de longa permanência regularmente inseridos nos serviços, o número ainda é reduzido. Ou seja, a política de desinstitucionalização demanda intervenções para além da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Esse é um novo desafio.

Utilizando a definição de Amarante (2003) sobre as quatro dimensões que envolvem o processo da reforma psiquiátrica, consideramos que, no âmbito jurídico político, paralelamente à regulamentação dos CAPS, também foram publicadas as portarias que regulamentam os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e definem a forma de remuneração suas ações.⁶ Mais recentemente foi sancionada, pelo presidente da República, a lei que institui o Programa De Volta Pra Casa.

A lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, sancionada pelo presidente da República, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para portadores de transtornos mentais egressos de internações. O auxílio

consiste no pagamento de um valor fixo em reais aos egressos de instituições hospitalares psiquiátricas onde tenham permanecido por um período igual ou superior a dois anos na época da publicação da lei. Em alguns municípios também são encontradas legislações específicas instituindo auxílios financeiros à clientela com vários anos de internamento, como no caso do município do Rio de Janeiro, com verbas de reorientação das autorizações de internações hospitalares (AIH) – todos vinculados ao acompanhamento dos contemplados pelos CAPS. Essas medidas oferecem as bases para o suporte extra-hospitalar de uma clientela cujos laços sociais foram marcadamente comprometidos pelo tempo de institucionalização.

É importante destacar que as condições estruturais por si só não determinam o sucesso do processo de desinstitucionalização. Sendo assim, estamos nos referindo ao conceito de desinstitucionalização descrito por Rottelli (2001, p. 29-30):

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. [...] O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. [...] O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.

Neste sentido, aponta-se para a potência da dimensão técnico-assistencial e da dimensão cultural da reforma psiquiátrica citada por Amarante (2003). Nenhuma das duas pode existir isoladamente na constituição de um projeto voltado para a desconstrução dos grandes hospitais psiquiátricos que busque a efetiva reinserção social dos sujeitos envolvidos. Enfatizamos ser determinante tal articulação, sob pena de reduzir este conceito – desinstitucionalização – ao sentido utilizado pela psiquiatria preventiva americana (que cunhou o termo, na década de 50, pela primeira vez), restringindo-o a um sinônimo de desospitalização. Ou seja, não ampliando as ações em relação ao direito ao trabalho, à moradia ou mesmo ao estabelecimento de laços de solidariedade na comunidade onde se insere o louco.

A articulação dos diversos recursos, em paralelo à vontade política dos gestores, precisa somar-se ao exercício de uma clínica com-

prometida com as diretrizes da reforma psiquiátrica e a um processo de transformação cultural dos atores envolvidos, quais sejam, a comunidade/sociedade, os profissionais, os portadores de sofrimento psíquico e suas famílias. O conhecimento e a implementação das noções e conceitos básicos da clínica da atenção psicossocial é determinante na condução dessa trajetória. É preciso enfrentar o desafio do fechamento dos manicômios, mas ter a clareza de que o fechamento não irá sepultar seus valores nos escombros.

Desta forma, como afirmado anteriormente, há de se refletir sobre os motivos da morosidade da redução do quantitativo de pacientes de longa permanência. Apesar da redução de leitos psiquiátricos, ainda é premente a dificuldade dos programas de saúde de saúde mental para efetivar a reinserção social dessa clientela. Assim, apontamos para a estruturação de instrumentos de análise do perfil e demanda da clientela de longa permanência, bem como a avaliação da adequação da oferta de cuidado de forma regionalizada. Esse eixo nos permite pensar tanto no ponto de vista do planejamento e gestão (implantação de serviços, priorização orçamentária, demanda de recursos humanos etc.), quanto do cotidiano do cuidado no campo assistencial (processo de trabalho, menu de atividades, fluxo, vínculo, acolhimento etc.).

Ao apresentar as discussões preliminares deste estudo de caso, buscamos, a partir da realidade da rede assistencial em saúde mental do município de Niterói-RJ, analisar as características de uma população de longa permanência institucional. Voltaremos, posteriormente, para a construção de uma metodologia de avaliação da demanda e da adequação da oferta de cuidado através da pesquisa avaliativa.

Analisar a demanda considerando-a dispositivo⁷ do cuidado parece pertinente para compreender os impulsos da reforma psiquiátrica brasileira, cujos desdobramentos, no que tange à redução da clientela de longa permanência institucional, ainda são insuficientes apesar das diferentes iniciativas de inserção comunitárias em curso. Da mesma forma, as estratégias de avaliação da adequação do cuidado oferecido precisam ser ampliadas, no sentido da construção de uma metodologia comum.

As iniciativas de reinserção comunitária têm sido desenvolvidas de forma particular em cada localidade. Através das portarias minis-

teriais, e respaldados pela lei n. 10.216, os municípios têm criado programas de desinstitucionalização, nos quais o processo de preparo de saída da clientela institucionalizada é acompanhado pela estruturação de uma rede de cuidados territoriais. No entanto, apesar do reconhecimento da demanda por unidades de tratamento extra-hospitalar e moradia,⁸ ainda não estão claramente estabelecidas as especificidades do cuidado a uma clientela cuja consequência dos vários anos de internação foi o esmaecimento de vínculos sociais e perda de uma identidade como cidadão, ou melhor, uma exclusão quase total dos recursos sociais. Poderíamos dizer que a demanda específica do tipo de cuidado não se apresenta definida e/ou socializada de forma equânime entre todos os atores envolvidos no processo de desinstitucionalização. Apontamos para a dificuldade de análise da adequação e efetividade das ações desenvolvidas exceto por alguns indicadores já estabelecidos que, no entanto, reduzem a avaliação a critérios de autonomia pautados em escalas de comportamento padronizadas ou número de internações subsequentes.

Sem desconsiderar o papel de tais indicadores, apontamos para a importância de uma ampliação dos mesmos, de forma a contemplar as peculiaridades regionais e também singulares a cada sujeito envolvido, permitindo ao mesmo tempo balizar estratégias da macropolítica. O processo complexo de desinstitucionalização demanda uma gama de intervenções concretas e subjetivas, da ordem da clínica, do planejamento e gestão e também da cultura da sociedade ainda em construção, principalmente no âmbito da avaliação e monitoramento.

Defendemos a utilização da análise da demanda como dispositivo de cuidado. Esta, ao ser entendida como fruto da inter-relação dos atores envolvidos, se coloca como facilitador na implementação de estratégias que contemplem as diversas facetas do sujeito institucionalizado. Assim, no primeiro momento de análise, apresentamos os resultados do levantamento do perfil clínico e social da clientela, destacando a importância da metodologia escolhida, qual seja a pesquisa avaliativa. Esta possibilita uma aproximação com o campo, de forma a estabelecer durante seu percurso, novos focos de análise a partir do consenso existente sobre a configuração do cuidado em saúde mental (ALVES; GULJOR, 2004; BOFF, 2000), relacionando-o com as necessidades encontradas e estratégias em curso.

O desenho da pesquisa, o cenário de investigação e os procedimentos metodológicos

O desenho da pesquisa consiste no desenvolvimento em duas etapas, com as quais delineamos sua trajetória em prol do cumprimento dos objetivos propostos.

A primeira etapa da pesquisa foi realizada utilizando como campo o hospital psiquiátrico de Jurujuba. Consistiu na aproximação do campo através a interlocução com os atores institucionais e a circunscrição da população a ser analisada, além da revisão bibliográfica sobre o tema (avaliação, desinstitucionalização). A clientela-alvo incluiu todos os pacientes internados nessa instituição há mais de um ano, utilizando como marco referencial o mês de fevereiro de 2006.

Foram considerados os pacientes transinstitucionalizados de outros hospitais psiquiátricos que contabilizavam no somatório o mesmo período de internamento. No total foram encontrados 43 pacientes que preenchiam tal critério. Os dados obtidos foram coletados através das informações registradas em prontuário e complementados com informações fornecidas pelos profissionais das equipes assistentes. Foi utilizado um instrumento elaborado pelos pesquisadores submetidos a pré-teste por amostragem. Do quantitativo geral de pacientes selecionados houve o falecimento de três pessoas (dois homens e uma mulher) durante a fase de análise dos dados. Duas pessoas (mulheres) foram inseridas nos serviços residenciais terapêuticos.

A segunda etapa da pesquisa constituiu da aplicação de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais dos setores do hospital que possuíam usuários de longa permanência institucional e da rede extra-hospitalar. Estes foram definidos a partir do perfil desses serviços, ou melhor, foram selecionados os serviços que possuem uma clientela significativa de pacientes com histórico de longa permanência institucional. Sendo assim, os profissionais entrevistados exerciam suas funções nos dois CAPS II do município, nos serviços residenciais terapêuticos e no ambulatório do HPJ. No total foram entrevistados 29 profissionais.

Cabe ressaltar que os CAPS são responsáveis pelo tratamento da clientela desinstitucionalizada que retornou para a família, que residem nos serviços residenciais terapêuticos municipais e também al-

guns internados no setor do HPJ, denominado albergue. O ambulatório do HPJ, devido à peculiaridade de sua localização, acolhe um quantitativo de pacientes ainda internados no albergue e outros com história de longa permanência que já residem na comunidade. Alguns freqüentam paralelamente o Centro de Convivência anexo. Para tanto, foi realizado um recorte de profissionais por amostragem devido ao grande quantitativo que traria dificuldades em relação ao período determinado para duração da pesquisa. Deste modo, foram escolhidos um profissional por categoria existente em cada setor hospitalar e o mesmo com os profissionais dos serviços extra-hospitalares. A análise do material empírico coletado nas entrevistas não será objeto deste trabalho, tendo em vista sua não-conclusão. As impressões do campo foram utilizadas como auxiliares nas idéias aqui propostas.

Niterói: o desenho da rede

A escolha do campo de pesquisa se deve a características do município proposto e da instituição-alvo. O município de Niterói se localiza na região metropolitana do Rio de Janeiro e possui uma população de aproximadamente 500.000 habitantes. Possui uma rede de saúde mental pública municipal estruturada no marco da reforma psiquiátrica, cujo processo foi iniciado na década de 80. Na década de 90 foi criada uma porta de entrada única para as internações psiquiátricas municipais, localizada no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – a qual permitiu a coordenação de saúde mental local exercer o controle das emissões de autorizações de internação hospitalar (AIH).

De acordo com dados do relatório de gestão anual referente ao ano de 2005, a rede de saúde mental é composta por: rede de cuidado extra-hospitalar: dois Centros de Atenção Psicossocial II para portadores de transtornos mentais graves, um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI), um Centro de Convivência, seis Ambulatórios de Saúde Mental regionalizados, sendo um localizado no hospital psiquiátrico municipal, e dois serviços residenciais terapêuticos. O programa médico de família (PMF) realiza atendimentos em saúde mental com estratégia conjunta aos serviços especializados em saúde mental e supervisão específica aos módulos por região de cobertura.

Ainda na rede extra-hospitalar, encontramos um dispositivo denominado “Programa de Acompanhamento Domiciliar”, que consiste em no mínimo dois profissionais de nível médio lotados nos serviços de saúde mental (CAPS e ambulatorios), os quais realizam a intermediação dos usuários da rede com o território, através de visitas domiciliares e acompanhamentos em ações específicas do cotidiano do cuidado. Com relação à rede hospitalar, o município de Niterói possui duas clínicas conveniadas ao SUS, sendo uma para internações masculinas com 80 leitos e uma para internação de ambos os sexos com 120 leitos e um hospital psiquiátrico próprio, com 120 leitos.

Nos dados específicos da clientela de longa permanência institucional, os documentos institucionais consultados descrevem a existência de uma equipe multiprofissional responsável pela supervisão da rede hospitalar contratada, cujas funções prioritárias estão referidas como “auxiliar a alta planejada para os pacientes de longa permanência institucional e a articulação com o tratamento pós-alta na rede extra-hospitalar” (FMS, 2006).

No que diz respeito à população-alvo da pesquisa, existiam em dezembro de 2005 200 pacientes moradores de hospitais psiquiátricos na cidade. Os mesmos se encontravam distribuídos da seguinte forma: 40 pacientes na clínica conveniada contratada masculina, 45 pacientes no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (dado que no período definido como marco da pesquisa contabilizava 43 pessoas) e 115 pacientes na clínica conveniada com leitos femininos. No período de 2004-2005 foram desinstitucionalizados 33 pacientes e 12 residem em dois serviços residenciais terapêuticos (CSM, 2006).

O campo da pesquisa: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

O Hospital de Jurujuba (HPJ) localiza-se no bairro de Charitas, no município de Niterói e foi fundado na década de 50 do século passado. Já chegou a possuir mais de mil leitos até a década de 70. Com o processo de reforma psiquiátrica, estes foram sendo reduzidos progressivamente e hoje possui 120 leitos cadastrados. Em suas dependências se localiza o serviço de recepção integrada SRI - setor de emergência psiquiátrica com seis leitos de observação. O mesmo constitui porta de entrada para as internações da rede hospitalar própria e contratada. Possui uma equipe multiprofissional e em al-

guns casos são realizadas internações curtas de até 72 horas em média. O HPJ possui ambulatório especializado com equipe multiprofissional e conta com oficinas terapêuticas. Em espaço anexo externo está localizado um centro de convivência, que atende pacientes desse ambulatório e de outros serviços da rede.

O hospital é subdividido em cinco setores de internamento – enfermaria feminina para internação de pacientes agudos (32 leitos), enfermaria masculina (29 leitos), setor de internação para usuários de álcool e outras drogas (12 leitos), albergue atualmente com 17 pacientes e 14 no setor de longa permanência. Os dois últimos são destinados a pacientes moradores e diferenciam-se entre si pela intensidade do suporte necessário à clientela assistida.

Apesar de a diretriz norteadora do programa de saúde mental coadunar com estratégias que contemplam o cuidado territorial, no estudo realizado encontramos uma realidade onde cerca de um terço dos pacientes (43 pessoas) se encontravam internados há mais de um ano. Estes estavam localizados em quase todos os setores da instituição, qual seja, de agudos (masculino e feminino), de cuidados intensivos (longa permanência) e de preparo para reinserção comunitária (albergue).

O hospital conta com uma residência médica em psiquiatria e um curso de especialização em saúde mental (estágio multiprofissional em nível de residência) em parceria com a Universidade Federal Fluminense, além de ser campo de estágio de graduação. Sendo assim, se caracteriza por ser um campo de desenvolvimento de novas práticas de cuidado em saúde mental, além do ensino voltado para a formação de recursos humanos para o SUS. No entanto, preserva características peculiares a todos os hospitais psiquiátricos: sua grande clientela institucionalizada (percentualmente, se comparada ao total de leitos).

A partir desses pressupostos, a inserção do pesquisador se apresenta como natural ao perfil da instituição, além de contribuir para repensar das estratégias de cuidado em curso.

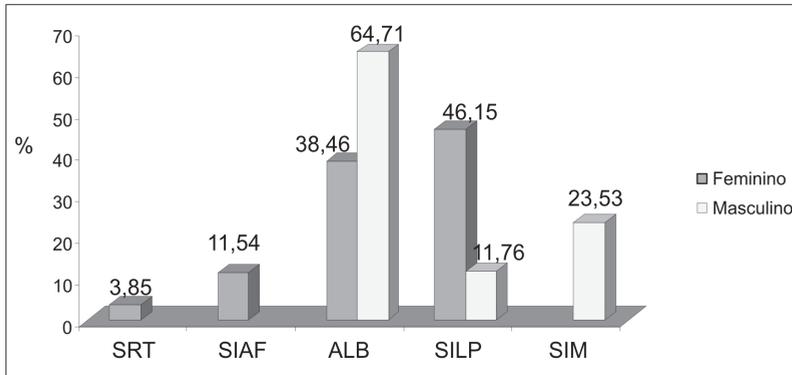
Resultados preliminares: análise descritiva do perfil dos pacientes internados

Conforme descrito anteriormente, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba possuía 43 pacientes internados com tempo de permanência

igual ou superior a um ano de internação hospitalar, dos quais 60,46% (26 pacientes) eram do sexo feminino e 39,53% (17 pacientes) do sexo masculino, divididos de forma assimétrica entre quatro setores.

Nas enfermarias destinadas a pacientes agudos, encontravam-se quatro homens e três mulheres que preenchiam esse critério. No setor de longa permanência e albergue, todos os pacientes se encontravam no hospital há mais de um ano. No albergue havia 22 pacientes divididos igualmente por sexo (50%). No setor de longa permanência havia um predomínio do sexo feminino com 85,7% (12 pacientes). (Gráfico 1)

GRÁFICO 1: Proporção de pacientes por setor de internação por sexo



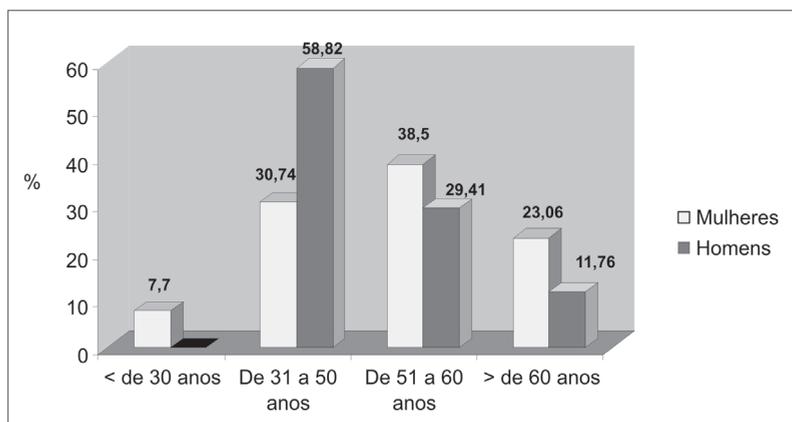
Destaca-se um paciente do setor de agudos feminino transinstitucionalizada de uma das clínicas privadas conveniadas com tempo de internação no HPJ de dez meses. Entretanto, contabilizava 22 anos de internação ininterrupta se somado o tempo na instituição anterior. A transinstitucionalização foi uma característica encontrada em 6,9% da clientela e em sua totalidade advindos de clínicas conveniadas. Podemos ressaltar, nessa instituição, a inversão de um movimento que durante décadas foi observado na dinâmica de internações psiquiátricas, onde pacientes, após alguns anos de internamento, eram transferidos para hospitais conveniados com características macroasilares, sem perspectiva de reinserção social. Observou-se, no caso dos pacientes analisados, sua absorção com vistas a um processo de reintegração comunitária. Um destes, duran-

te a análise, foi inserido num serviço residencial terapêutico e outro tem freqüentado o CAPS regularmente durante a internação.

Aspecto importante encontrado foi a confiabilidade de informações sobre dados de identificação dos pacientes. Não foi possível obter a confirmação do nome completo de 37,2% dos pacientes, tendo sido essa informação fornecida pelo próprio ou por algum informante à época da internação. Destes, 75% são mulheres. Além de 4,6% terem seus nomes e datas de nascimento cunhados pela equipe, por impossibilidade na obtenção de qualquer informação fidedigna.

Em relação à idade, no total da amostra, 41,86% se encontram na faixa de 31 a 50 anos. Esse é o predomínio ao considerarmos o sexo masculino, onde verificamos 58,82% da população. Encontra-se um diferencial relativo ao sexo na faixa etária entre 51 e 60 anos onde se concentram 38,5% do sexo feminino. Acima de 60 anos observou-se um total de 18,6% dos pacientes. Ao aprofundarmos a análise por faixas etárias mais estreitas, no universo geral teremos 4,6% dos pacientes na faixa entre 18 e 30 anos (mulheres na totalidade). Entre 51 e 60 anos, o quantitativo geral da amostra é de 34,9%.

GRÁFICO 2: Proporção de pacientes por faixa etária por sexo



Podemos sinalizar para uma realidade na qual a maior parte da clientela internada se encontra ainda na faixa etária produtiva, principalmente ao cruzarmos os dados com o tempo no qual se encon-

tram internados. Em sua maioria, estes nunca foram inseridos no mercado formal de trabalho e como consequência não são contemplados com auxílios previdenciários por doença. Sendo assim, o percurso da desinstitucionalização perpassa a necessidade de geração de renda, seja através de iniciativas de inserção laborativa ou benefícios previdenciários. Ainda nesta discussão caracterizamos outro impasse: a existência de registros em prontuário de documentação de apenas 55,8% dos pacientes.

No que tange aos dados sociais, analisamos que 72,1% da clientela possuíam referência de moradia anterior à internação. Destes, 25,8% residiam em casa própria ou alugada, 51,6% residiam com a família, 3,2% residiam em casa de amigo e o mesmo quantitativo tinha a referência de um endereço residencial sem especificação; 16% não estavam informados no prontuário.

GRÁFICO 3: Proporção de pacientes que possuíam moradia à época da internação

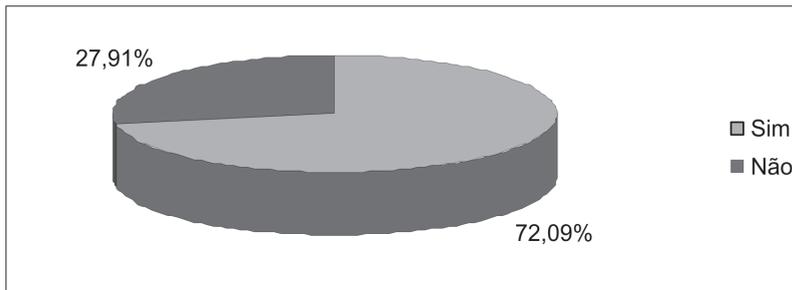
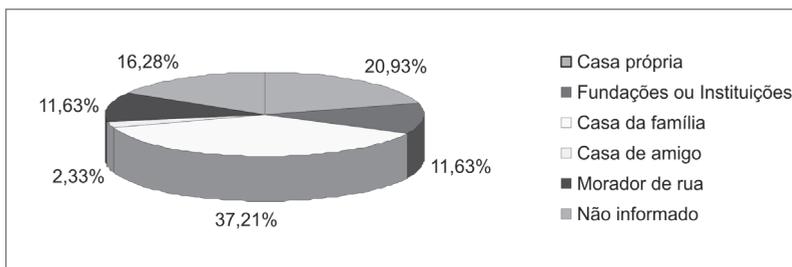


GRÁFICO 4: Proporção de pacientes por tipo de moradia à época da internação



Destacamos que, dos 27,9% (12) que não possuíam residência, 25% (3) residiam em abrigos públicos, 16,6% (2) em hotéis e 41% (5) eram moradores de rua. Um dos pacientes do grupo foi transferido de um hospital clínico e outro não tinha especificação no prontuário. Ao realizarmos o cruzamento por sexo, entre a população de rua, quatro eram do sexo feminino, sendo apenas um do sexo masculino. Além disso, 66% dos pacientes que não possuíam residência eram do sexo feminino. Esta característica nos faz refletir que, no caso estudado, a clientela de longa permanência institucional não é constituída majoritariamente da chamada população em situação de rua, apesar de possuir pequeno quantitativo com tal característica. No contexto geral, a maioria possuía alguma forma de vínculo familiar e residia em moradias fixas.

Quanto à referência ao local de moradia, 39 dos 43 pacientes investigados eram do estado do Rio de Janeiro. Os demais não possuíam tal informação. Destes, 54% eram oriundos do município de Niterói, sendo os 32% restantes oriundos de municípios vizinhos da região metropolitana (Rio de Janeiro, São Gonçalo e Itaboraí), cidades da Baixada Fluminense (Duque de Caxias e Nova Iguaçu) ou interior do estado (Macaé e Itaocara). Podemos perceber que a institucionalização ocorreu, em sua maior parte, em pessoas da própria região, o que nos faz repensar as estratégias de saúde mental adotadas na localidade à época do internamento.

Sobre a documentação, encontramos que 55,8% (24) possuem documentação, sendo que apenas 44,1% (19) possuem carteira de identidade (RG). Quanto ao cadastro de pessoa física (CPF), havia o registro em 30,2% (13) dos casos. Do universo geral, 20,9% tinham certidão de nascimento. Chama atenção o fato de não haver informação em prontuário sobre documentação em 25,58% dos casos investigados. Destaca-se um quantitativo maior de pacientes do sexo feminino sem identificação e/ou com dados sobre tal dado não informado.

GRÁFICO 5: Proporção de indivíduos com algum tipo de identificação

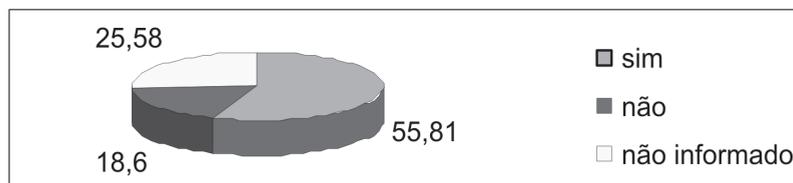
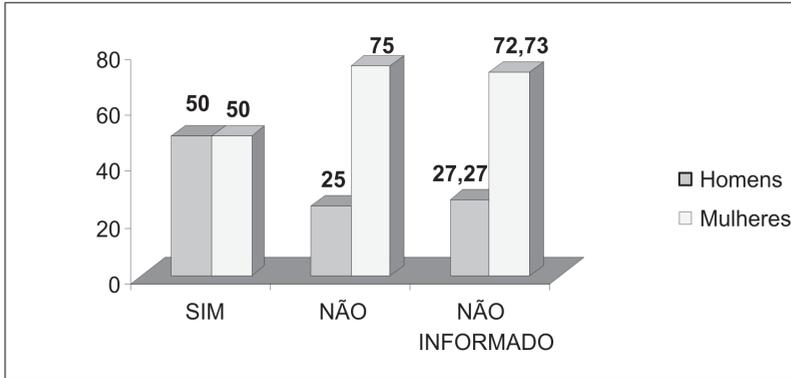


GRÁFICO 6: Proporção de indivíduos que possuem documentos por sexo



No que diz respeito a atividades laborativas, observamos que 62,8% dos pacientes já haviam exercido alguma forma de trabalho remunerado e 32,5% não possuíam história de trabalho produtivo anterior à internação. Em 4,6% dos casos não havia informação em prontuário. No cruzamento por sexo do dado “história de trabalho produtivo anterior à internação”, encontramos 70,5% de trabalhadores entre os homens e 57,6% entre as mulheres. Quanto ao tipo de atividade exercida, no quantitativo geral, encontramos o predomínio de atividades do setor informal ou do setor terciário (serviços) com 66,6% entre os homens, sendo que 50% exerciam atividades com algum tipo de qualificação profissional. Apenas um paciente masculino exerceu atividade com formação de 3º grau. Entre as mulheres, a atividades mais freqüente foram profissões ligadas aos cuidados do lar (empregada doméstica, lavadeira e babá), com 58,8%. Entre as pacientes do sexo feminino, 17,6% já haviam exercido funções com qualificação profissional específica. Nenhum paciente que compunha a amostra possuía algum tipo de ocupação laborativa no momento da coleta de dados para a pesquisa.

No que diz respeito aos rendimentos, observou-se que, do quantitativo geral de analisados (43), apenas 32,5% (14) possuíam alguma forma de recurso financeiro, subdividido nas seguintes modalidades: aposentadoria - 9,3%; benefício de prestação continuada - 18,6%; pensionistas - 4,6%.

Em relação à existência de família foi observado que 74,4% (33) possuíam algum familiar com parentesco de 1º grau vivo. Destes 78,12% (25) possuíam como familiares irmãos, 42,4% (14) possuíam filhos, 24,2% possuíam mãe e 15,5% (5) possuíam pai. Há relato de esposa em 3% (1) dos analisados. No quantitativo geral em 18,6% (8) não constavam referências a familiares e 7% (3) não havia informação disponível sobre este item. No que se refere ao vínculo com a família - neste item a pergunta formulada era 'conta com a família?' - os resultados apontaram que em apenas 27,9% dos casos este vínculo existia. Em 65,1% dos casos não havia qualquer vínculo com os familiares descrito. Em 7% não havia informações disponíveis sobre a questão. Ao ser formulada a questão 'com quem conta', os resultados obtidos demonstraram que 60,4% do universo de pacientes pesquisados não possuíam qualquer vínculo externo. Entre os 27,91% (12) do universo geral que contam com algum vínculo externo, 23,26% (10) contavam com familiares com parentesco de 1º grau e 4,65% (2) conta com amigos.

GRÁFICO 7: Proporção de indivíduos que possuem família

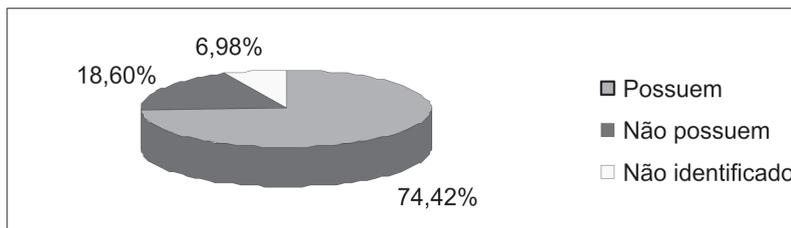
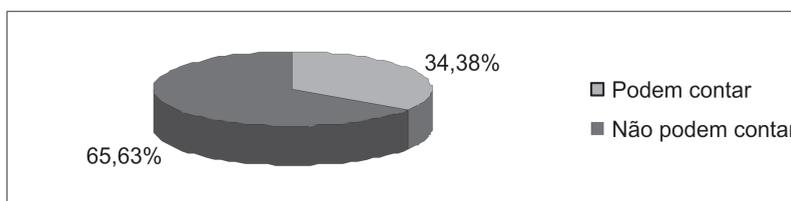


GRÁFICO 8: Proporção de indivíduos que contam com suporte familiar entre os que possuem família



À guisa de conclusão

Na análise inicial dos dados coletados observamos, no contexto dos novos serviços estruturados a partir da reforma psiquiátrica, a clientela internada apresenta um diferencial no que diz respeito à divisão por sexo: ao ser comparada à clientela dos Centros de Atenção Psicossocial, encontramos predomínio do sexo feminino. Esse predomínio é mais marcado no setor de longa permanência, onde permanecem pacientes com maior grau de comprometimento psíquico.

Em relação à idade, podemos observar que há predomínio da faixa etária entre 31 a 50 anos para o sexo masculino, sendo o predomínio de mulheres em uma faixa entre 51 e 60 anos, mas ainda assim com um quantitativo importante destas na faixa etária anterior, se comparada aos homens. Abaixo de 30 anos apenas foram encontrados pacientes do sexo feminino e em número reduzido. Podemos considerar que, apesar de se encontrarem em sua maioria na faixa produtiva, a maior concentração não está localizada numa faixa de maior facilidade de absorção pelo mercado de trabalho.

Outro aspecto relevante é que a maioria dos pesquisados já havia exercido atividade laborativa e o desdobramento da análise dos dados poderá sinalizar uma avaliação quanto à interrupção de seu processo produtivo – se no período da irrupção do quadro psiquiátrico ou a partir do período de internamento prolongado.

Ainda considerando este item, observamos precariedade da qualificação profissional, o que sinaliza a necessidade de criação de mecanismos de suporte social efetivo que permitam a geração de renda. Ao considerarmos o papel da “produção” em nosso meio, a precariedade da inserção laborativa encontrada justifica não apenas o esmaecimento do vínculo mas também o lugar “marginal” ocupado por essa população.

Esta ponderação se torna mais premente ao resgatarmos que o valor social de cada indivíduo no atual sistema é determinado por seu papel no mercado produtivo. Desta forma, a clientela em foco tem seu lugar reposicionado para um lugar de exclusão. Como uma outra nuance desta discussão, os resultados obtidos quanto ao rendimento destacam que apenas um terço da clientela possui alguma forma de rendimento que em sua maioria é oriundo do benefício de prestação continuada (BPC) do Ministério da Previdência Social.

Consideramos ainda a questão da documentação como crucial no processo de cuidado voltado à reinserção social da clientela. É marcada a dificuldade na sua operacionalização, fato confirmado ao contabilizarmos que menos da metade do universo pesquisado possui registro geral (carteira de identidade). De forma objetiva foi percebido que mesmo no que diz respeito ao registro da existência de tais documentos não havia clareza nas fontes oficiais. Deste modo, acreditamos que este aspecto se apresenta como um dos principais impasses da assistência à clientela de longa permanência institucional, pois grande parte da população estudada não possui sequer a certidão de nascimento.

Isto nos faz refletir se esses sujeitos, que até a consolidação do movimento de reforma psiquiátrica ficaram esquecidos por décadas, em algum momento fizeram parte dos que oficialmente são considerados brasileiros. Sem a intenção de discorrer por um discurso revolucionário, sinalizamos que, para o exercício amplo de cidadania, é necessário o primeiro passo, que seria existir perante a lei. Num âmbito mais pragmático, a ausência de documentação implica impossibilidade de acesso aos recursos da seguridade social e em alguns casos até a obtenção de determinados procedimentos de saúde.

Dentre as questões levantadas na análise, outro ponto a ser destacado é a existência de familiares vivos de mais de dois terços da clientela. Este fato, entretanto, não se reflete na existência de vínculos efetivos, e a maior parte dos pacientes de longa permanência institucional não conta com qualquer suporte externo. Em sua larga maioria este está restrito ao cuidado oferecido pela equipe de saúde mental. A deterioração de laços relacionais circunscreve a fragilidade da sustentação desses sujeitos na sociedade de trocas à qual pertencemos. Assim, a necessidade de construir redes sociais se apresenta como um norteador das estratégias de reinserção psicossocial e, no caso estudado, sinaliza a premência da construção de um movimento neste sentido.

As questões até o momento levantadas nos conduzem a diversos desafios. Estes não são novos se considerarmos a população brasileira e seus bolsões de miséria. No entanto, as estratégias a serem traçadas no campo da saúde mental em relação à clientela de longa permanência institucional consistem num trabalho intersetorial e diz respeito não apenas à saúde e/ou ao SUS.

No decorrer deste ensaio, sinalizamos para a questão das necessidades da clientela de longa permanência institucional, apontando que a análise da demanda pode ser um dispositivo orientador do cuidado a ser oferecido. Entendemos este aspecto da avaliação como um potente instrumento de condução clínica. Deste modo, destacamos a noção da avaliação como uma estratégia de intervenção – um fenômeno de ação – a qual se constitui em instrumento para tomada de decisão e produção de conhecimento que não se restringe a um lugar passivo de julgamento. Considerando a demanda como um construto dos atores envolvidos, sua análise aprofundada permite reconhecer os sujeitos envolvidos, incluindo o que diz respeito ao processo de trabalho em curso.

Sendo assim, levantar aspectos como o perfil social dessa clientela, para além de uma estatística epidemiológica, busca circunscrever questões que delimitam importantes impasses da desinstitucionalização.

Agradecimentos

Agradecemos a Jaqueline Robaina, psicóloga e doutoranda de Epidemiologia, no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS-UERJ, por sua colaboração fundamental no tratamento dos dados.

Referências

- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004, p. 221-240.
- AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 65-76.
- AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45-65.
- BASAGLIA, F. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: _____. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005. p. 35-59.
- BOFF, L. Cuidado: o ethos do humano. In: FERREIRA, G.; FONSECA, P. (Orgs.). *Conversando em casa*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2000. p.73-78.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Informativo da Saúde Mental, nº 13, fevereiro/2004b*.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *De Volta para Casa: Manual do programa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- CARDOSO, C. S. *et al.* Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1.338-1348, set-out. 2005.
- CECÍLIO, L. C. O., As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.113-126.
- COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. *Relatório de Gestão 2005 do Programa de Saúde Mental*. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, maio 2006. Mimeo.
- DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 113-121, 1999.
- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI. *A Saúde Mental em Niterói: uma experiência de Reforma Psiquiátrica*. Mimeo. Niterói, maio-2006, 02p.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. *Relatório de assessoria técnica do convênio IFB/CAPS-SMS/RJ: Consolidação de serviços municipais de atenção psicossocial nas regiões Bangu, Campo Grande, Irajá e Santa Cruz*. Relatório semestral. Rio de Janeiro: IFB, julho/dezembro 2002.
- KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). *Contra maré à beira-mar. A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1996. p. 67-77.
- MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais In: HARTZ, Z.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- PINHEIRO, R. *et al.* Demanda à saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 65-76.
- ROTELLI, F. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Orgs.). *Desinstitucionalização*. 2 ed. São Paulo:Hucitec, 2001. p. 17-59.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos metodológicos e conceituais. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.
- TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001, p. 73-85.

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

VASCONCELOS, E. M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar*. epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

Notas

¹ Ver mais sobre o tema em Amarante e Guljor (2005) e Alves e Guljor (2004).

² A pesquisa “Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: avaliação da demanda e adequação da oferta de cuidado” é desenvolvida pelo grupo de pesquisa do CNPq LAPPIS, que conta com a participação e apoio de pesquisadores de diferentes instituições no país, entre as quais se destacam o IMS-UERJ e o Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC-UFF) e Hospital Psiquiátrico de Jurujuba-FMS Niterói, com financiamento FAPERJ.

³ Em 1996 existiam 85.037 leitos psiquiátricos no país (COSAM/DAPS/SAS/MS, 1996). Em 2004 o Ministério da Saúde contabilizou um total de 52.406 leitos (BRASIL, 2004b).

⁴ De acordo com Kinoshita (1996), o poder contratual é o valor atribuído a cada indivíduo dentro do universo social, sendo este o pressuposto para o processo de trocas sociais.

⁵ Dados do relatório semestral do Instituto Franco Basaglia (2002).

⁶ Respectivamente, portarias MS/106, de 11/02/2000 e MS/1.220, de novembro de 2000.

⁷ Utilizamos aqui a noção de dispositivo descrita por Foucault (1998, p. 244): “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos”. Deste modo, o autor ainda acrescenta que o dispositivo, entre outras coisas, pode funcionar como reinterpretação de uma prática antes negativa, [...] dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidades”.

⁸ Os serviços residenciais terapêuticos regulamentados pela lei GM n° 106/2000, como substitutivos à internação prolongada, possuem como determinação que a clientela residente seja vinculada a um Centro da Atenção Psicossocial, o qual seria responsável por seu acompanhamento e cuidado.

O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas?

ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA
REGINA FARIA
HUDSON PACÍFICO

Introdução

A partir dos anos 70, a análise sobre políticas públicas e funcionamento do Estado introduz fortemente a idéia de sistema e regulação, acentuando a avaliação como mecanismo essencial para o cumprimento das tarefas de regulação e para o bom funcionamento dos sistemas.

A idéia de sistemas organizados complexos visando à resolução de problemas coletivos colocou em destaque as noções de rede e de elos de interdependência e coesão, unindo diferentes atores e serviços do sistema. Sobretudo, ressaltou a emergência de elos informais, sem base jurídica específica e sem processos institucionalizados de negociação de interesses.

Cabe salientar que a noção de redes sociais contempla não somente as relações entre agentes públicos, mas também as complexas relações e interdependências entre gestores e representantes da sociedade.

A idéia de que as redes de ação social são suscetíveis de melhorar a eficácia da governança de determinada política estimulou recentemente uma série de estudos empíricos sobre os modos de funcionamento das redes de políticas públicas em diversos setores. Por outro lado, o intenso processo de descentralização que aconteceu em diferentes países, como diretriz estruturante da ação pública, atualizou e colocou em maior relevo os estudos sobre redes de ação social e introduziu novos parâmetros e práticas para as atividades de avaliação e regulação.

No Brasil, esses estudos proliferaram mais na área social e a saúde talvez tenha sido um campo por excelência dessas investigações, tendo em vista o próprio desenho da política da saúde, onde se combinam de forma complexa as diretrizes da descentralização e de constituição do sistema. Nesse setor, um grande número de estudos sobre o tema das redes e das formas de representação da sociedade na política contribuiu para desenvolver novas teorias sobre o modo de operação dos complexos sistemas de prestação de serviços públicos. Entretanto, as exigências atuais para gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) demandam a tarefa complexa de combinar saberes e práticas de avaliação, com formação e participação na saúde, pois é a partir desses novos processos de avaliação e tomada de decisão que será possível efetivar a integralidade na saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

SUS, sistema e redes

O SUS conforma um conjunto amplo de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), da administração direta e indireta (fundações, autarquias etc.) e, ainda, por um grande número de prestadores privados que participam do sistema mediante contratação ou convênio, especialmente na área hospitalar. Alguns dados relativos à capacidade instalada, produção de serviços e financiamento permitem verificar a dimensão do SUS enquanto política pública de âmbito nacional:¹

- rede composta por mais de 63 mil unidades ambulatoriais, sendo que 75% pertencem aos municípios, e cerca de 5.800 hospitais (públicos, privados e universitários), com aproximadamente 440 mil leitos distribuídos em todas as especialidades;
- produção anual de 11,4 milhões de internações hospitalares e de mais de 2 bilhões de procedimentos ambulatoriais, sendo 1,1 bilhão em procedimentos de atenção básica, 725 milhões de procedimentos ambulatoriais especializados e 323 milhões de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade;
- recursos públicos alocados no montante de R\$ 53,6 bilhões, sendo R\$ 27,2 bilhões (50,7%) provenientes do governo federal, R\$ 12,2 bilhões (22,7%) dos estados e R\$ 14,2 bilhões (26,5%) dos municípios.

Como se pode inferir pelos dados apresentados, uma multiplicidade de atores, públicos e privados, localizados em todos os níveis da atenção, dentro e fora do sistema, participam, são afetados ou estão interessados no processo de implementação do SUS, incluindo desde gestores, profissionais de saúde e usuários, até empresas que conformam o complexo industrial da saúde, produzindo e vendendo medicamentos, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico, equipamentos médicos, próteses e órteses, materiais de consumo etc. Isso significa que o SUS, enquanto política pública, constitui uma arena de conflitos onde atuam diversos grupos de interesse, que ora contribuem para dar sustentação e legitimidade à política, ora estabelecem nós críticos responsáveis por tensionar sua implementação.

Sendo assim, um primeiro ponto a ser destacado diz respeito à implementação de políticas sociais complexas em Estados democráticos e federativos, nos quais os diferentes níveis de governo são dotados de autonomia política e fiscal. É o caso do Brasil, onde estados e municípios desempenham funções de gestão de políticas públicas por adesão a algum programa proposto pela esfera federal, embora também possam desempenhar essas funções por iniciativa própria ou, ainda, por expressa imposição constitucional.

Como se sabe, os princípios do SUS, assim como suas diretrizes de organização, foram definidos na Constituição de 1988 e regulamentados em legislação posterior, constituindo uma política nacional. No entanto, sua implementação depende, em grande medida, da adesão de estados e municípios às estratégias e programas formulados no nível central. Vale dizer, o SUS, enquanto política pública de âmbito nacional, só pode ser implementado pelo estabelecimento de relações intergovernamentais e, por isso mesmo, demanda a formulação de uma adequada estrutura de incentivos capaz de induzir os diversos atores a um comportamento cooperativo. Essa estrutura de incentivos se faz necessária porque estados e municípios, que são os agentes implementadores do SUS nos níveis regional e local, tendem a manter relações marcadas por disputas predatórias por recursos e ausência de comportamentos cooperativos.

A descentralização das ações e serviços de saúde para as esferas locais, associada à diretriz de gestão única em cada esfera de governo,

implica uma dificuldade adicional na implementação da política de saúde – a conformação de três arranjos institucionais no âmbito do SUS: os sistemas municipais de saúde, os sistemas estaduais e o sistema nacional. Isso porque o Brasil conta com mais de 5.600 municípios, a maioria com população até 20 mil habitantes, com limitada capacidade fiscal, administrativa, técnica e política para gerir programas sociais complexos, conformando sistemas municipais de saúde atomizados e com baixa resolutividade. Ao mesmo tempo, verifica-se grande diversidade de respostas municipais na provisão de serviços de saúde, decorrente das profundas disparidades regionais e locais, associadas a formas pretéritas de organização dos serviços, ao padrão de financiamento e gasto local com saúde, às estruturas de governança existentes etc.

Dentro desse contexto, no qual estados e municípios devem garantir o atendimento integral para seus habitantes e conformar redes regionais de saúde, cabe indagar, como o fazem Viana *et al.* (2002), como é possível a convivência pacífica de uma política cujo perfil incorpora uma proposta fortemente descentralizadora e, ao mesmo tempo, exige um pacto federativo mais cooperativo, como o SUS, com relações intergovernamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade.

É certo que o SUS representa um caso bem-sucedido na criação de espaços de representação, negociação e articulação de interesses, constituindo inclusive um modelo paradigmático de organização para outras políticas setoriais. Entretanto, é necessário reconhecer que esse modelo, pelas características já apresentadas, não logrou superar as contradições e os conflitos inerentes às relações intergovernamentais geradas num quadro de federalismo predatório.

A adoção de normas operacionais, por sua vez, embora tenha contribuído para estabelecer as regras básicas de funcionamento do sistema, constitui um modelo que parece ter-se esgotado, seja pela dificuldade de impor normas gerais num país de grande extensão territorial e enormes desigualdades regionais, seja pela complexidade e detalhamento das normas técnico-operacionais editadas para essa finalidade.

A constatação desse esgotamento e das dificuldades no processo de implementação da política de saúde, especialmente pelo fato de que o SUS representa um sistema que funciona de forma complexa como rede, levou os gestores dos três níveis de governo a discutir e rever várias dimensões do funcionamento do SUS. Como resultado da discussão conjunta, os gestores assumiram o compromisso público da construção do chamado “Pacto pela Saúde 2006”, conjunto de prioridades integradas e articuladas em três componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Entre as novidades trazidas pela nova pactuação, destacam-se (CONASS, 2006): a instituição de acordos anuais obrigatórios; a mudança do foco de gestão, da ênfase nos processos operacionais para resultados de saúde; a instituição de Termos de Compromisso de Gestão, firmados pela União, estados e municípios, contendo metas e objetivos a serem alcançados nos indicadores de saúde; a extinção do processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido pela NOB-SUS/96 e pela NOAS-SUS 2002; o reforço à descentralização das atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios; o reforço à territorialização como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; alocação de recursos federais em cinco blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidades, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.

Como se pode notar, as mudanças caminham no sentido de destacar a interdependência existente no âmbito do SUS, reconhecendo as inúmeras dificuldades de implementar uma política pública descentralizada num país com as características do Brasil e, sobretudo, sem que se leve em consideração as noções de rede e da necessidade de democratizar o processo de decisão pública.

Por isso mesmo, as atividades de avaliação no SUS requerem novos paradigmas, de forma a combinar visões mais ortodoxas de avaliação com aquelas que auxiliem na formação e democratização do sistema, sem o qual os próprios sujeitos do sistema estarão alienados dos propósitos da ação pública e a própria gestão em redes pode ser comprometida. A criação de novos modelos e desenhos avaliativos, nos quais a ênfase recai na criação de espaços institucionalizados de geração de informação e aferição de resulta-

dos, na formação de profissionais aptos a tomar decisões não somente baseados em informações, mas sobretudo em processos de negociação, e em novas formas de integração entre serviços e instituições acadêmicas, pode contribuir para o desenvolvimento de novas práticas de gestão em redes e para a efetivação da integralidade na saúde.

A seguir traçaremos um quadro teórico-histórico do desenvolvimento da avaliação, com o intuito de propor uma reflexão que evidencie não só os méritos de cada prática de avaliação, mas que reforce a possibilidade de existir tipos harmoniosos de convivência entre práticas positivistas e integrativas no processo de avaliação.

A avaliação na visão clássica

A política pública constitui um conjunto de decisões de diferentes níveis jurídicos para a produção de ações coerentes e dirigidas para objetivos constantemente (re)desenhados por atores privados, corporativos ou governamentais, com o intuito de resolver um problema social (BUSSMANN *et al.*, 1998). Uma política pública geralmente compreende um programa administrativo que fixa as bases jurídicas para a definição dos objetivos, dos instrumentos de intervenção e das características institucionais, organizacionais, financeiras e operacionais da administração social e/ou política da política pública. Participam de uma política pública diversos atores que, graças a seus próprios recursos e repartição de competências, podem exercer influência sobre um ou vários processos de decisão envolvidos na política.

Embora possa variar quanto aos fundamentos e quanto ao seu conteúdo concreto, a visão da boa governança atribui ao Estado e às políticas públicas papel fundamental na promoção de bem-estar social ao alcance de todos e na construção de sociedades mais justas e menos desiguais. De acordo com essa concepção, as políticas públicas são, por excelência, os instrumentos que concretizam a ação do Estado, e sua análise configura área profissional de caráter multidisciplinar.

A *análise sociopolítica* das políticas públicas utiliza instrumentos teóricos e técnicos que, subordinados a escolhas paradigmáticas (marxismo crítico, estrutural-funcionalismo, novo institucionalismo etc.) tratam de verificar e desenvolver teorias explicativas dos proces-

tos políticos envolvidos no campo das políticas públicas (sistema político, Estado, administração pública). Esta modalidade de análise envolve, prioritariamente, o concurso de cientistas sociais.

A *análise instrumental* das políticas públicas visa a gerar resultados úteis para a identificação de problemas e fundamentação de escolhas estratégicas voltadas para a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Esta modalidade de análise envolve profissionais de diferentes áreas e é, eminentemente, multidisciplinar.

É nesse cenário que ganha expressão e se faz necessária a atividade de avaliação das políticas públicas e seus respectivos programas. As concepções quanto à natureza e características dos estudos de avaliação são variadas, dinâmicas, convergentes ou divergentes.

A tradição técnico-científica da avaliação de políticas públicas

A emergência de um campo de pesquisa especializado em avaliação de políticas públicas ganhou expressão, enquanto área de conhecimento técnico-científico, em virtude dos estudos de educadores norte-americanos desenvolvidos na segunda metade da década de 60. No Brasil, tanto a relação entre políticas públicas e governança, quanto o reconhecimento do papel das avaliações técnico-científicas como elementos propulsores da qualidade da ação do Estado são recentes e datam de meados dos anos 70. Os estudos que propiciaram o crescimento (metodológico e substantivo) das pesquisas avaliativas de políticas estiveram inseridos num quadro de referência intelectual que, nas décadas de 60 e 70, configurou duas abordagens: de um lado, a chamada modernização teórica empiricamente orientada, de inspiração positivista e, de outro, o quadro de referência intelectual de tipo criticamente orientado, identificado, de alguma maneira, com o marxismo científico em suas diferentes versões. Em diversos trabalhos, Faria (2001) chamou essa situação de “consenso polarizado dos anos 70”. Embora prevaletentes no período 60-70, as duas abordagens conviveram com o trabalho de autores² que justificaram, do ponto de vista teórico, filosófico e epistemológico, as novas práticas de avaliação que vêm ganhando vigor desde início dos anos 90.

Enquanto tradição técnico-científica de inspiração positivista, a avaliação de políticas públicas ganhou expressão graças aos debates e estudos estruturados em torno de pelo menos três eixos (FARIA, 2000):

O primeiro tratou de distinguir a avaliação ou pesquisa avaliativa, propriamente dita, de outras práticas assemelhadas, incluindo a pesquisa social acadêmica e as auditorias destinadas a credenciar programas e instituições. Os esforços para delimitação das fronteiras tiveram por conseqüência o ganho de autonomia do campo de conhecimento e a conquista do *status* de avaliadores profissionais por seus realizadores, distinguindo o avaliador profissional do *policy maker* e ambos do cidadão participante.³ A motivação do *pesquisador social* e a contribuição de seus “achados” apontam para a formulação e a comprovação de hipóteses que confirmam, ou não, abordagens teóricas que lhes dão sustentação. Resultados com essas características são orientados para a *conclusão*. O *avaliador*, ao contrário, tem sua principal motivação na possibilidade de oferecer, aos decisores e formuladores da política e dos programas, recomendações e pareceres que justifiquem a prioridade de metas, a utilização de recursos e o estabelecimento de fluxos e procedimentos de implementação; que permitam redimensionar ou confirmar as ações planejadas; que viabilizem a manutenção ou correção do curso das ações implementadas ou em processo de elaboração. Resultados assim caracterizados são voltados para a *decisão*. O quadro 1 resume as características das atividades analisadas.

Quadro 1 – Pesquisa e Avaliação: Afinidades e Especificidade

Características	Pesquisa	Avaliação
dimensão metodológica	resultados x hipóteses teste de hipóteses confirmação/infirmiação	resultados x objetivos aprimoramento e recomendações
papel e meta	Conhecer / comprovar	Conhecer / formar / aprimorar
função	Descrever / analisar	Descrever / analisar / informar
orientação do resultado	conclusão: comunidade científica	decisão: processo decisório

Fonte: Faria (2001).

O segundo eixo estruturante consolidou a especificidade e autonomia das pesquisas avaliativas, então consideradas atividades metodológicas que produzem e comparam dados de desempenho com um conjunto de objetivos; justificam e validam instrumentos e metas, atribuindo valores aos programas que visam a alcançá-los. Em função de seu papel e sua finalidade, as pesquisas avaliativas podem informar o processo decisório quanto aos seguintes aspectos: caracterização do cenário no qual o programa deverá ser implementado, ampliando a possibilidade de administrar efeitos introduzidos pela “mudança” e não antecipados na etapa de formulação; acompanhamento da implementação, de modo a verificar a adequação entre os procedimentos e recursos previstos e os de fato necessários para o bom desempenho programático; identificação dos aspectos do programa que podem ser ou que precisam ser aprimorados, bem como confirmação dos aspectos satisfatórios que devem ser mantidos; julgamento de valor resultante de avaliações comparativas, de modo a permitir a opção por maiores eficiência, eficácia e efetividade. O quadro 2, a seguir, resume os aspectos contemplados neste eixo estruturante.

Quadro 2: Tipologia das pesquisas avaliativas

DIAGNÓSTICOS E PROSPECÇÃO

Avaliações *ex-ante* que orientam a formulação, o desenho e o desenvolvimento do programa. Este tipo de avaliação define os parâmetros da factibilidade.

MONITORAMENTO GERENCIAL

Acompanhamento das atividades, de modo a verificar a adequação entre os recursos de implementação planejados e realizados. O monitoramento gerencial está voltado para a avaliação da eficiência: “fazer mais com menos” (fazer certo as coisas)

AValiação FORMATIVA

Confirmar os acertos e corrigir os erros do programa em desenvolvimento, de modo a viabilizar o alcance dos objetivos estabelecidos. Avalia, neste sentido, a eficácia dos programas avaliados (fazer as coisas certas)

AValiação SOMATIVA

Avaliação comparativa destinada a escolher o melhor programa, em termos de sua efetividade: alcançar o máximo de metas com o máximo de eficiência (fazer o melhor).

Fonte: Faria (2001).

O terceiro eixo estruturante contemplou a necessidade de desenhos de investigação com características metodológicas capazes de imprimir às pesquisas avaliativas o caráter de cientificidade. Independentemente da natureza qualitativa ou quantitativa do desenho da pesquisa, o debate conduzido nos anos 60 sugeriu que os estudos de avaliação observassem algumas exigências da pesquisa científica: objetivos observáveis e/ou mensuráveis; resultados possíveis de replicação por diferentes pesquisadores; amostragem com garantia de resultados inferenciais e possibilidade de generalização. Além disso, o fortalecimento da área de avaliação de políticas públicas foi beneficiado pela utilização de desenhos experimentais. Originalmente publicado no livro de Gage (1963), o trabalho de Campbell e Stanley (1969) transformou-se num clássico e foi o responsável pela introdução da estratégia experimental nas avaliações de programas educacionais, em função da possibilidade de “manipular variáveis e observar seu efeito sobre outras [...] *By experiment we refer to that portion of research in which variables are manipulated and their effects upon other variables observed*”. Algumas assertivas dos estudos experimentais podem ser assim resumidas:

- a estratégia adotada deve comparar grupos que estão submetidos ao programa avaliado com grupos que não estão submetidos ao mesmo programa, respeitados os requisitos para constituir dois grupos (experimental e controle) identicamente heterogêneos;
- é necessário conhecer e medir as condições de entrada no programa, comumente chamadas de pré-teste ou linha de base;
- entre o momento inicial da implementação de um programa (pré-teste ou linha de base) e o momento de sua avaliação (intermediária ou final), ocorrem mudanças. As mudanças ocorridas são consideradas fatores internos e externos de invalidação dos resultados.

O quadro 3 resume as características de alguns estudos quase-experimentais e verdadeiramente experimentais quanto às possibilidades que têm de controlar as fontes de invalidação dos resultados. Os estudos de caso e aqueles que traduzem estudos pré/pós-teste sem grupo de controle são considerados quase-experimentais (1 e 2). Os demais (3, 4 e 5) são estudos experimentais propriamente ditos.

Quadro 3 – Estudos experimentais e quase-experimentais

Tipo	DESENHO			FONTES DE INVALIDAÇÃO							
	Pré	Tratamento	Pós	a	b	c	d	e	f	g	h
1. Estudo de caso		X	0	-	-				-	-	
2. Só grupo experimental	0	X	0	-	-	-	-	?	+	+	-
3. Comparação com grupo estático		X	0 0	+	?	+	+	+	-	-	-
4. Grupos: experimental e controle	0 0	X	0 0	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Quatro grupos	0 0	X	0 0 0	+	+	+	+	+	+	+	+

Legendas

O sinal menos (-) indica fraqueza absoluta; o sinal mais (+) indica controle do fator; o sinal de interrogação (?) indica uma possível fonte de preocupação e a ausência de sinal indica que o fator não é relevante.

a. *história* (tempo cronológico decorrido); **b.** *maturação* (maturidade biológica); **c.** *teste* (contaminação do resultado pelo efeito do aprendizado com o pré-teste); **d.** *instrumentação* (mudanças autônomas no instrumento de medida, que dependem das condições de sua aplicação - fadiga, stress); **e.** *regressão estatística* (efeito devido a uma correlação imperfeita entre a medida inicial e a medida final); **f.** *seleção* (efeito devido a problemas com o recrutamento das pessoas entrevistadas ou testadas que compõem o grupo e podem já ter tido algum contato com o programa); **g.** *mortalidade* (efeito devido à deserção de membros do grupo); **h.** *interação* entre duas ou mais fontes de invalidação.

0 – Dados iniciais e finais (antes e após o “tratamento”); X = “tratamento”.

Novas práticas: os modelos de avaliação voltados para aprendizagem e a democratização da decisão

Identificamos como novas práticas de avaliação um tipo específico de avaliação, recentemente desenvolvido em algumas pesquisas nacionais, cujo foco não é tão somente conhecer os condicionantes e méritos de uma política, mas criar um processo contínuo de interação entre avaliadores, pesquisadores e decisores, de forma a gerar processos contínuos de negociação que auxiliem a gestão em redes.

A avaliação que privilegia a participação e interação é recomendável quando os resultados da política são altamente dependentes das

atitudes de cooperação/integração entre os atores, com fortes características de confluência e associação. A avaliação interativa prevê uma associação permanente entre decisores e investigadores, porque está apoiada na hipótese de que a integração/interação é o elemento-chave que responde pela qualidade e quantidade de mudanças no processo de condução da política.

Essa interação permite visualizar como os grupos e indivíduos atuam em contextos culturais, sociais e políticos específicos, constantemente interpretados pelos atores segundo suas situações particulares e formas de interação.

A avaliação interativa é definida por um conjunto de procedimentos interativos, por um lado, e um processo de negociação permanente, por outro (BUSSMANN *et al.*, 1998). Esse modelo de avaliação introduz uma visão construtivista da realidade: a construção da realidade é resultado da interação entre observador e observado. Nesse sentido, é importante tanto incorporar o princípio de pluralidade de valores junto ao conceito dos *stakeholders*, como, além disso, enriquecer o processo analítico com novos elementos conceituais, relativos à intermediação. É o papel dos intermediadores, a ser realizado pelos avaliadores no processo de formulação da política, tendo em vista o desenho proposto de integração permanente entre a equipe de decisão e os avaliadores.

A avaliação, nessa proposta, é vista de diferentes formas: como um processo social e político; como um processo de aprendizado para os atores participantes; como método para identificar como cada grupo específico apreende a realidade e constrói objetivos; e, finalmente, como um processo no qual diferentes objetivos são confrontados num processo de negociação, em que o investigador se configura como mediador. Observe-se que no método proposto a própria realidade social configura processo de negociação.

Outro aspecto importante desse tipo de avaliação é o fato de ela ser orientada para o aprendizado. Nesse tipo específico de avaliação, atenção especial é dada aos elementos de processo (tanto da formulação, quanto da implementação), de maneira que os mesmos são tão importantes quanto os indicadores de resultado. A avaliação que visa ao processo de aprendizado tem como base o estudo dos elos de interação no interior de uma política, dado que esta possui três características centrais: círculo difuso de público-alvo potencial; proli-

feração de atores oficiais em diferentes níveis (federal, estaduais e municipais) e de formas e espaços (não-)institucionalizados de decisão; e, por fim, um círculo imenso de atores sociais, como grupos de interesses e movimentos sociais.

Os modelos recentes de avaliação de políticas públicas, como o que ora apresentamos, foram desenhados tendo em vista os mecanismos complexos das sociedades modernas, com seus diferentes subsistemas (econômico, cultural, social etc.), diferentes políticas setoriais segmentadas (industrial, meio-ambiente, saúde etc.), variados níveis de decisão governamental (federal, regionais, municipais etc.), diferentes atores sociais (movimentos, grupos, *lobbies* etc.) e público-alvo difuso. Dessa forma, é imperativo conhecer como os objetivos são negociados e redesenhados e se constroem intervenções sobre problemas transversais, a partir da negociação permanente entre diferentes objetivos desenhados por diversos atores, conformando o domínio da *interpolicy* e da construção de redes.

O conceito de redes sociais, como desenvolvido pela sociologia relacional, destaca a perspectiva de explicar e compreender os fenômenos sociais mais pelo ponto de vista das relações sociais e menos pelo das categorias sociais ou atributos. Como afirma Marques (2003), dados de atributo dizem respeito a características ou qualidades de indivíduos ou grupos, enquanto dados relacionais envolvem contatos, vínculos e conexões que relacionam agentes entre si, e não podem ser reduzidos às propriedades dos agentes individuais.

Dentro dessa linha de análise, o estudo das estruturas das redes – posições na rede, forma como as redes constroem os movimentos, alteram preferências, restringem e moldam a realidade, auxiliam na construção de identidades e, ao mesmo tempo, são transformadas continuamente pelos atores e pelos fenômenos sociais – é o eixo central que orienta a construção de variáveis e indicadores.

Esse tipo de avaliação pode contribuir para a institucionalização de práticas e tecnologias avaliativas no SUS, pois introduz a preocupação com a formação de profissionais, com a democratização dos processos de decisão e com a criação de espaços de interação entre decisores e avaliadores.

A relação bipolar entre decisores e avaliadores, isolados pelas dinâmicas próprias de seu trabalho, pode ser complementada por um

novo tipo de relação multipolar, na qual determinadas atividades da avaliação podem ser compartilhadas e outras executadas de forma isolada e, mais do que isso, a avaliação estimule a democratização da decisão.

Esse processo ainda é incipiente nas práticas de avaliação no SUS e pouca atenção vem sendo dada a essas novas formas, e a seu alcance, para cumprir os preceitos da integralidade na saúde.

Considerações finais

A visão mais positivista ou ortodoxa da avaliação, apesar do espaço considerável que possui no mundo acadêmico, terá sempre alcance reduzido, caso se considere imprescindível influenciar mudanças substantivas na gestão do sistema, justamente porque pouco dialoga com os sujeitos do sistema e não foi desenhada para a formação de novas práticas de gestão.

Como o título do trabalho sugere, consideramos que é possível combinar diferentes práticas avaliativas, desde que saibamos distinguir com clareza os alcances de cada uma das práticas e fuçamos da ditadura de modelos exclusivos. A avaliação mais positivista, obviamente, não se propôs a gerar uma série de objetivos expostos pelas novas práticas e nem por isso deixa de ter papel de relevo na identificação dos problemas que circundam as decisões públicas. No entanto, como pretendemos evidenciar, o momento atual requer a adoção e experimentação de novas práticas, tendo em vista que a própria divulgação de resultados e a apropriação das evidências pelos gestores e decisores dependem hoje da formação de novos tipos de profissionais mais familiarizados com as próprias técnicas avaliativas e a criação de espaços de interlocução e negociação permanentes.

É necessário que a discussão da avaliação seja feita de maneira não só puramente técnica, mas passe a incorporar novos paradigmas, sem os quais dificilmente serão cumpridos os requisitos de uma saúde voltada para os interesses da população e para o cumprimento dos preceitos da integralidade.

Referências

- BLOOM, B. S.; HASTINGS, J. T.; MADDAUS, G. F. *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw Hill, 1971.
- BUSSMANN, W. *et al* (Eds). *Politiques Publiques Évaluation*. Collection Politique Comparée. Paris: Economica, 1998.
- CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally & Company, 1969.
- FARIA V. Políticas públicas e governabilidade: desafios teóricos e práticos. In: FAUSTO, A. (Org). *Desenvolvimento e integração na América Latina e Caribe: a contribuição das Ciências Sociais*. Brasília: IPRI/FUNAG, 2002. p. 65-81.
- FARIA, R. Avaliação de Programas Sociais: conceituação e abordagens metodológicas. In: YANOUHAS, S. (Org). *Atuais tendências na educação profissional*. Brasília: FLACSO, Brasília, 2001. p. 193-226.
- GLASS, G. V. *The Growth of Evaluation Methodology*. Colorado: Boulder, 1969 (Laboratory of Educational Research, n. 27).
- MARQUES, E. *Redes sociais, instituições e atores políticos no governo da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fapesp, 2003.
- PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.
- SCRIVEN, M. The Methodology of Evaluation. In: WEISS, C. H. *Evaluating Action Programs*. Boston: Allyn & Bacon, 1972. p. 123-136.
- VIANA, A. L. *et al*. Descentralização e federalismo: a política de saúde em um novo contexto: lições do caso brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, 2001.
- WEISS, C. H. *Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies*. Upper Saddle River: Harvard University, 1998.

Notas

¹ Fonte: www.datasus.gov.br (acesso em 30/07/06). Os dados relativos à capacidade instalada e recursos financeiros são de 2003; os dados de produção de serviços são de 2005.

² Jean-François Lyotard (*The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*, 1984); Gilles Deleuze (*Nietzsche and Philosophy*. New York: Columbia University Press, 1983); Michel Foucault (*Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Random House, 1965).

³ Essa distinção não é levada em consideração na literatura contemporânea sobre formulação, implementação e avaliação da política de saúde, principalmente nos trabalhos que abordam a questão dos recursos humanos e sua participação na formulação da política de educação para o SUS.



Práticas de avaliação e formação profissional em políticas públicas voltadas para consolidar a esfera pública no SUS

MARIA HELENA MAGALHÃES DE MENDONÇA

Introdução

Para contribuir com o debate em torno da gestão em redes, que trata de analisar novas racionalidades e práticas de avaliação de políticas públicas, este texto aborda a consolidação da esfera pública no que diz respeito à intervenção no campo da saúde pública.

Parte da análise das políticas de saúde formuladas para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil nos anos 90 e das exigências que elas aportam para a formação profissional específica no novo campo que se abre no âmbito da saúde coletiva. Constatase que, na última década, ampliou-se a informação que nutre as políticas públicas, seja pelo desenvolvimento de pesquisa científica autônoma, seja pelo fortalecimento de sistemas de produção de dados oficiais, através de inquéritos, pesquisas de opinião etc.

Esse conjunto de fontes diversificadas e difusas ofertado para uso na e pela sociedade amplia a capacidade de discernir e compreender os contextos em que os indivíduos vivem, trabalham e lutam. Ajuda na constituição e diferenciação de pontos de vistas junto à opinião pública, formando-a no sentido da ação social, o que apóia a estruturação da esfera pública e potencializa a cidadania universal.

Por fim, traz o relato de experiência recente de interação entre pesquisadores e gestores no processo de estudo de linha de base do projeto de expansão da estratégia da saúde da família no estado do Rio de Janeiro. Reflete sobre as possibilidades e os limites do estabelecimento de parceria entre intelectuais orgânicos posicionados em

diferentes espaços de intervenção para o enfrentamento das questões sociais e sanitárias que afligem ambos os grupos, no esforço em responder a necessidades específicas. Este relato é feito com base em documentos e relatórios gerados pela pesquisa realizada na Escola Nacional de Saúde Pública.

SUS: cenário de novas práticas

As políticas públicas representam o poder de barganha entre a sociedade e o Estado para satisfação de suas necessidades básicas e dependem de um espaço para a vontade e decisão democrática de todos. A carta constitucional de 1988 consagrou o direito social universal à saúde. Sua garantia pelo SUS faz parte da ação do Estado brasileiro na produção e regulação das atividades econômicas voltadas para resolver problemas de saúde e de adoecimento que afetam a massa da população, segundo uma nova ética social baseada em princípios como universalidade, equidade, integralidade e solidariedade.

O SUS, em sua regulamentação, constituiu instrumentos específicos de poder e decisão sobre os rumos da política de saúde, que abrem cada vez mais possibilidades para a consolidação da esfera pública e práticas sociais democráticas – fundos de saúde, conselhos de saúde e conferências de saúde nas três esferas de poder.

Nos últimos 15 anos, a construção/implementação do SUS, do ponto de vista institucional, foi marcada pela descentralização com ênfase na municipalização, pela integração e unificação das instituições responsáveis pela assistência à saúde, pela criação dos instrumentos de gestão e controle social mencionados de forma descentralizada e pela organização de sistemas municipais com foco na ampliação da oferta de serviços públicos de saúde orientados para os cuidados básicos.

O processo político conduzido pelo nível central do sistema sustentou-se na forte mobilização política, a partir das bases sociais do sistema presentes na organização ascendente das quatro Conferências Nacionais de Saúde ao longo do tempo, pela resistência da estrutura do SUS e da sociedade organizada às tentativas de desfinanciamento do SUS, indicadas pela política econômica de sucessivos governos dos anos 90, pela revisão das bases de financiamento do SUS, com a responsabilização de cada esfera de governo pela prestação de serviços de saúde e sua viabilidade material.

Esse processo se insere num contexto mais amplo, onde se observa o crescimento do interesse pela área das políticas públicas no Brasil, na medida em que as mudanças recentes da sociedade brasileira aumentaram a autonomia local, favoreceram a forte competição eleitoral, introduziram programas de reforma social marcados pela proposta de controle social e político das políticas sociais setoriais e aumentaram a responsabilidade dos gestores públicos numa ordem marcada pela descentralização político-administrativa e pela transformação das formas de intervenção estatal.

Nos anos 1980-90, a ciência política se ocupou principalmente da emergência de novos atores sociais fora da tradicional concepção de Estado e mercado de intermediação de interesses, onde se configura a triangulação entre política / grupo de interesse / burocracia. Pensou-se então na constituição de redes sociais, com papel diferenciado na relação entre a política e a solidariedade social no âmbito da sociedade fortemente estratificada.

No caso da política social e, em especial, a saúde no Brasil, a discussão sobre o projeto de reforma sanitária, iniciado na década de 1970, retomou a discussão do paradigma de saúde pública e da saúde coletiva, questionando o modelo hegemônico de atenção à saúde que garantia assistência médica aos trabalhadores do mercado formal pela previdência social, enfatizando a necessidade de ampliar a abrangência dessa política. Tal proposição considerou tanto a concepção de saúde como direito social como sua permanente afirmação dentro de um escopo da seguridade social.

A definição de seguridade social – “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Constituição Federal, Título VII, Capítulo II, Seção I, art. 194, 1988) – foi uma resposta efetiva à questão social, naquele momento. Pautava-se pela redemocratização do Estado e da sociedade brasileira, que procurava alargar a esfera pública e garantir direitos sociais próprios à cidadania (MENDONÇA, 2006)

Ao longo dos anos 90, essa idéia-força apresentou uma base frágil de sustentação e a regulamentação da seguridade social não obedeceu aos princípios que a nortearam, comprometendo a meta de uma proteção social integral universal, além de se observar a permanência

de sua fragmentação institucional. Hoje a complexificação da realidade social é caracterizada pelo aprofundamento da pobreza e desigualdades sociais, que segmentam a sociedade brasileira e dificultam sua coesão; e pela desmobilização de relevantes atores políticos para o exercício democrático, o que desafia a consecução do pacto social que promoveu a elaboração da Constituição.

O desejo de se constituir um Estado de Bem-Estar, presente no processo constituinte, quando esse modelo já sofria, no cenário internacional, fortes pressões para redução de seu caráter inclusivo e da abrangência de seus programas de integração de renda e assistência pública, é apontado especialmente por neoliberais como um equívoco. Contudo, ao se olhar para os sistemas de proteção social dos países desenvolvidos, não se vê seu desmantelamento. Pelo contrário, as mudanças buscam a reestruturação nos planos nacionais da proteção social que façam frente aos efeitos da crise econômica e da globalização econômica que minam sua base material de sustentação.

A luta social tem sido travada em cada conjuntura, no sentido de preservar essa montagem inédita de trabalho e proteção, refazer o pacto de solidariedade, trabalho e cidadania e criar condições de inclusão para restabelecer as condições de trocas sociais (CASTEL, 1995, p. 20-21).

As proposições políticas observadas nos anos 90 vão ao encontro da necessidade de articular política econômica e política de bem-estar para modificar a estrutura de produção e criar possibilidades reais de emprego estável; descentralizar as políticas públicas, dimensionando-as para direitos específicos, com ênfase no caráter preventivo, para refazer a “nação” ou a “solidariedade” e responder a novas necessidades sociais; além de refazer o apoio das camadas médias ao sistema de transferências universalistas (ESPING-ANDERSEN, 1991), responsáveis pela socialização dos custos da família, baseado no ideal de “capacitar a independência individual”.

As análises políticas da proteção social brasileira e dos avanços efetuados nos anos 90 na garantia dos direitos sociais – saúde, assistência pública e previdência social – refletiram as polêmicas sobre o cenário desenhado de crise econômica do Estado de Bem-Estar Social e dos gastos excessivos dos modelos de proteção social vigentes no âmbito do capitalismo internacional, entre as décadas 1970-80.

Nos anos 90 prevaleceu a tensão pelo controle político e financeiro na área social, foco das disputas políticas na condução das políticas públicas em diferentes conjunturas, como a revisão constitucional de 1993-94 e a reforma da previdência nos anos 1995-97, já na perspectiva da estabilização econômica. Tal fato reduz o ímpeto do princípio de solidariedade, ordenador de políticas públicas, de forma a reduzir a estigmatização e focalizar na satisfação de necessidades sociais.

Nesse jogo temos perdas e ganhos, tais como (MENDONÇA, 2006):

- A saúde pública perdeu os recursos da seguridade social, mas, fiel ao conceito de saúde inscrito na Constituição de 1988, criou, através de ações normativas instâncias de gestão nas esferas municipal, estadual e federal em respeito ao pacto federativo, espaços para discussão dos limites financeiros e administrativos impostos ao setor nesse período.
- Os fundos de saúde e os conselhos de saúde fortaleceram a democratização das ações setoriais, estimulando a efetivação do direito à saúde a todos, a partir de novas parcerias entre os entes governamentais e com a sociedade civil, que realizam o controle e a participação social na gestão compartilhada e na formulação da política de saúde do Estado.
- A atenção básica de saúde responde ao compromisso do SUS com o exercício da cidadania e provê serviços básicos e outras ações coletivas de forma descentralizada. Sua efetivação deve avançar no sentido de integralidade, pela necessária desmercantilização dos níveis de atenção mais complexos ou por certo equilíbrio nas relações entre o mercado e a esfera pública na provisão ao conjunto da população.
- Novos atores se integram à construção social da saúde como direito social. Sua atuação se dá na área do movimento social e especialmente do direito – juízes, procuradores e advogados ligados ao Ministério Público tornam-se agentes públicos voltados para recuperar a noção de integralidade dos cuidados garantindo tratamento completo e eficaz para agravos em saúde pelo acesso universal ao serviço de saúde, a medicamentos e procedimentos que porventura sejam negados aos usuários do SUS. Essa aproximação entre as instâncias jurídicas e a sociedade civil se dá na

lógica do direito público e avança na institucionalização de uma atuação civil em defesa do direito à saúde, quando busca solucionar conflitos no campo das práticas de saúde. Ela ocorre localmente, mas sinaliza ainda algum vigor na reorganização das estratégias de luta na sociedade civil contra as desigualdades que passam o direito à saúde no país.

Conclui-se esta análise da política pelo reconhecimento de que a noção de seguridade social, mesmo esvaziada, segue norteando os movimentos e lutas sociais, atravessa a burocracia pública, na defesa dos direitos sociais universais e resiste às conjunturas adversas.

A solidariedade social é a base necessária à preservação do caráter integral e universal da proteção social, constitutivo do direito social à saúde e à assistência pública à população. Seu fortalecimento se dá pela expansão da esfera pública, ampliação dos espaços de debates e informação constituintes de uma opinião pública favorável ao sistema de proteção social universal e do exercício de cidadania ativa que garantem o apoio às reivindicações sociais da população por serviços públicos de saúde resolutivos e de caráter integral e outros bens necessários à recuperação de agravos.

O palco para o estabelecimento de novas parcerias

A perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde teve atualização recente, na qualidade da atenção, com a incorporação de novas práticas voltadas para o cuidado das pessoas em bases humanitária e solidária. Essas novas formas de cuidado suscitam a concepção de sujeitos sociais e se expandem em novas questões trazidas pela inclusão de grupos étnicos e minorias, anteriormente tutelados pelo Estado e mantidos em isolamento no âmbito das ações do SUS.

Os novos padrões de funcionamento da política social ou práticas políticas precisam ser vistos a partir de exame crítico pautado em noções desenvolvidas na esfera da ciência política e da sociologia como formas de Estado, estruturas políticas, democracia participativa, integração social, inclusão social etc., transportadas para a política de saúde e suas instituições (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2006). Ou seja, como analisar as formas com que o Estado regula hoje as ações públicas, considerando a interação entre interesses, valores e

normas, assim como constrangimentos técnicos e orçamentários. Como o Estado age para assegurar a provisão de bens públicos: por sua produção direta, distribuída pelo setor público, ou por sua contratação em outras organizações sociais?

Quais as formas de interação entre o agente público e outros atores sociais na formulação e implementação de políticas? Como implementar os princípios orientadores da ação pública – universalismo, equidade (como afirmação de igualdade e das diferenças), integralidade, que justamente operacionalizam a dimensão da cidadania e apontam para a necessidade de um olhar ampliado para as formas de organização da sociedade. Para todas essas abordagens, coloca-se a exigência de ampliar o debate sobre a produção acadêmica no campo da saúde coletiva, que atrai para si um segmento expressivo de cientistas sociais e políticos. Também na esfera normativa, cresce a demanda por investigações que respondam à agenda comprometida com os princípios organizativos e operacionais do SUS.

As respostas às questões mencionadas exigem troca permanente entre os diversos grupos em processo de educação recíproca, que construa uma nova especialização segura e específica, produção de conhecimento e da informação com isenção e autonomia em face dos interesses postos pelos que conduzem e executam a política de saúde.

Não se podem realizar análises mais sistemáticas do processo de implementação de políticas, projetos e programas de saúde, sem expandir e difundir estudos dedicados a esses processos sociais e aprofundar metodologias de avaliação de políticas que induzam a utilização da avaliação como instrumento de planejamento setorial e gestão pública e apoio na resolução de conflitos e na busca de maior cooperação social.

Um palco para esse processo é o contexto do projeto de expansão da estratégia de saúde da família, no âmbito da política de reorganização da atenção básica do Ministério da Saúde, que se constituiu por diferentes componentes que implicam política de investimentos físicos, desenvolvimento de recursos humanos e institucionalização de processos de avaliação e monitoramento das ações, envolvendo relações complexas entre os gestores de diversas esferas de governo e instituições de pesquisa e ensino do campo da saúde coletiva.

Os estudos de linha de base (ELB), entre os quais o realizado no estado do Rio de Janeiro, voltado para os 22 municípios com mais de cem mil habitantes, se inserem neste último componente, como uma ação estratégica e fundamental para a análise crítica da realidade, proposição de eventuais mudanças na política nacional de atenção básica e apoio aos estados e municípios para a transformação dos sistemas locais e das práticas de atenção à saúde (ENSP, 2006).

As diversas técnicas e instrumentos de pesquisa aplicados para efetuar o ELB-RJ estiveram comprometidos com a institucionalização da avaliação da atenção básica nas esferas de governo estadual e municipal, já que a equipe atuou em interação permanente com os representantes das mesmas, buscando informações primárias ou derivadas de fontes secundárias, que indicassem a capacidade de gestão das secretarias estaduais e municipais, compartilhando decisões sobre organização e realização dos estudos de caso.

Acredita-se que o desenvolvimento, discussão e disseminação do ELB e a proposta metodológica desenvolvida pela equipe responsável pode estimular a política de saúde regional, no sentido de seu aperfeiçoamento gerencial e do processo de trabalho nas unidades de saúde. O conhecimento apreendido nesse processo resultou, por um lado, da observação da gestão municipal no nível central da SMS, das práticas de saúde desenvolvidas nas unidades de saúde estudadas e de desempenho do sistema de saúde e levantamento de dados secundários relativos à situação de saúde e das famílias, além de dados primários do inquérito domiciliar e grupos focais e conseqüente processamento, análise e sistematização dos dados.

Por outro lado, os contatos, mesmos que intermitentes por 18 meses, entre os gestores e pesquisadores, objetivaram estreitar o conhecimento da realidade dos municípios a partir da percepção dos seus representantes; levantar subsídios para o desenvolvimento metodológico; promover interação entre os gestores municipais e mobilizá-los para participar do esforço de fortalecimento do sistema de avaliação e monitoramento.

Houve três momentos-chave desse processo: a realização de uma primeira oficina macrorregional para apresentação da proposta do estudo (fevereiro de 2005), o trabalho de campo junto às secretarias municipais e a oferta de uma capacitação no formato de curso de

aperfeiçoamento em informação e avaliação em atenção básica realizada em dois momentos presenciais (uma semana em outubro de 2005 e outra em agosto de 2006) e um curso à distância (novembro de 2005 a fevereiro de 2006).

Os objetivos do curso foram:

- capacitar os gestores a avaliar, de forma crítica, as políticas públicas que embasam as propostas da atenção básica em saúde, as demandas de informação e suas implicações na gestão da saúde, na gerência de sistemas, redes e unidades de saúde e no controle social;
- desenvolver habilidades que contribuam para ampliar a utilização de métodos de investigação e das informações como subsídio ao processo decisório em saúde, através da construção de indicadores de saúde e da capacidade para visualização e condensação dos dados, com a finalidade de transformar dados brutos em informações úteis para o monitoramento/avaliação da situação da atenção básica em saúde.

Para instrumentalizar esse processo de aprendizagem, enfatizou-se a conceituação de políticas públicas de saúde com enfoque na atenção básica, situando, historicamente, as origens da lógica que orienta, até hoje, a organização dos serviços de atenção básica em saúde no Brasil. Apresentaram-se, ainda, métodos de aquisição, tratamento, padronização, modelagem e visualização de dados gráficos e não-gráficos entre si e métodos de desenvolvimento de indicadores para avaliação em saúde. Mostrou-se a contribuição da informação em saúde na gerência dos serviços de saúde e na gestão de organizações de saúde. Por fim, buscou-se reconhecer as articulações entre os conceitos, os métodos de investigação, que ampliam a capacidade crítica e reflexiva e potencializam sua aplicação na gestão.

A primeira semana presencial dedicou-se a trabalhar os eixos conceitual e metodológico da política pública de saúde, com foco na atenção básica de forma mais expositiva. Os mesmos temas seriam retomados na etapa à distância, a partir de tecnologia específica de ensino-aprendizado, que supõe exercícios e técnicas de interação. A segunda semana voltou-se a apresentar e discutir os dados resultantes do estudo, através de dinâmicas de grupo em que todos os envolvidos eram responsáveis por discutir e refletir sobre as dimensões de análise propostas.

Para os pesquisadores envolvidos, a proposta da atenção básica se baseia na reorientação do modelo assistencial e na organização do sistema municipal de saúde. Nela, a unidade básica de saúde tem a função primordial de ser a porta de entrada do sistema para uma população adscrita aos programas de saúde e a principal fonte de dados dos usuários do sistema de atenção básica de saúde (ESCOREL *et al.*, 2005). A obtenção e organização desses dados dependem da existência de um sistema de informação de nível local que contemple os registros dos usuários e do seu contexto socioeconômico, acompanhamento das ações dispensadas e resultado desses pacientes para que se possam avaliar os impactos obtidos e o alcance das metas definidas pelos programas de saúde, seja no nível local quanto nos níveis superiores.

As informações geradas a partir desse sistema podem subsidiar as equipes de saúde na identificação dos grupos de maior risco, dotando os serviços de meios para produzir estatísticas de maneira mais efetiva, mais acurada e com maior agilidade e oportunidade. No contexto de um sistema de informação predominantemente local e regional, um sistema de informação orientado à atenção básica deve ter como objetivo principal o monitoramento e gerenciamento dos dados, com vistas à construção de indicadores e produção de informações de saúde de populações delimitadas geograficamente, tendo como marco de trabalho a microespacialização dos problemas de saúde.

Tal concepção de sistema de informação deve habilitar os profissionais de saúde, os gestores e a sociedade civil organizada na avaliação das intervenções realizadas, de modo a permitir que se identifiquem os subgrupos mais vulneráveis para uma intervenção de forma eficiente na redução de danos e melhoria das condições de saúde dessas populações.

A produção desses indicadores deve cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde, a partir da identificação de problemas e consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para os mais agregados. Os limites do sistema de informação da atenção básica estão relacionados, principalmente, à realização de análises de dados desagregados, às limitações quanto à generalização dos achados de suas análises pela restrição do escopo dos dados às unidades básicas de saúde onde atuam equipes de saúde da

família, a problemas de natureza tecnológica do sistema informatizado e ao fato de apresentar um elenco muito extenso de variáveis a serem coletadas em diversos formulários.

No tocante à última questão, vale ressaltar que esse é um problema que acomete a maioria dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e reflete a organização histórica do próprio sistema de saúde e de seus efeitos sobre os sistemas de informação (VASCONCELLOS; MORAES; CAVALCANTI, 2002). A multiplicidade de formulários preenchidos nas unidades de saúde, para atender às demandas dos diferentes sistemas, a inexistência de uma cultura institucional de análise e a pouca qualificação dos profissionais de saúde no manejo de informações têm implicado a pouca utilização de dados pelos diferentes níveis do sistema. Cria-se uma enorme contradição, na medida em que o esforço para produção da informação em saúde se sustenta na possibilidade de sua efetiva utilização para o conhecimento da realidade e para o processo de decisão.

Os profissionais de saúde necessitam de um espaço de discussão crítica e reflexão sobre as principais questões relacionadas à política de saúde, ao papel dos sistemas de informação, a construção de indicadores e sua relevância para a gestão de saúde que enfoque a proposta da atenção básica. Considera-se que o curso respondeu à necessidade de desenvolver e consolidar a capacidade de intervenção em contextos sociais em mudança, através da articulação das experiências práticas dos profissionais-alunos com os conhecimentos atualizados, a contextualização política e a análise da situação de saúde a partir das informações locais.

A introdução de novas tecnologias de informação na gestão e nas práticas de atenção à saúde vem acarretando importantes mudanças no processo de trabalho, impondo a necessidade de intensas e ágeis estratégias de atualização dos profissionais já inseridos no setor.

O modelo pedagógico adotado explorou a recuperação da vivência do gestor, com dinâmicas que incorporassem as experiências particulares ao conteúdo programático por meio de recursos interativos. Visou a favorecer a articulação dos conteúdos didáticos com o processo de trabalho no qual o aluno está inserido, de forma que o resultado final se caracterize pelo desenvolvimento de competências adequadas e aplicáveis nas instituições de origem.

As estratégias interativas contempladas no módulo à distância foram a oferta de material didático especialmente elaborado que contemplou hipertextos, fornecendo abertura para outros recursos de *hyperlink* na Web; o acesso a um professor/tutor que medeia os usos dos recursos de comunicação da Internet, como salas de *chat*, grupos de discussão e correio eletrônico e a interação com os pares, através dos recursos de comunicação da Internet, como as salas de *chat*, os grupos de discussão e o correio eletrônico.

Algumas considerações preliminares para refletir sobre redes

Ao final do desenvolvimento do projeto ELB-RJ, algumas considerações podem ser retiradas do processo que visa a integrar os momentos de investigação, com vistas ao monitoramento e avaliação da atenção básica, e capacitação de gestores estaduais e municipais da atenção básica e saúde da família.

Para os pesquisadores/professores, ficou evidente a necessidade de avançar na qualificação dos profissionais de saúde dos diversos níveis e na integração de projetos e programas na gestão da saúde. Para os gestores municipais da atenção básica e saúde da família, o gestor municipal deve oferecer mais recursos aos profissionais da atenção básica e saúde da família em face das novas exigências para o desempenho funcional junto à sociedade. É preciso desenvolver novas competências para o trabalho das equipes de saúde responsáveis pela atenção à saúde, independentemente do modelo de atenção dominante no nível municipal. O gestor municipal deve criar condições para os municípios reproduzirem formas de educação permanente que considerem o fazer cotidiano dentro de um serviço de caráter público.

Constatou-se que os objetivos dos estudos avaliativos como ELB, promovidos pelo Ministério da Saúde, se somam às preocupações dos gestores estaduais e municipais, e que os resultados dos diferentes recursos metodológicos podem ser usados para discutir o processo de trabalho.

Uma preocupação perceptível entre os gestores, quanto à atual política, é o descompasso entre a estratégia de expansão dos serviços induzida pelo financiamento fechado ao programa, por parte do nível central, e a condição do gestor municipal, de manter a nova estrutura com qualidade e implementar outros níveis de atenção que ofereçam

continuidade aos cuidados, sempre que necessário. Enfatizaram a importância de pensar a necessidade de essa rede se constituir com mais qualidade.

Em relação ao município do Rio de Janeiro, capital do estado, ainda surgiram questionamentos relativos às grandes cidades, qual seja, o risco social e a segurança pública, que dificultam a fixação espacial dos profissionais de saúde nos interregnos entre a harmonização e os conflitos por que passam as comunidades a que servem. Este seria um dos fatores que fazem questionar a adequação do modelo de saúde da família para os centros urbanos com mais de cem mil habitantes; outro seria a existência de outros modelos de atenção já estabelecidos que provêm a população de certo leque de serviços. O problema também é relevante em outros municípios da região metropolitana.

Quanto às atividades de formação, os gestores municipais e estaduais da atenção básica e saúde da família consideraram a primeira semana do curso pouco produtiva, e a segunda, em função das dinâmicas propostas, como um momento de interação possível e debate construtivo dos resultados alcançados. Ainda apontaram que, na primeira semana, faltaram a política e sua avaliação como instrumento de gestão e que se sentiram pouco valorizados, o que não ocorreu na segunda semana. Também indicaram que ficaram mais propensos à troca entre os pares, vislumbrando nos dados consolidados dos 22 municípios do estado do Rio de Janeiro a possibilidade de identificar fatores positivos e negativos para o processo de expansão do PSF vivenciado.

Para os pesquisadores, os dois momentos não se separam apenas na segunda semana. Os dados produzidos pela investigação aparecem como pano de fundo para o cotejamento da prática social real. Apesar do tempo decorrido e pelo fato de poucos gestores da atenção básica e saúde da família aderirem e completarem integralmente a etapa à distância, os pesquisadores consideraram que houve apropriação dos conteúdos conceituais e operacionais pelos gestores da atenção básica e saúde da família que permitiram um desfecho satisfatório.

Ambos os grupos concluíram a atividade desenvolvida, resgatando o estranhamento presente nos dois primeiros encontros – a oficina macrorregional e a primeira semana presencial do curso –, quando os posicionamentos defensivos de cada um criaram tensões que reificaram as clássicas dicotomias entre teoria e prática, política e

ação, academia e burocracia. Fica como questão relevante para os pesquisadores que a apresentação dos dados empíricos é o espaço-chave da interação, ao permitir uma reflexão sobre a prática da gestão e da execução da atenção.

Por fim, os gestores da atenção básica e saúde da família declararam romper sua percepção da instituição de pesquisa e ensino responsável pela investigação, em seu conjunto, como crítica à estratégia da saúde da família, relacionando essa reação à desconfiança quanto ao desejo dos gestores envolvidos de produzir saúde e ao compromisso de substituírem as práticas responsáveis pela produção por procedimentos.

Tal preconceito dificulta a percepção da instituição como autônoma e impede de olhar o conjunto dos dados, especialmente no que se refere aos resultados do inquérito populacional e do estudo ecológico, que dão base populacional ao estudo como isentos e passíveis de apropriação. As reflexões metodológicas sobre amostragem e seleção de indicadores sociais foram momentos de inflexão do debate.

Percebe-se, no entanto, mudança expressiva na relação entre a instituição de pesquisa e ensino e os gestores na última semana, indicando que a parceria pode e deve progredir.

Referências

- CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Fayard, 1995.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Fundação Oswaldo Cruz. *Relatório-síntese do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão da Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro, Lote Sudeste 2*. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ, março 2006.
- ESCOREL, S. et al. Saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Panamerican Journal of Public Health*, Washington DC, 2006. ISSN 10204989 (no prelo).
- ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova*, n. 24, p. 85-116, set.1991.
- MENDONÇA, M. H. M. *Seguridade social e direito à saúde: uma conquista da cidadania*. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., Rio de Janeiro, Abrasco, 2006.
- MENDONÇA, M. H. M.; GIOVANELLA, L. Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2006 (no prelo).
- VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H.; CAVALCANTE, M. T. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Rev. Saúde em Debate*, n. 61, p. 219-235, 2002.

Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde¹

RICARDO BURG CECCIM
ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Introdução

Entendemos a proposta de linha de cuidado atada a uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de integralidade na sua tradução em *práticas cuidadoras*. Isto é, trata-se de inventar uma proposta que efetive uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na *inclusão de pessoas* em uma *rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida*.

A *produção do cuidado*² (MERHY, 2002) e a *afirmação da vida* (CECCIM, 1997) trazem consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção das respostas possíveis às dores, angústias e aflições, assim como aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas (falamos de sensações e não só de constatações) que chegam aos serviços de saúde. Como resposta, há necessidade de que não apenas se produzam consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário (CECCIM, 2004b; CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; FERLA, 2004). Falamos de uma rede que seja a tradução de uma prática cuidadora e que, comprometida com a afirmação da vida, tenha capacidade de abrir mão das representações que a constituem, nomadizando-se em resposta efetiva ao contexto

detectado no encontro *usuários – ações e serviços* (FERLA, 2002; CECCIM, 2004b).

É imprescindível, em cada encontro considerado, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida e de trabalho; as concepções que têm acerca da saúde, da doença, dos fatores que beneficiam a saúde, dos fatores que prejudicam a saúde e dos recursos que buscam em caso de doença ou abalos à saúde; as concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado; seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem ou não se sentem bem, assim como o que fazem para evitar adoecimentos (CECCIM, 1998/1999; CAMARGO JR., 2005). Será com esse conhecimento que se poderá dar provimento ao fluir pelas linhas de cuidado; as linhas intensificam projetos terapêuticos individuais e não simples encaminhamentos de menor à maior tecnicidade da atenção.

O ordenamento da atenção e de uma rede de serviços em linha de cuidado implica, necessariamente, tanto para gestores e trabalhadores quanto para usuários, o conhecimento dos fatores que beneficiam ou prejudicam, condicionam e/ou determinam os estados de saúde e os recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação, assim como para o engendramento da afirmação da vida, do cuidado de si e das conexões em redes sociais (CECCIM; FERLA; PELEGRINI, 2003; MERHY, 1998; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

Para a organização de linhas de cuidado, é fundamental que sejam planejados fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora (sistema de referência e contra-referência como um tramado do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), onde o usuário, mediante um acesso que lhe dê inclusão, saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir da sua vivência nele – como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele – seja capaz de influir em seu andamento (CECCIM; FERLA; PELEGRINI, 2003; MERHY, 1998; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003).

Uma hierarquia horizontalizada e uma organização em linha de cuidado desenha diagramas singulares (RIGHI, 2002a) à rede de

serviços de saúde, enlaçando-se, inclusive, com práticas que não compõem o sistema formal de atenção à saúde. Em lugar da tradicional pirâmide de porta de entrada única e mobilidade padronizada, atada num trânsito somente formal e técnico-racionalista (serviço-centrados; profissional-centrados), uma *malha de cuidados ininterruptos*, organizados de forma progressiva. Numa malha não há maior e menor, anterior e posterior, partida e chegada, topo e base; tudo o que há é o tramado, as ligas, as conexões: *rizoma*. Por entre as ligas e conexões, correm as linhas de cuidado que devem assegurar a satisfação das demandas dos usuários (diagramas singulares). É assim que devem organizar-se os fluxos e mecanismos de acesso que ampliam o universo e a natureza das *unidades de produção* da saúde em sua condição de conectadas *em rede* para o cuidado.

A linha de cuidado implica, também, um redirecionamento permanente do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações, pois não é uma patologia ou um evento biológico o que flui por uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação, uma existência encarnada num viver individual. Assim, ao longo do percurso, nuances, sutilezas e transformações podem e devem encontrar acolhida e projeto terapêutico, inclusive abrindo outros fluxos na grande malha de cuidados de uma rede de saúde.

Há que nos lembrarmos, permanentemente, o que efetivamente consta no artigo 198 da Constituição Federal: as ações e serviços de saúde integram *uma rede*, que constitui *um sistema único*, organizado pelas lógicas da descentralização da gestão, integralidade da atenção e dependência da participação. Portanto, *regionalização e hierarquização* devem expressar linhas de fluxos não gerenciais, mas de qualidade do acesso (loco-regional) e da resolutividade (cadeia de cuidado progressivo). Regionalização e hierarquização, como referidas pela Carta Magna, devem atender aos atributos de estarem integradas, em rede, constituindo um sistema único, atendendo aos interesses locais, cumprindo atenção integral e correspondendo às necessidades e anseios dos usuários. Desse modo, a regulação gerencial se constitui como dispositivo de monitoramento e melhoramento permanente da qualidade da atenção cuidadora *em rede*.

Constituída em sintonia com o universo dos usuários, uma linha de cuidado terá mecanismos de acolhimento em todos os serviços da rede, não importando se portas de entrada ou elos da cadeia de referência e contra-referência. Em última instância, uma linha de cuidado tem como pressuposto sua extensão à intersectorialidade e, por seu potencial de resolutividade, deve possibilitar o surgimento de laços de confiança entre serviços, gestão setorial, instâncias de controle social e redes sociais, indispensáveis para melhorar a qualidade e a resolutividade das ações de saúde (FERLA, 2004).

Em consequência, os profissionais da equipe devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde (armar uma rede de matriciamento e apoio interserviços), seja nas ações desenvolvidas com as demais áreas de políticas públicas (intersectorialidade) e, ainda, junto às redes sociais (CECCIM *et al.*, 2002). Cabe lembrar que a entrada na linha de cuidado se relaciona com o acesso e acolhimento, mas a saída com a resolutividade (responsabilização pela cura) e autodeterminação dos usuários. Em última instância, a porta de entrada são as ações e serviços de saúde, a saída são as redes sociais, mas Campos (1994, p. 60-61), ao desafiar que recoloquemos “a discussão sobre o significado do cuidado em saúde e sobre o sentido do processo de cura”, diz pensar no objetivo de todo processo terapêutico como ampliação da capacidade de autonomia dos usuários. Leva-nos a entender que “a doença ou o risco de adoecer podem cobrar das instituições um apoio crônico, de longo curso – exatamente com o objetivo de que a autonomia se cumpra”. Para o autor, “a construção dessa autonomia – o paciente ‘curado’ – depende de uma combinação de técnicas de apoio individual com outras de feição mais sociocultural”.

Campos exemplifica as técnicas de apoio individual como os fármacos, a atenção clínica, o acesso às informações, a reabilitação física, a referência em crises etc. e sugere as de apoio sociocultural como a socialização, a capacitação para o trabalho e geração de renda e o desenvolvimento de convivências e capacidades para viver num mundo de conflitos e de disputas. O autor, por fim, defende que se pense fortemente sobre a desmedicalização e a desinstitucionalização para pensar em *serviços abertos ao comando dos usuários*, mas que os apoiem com padrões de plasticidade, adequan-

do técnicas, políticas e diretrizes administrativas aos projetos de cuidados terapêuticos que se apresentem necessários para cada cidadão singular. Cabe à gestão do sistema de saúde prever relações formais de promoção da saúde, concebendo-as na sua proposição de linha de cuidado com participação popular.

No âmbito da assistência, essas propostas apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica à saúde, por sua presença direta e detida em territórios de organização da vida. Devem possibilitar o acesso de todas as faixas etárias e todos os segmentos sociais (inclusão do conjunto da população e não de grupos programáticos) e também a oferta de tantos mais serviços quantos se façam necessários quanti e qualitativamente, por extensão de cobertura ou por inovação.

De outra parte, os sistemas municipais de saúde devem assegurar o conjunto de atendimentos que sejam demandados e, necessariamente, expandir os âmbitos secundário e terciário, não represando a demanda absorvida/construída por uma atenção básica à saúde em expansão. É para ampliar a absorção de problemas sob cuidado que se regula uma linha de cuidado, porém a regulação não é atributo apenas da oferta de serviços. O conjunto do sistema e seu controle social devem estar prontos a desenvolver serviços alternativos e substitutivos aos modelos tradicionais de modo a buscar, no cotidiano, todo dia, a integralidade da atenção (CARVALHO-SANTOS, 2006).

As principais contribuições à produção conceitual sobre a linha de cuidado, como metáfora para uma reorganização cuidadora das ações, serviços, redes e sistemas de saúde, incluem a análise e intervenção em serviços (CECÍLIO; MERHY, 2003), em sistemas e redes municipais (MERHY, 2003; FRANCO *et al.*, 2004) e como recurso analítico para o estudo do componente suplementar do sistema nacional de saúde (MALTA *et al.*, 2005).

A proposição de linhas de cuidado parece-nos muito promissora à reversão da organização e regulação burocráticas para formatos criativos e atuais. A linha de cuidado pode ser tomada como o fio da integralidade que trama regionalização e hierarquização em reconhecimento do poder local e segundo o elevado acolhimento dos usuários.

A integralidade como um eixo orientador: a imagem da mandala

A integralidade como eixo orientador para a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS) associa a superação do reducionismo das práticas de saúde à organização dos processos de trabalho e do sistema sócio-sanitário, à formulação das políticas de atenção a problemas e populações específicas, às necessidades das pessoas e suas condições de vida, à escolha das tecnologias de atenção e às inter-relações subjetivas e de produção da autonomia (MATTOS, 2001; CECÍLIO, 2001).

É generalizada a noção de que é necessária uma ressingularização da clínica e novas formulações têm sido concebidas, ao longo dos anos 1990 e início dos 2000, oriundas do campo da saúde coletiva, da educação em saúde e da saúde mental, decorrentes da denúncia de degradação da clínica que não se orienta mais pelos usuários, mas pela utilização de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico. Ousadas e inventivas expressões-síntese vêm nomeando as propostas de transformação da clínica, reorientadas aos usuários: clínica ampliada, clínica antimanicomial, clínica no plural, clínica da sensibilidade, clínica nômade, clínica da resistência e criação, clínica do cuidado, clínica da alteridade, clínica da cidade e clínica em movimento, entre outras.

Nesse contexto, Fagundes (2006) relaciona Florianita Campos (1992), Gastão Campos (1994), Ana Marta Lobosque (1997), Jonas Melman (2001), Emerson Merhy (2002), Ricardo Ceccim (CECCIM, 2004b; CECCIM; CAPOZZOLO, 2004) e Alcindo Ferla (2002 e 2004) como autores referência para o tema. Benevides e Passos (2004) são pesquisadores na clínica e saúde coletiva, afirmando-a como transdisciplinar (2000) e autopoietica (2004). Benevides e Passos (2004, p. 168) afirmam que “definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente”.

A construção da integralidade inclui rede de serviços, práticas cuidadoras, propostas de gestão, exercício da participação e controle social e as propostas de formação e educação permanente em saúde (CECCIM, 2004/2005; CECCIM, 2005a). O acoplamento das propostas de *malha de cuidados ininterruptos* (CECCIM, 2005) e de *redes quentes* de produção de subjetividades (BENEVIDES; PASSOS, 2004)

dialogam com a integralidade e expressam a resolutividade necessária para o SUS. A proposta de *malha* inclui a conectividade entre os *nós*, viabilizando o acesso ao sistema a partir de qualquer um dos pontos de conexão (unidades produzidas e produtoras de linhas e fluxos de cuidados). O trabalho regionalizado, intercomplementar e em equipe para a efetiva resolutividade inova *redes* com a característica de maleabilidade e plasticidade produtora de autonomia (escuta dos usuários e entre os profissionais), com acesso à informação e direito à invenção (de tecnologias, de vida e de existências), geradora de responsabilização frente ao criado (CECCIM, 2005b).

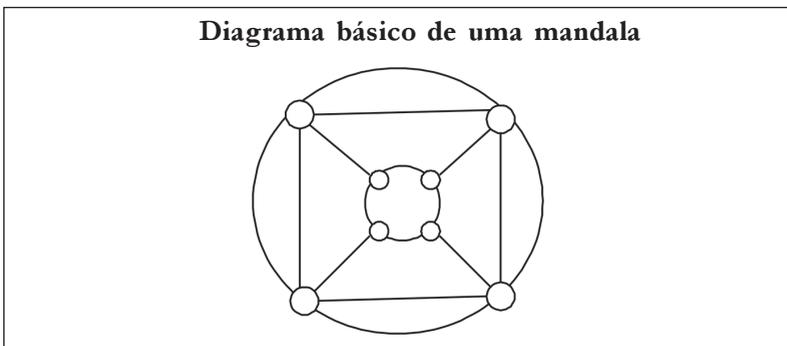
Fagundes (2006) lembra que as *redes quentes* são geradoras de efeitos de diferenciação pela dinâmica de conectividade ou de junção, são *redes heterogenéticas*, nas quais a experiência do coletivo, do público ou mesmo da multidão constituem planos de produção de novas formas de existência, que resistem à serialização e ao assujeitamento próprios do capitalismo mundial integrado, na formulação de Guattari (1981), produtor de *redes frias*. A aposta clínico-política que a experiência clínica, assim como a vida, no contemporâneo, é a um só tempo de incidência dos mecanismos de biopoder e um ponto de resistência biopolítica (BENEVIDES; PASSOS, 2004).

A produção de *redes quentes* em *malhas de cuidados ininterruptos* exige usuários e trabalhadores encarnados. Usuários e trabalhadores, como expressou Ferla (2004), singulares, marcados histórica e socialmente, com *cicatrices* visíveis e invisíveis dos processos de disciplinamento e de subjetivação, que, ao mesmo tempo, nas dobras do corpo, são constituídos por movimentos, forças, afetos e devires (potências de vida). Potências que precisam ser escutadas e enxergadas para o agenciamento de vidas que podem vingar ou de uma nova saúde, mais forte, mais tenaz, mais alegre, constantemente conquistada, como propôs Nietzsche (2001, p. 286) na *grande saúde*.

Campos (1994) propôs a substituição do modelo da pirâmide de regionalização e hierarquização, proveniente da racionalidade gerencial hegemônica, pela imagem do redemoinho de ponta cabeça, microfurações com a base em movimento sobre o solo. Cecílio (1997) propôs a superação da pirâmide pelo círculo como uma possibilidade a ser explorada na estruturação de modelos tecnoassistenciais de saúde, tendo como orientação as práticas cuidadoras. Righi (2002a,

2002b, 2005) entremeou os temas da rede, território, poder local e complexidade, na constituição de sistemas de saúde e, embasada em Cecílio e Ceccim, desmontou a pirâmide em *diagramas de rede local* para alcançar a integralidade. Ceccim (2005b) propôs a imagem da *malha de cuidados ininterruptos*, tramando serviços e linhas de integralização dos cuidados, uma imagem que publicizou na IV Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (2003), preparatória para a XII Conferência Nacional de Saúde. Silva Júnior *et al.* (2005) retomam o tema das tramas e redes para focar o cuidado e a integralidade, quando se trata de um *sistema* de saúde. Gastão Campos afirma que, em lugar de uma estrutura ossificada pelo concreto das normas e programas, um fluxo estruturado, fluxo alimentado pelas necessidades e anseios dos usuários (1994, p. 61).

Em 2004, Ceccim compôs o diagrama de uma mandala como expressão da ruptura com as racionalidades administrativas e gerenciais hegemônicas quanto à hierarquização e à regionalização propostas para o SUS. A hierarquização seria o desenho dos eixos de comunicação, das linhas de cuidado e do *matriciamento* do trabalho em rede. A regionalização seria o desenho de zonas em torno dos pontos de contato e cruzamento onde ocorrem pactos entre gestores e laços com redes sociais, tendo como orientação os usuários sob práticas cuidadoras (CECCIM, 2005b, p. 165).



Uma linha de cuidado orientada pela integralidade tem porta de entrada no acesso ao sistema de saúde e desfecho na retroalimentação do sistema de saúde. Seu traçado deve ocorrer dentro de uma rede,

que integra um sistema único, gerido segundo o interesse particular dos usuários. Como um jogo de articulação em forma de mandala, a organização do sistema de saúde é a organização de linhas de cuidado sensíveis ao seu controle social. Uma linha de cuidado requer primeiramente que se tenha acesso às ações e aos serviços de saúde como expressão fundamental do direito de todos (e dever do Estado) ao provimento de saúde.

O passo seguinte é o acolhimento em serviços com responsabilidade pela proposição, monitoramento e avaliação de práticas de interação com usuários, ou seja, ser efetivamente incluído – e pertencer afetivamente – ao serviço e à rede de produção de saúde. A partir daí, obter o conjunto de intervenções em saúde que venham a ser demandadas, engendrando as ações programáticas em formas mais abrangentes de linguagem, interpretação e ação (tocadas pela integralidade e alteridade), capazes de construir projetos terapêuticos individuais (oferecer a atenção requerida em cada caso). A continuidade horizontal da atenção pelo ordenamento em rede dos serviços como uma cadeia de cuidados progressivos à saúde (CECÍLIO, 1997) permitirá obter o conjunto dos cuidados necessários, mas sempre – e em qualquer caso – trabalhar pela autodeterminação do usuário. A extensão e o prolongamento do cuidado continuam no desenvolvimento de ações intersetoriais de afirmação da vida, e não pela dependência aos serviços ou profissionais de saúde.

A gestão participativa da proposição, monitoramento e avaliação, seja na equipe de saúde, ou junto ao controle social, ampliará a implicação do sistema para com o usuário, fim último das práticas de saúde (MERHY, 1997, p. 91-100).

Por fim, cabe desvelar em informação em saúde a qualidade e o conhecimento sobre a resposta do sistema de atenção e detecção de novas necessidades como alimentação da gestão do sistema de saúde no interesse da maioria da população.

Pressupostos de projetos de integralidade em linha de cuidado: a mandala do cuidado

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), no documento *Teses e Plano de Ação 2005-2007*, apresenta o produto de planejamento elaborado por sua diretoria e aprovado

pelo Conselho Nacional de Representantes (Conares), no mês de junho de 2005 (CONASEMS, 2005). No documento, as *Teses* devem ser compreendidas como pressupostos, explicadas como sentido e interpretação do contexto atual e dos cenários futuros, enquanto o *Plano de Ação* é constituído pelas grandes diretrizes que devem orientar e fundamentar a ação política da entidade. Dentre cinco temas, um é o Modelo de Atenção à Saúde, donde a tese de que “a integralidade da atenção à saúde ainda não foi alcançada e a assistência fragmentada compromete a resolutividade, impedindo a adoção das chamadas Linhas de Cuidado” (p. 21-22). Cada temática arrola seus problemas e oportunidades, dimensionando operações e estratégias relacionadas.

Quanto aos 13 problemas arrolados, merecem destaque em nossa abordagem as referências de que *há pouca integração entre estrutura e processos organizacionais nas redes de atenção básica e também entre a atenção básica à saúde e as outras organizações do sistema de saúde* e de que *há ineficiência dos setores de informação e regulação*. Quanto às oportunidades, foi arrolado que deve haver uma aposta na educação permanente em saúde (nos moldes da construção nacional pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite: política nacional), assim como deve haver uma aposta nos pactos de gestão na agenda do SUS (na perspectiva de maior integração entre serviços e níveis de atenção). Aponta-nos, de um lado, a acumulação de experiência das gestões municipais em sistemas locais de saúde – resolutividade em redes locorregionais ou *poder local*, como nomeia Righi (2002a) – e, de outro, a existência de processos e apoios à integralidade (citando, como exemplo, o LAPPIS).

Quanto às operações e estratégias dimensionadas, a educação permanente de gestores municipais surge como caminho à discussão sobre os determinantes do processo saúde-doença e à disseminação da adoção de estratégias de atenção integral à saúde, enquanto a redução da medicalização surge como incentivo a uma clínica que articule protocolos clínicos, linhas de cuidado, ações de promoção e prevenção.

A mandala do cuidado como imagem à administração e gerência do sistema de saúde articula linhas de cuidado da integralidade e não fluxos ascendentes e descendentes da pirâmide da atenção³, assim o compromisso de qualificação da atenção básica à saúde, implica garantir-lhe qualidade e resolutividade, articulando a sua organização

com toda a rede de serviços e como parte indissociável do tramado em rede da atenção integral à saúde. Esse pressuposto articula, ainda, o individual ao coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde nas populações, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência, construindo a extensão do cuidado pelas redes sociais que assegurem a autodeterminação dos usuários e não sua dependência dos profissionais ou dos serviços.

A atual organização da atenção à saúde, reconhece o Conasems, vem-se dando pela *oferta de serviços* e não pelas *necessidades da população* (CONASEMS, 2005, p. 21), gerando aumento das desigualdades regionais e dificuldade de acesso das populações mais vulneráveis. A utilização da epidemiologia e das informações sobre as unidades populacionais a serem consideradas deveria subsidiar a planificação e a busca de que as ações sejam precedidas de uma análise de situação de saúde das populações, conhecendo as relações que se estabelecem nos locais onde se desenvolvem as práticas de saúde. O conhecimento e o acompanhamento do impacto das ações de saúde devem ser viabilizados por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros locais fáceis, confiáveis e contínuos. Mas há, também, a necessidade de práticas contínuas de avaliação e acompanhamento tanto dos riscos, danos e determinantes do processo saúde-doença, como da atuação intersetorial e das ações de promoção da saúde e qualidade de vida em cada unidade populacional considerada.

A organização das ações e dos serviços de saúde de forma usuário-centrada, garantida por equipes multiprofissionais de caráter interdisciplinar, orientada por atos de escuta, acolhimento, atendimento e acompanhamento, deve elevar a resolutividade das práticas de cuidado, dos serviços e do sistema de saúde. Mas é a educação permanente em saúde como política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, com o objetivo de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na educação dos profissionais, que colocará o cotidiano e sua qualificação como objeto da integralidade.

Uma agenda de pesquisa com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde em todos os âmbitos de atenção, inclusive redes

substitutivas de todos os tipos de serviços hoje conhecidos, precisa estar em curso. Da mesma forma, a responsabilidade entre as esferas de governo deve incluir mecanismos de cooperação técnica, financeira e operacional que apóiem linhas de cuidado inventivas e singulares às cidades e não às ações programáticas invariantes.

Uma política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando às inovações nas estratégias de atenção e de gestão e a gestão participativa da política de saúde, que assegure a participação de usuários, trabalhadores, gestores, formadores e estudantes da saúde, completariam os sentidos e a interpretação da imagem da mandala do cuidado.

Princípios norteadores para linhas de cuidado

As linhas de cuidado devem servir à ampliação e à qualificação da assistência, organizando o processo de trabalho de forma a garantir os procedimentos mais *dependentes de protocolos clínicos fortemente estruturados ou de equipamentos* e mais *conclusivos*, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência. Para isso, os serviços precisam disponibilizar ofertas suficientes e adequadas à complexidade das situações vividas.

Para que linhas de cuidado se desenhem num ordenamento como o da proposta de imagem da mandala do cuidado, deve-se estabelecer um processo de trabalho orientado pela discussão e pactuação no interior das equipes, entre as equipes e os gestores, entre as equipes e os usuários, entre os gestores e os usuários; deve haver a garantia de dignidade no trabalho para profissionais e usuários e alta qualidade nos serviços prestados. É fundamental que a linha de cuidado seja amplamente conhecida e apropriada (com implicação) por todos os trabalhadores e todos os gestores de todos os serviços que integram a rede assistencial, assim como do Conselho Municipal de Saúde.

A resolutividade de uma linha de cuidado difere da expectativa de resolutividade da atenção básica à saúde apenas pelo reconhecimento e uso de uma cadeia interserviços ou inter-unidades de produção da saúde, mas igualmente se define por acolhimento, responsabilidade pela cura e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários.

O acolhimento pode ser traduzido como a busca do acesso universal à assistência e de dar atenção a toda demanda expressa ou

reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa, assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população sob atendimento (*acolhimento em linha e não por serviço*).

A responsabilização pela cura é o implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais embasadas no respeito ao usuário, conhecimento do contexto de vida e trabalho (família; cultura; inserção produtiva; inserções sociais de gênero, etnia, geração, classe, escolaridade, sexualidade, outras), disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa, ao atendimento e às providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

O desenvolvimento da autodeterminação dos usuários implica responsabilizar as equipes e os serviços de saúde pela solução dos problemas em sua área de intervenção por meio da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução, como também autonomia na condução de seu andar a vida. Se a linha de cuidado atravessa vários serviços, ela terá sempre seu fio terminal em outras redes terapêuticas, as da própria vida em coletividade e suas tramas de afirmação da existência em projetos de vida.

Experiências com linhas de cuidado

A experiência concreta de linhas de cuidado tem história na organização/regulação da atenção cuidadora por ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso), por grupo de agravos de impacto à saúde pública (hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, asma, saúde bucal, saúde mental, saúde ocular), por grupo social de vulnerabilidade específica (materno-infantil, mulheres, portadores de necessidades especiais, sob risco ocupacional), entre outras.

Para diferir das ações programáticas simples, cabe aos gestores a disponibilização responsável dos recursos que alimentem uma linha de cuidado e a coordenação dos mecanismos de gestão colegiada, envolvendo os gestores dos serviços responsáveis pelo cumprimento da assistência sob ordenamento.

Em todos os casos, tem ficado acordado que:

- os fluxos assistenciais devem viabilizar de maneira facilitada a mobilidade (o trânsito) dos usuários na *malha*;
- as equipes das unidades básicas de saúde devem ser responsáveis pela gestão do projeto terapêutico global, responsabilizando-se, então, pelo andamento seguro dos usuários na *malha* e pela sua inserção em recursos próprios de sua coletividade afetiva (família, bairro, trabalho, escola, entidades etc.).

No bojo da organização dos programas de humanização, também surgiram linhas de cuidado. Seu sentido busca a articulação entre humanização e integralidade, entre atenção ambulatorial e hospitalar. As mais frequentes são:

- 1) programas de atenção integral ao ciclo grávido-puerperal, como a Linha de Cuidado Mãe-Bebê: pré-natal, maternidade, puerpério e puericultura (a linha pode começar no pré-natal ou na maternidade);
- 2) programas de alta hospitalar precoce com acompanhamento domiciliar (a linha começa no hospital);
- 3) programas *de volta para casa* na pediatria, geriatria e psiquiatria (a linha começa na internação pediátrica ou na internação ou asilamento em saúde mental e atendimento de idosos);
- 4) programas de atendimento social e vínculo provisório, com o pedido de retorno de usuários com vulnerabilidades e sem referência regular a um serviço de saúde, onde se interpõem pedido de exames preliminares, atendimento e agendamento de retorno com o serviço social (a linha pode começar em serviços que não se ocupam no acompanhamento horizontal como a emergência ou o pronto-socorro).

A proposta nessas experiências tem sido identificar um ordenamento programático de serviços dentre as diversas ações de cuidado demandadas. Os gestores de serviços ou o gestor municipal propõem sejam ordenados, em linha de cuidado, procedimentos, consultas, atendimentos, de forma que seja assegurado o acesso resolutivo por entre várias unidades/equipes de saúde. Compondo grupos de trabalho de organização e regulação das linhas de cuidado (comitês gestores) para as pactuações necessárias à implantação de um acordo assistencial que garanta *referência segura* aos diversos servi-

ços da rede de saúde e contra-referência para as equipes de atenção básica à saúde, é possível um ordenamento aplicável a cada caso com o máximo de continuidade, com o máximo de controle de qualidade nos encaminhamentos e o máximo *rigor técnico* na regulação do sistema. Por outro lado, também se torna possível o máximo *rigor ético* na regulação, para colocar o sistema de acordo com os usuários e não apenas com indicadores estatísticos ou de filtro automático das informações, assim como *estruturas de acolhimento na atenção secundária* que dignifiquem os usuários, informem o sistema de saúde e operem o melhoramento de qualidade da rede cuidadora.

Um dado fundamental a ser destacado é que a gestão por linhas de cuidado deve gerar a máxima credibilidade dos usuários em geral no sistema de saúde como um sistema de atenção cuidadora. Por isso o conjunto dos trabalhadores deve se perceber trabalhando na linha, ter tranquilidade de falar sobre a existência das mesmas e confiar na sua composição, tranquilizando o usuário sobre sua qualidade e confiabilidade. Sobretudo dar ingresso aos usuários e proporcionar sua inclusão (confiança) deve ser tarefa de qualquer ponto do sistema de saúde, especialmente ao detectar vulnerabilidades. Por isso a existência de linhas de cuidado deve permitir fluir atendimentos que ampliam a segurança dos profissionais, ampliando e qualificando a assistência e participação, assim como maior acolhimento, responsabilidade pela cura e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários.

Dentre os serviços substitutivos ao modelo unidade básica → ambulatório de especialidades → hospitalização → agendamento de retorno, a fim de compor linhas de cuidado, têm sido ofertados o trabalho de acompanhantes terapêuticos, programas de redutores de danos, projetos cuidadores de idosos, oficinas de criação/criatividade e arte-terapia (com dança, música, teatro, artes plásticas e artes visuais), diversificadas atividades de educação popular em saúde, programas de internação e de acompanhamento domiciliar, casas de parto, centros de parto normal, academia da cidade, Centros de Atenção Psicossocial, clínicas de quimioterapia e radioterapia, Centros de Especialidades Odontológicas, pensões protegidas, moradias terapêuticas, centros ou abrigos de convivência, Casa da Gestante, diversos Centros de Atenção Integral à Saúde e Centros de Orientação, Testagem e Aconselhamento. Nessas ações e serviços encontram-se práticas

cuidadoras, integralidade e um ordenamento original da terapêutica em linhas projetadas no interior de uma mandala do cuidado.

Conclusões

A construção de linhas de cuidado como gestão *em rede* de *práticas cuidadoras* para outra educação dos profissionais de saúde traz à tona o ensino sobre a rede de saúde, sua assunção tácita da hierarquia em pirâmides da assistência e, por meio dessa imagem piramidal, a manutenção da visão biologicista do cuidado. A introdução da imagem da mandala como novo recurso didático para ordenar campos de aprendizagem da integralidade estabelece a integração ensino-trabalho-cidadania e consolida as noções de apoio matricial e de educação permanente em saúde, radicais inversões do modelo tradicional de ensino da saúde, mais coerente com o espírito das Diretrizes Curriculares Nacionais em vigor.

A noção de linhas de cuidado se prende à noção de organização da atenção à saúde que toma em referência o conceito de práticas cuidadoras. Assume, na ordem da gestão dos sistemas de saúde, que os serviços se mostrem encadeando uma rede de serviços cuidadores, uma trama de linhas singulares entrelaçadas para a construção da resolutividade assistencial e do acolhimento de pessoas em rede. A produção de linhas de cuidado traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção – com integralidade – das respostas possíveis às vivências individuais do processo saúde-doença.

A noção de linha de cuidado está sendo apresentada como concepção de rede de práticas para o trabalho em saúde. Nesse sentido, é imprescindível que projetos terapêuticos individuais (singulares) estejam articulados com uma noção de cadeia do cuidado progressivo à saúde e com uma organização/regulação da atenção cuidadora que constitua um sistema de saúde cuidador. Em lugar da imagem da pirâmide, recurso didático usado para ensinar e montar hierarquias de complexidade embasadas no uso de equipamentos e recursos tecnificados para o diagnóstico e a terapêutica – uma imagem da ordem da racionalidade gerencial hegemônica –, propomos a imagem da mandala, configurando linhas singulares: diagramas de linhas e não fluxos verticais de referência e contra-referência, uma mandala

de linhas de cuidado e não uma pirâmide de complexidade crescente do uso de técnicas e equipamentos tecnológicos: integralidade! A linha de cuidado se mostra útil para a construção de conceitos, experiências e habilidades para o apoio matricial entre serviços; para o estabelecimento, em equipe, de projetos terapêuticos singulares; para problematizar processos e condutas na forma da educação permanente em saúde e para participar de uma avaliação e regulação da rede de saúde que consiga pensá-la como única e orientada pelos interesses dos usuários.

Referências

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, 2000, p. 71-79.
- _____. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum: estudos de mídia, cultura e democracia*. Rio de Janeiro, n. 19-20, jan.-jun. 2004, p. 159-171.
- CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005, p. 91-101.
- CAMPOS, F. C. B. A saúde mental e o processo saúde-doença: a subjetividade na afirmação/negação da cura. In: _____. *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 41-46.
- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas, o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.
- CARVALHO-SANTOS, R. *Saúde todo dia: uma construção coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. A construção de linhas do cuidado como caminho para a integralidade, também no interior da educação dos profissionais de saúde. IN: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 7., 2006. Texto didático (Oficina 30 – A construção de linhas do cuidado como caminho para a integralidade). Curitiba, 15 e 16 de julho de 2006.
- CECCIM, R. B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Orgs.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: EdUfrgs, 1997. p. 27-41.
- _____. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. *Saúde: Revista do NIPESC*, Porto Alegre, v. 3/v. 4, n. 3/n. 4, 1998/1999.
- _____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface:*

- comunicação, saúde, educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005, p. 161-178.
- _____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005a, p. 975-986.
- _____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004b. p. 259-278.
- _____. *Linha de cuidado: práticas cuidadoras, projetos terapêuticos individuais (singulares), rede em cadeia do cuidado progressivo à saúde, integralidade da atenção e na gestão da saúde e organização/regulação da atenção cuidadora*. Aracaju: SMS, 2005.
- _____. Malha de cuidados ininterruptos à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem. Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005c. p. 103-113.
- _____. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005b. p. 161-180.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 61-88.
- CECCIM, R. B. *et al.* Educação e assessoramento em redução de danos: atenção integral à saúde para usuários de drogas e sua rede social. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). *O fazer em saúde coletiva: inovações na atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 193-216.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.
- _____. Modelos technoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set., 1997.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 197-210.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Conasems: teses e plano de ação, 2005-2007*. Brasília: Conasems, 2005.
- FAGUNDES, S. M. S. *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas de saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

- FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça*. cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.
- _____. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 171-186.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.
- FRANCO, T. B. *et al.* (Orgs.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança no modelo assistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular*. pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- LOBOSQUE, A. M. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MALTA, D. C. *et al.* Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois faces da mesma moeda*. microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p. 143-160.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- MELMAN, J. *Família e doença mental*. São Paulo: Escrituras, 2001.
- MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: _____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 41-66.
- _____. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde*. um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- _____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15-36.
- NIETZSCHE, F. W. *A gaia ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- RIGHI, L. B. Pirâmides, círculos e redes: modos de produzir a atenção em saúde.

In: MISOCZKY, M. C.; BECH, J. (Orgs.). *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 2002b. p. 29-46.

_____. *Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios do Estado do Rio Grande do Sul*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002a.

_____. Produção de redes: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Org.). *A saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: EdUnijuí, 2005. p. 73-92.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 77-90.

Notas

¹ Texto finalizado com as contribuições dos participantes da unidade de produção pedagógica *Linha do Cuidado*, no Curso de Especialização e Residência Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Sergipe e Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (novembro de 2005) e da oficina *A construção de Linhas de Cuidado como caminho para a integralidade*, no VII Congresso Nacional da Rede Unida (julho de 2006).

² Falar em *produção do cuidado* é falar no *trabalho em saúde*; todo trabalho tem uma ação intencional demarcada pela busca da produção de bens ou produtos. No caso da saúde, não necessariamente bens ou produtos materiais – objetos, artefatos ou “coisas” objetificáveis – com valor de uso ou de troca, mas bens ou produtos imateriais, que também portam valor de uso, mas que somente existem nas sensações de quem os usufrui. O trabalho em saúde produtor de cuidado é trabalho e gera bens ou produtos: a sensação do cuidado, certo tipo de atenção, satisfação de necessidades reais (materiais para aqueles que as portam). Falar em produção do cuidado é ocupar-nos com a qualidade do que produzimos no trabalho em saúde: produção de atos técnicos (soma de procedimentos) ou produção da sensação do cuidado (proporcionar o atendimento às necessidades vivenciadas).

³ Gastão Campos nos lembra que a adoção mais ou menos mecânica do ordenamento do sistema de saúde em regionalização e hierarquização das ações e dos serviços tomaram a forma de pesadas pirâmides, “que esmagam com seu peso as necessidades expressas pela demanda por atenção e as possibilidades de agir criativo dos profissionais”. Para o autor, essa forma, sem dúvida, ajuda no planejamento, mas ao mesmo tempo estabelece “um irresistível elemento de burocratização e fechamento dos serviços públicos”. Tratar-se-ia, agora, “de relativizar a sua potência, de restringir a sua onipresença na imaginação e na prática dos agentes de saúde” (CAMPOS, 1994, p. 61).

A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas

CÉSAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO

As transformações políticas, ideológicas e tecnoassistenciais ocorridas com a reestruturação da atenção à saúde e, em especial, da atenção primária à saúde (APS) em vários países, assim como no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxeram para o debate várias questões e contextos que têm servido de combustível e contribuído para caminhar, nos dias atuais, no sentido de operar mudanças na prática clínica.

Entre essas transformações, Bury (2001) ressalta a relevância epidemiológica das doenças crônicas que implicam mais intensamente rupturas do modo de andar a vida (usando a expressão de Georges Canguilhem) e dão mais evidência à necessidade da clínica em lidar com perspectivas como manejo e cuidado, no lugar de se limitar ao tratamento e à cura.

Pelo lado do planejamento dos serviços de saúde, somam-se as críticas ao crescente custo das intervenções médicas, e a preocupação de reduzi-los tem centrado a atenção no modo como vem ocorrendo a incorporação desenfreada das tecnologias médicas. Nesse caso, tem sido proposta a revalorização da atenção ambulatorial, em particular, na implantação e qualificação de estratégias de atenção primária.

A ênfase na ampliação e na qualificação do campo da atenção primária à saúde tem provocado o fortalecimento do papel e das funções dos médicos generalistas. Entre esses profissionais, devido a seus processos e cenários de trabalho, cresce a discussão sobre a medicina holística, a importância da fala do paciente¹ e a ampliação de suas concepções ideológicas.

A despeito das resistências inerciais do poder médico, tem ocorrido aumento da capacidade de informação e argumentação dos pacientes em relação às práticas a eles dirigidas, obrigando a novos direcionamentos do cuidado, de modo que este se torne mais democrático, acessível e amigável. Para alcançar essa qualidade no cuidado, a autoridade e o paternalismo médico têm que ser relativizados, legitimando a perspectiva promovida pela narrativa do paciente e a necessidade de os profissionais se capacitarem para negociar suas opiniões e intervenções.

Contudo, mesmo com as transformações ocorridas nos modelos assistenciais, nas práticas e nas relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, ainda são grandes as dificuldades de abordar, mais profundamente, a temática do cuidado individual nas reformas dos sistemas e das práticas em saúde. Neste sentido, apesar de muito ter sido discutida a ampliação da clínica, para além de um modelo restrito à aplicação da biomedicina, ela persiste como uma caixa preta para seus praticantes e um desafio para implementar os conceitos da integralidade nas ações sanitárias.

No campo das ciências sociais em saúde e da medicina de família, vêm-se constituindo bases conceituais que compreendem a clínica como um saber e uma prática construída socioculturalmente, que se instrumentaliza de um conjunto de conhecimentos e técnicas biomédicas – homogêneas e homogeneizantes – utilizadas para dar respostas singulares às necessidades e às demandas em saúde das pessoas. A clínica passa a se configurar como um momento de interpretação, de percepção de signos e significados e de criação de novas representações e significados terapêuticos para os pacientes (FAVORETO, 2004; CAMARGO JR, 2003; CAMPOS, 2003).

Da abordagem que amplia o campo teórico e prático na clínica, vislumbra-se a necessidade de formar um novo estilo de pensamento de seus praticantes, mas emerge o questionamento de como fazê-lo, como incorporar um modo de pensar e agir que avance para além das alterações fisiopatológicas existentes na biomedicina. Essa mudança de foco, fundada na integralidade, aponta para diferentes objetivos e processos de trabalho a serem perseguidos. Representa um novo arranjo e uma nova relação entre as palavras e as coisas e entre os objetos e os sujeitos na clínica.

Podem existir diferentes focos para abordar a construção da clínica integral, formas de desenvolvê-la e avaliá-la. No entanto, este ensaio se fixará nos aspectos referentes à constituição do saber e do pensar na clínica, abordará as questões que envolvem a competência narrativa e interpretativa do médico,² propondo, como base para análise, a formação e interpretação da narrativa do adoecimento.

A competência narrativa e interpretativa na clínica

No campo da prática clínica hegemônica, a dicotomia entre doença e o doente ou entre o saber técnico-científico e o saber prático estão presentes no discurso dos médicos. Estes, se perguntados sobre os aspectos envolvidos na clínica, certamente apontarão como elementos avulsos de suas práticas, a presença da subjetividade e das relações sociais, além das tradicionais alterações fisiopatológicas.

Do mesmo modo, os livros e manuais que são referência para a formação médica apresentam capítulos discorrendo sobre os aspectos sociais e psicológicos que envolvem as pessoas adoecidas; entretanto, quando abordam as doenças se limitam à descrição de seus fenômenos fisiopatológicos, de seus sinais e sintomas e das alternativas de tratamento. Portanto, os discursos e as referências teóricas para o saber médico ao discorrer sobre a doença esquecem a pessoa adoecida e, ao falar da pessoa e de suas circunstâncias de adoecimento, a doença está ausente.

Assim, tanto os discursos como as teorias médicas na clínica reafirmam, como uma característica central de sua racionalidade, a fragmentação e compartimentalização dos aspectos biopsicossociais (DEVEZA, 1983). Desta forma de pensar a clínica decorrem muitas das dificuldades de um ver integrador e de uma percepção ampliada do processo de adoecimento. Dela emerge uma narrativa médica que, para Good e Good (1981) representa, na clínica, uma perspectiva indiscutivelmente reducionista, particularmente em relação à dimensão do cuidado.

Na racionalidade biomédica a tarefa do praticante seria, fundamentalmente, decodificar o discurso do paciente para buscar nos sinais e sintomas apresentados evidências de doenças. Esta ação cognitiva do clínico procura relacionar as ocorrências relatadas e os sintomas identificados pelos pacientes às referências biológicas,

objetivando diagnosticar ou excluir uma doença e, neste último caso, classificar as situações de sofrimento como questões psicológicas ou sociais (CAMARGO JR., 2003b).

O diagnóstico restringe-se, portanto, a um processo explicativo que converte as evidências observadas – dados do exame clínico – em nomes de doenças (GOOD; GOOD, 1981; KLEIMMAN, 1988, RODRIGUES, 1980). Constitui-se todo um empreendimento cognitivo e discursivo, centrado no diagnóstico das doenças e em suas respectivas lesões, que busca dar cada vez maior visualização às alterações patológicas explicativas do adoecer e, por conseguinte, reduz a importância da escuta da narrativa do paciente pelo médico.

Essa racionalidade permite que os médicos, além de limitarem o desenrolar da narrativa, desenvolvam uma escuta seletiva que busca na estória apenas os dados que se enquadrem numa história da doença (HEATH, 2002). Conseqüentemente, as habilidades de escuta e interpretação das estórias dos pacientes se tornam cada vez menos relevantes e menos desenvolvidas. O resultado dessa abordagem é a dificuldade de os pacientes exporem seus sintomas e, principalmente, os significados do adoecimento, devido às precoces interrupções a que são submetidos nas entrevistas clínicas (SLOBIN, 2000).

Com o objetivo de ampliar o papel cuidador na clínica, Good e Good (1981) propõem a reformulação da racionalidade clínica através de uma reconceitualização profunda das relações entre o ordenamento das palavras e das coisas médicas. A base dessa mudança seria a compreensão do adoecimento humano como uma questão fundamentalmente semântica ou significativa e que a clínica passe a ser compreendida e valorizada como uma ação implicitamente interpretativa.

No modelo clínico interpretativo proposto Good e Good (1981), a escuta e a capacidade interpretativa médica incorporariam a noção de que um sintoma ou moléstia condensa uma rede de significados para quem o sofre. Nessa trama estão envolvidos enredos variados como o estresse da vida, medos e expectativas sobre o adoecimento, as reações sociais dos amigos e parentes, as experiências terapêuticas prévias, entre outras questões que dão especificidade e personalidade ao adoecer.

Tal capacidade de escuta e interpretação dos casos é denominada, por Rita Charon, de “competência narrativa do médico”. Para a autora, essa idéia compreenderia a modelagem da prática médica com caráter

mais humano e efetivo e envolveria a maior habilidade do médico em lidar com as situações narrativas da clínica como a que ocorre entre o médico e o paciente, entre o médico e si próprio e seus colegas e do médico com a sociedade (CHARON, 2001).

A competência narrativa representaria, portanto, a capacidade do médico para entender e interpretar o significado e a importância das histórias, a habilidade para discernir e analisar os elementos inconscientes que podem estar refletidos nas formulações narrativas dos pacientes e a possibilidade de direcionar as intervenções a partir das perspectivas dos pacientes (JONES, 1997).

Em relação à organização do trabalho clínico, a competência narrativa possibilitaria ao médico usar melhor o tempo da consulta, sendo capaz de mais rápida e adequadamente ouvir e interpretar o que o paciente tenta dizer e identificar suas demandas. Por outro lado, essa competência compreenderia a aplicação do conhecimento biomédico a partir do que é dito e da forma como é percebido o adoecimento e não o contrário (CHARON, 2004).

Ampliando sua competência narrativa, o médico se capacitaria para observar que há padrões diferentes de expressar uma mesma doença ou um mesmo sintoma e que uma mesma doença pode ser representada de diferentes formas e intensidades, dependendo do significado assumido por quem a sofre. Permitiria perceber que a partir de um mesmo corpo de sensações pode existir uma grande variabilidade nas narrativas do adoecimento construídas pelas pessoas.

Ao seguir a proposta de Good e Good (1981), de promover uma reconceitualização das palavras e das coisas na clínica, busca-se conciliar sua dimensão técnico-biomédica a uma dimensão prática do cuidado em saúde. Neste sentido, é preciso repensar os objetivos e as intencionalidades dessa prática que, para Ayres (2001), não devem se limitar às intenções de curar, tratar, controlar, visto que todas estas ações/intenções supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante e objetificadora dos sujeitos-alvo das intervenções. Como mudança, o autor propõe uma prática pautada na necessidade de incluir, na escuta e interpretação da clínica, os textos e perspectivas dos sujeitos e não apenas as normas ou desejos pre-determinados pelo conhecimento biomédico e seus ideais de controle das doenças.

A competência narrativa do médico implica, portanto, uma mudança no estilo de pensamento médico, promovendo um olhar e uma escuta capazes de incorporar e integrar as dimensões socioculturais e pessoais ao discurso biomédico. Neste caso, a narrativa do paciente se torna uma unidade integradora dessas várias dimensões do sofrer e do adoecer, possibilitando a contextualização temporal e vivencial do adoecimento. Na narrativa a doença não é excluída; pelo contrário, procura-se o sentido que ela assume em cada situação. A doença, seu significado e as transformações que produz norteiam a compreensão do sofrimento e a definição das estratégias terapêuticas.

O estilo de pensamento médico na ampliação da competência narrativa da clínica

O modo do médico se aproximar desta competência narrativa compreende um pensar que não está limitado a um raciocínio linear e causal cujos elementos se restringem às conceituações biomédicas da doença, seus sinais e sintomas. Torna-se necessário desenvolver um pensamento configuracional e sistêmico, gerado a partir da incorporação do contexto e do significado do adoecer, que compreende não apenas o que é comunicado, mas, também, a forma como a pessoa organiza e expõe sua narrativa de modo a dar corpo, sentido e movimento às situações de adoecimento.

Através de uma percepção tridimensional, o adoecer deixa de ter uma característica estática ou de mera determinação causal. Ao ser percebido como uma imagem em movimento, o adoecer adquire forma e identidade próprias a partir da sua unidade e singularidade e não pelos elementos isolados que o compõem.

Outra dimensão da competência narrativa do médico seria sua capacidade de estabelecer o diálogo a partir da compreensão dos contextos e significados socioculturais que envolvem a narrativa do paciente. Essas precondições facilitam a exposição pelo paciente não só dos elementos constituintes do adoecimento mas, também, de uma narrativa que expresse e organize os significados do adoecer e das demandas.

Cabe destacar que a competência médica para promover o diálogo muitas vezes é compreendida como uma habilidade nata e pessoal e considerada uma dimensão arte e diferenciada da técnica (SCHRAIBER, 1993). Tal visão não valoriza ou desenvolve habilidades e atitudes necessárias para organizar um novo estilo de pensa-

mento e ação que oportunize uma relação dialógica entre médicos e pacientes (HAIDET; PATERNITI, 2003; PLATT *et al.*, 2001).

Percepção e valorização dos enredos que compõem as narrativas do adoecimento

Promover o diálogo e ampliar a capacidade de interpretar a narrativa dos pacientes implica a incorporação de novos enredos e novas questões ao universo interpretativo do profissional. Neste caso, a narrativa na medicina passa a ter o papel de ser uma estória contada pelo paciente e que outros recontam, para dar coerência a eventos distintos pertencentes ao curso do sofrimento vivido. Entretanto, essa narrativa pessoal não reflete meramente a experiência do adoecimento, mas pode contribuir para a própria constituição dos sintomas e do sofrimento experienciados (KLEINMAN, 1988).

Em sua dimensão pessoal, a narrativa seria um elemento de ligação entre o adoecimento e o significado que ele assume para a pessoa em determinado momento e lugar. Para cumprir esse papel, a narrativa se instrumentaliza de uma linguagem na qual a palavra, as enunciações e as formas de comunicá-las têm o papel de expressar o material da vida semiótica interior. Deste modo, a narrativa pode ser entendida como formas de linguagem que trazem à tona o mundo interior e a consciência individual sobre o significado do adoecimento construído no contexto social em que o indivíduo se realiza como pessoa (BAKHTIN, 2004).

Como expressão externa do mundo interior, a narrativa constitui uma expressão ideológica, isto é, parte de uma tomada de consciência, de um discurso, um estilo e uma entoação interior que dá significado, valor e hierarquiza determinado fato ou situação. Assim, a narrativa pode ser capaz de explicar e dar significado ao sofrimento e, como um signo, interagir na percepção e formação de novos signos interiores (BAKHTIN, 2004).

Neste sentido, a narrativa do adoecimento é capaz de articular e transformar os sintomas e as rupturas produzidas pela doença numa totalidade temporal e espacial, isto é, num todo compreensível, criando o mundo do adoecimento. Ao desenvolver um sentido para o adoecimento através das narrativas, as pessoas reestruturam suas identidades, o ambiente em seu entorno e seu corpo, buscando dar sentido ao adoecimento em relação à vida (HYDÉN, 1997).

Ao se falar em narrativa na medicina, dirige-se o foco para o narrador e sua ação como sujeito na construção de suas histórias sobre o adoecimento, de suas demandas e das formas de compreendê-las e respondê-las. O narrador, ao ordenar e organizar sua história, faz escolhas que estão envolvidas e orientadas pelo contexto de onde a pessoa fala e pelos objetivos que os indivíduos têm ao contá-las para um determinado auditório.

Na escuta, análise e compreensão das narrativas, além do que é dito, ganha relevância a forma como a narrativa é organizada e apresentada. Esses aspectos refletem, também, a auto-imagem que o narrador espera transmitir aos outros. (GREENHAULGH; HURWITZ, 2002; HYDÉN, 1997). Logo, para capturar e perceber os significados, passam a ser valorizados e analisados os elementos constituintes da narrativa, isto é, aqueles que compõem a forma e o sentido da comunicação, como: o estilo lingüístico usado, a escolha e manejo da cronologia dos fatos, os gestos ou atitudes apresentados, entre outros. Esses elementos e seus arranjos individuais representam o desejo de como a pessoa quer ser ouvida, a audiência a que se dirige e as expectativas de respostas que pretende encontrar³.

O quadro 1 expõe a relação entre precondições da narrativa do adoecimento e alguns dos elementos que caracterizam sua estruturação:

Quadro 1: Relação dos elementos formadores das narrativas e a clínica integral

Pré-condições das narrativas		Semiótica das narrativas	Intervenções baseadas nas narrativas
Representações sociais	Gêneros narrativos	Contexto cultural	Estruturação dialógica do acolhimento
Manifestações das doenças	↓	Dimensão temporal	Integração de novos enredos à interpretação clínica
Significados pessoais do adoecer	Formação narrativas do adoecimento	Atribuição de causalidade	
Rupturas morais e socioeconômicas	↑	Estratégias morais de enfrentamento	Organização e hierarquização das ações
Experiências prévias com atenção médica	Singularidade	Itinerários assistenciais	
		Adaptação às rupturas socioeconômicas	Promoção de novas narrativas pessoais que aumentem resiliência e autonomia
		Expectativas de cuidado	

Narrativa em seu contexto sociocultural

A personalidade da narrativa é mediada e está envolvida por um contexto, isto é, os símbolos que interagem a partir do meio sociocultural – e se exteriorizam na narrativa – não são apenas meras expressões, instrumentos ou coisas correlatas de uma existência biológica, psicológica e social; eles são os pré-requisitos da narrativa pessoal (GEERTZ, 1983; HUNTER, 1996a; DONALD, 2002).

Em outras palavras, não é apenas a narrativa que faz a mediação, expressa e define a cultura, mas também a cultura define a narrativa. Isso torna ainda mais difícil definir a narrativa como tal, isolada dos contextos de discurso nos quais ela é inserida por diversas convenções culturais (BROCKMEIER; HARRÉ, 2003).

Para Bakhtin (2004), toda estória e cada palavra são polifônicas e seus significados são determinados por incontáveis contextos em que elas foram previamente utilizadas. Logo, o discurso está envolto numa dialogia na qual cada palavra, enunciado ou narrativa carregaria consigo os traços de todos os sujeitos, possíveis e reais, que já empregaram tal palavra, enunciado ou narrativa.

É pertinente considerar que é a partir dos contextos onde as pessoas estão inseridas que são constituídas suas representações sobre a saúde e a doença. Entretanto, para Herzlich (2005), a dinâmica entre as representações sociais e as condutas individuais não pode ser entendida como um processo de determinação ou causalidade entre essas dimensões.

Ao negar tal percepção mecanicista, a autora propõe que a representação social não seja vista como um simples reflexo do real, mas como uma “construção que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele” (HERZLICH, 2005, p. 62).

Assim, o papel das representações sociais no processo de adoecer seria o de poder evidenciar os códigos a partir dos quais se elaboram significações ligadas às condutas individuais, ajudando a compreender como se formam e se constituem os focos das condutas múltiplas e complexas adotadas pelos indivíduos (HERZLICH, 2005).

O padrão cultural pode ser percebido nos enunciados apresentados pelos falantes através da linguagem por eles usada e na bagagem

de enunciações construídas social e temporalmente⁴, assim como pelos posicionamentos assumidos em relação ao próprio enunciado. Contudo, trabalhar a compreensão da narrativa pessoal no nível da produção de sentidos implicaria, além de contextualizá-la culturalmente, observar a linha da história que lhe dá sentido (SPINK, 1999).

Contudo, as narrativas, ao serem criadas, não deixam claro o caminho percorrido; reconhecem-se apenas as imagens que foram criadas e elas passam a ser consideradas como uma imagem real. Uma vez produzidas, as narrativas ganham materialidade, permitem a criação de novas realidades, novas estórias para viver, novas categorias normativas, mesmo quando não é perceptível o caminho percorrido na formulação desses atos criativos (DONALD, 2002). Cabe a quem as escuta, analisa e com elas interage dialogicamente, articular narrativas gerais e particulares, a partir de pontos de vista particulares e localizados em vozes singulares (BROCKMEIER; HARRÉ, 2003).

Esta relação entre o contexto das narrativas e suas expressões (seus textos particulares) se torna relevante quando se pensa a escuta médica das narrativas individuais. A escuta pode se instrumentalizar do que Jordens e Little (2003) denominam de gêneros técnico-políticos (*policy genres*) da narrativa, mas, por outro lado, necessitam perceber os diferentes significados individuais percebidos e expressos pelos pacientes.

A narrativa do adoecimento como uma ação instituída intersubjetivamente

Mais do que ver a narrativa como uma unidade de discurso ou como uma performance virtuosa de um orador, Loewe *et al.* (1998) compreendem que a narrativa é mutuamente construída pelos participantes do encontro, de acordo com as regras estabelecidas entre eles, configurando-se, assim, como uma conversa interativa ou uma interação pessoal.

Este enfoque dialógico da narrativa ressalta seu caráter dinâmico e as interações que produz no narrador e no ouvinte. É no diálogo que a narrativa do paciente interage e cria novas formas e significados ao que é narrado e compreendido, gerando, a partir da interação dos sujeitos no ato da clínica, novos fatos e novas formas de contá-los.

Para Foucault (1987), a produção de significados e de novas realidades discursivas é conseqüente à interação de formas de

subjetivação, e não simplesmente de sujeitos; por sua vez, essas formas seriam responsáveis por produzir novos objetos e novos sujeitos, através dos discursos e das práticas discursivas.

O diálogo entre o paciente e o médico representa uma interação social em que os sujeitos estão buscando criar um enredo. Sendo assim, as narrativas produzidas nesse encontro estão em constante mudança, são continuamente negociadas e influenciadas pelas perspectivas e modificações que ocorrem no processo saúde-doença. Neste sentido, o encontro clínico, como produto da interação das narrativas de médicos e pacientes, assume o caráter de uma contínua negociação visando à construção de um novo e diferente desfecho capaz de explicar e articular a doença a um sentido mais amplo da vida (HYDÉN, 1997).

A organização temporal da narrativa do adoecimento

Referir-se à narrativa como uma construção e constituição da realidade a partir da experiência no mundo e aplicá-la ao campo das práticas e saberes da clínica implica observar e valorizar, de modo diferente, a dimensão temporal das estórias – ou seja, considerá-la como uma dimensão transcendente ao mero ordenamento ou seqüenciamento de fatos.

A noção de totalidade temporal e espacial construída e observada na narrativa representa um elemento analítico importante na interpretação e compreensão de seu significado (HURWITZ, 2000). Esta importância decorre, principalmente, da incorporação da subjetividade à noção temporal presente na narrativa. Como a narrativa ordena os eventos – subjetiva e cronologicamente – ela sustenta algumas relações causais entre os eventos, explora o caminho onde causa e efeito estão enredados e confusos com as variáveis do caráter humano e da motivação aos atores (HUNTER, 1989).

Contudo, a história clínica tradicional limita-se ao tempo presente, não explora as relações com o futuro ou com as interpretações do passado e restringe o foco da escuta aos aspectos factuais surgidos a partir da doença e seus sintomas presentes. Para Greenhough (2002a), a narrativa pode ser mais profunda que a história porque vai além da evidência temporal objetiva da doença, ao incorporar a experiência sobre os fatos.

A atribuição de causalidade na formação das narrativas

Nas narrativas dos pacientes, a atribuição de causalidade considera e integra diferentes aspectos da sua experiência como pessoa e como doente. Na explicação causal, o indivíduo procura compatibilizar suas crenças e seus conhecimentos sobre os fatos que influenciam o aparecimento do adoecimento, a forma como os sintomas emergiram, as experiências anteriores de sensações semelhantes e seus efeitos imediatos ou tardios sobre o corpo, sua identidade e outros aspectos da vida.

Com frequência, na interpretação das causas do adoecer, os pacientes integram o discurso médico-científico ao senso comum e à suas expectativas em relação ao cuidado (BURY, 2001). Realizam um movimento de associar a visão típica do modelo biomédico à perspectiva pessoal e social do adoecimento, onde a diferenciação entre doença e moléstia (*disease and illness*) se torna uma questão de intensidade e é definida em função do processo cultural e social (BURY, 2001; OLIVEIRA, 2002).

Essa integração, por vezes, é tão intensa que torna difícil perceber as fronteiras entre o modo de pensar leigo e profissional nas narrativas. Contudo, o fluxo seguido para explicar o adoecimento tem como fator determinante maior a busca das pessoas em preservar a auto-estima e sua identidade como pessoa cultural e socialmente competente.

Os itinerários assistenciais na construção de significados e demandas

Frente às situações de sofrimento, as pessoas percorrem itinerários assistenciais que incluem cenários e contextos assistenciais (serviços e suas práticas), ou seja, onde e como é prestada a atenção à saúde. Nesse percurso, os indivíduos se expõem a situações em que suas falas são negadas ou obstruídas pelo discurso biomédico ou onde se submetem a determinados procedimentos que influenciam sua própria imagem corporal e o significado do adoecimento.

As experiências prévias com os serviços de saúde, com as práticas e intervenções médicas, tornam-se bagagens interpretativas que podem compor a narrativa do adoecimento. Esses itinerários influem na produção de novas representações corporais, na medicalização de

aspectos da vida, na demanda por exames e nas expectativas em relação a futuras intervenções. Portanto, as questões criadas a partir das vivências com os serviços de saúde podem ser co-responsáveis na formação da narrativa do adoecimento, nas demandas e/ou na aceitação de estratégias terapêuticas.

Os valores morais no direcionamento das narrativas

Na formação das narrativas, a dimensão moral compreenderia o movimento feito de atribuição de valor ao processo de adoecimento, tendo como balizamento sua inserção, como uma pessoa adoecida, no contexto social em que vive.

As construções morais das narrativas voltam-se à manutenção de uma aparência externa de normalidade e de preservação de um tipo de virtuosismo como indivíduo social, logo têm como parâmetros as perspectivas e representações socioculturais do adoecer (ROOT; BROWNER, 2001).

Neste sentido, as pessoas procuram adaptar suas falas de modo a dar um sentido mais aceitável às relações que estabelecem socialmente (BURY, 2001) e lidar com questões como a culpa, o preconceito, as restrições econômicas e sociais, a auto-estima ou a expectativa de ajuda. Como exemplo, pode-se pensar a organização de narrativas que assumam uma noção de virtuosismo ao tentar responder ao contexto atual de culpabilização das pessoas, crescente no bojo da cultura da promoção da saúde, onde o adoecimento seria percebido como fruto de comportamentos inapropriados.

Várias questões morais podem direcionar as narrativas, como as relativas ao medo das pessoas de se tornarem dependentes, de serem consideradas desabilitadas, perderem sua autonomia, de não serem vistas como capazes de cumprir suas responsabilidades sociais, entre outros sentimentos e expectativas que podem estar associados às situações de adoecimento.

Por outro lado, Frank (1997) aponta a possibilidade de existência, a partir do adoecimento e das relações estabelecidas com os profissionais, de uma dimensão moral positiva. Através dela as pessoas se capacitariam a superar os obstáculos, aprenderem com o sofrimento e, conseqüentemente, desenvolverem seus valores pessoais e o senso de autonomia.

A linguagem e as metáforas dando sentido ao adoecer

Sentimentos experimentados pelas pessoas, como o medo de uma doença mais grave (a cefaléia ser o mesmo tumor cerebral que ocasionou a morte de uma vizinha), a culpa por não seguir o estilo de vida recomendado, a ira por ter sido escolhido por uma infecção, o desamparo produzido pela perda da autonomia ou a repulsa pela deterioração da imagem causada por lesões dermatológicas são exemplos de sensações que podem formar metáforas usadas nas narrativas pessoais do adoecimento.

A competência narrativa dos médicos pode ser ampliada quando estes são capazes de perceber essas projeções imaginativas baseadas em metáforas produzidas pelos pacientes. Essas projeções são condições narrativas que ajudam a sustentar a coerência e a lógica do pensamento dos pacientes, tornando-os capazes de compreender os fatos e situações de adoecimento vividos (MABECK; OLESEN, 1997; ARRALIGA; NEWMAN; LONGWORTH, 2002). O médico, portanto, precisaria estar atento aos recursos imaginativos (as metáforas) que permitem ao paciente dar sentido ao adoecer e às explicações médicas. Por outro lado, o médico pode adequar suas explicações às projeções metafóricas trazidas ao encontro clínico e, assim, responder mais diretamente às questões como: “O que está errado comigo? O que aconteceu? O que significa para mim? Como isto vai influenciar minha vida?”.

A narrativa como unidade de análise na construção-avaliação da clínica integral

Os enredos constituintes das narrativas do adoecimento acima discutidos constituem elementos que possibilitam influir no olhar, escuta e interpretação dos profissionais de saúde nos encontros clínicos. Eles representam a disposição de velhos e novos objetos com novos objetivos – são uma convergência de fatos médicos, pessoais, sociais, institucionais e mesmo econômicos – a serem incorporadas à narrativa da clínica e às suas formas de interpretar o processo de adoecimento e estabelecer o diálogo com a pessoa adoecida (JORDENS; LITTLE, 2004). Estes seriam elementos contextuais e semióticos que transformam o adoecer numa imagem tridimensional que possui movimento.

Ao propor a ampliação da competência narrativa na clínica e a incorporação de novos elementos e novas maneiras de pensá-la, procura-se alcançar maior efetividade ao cuidado prestado. Nessa busca há necessidade de se ir além das considerações em relação aos cenários e aos modelos de atenção, dos modos de organização do processo de trabalho das equipes de saúde e dos objetivos institucionais que estão em jogo nos serviços de saúde.

Estas são condições estruturais que podem ou não oportunizar mudanças de enfoque e a constituição de novos saberes no interior da prática clínica. Entretanto, é importante que também sejam pensados espaços, mais específicos, de construção e avaliação contínua da prática e do saber clínico. Espaços de diálogo e de educação capazes de potencializar a produção de novas competências narrativas entre os profissionais de saúde, sobretudo na APS.

Esses espaços se caracterizariam por uma dialogia fundada na valorização pelos profissionais de saúde da linguagem produzida pela sabedoria prática do paciente a partir do próprio contexto onde ela se constitui como um saber. O reconhecimento desse saber prático permitiria aos praticantes perceber e dialogar com as estruturas linguísticas, as metáforas, o psiquismo e os significados que formam as narrativas do adoecimento e, por conseguinte, compreender suas demandas. Por sua vez, a maior compreensão do significado das narrativas pode implicar maior compartilhamento e plausibilidade das intervenções a serem realizadas. Os espaços buscariam integrar, dialógica e dialeticamente, os saberes e os sujeitos envolvidos na prática clínica, constituindo-se como um processo contínuo e circular de participação/ação/educação/avaliação daqueles nela inseridos. Estas são bases de uma abordagem sistêmica do processo educação/construção/avaliação na clínica que compreende que o saber está sempre em elaboração e se caracteriza como um conhecimento-projeto (HARTZ, 2002). Esta abordagem se coaduna à perspectiva da clínica integral como um contínuo “vir a ser” seja pela incerteza e a circunstancialidade de uma clínica baseadas nos sujeitos em ação ou devido à necessidade de criação continuada de novas formas de subjetivação e de novos objetos por elas criados.

Portanto, o processo construção/avaliação da clínica integral é dependente do potencial dialógico entre os sujeitos envolvidos na

prestação do cuidado. O diálogo compreenderia não apenas uma interação dos saberes técnicos dos diversos atores, mas, principalmente, o encontro de seus diferentes saberes práticos e das narrativas por eles constituídas. Esse encontro de saberes capacita as pessoas (profissionais e pacientes) a criarem um sincretismo que envolve conceitos do mundo da ciência e das vivências, facilitando a compreensão das experiências coletivas e individuais de adoecimento e a organização das estratégias biomédicas, subjetivas, sociais e culturais para enfrentá-lo.

Neste sentido, ao pensar o processo de construção/avaliação da clínica integral na APS, podem ser identificadas algumas questões norteadoras, como a capacidade de:

- gestores e gerentes oportunizarem espaços de diálogo que dialoguem com as equipes de saúde, integrando o cotidiano dos serviços e das comunidades com o planejamento dos modelos assistenciais;
- produzir indicadores de qualidade da atenção que reflitam e avaliem as experiências das equipes na formulação das estratégias de acolhimento, vínculo, adesão e efetividade do cuidado;
- supervisão das equipes criar espaços de diálogo e de educação baseados na problematização das situações de adoecimento com que elas se defrontam;
- incorporar saberes das ciências sociais como referências para abordar e interpretar o significado do comportamento coletivo e pessoal envolvidas no adoecimento e nas estratégias preventivas e terapêuticas da clínica;
- a equipe fazer pontes entre as questões culturais e sociais que envolvem o risco à saúde e a dimensão singular do adoecimento;
- as equipes estabelecerem, nas discussões internas e de supervisão de casos, a integração entre o saber prático dos profissionais com a tecnociência biomédica;
- os profissionais construírem espaços e ações de acolhimento que valorizam a escuta e a interpretação do senso comum e das vozes singulares dos pacientes;
- lidar com as incertezas inerentes ao processo de adoecimento e desenvolver canais de negociação na implementação das intervenções em saúde.

Longe de pretender esgotar a discussão do processo de construção/avaliação da clínica integral, este texto pretendeu sinalizar a necessidade de uma abordagem dos saberes e das práticas que a envolvem, de modo a produzir novas formas de pensar e agir que integrem as dimensões coletivas e individuais, os saberes técnico-científico e prático, a eficácia e a efetividade das ações, tendo como referencial os sujeitos e suas narrativas no encontro clínico.

Referências

- ARROLIGA, A. C. *et al.* Metaphorical medicine: using metaphors to enhance communication with patients who have pulmonary disease. *Annals of Internal Medicine*, v. 137, n. 5(1), p. 376-379, set. 2002.
- AYRES, J. R. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BROCKMEIER, J.; HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 16, n. 3, p. 525-535, 2003.
- BURY, M. Illness narrative: fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*, v. 23, n. 3, p. 263-285, 2001.
- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, Saber & Crítica*. São Paulo. Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. O. (Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.
- _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo. Hucitec, 2003.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CHARON, R. Narrative and medicine [perspective]. *New England Journal of Medicine*, v. 350, n. 9, p. 862-864, fev. 2004.
- CHARON, R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, v. 134, n. 1, jan. 2001.
- DEVEZA, M. *Saúde para todos no ano 2000*. 1983. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1983.
- DONALD, A. The words we live in. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. (Eds.). *Narrative Based Medicine*. New York: BMJ Books, 2002. p. 17-28.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-77, 2002b.
- FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 205-220.

_____. *Saúde da família: do discurso e das práticas*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 116p, 2002a.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

FRANK, A. Illness as moral occasion: restoring agency to ill people. *Health*, v. 1, n. 2, p. 131-148, 1997.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

GOOD, B. J.; GOOD, M. J. D. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutics model for clinical practice. In: KLEINMAN, A.; EISENBERG L. (Eds.). *The relevance of social science for medicine*. Boston: Reidel Publishing Company, 1981. p. 165-196.

GREENHALGH, T. Narrative based medicine in a evidence based world In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. (Eds.). *Narrative based medicine*. New York: BMJ Books, 2002. p. 247-265.

GREENHALGH, T HURWITZ, B. Why study narrative. In: _____ (Eds.). *Narrative based medicine*. New York: BMJ Books, 2002. p. 3-17.

HAIDET, P.; PATERNITI, D. A. “Building” a history rather than “taking” one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med*, v.163, p. 1.134-1.140, maio 2003.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

HEATH, I. Following the story: continuity of care in general practice. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. (Eds.). *Narrative based medicine*. New York: BMJ Books, 2002. p. 83-93.

HERZLICH, C. A Problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15 (supl.), p. 57-70, 2005.

HUNTER, K. M. A science of individuals: medicine and casuistry. *The Journal of Medicine and Philosophy*, n. 14, p. 193-212, 1989.

_____. Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason. *The Journal of medicine and Philosophy*, n. 21, p. 303-320, 1996a.

HURWITZ, B. Narrative and the practice of medicine. *The Lancet*, v. 356, p. 286-289, dez. 2000.

HYDÉN, L. C. Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, v. 19, n. 1, p. 48-69, 1997.

JONES, A. H. Literature and medicine: narrative ethics. *The Lancet*, v. 349, p. 1.243-1.246, 1997.

JORDENS, C. F. C.; LITTLE, M. In this scenario, I do this, for these reasons: narrative, genre and ethical reasoning in the clinic. *Social Science & Medicine*, v. 58, p. 1.635-1.647, 2004.

KLEINMAN, A. *The Illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.

- LOEWE, R. *et al.* Doctor talk and diabetes: towards an analysis of the clinical construction of chronic illness. *Social Science & Medicine*, v.47, n. 9, p. 1.267-1.276, Nov. 1998.
- MABECK, C. E.; OLESEN, F. Metaphorically transmitted diseases. How do patients embody medical explanations. *Family Practice*, v. 14, n. 4, p. 271-278, 1997.
- OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.
- PLATT, F. W. *et al.* Tell me about yourself: the patient-centered interview. *Annals of Internal Medicine*, v. 134, n. 11, p. 1.079-1.0855, junho 2001.
- RODRIGUES, R. D. *A crise da medicina: prática e saber*. 1980. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1980.
- ROOT, R.; BROWNER, C. H Practices of the pregnant self: compliance with and resistance to prenatal norms. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 25, p. 195-223, 2001.
- SCHRAIBER, L. *O médico e seu trabalho, limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SLOBIN, K. The role of narrative in medicine. A multi-theoretical perspective. *Advances in mind-body medicine* 16, p. 181-207, 2000.
- SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

Notas

¹ Na literatura que questiona o saber médico baseado biomedicina e que enfatiza a abordagem da narrativa na medicina, assim como da relação médico-paciente, predominam trabalhos oriundos de pesquisadores vinculados a departamentos ou serviços de APS e de medicina de família.

² Esse foco no saber médico não significa a inexistência de outras práticas, realizadas por outros profissionais de saúde, que também compreendem uma prática clínica. As diferentes formas e sujeitos envolvidos na atenção à saúde configuram variadas expressões da clínica, como é argumentado por Merhy (1998, p. 107) “todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, sendo este o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas”.

³ “Os elementos constituintes das narrativas (a cor, o foco e as nuances do retrato/situação) são expressos e precisam ser percebidos, na maioria das vezes, de maneira indireta: na comunicação não-verbal; na ênfase dada a alguns aspectos do processo de adoecimento em detrimento de outros; no desenvolvimento dos fatos relacionados à trajetória de vida que situam temporalmente a narrativa (na sua historicidade); na forma da comunicação verbal (na entonação da voz, nas pausas e silêncios); nas analogias usadas para descrever seus sintomas; na utilização da cultura médica (seus termos e suas ameaças); ou nas representações sociais que estão implícitas em seu discurso” (FAVORETO, 2004, p. 216).

⁴ Spink (1999), para trabalhar com o contexto discursivo, se apropria da noção de tempos, procurando observar os contextos discursivos através de três tempos: o **tempo longo** - que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; o **tempo vivido** - compreendido pelas linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização e o **tempo curto** - marcado pelos processos dialógicos.



Avaliando a gestão do cuidado, respeitando suas peculiaridades: o caso da homeopatia no serviço público de saúde¹

WALCYMAR LEONEL ESTRÊLA
ROSENI PINHEIRO

Este trabalho discute a avaliação do cuidado como uma prática de gestão cotidiana, à luz do princípio da integralidade. Pensando em possíveis abordagens e modos de avaliação do cuidado realizado em unidades de saúde pública, com ênfase na integralidade na atenção, buscou-se construir um desenho avaliativo capaz de oferecer subsídios para a produção de novos saberes e práticas médicas. Para tanto, desenvolvemos uma pesquisa avaliativa acerca da resposta terapêutica ao tratamento homeopático, a fim de identificar as concepções e sentidos atribuídos pelos pacientes e profissionais cuidadores nos diversos níveis da atenção, dentro do serviço público.

A integralidade no cuidado: os usos do termo e a relação com as práticas homeopáticas

Nos últimos anos, a integralidade tem sido um termo muito presente nos debates no campo da saúde, ao qual são atribuídos diferentes sentidos e significados, configurando sua característica polissêmica e polifônica (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004).

A integralidade pode vir a ter diversas significâncias e vozes, quando aborda de forma diferenciada a demanda e modula a oferta para tal, seja na atuação por meio das redes sociais de apoio, na questão do direito ao acesso, ou ainda nas mais diversas formas de abordagens que atendam às demandas dos usuários do sistema. Essa abrangência de representações permite compreender a integralidade em diferen-

tes dimensões, a partir de um conjunto de sentidos e significados inerentes aos contextos nos quais se insere.

É preciso definir com qual sentido será utilizada a expressão integralidade neste artigo. Apropriamo-nos desse vocábulo em seu sentido de amplitude e abrangência, em consonância à perspectiva holista e vitalista² da abordagem do cuidado do ponto de vista homeopático.

A homeopatia é, dentro da perspectiva das racionalidades médicas, um sistema médico complexo, tendo como base doutrinária o pensamento vitalista, contemporaneamente atualizado pela teoria dos sistemas complexos, em que saúde e doença são considerados um fenômeno social total, vivenciado de forma singular pelo sujeito (LUZ, 1988; MARTINS, 2003). Isto equivale dizer que a doença não está à parte do indivíduo e de seu contexto social. Citando Martins, a sintomatologia apresentada por um indivíduo doente

é vista como sintoma da vida social do doente, o que implica em considerações complexas entre a natureza e a sociedade, entre os modos como se relacionam instituições como família, trabalho, lazer, religião, meio ambiente, dentre outras (MARTINS, 2003, p. 271).

Tal perspectiva nos leva a pensar que a demanda social por cuidado em saúde em muito ultrapassa a possibilidade de resposta que a oferta de serviços de saúde que enfoca a doença como alteração biopatológica do organismo, segundo a perspectiva biomecanicista, pode dar. Neste sentido, admitindo que há uma mudança paradigmática nas discussões sobre saúde, adoecimento e cuidado dentro das políticas públicas para a saúde brasileira na última década, muitas iniciativas inovadoras têm-se feito presentes para responder à nova demanda.

Em maio deste ano foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria n. 971, que trata da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), incluindo a oferta de práticas terapêuticas que não as da medicina hegemônica no SUS, dentre elas a homeopatia. Desta forma, torna-se relevante e necessário avaliar e compreender qual é a contribuição dessas práticas para o cuidado integral a partir do entendimento sobre sua utilização tanto pelos praticantes quanto pelos usuários. O objetivo é contribuir para a pesquisa social sobre tais práticas, para destacar a real contribuição destas para a integralidade no cuidado e sua efetiva institucionalização no sistema público de saúde no país.

Foram pontos fundamentais no trabalho e, portanto, considerados objetivos específicos: 1) buscar compreender qual era o entendimento que pacientes e médicos tinham em relação à resposta ao tratamento homeopático a partir de suas falas, visando a identificar a existência ou não de relação deste com os sentidos da integralidade do cuidado; 2) identificar a existência de nexos entre as respostas dos usuários e as evoluções prognósticas³ escolhidas pelos homeopatas, no sentido de estabelecer relação do grau de importância destas categorias de análise para o acompanhamento dos casos; e 3) mapear a presença de fatores facilitadores e obstaculizadores da evolução do paciente ao tratamento, objetivando estabelecer sua relação com a integralidade do cuidado.

A arte, o cenário e os atores da pesquisa

O trabalho teve por base uma pesquisa avaliativa, de natureza qualitativa, com caráter exploratório, adotando, como informantes-chave, o paciente e o profissional homeopata, e utilizando o prontuário como fonte de informação secundária com a finalidade de complementar as informações.

O campo de investigação é composto por três tipos distintos de atendimentos: dois deles são realizados em serviços públicos, onde o profissional adotava uma abordagem exclusivamente homeopática (nos municípios de Juiz de Fora e Rio de Janeiro), e o último no PSF de Volta Redonda. A finalidade dessa escolha teve por objetivo contemplar a diversidade de modalidades de atendimento homeopático hoje presentes no SUS, desde aquele realizado por equipe multidisciplinar, com fornecimento do medicamento manipulado exclusivamente para aquele paciente, com programa de educação em saúde, até o que se restringe somente à consulta médica homeopática.

O primeiro tipo de atendimento se constitui num serviço de homeopatia, inserido na atenção secundária constituído de uma equipe multidisciplinar, incluindo assistência farmacêutica, programa de educação para saúde e participação dos usuários nas decisões locais, situado na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

O segundo, na cidade do Rio de Janeiro, embora também fosse um programa completo e tradicional, oferecendo atenção em caráter multidisciplinar, medicação e atividade de educação em saúde

em algumas das unidades, apresentava heterogeneidade entre as unidades. Isso permitiu que fosse eleito para fazer um contraponto ao anterior, pois, na unidade escolhida, o serviço prestado se restringia ao atendimento ambulatorial médico, sem fornecimento de medicação, nem prestação de outros serviços e estava inserido em unidade de complexidade diferente dos demais (ambulatório em unidade hospitalar).

O terceiro e último campo da pesquisa correspondeu ao atendimento homeopático que ocorre dentro de uma unidade de PSF na cidade de Volta Redonda, onde o profissional médico de família é também homeopata e dispõe de um horário semanal para realizar os atendimentos homeopáticos em meio às suas funções estabelecidas no programa do PSF.⁴

Os critérios que levaram à escolha desses municípios foram a presença de programa de homeopatia pertencente ao SUS, a longevidade do programa, sua notoriedade e a possibilidade de diferentes modalidades da atenção homeopática.

Com relação aos dois primeiros critérios – o tempo de existência e a vinculação ao SUS – o Rio de Janeiro é o mais antigo dos três e um dos primeiros estabelecidos na rede pública, ainda na época do ex-INAMPS. Os demais têm mais de dez anos de funcionamento e estão consolidados em seus municípios na rede SUS.

No que se refere à notoriedade, os três serviços já foram alvo de publicações e teses (PINHEIRO; MATTOS, 2001; MACHADO, 2004; LUZ, 1996; MIRANDA, 2001; LOYOLA, 1987). São serviços que se destacam ou já se destacaram pela organização da assistência, pela consolidação do processo de institucionalização local, pela amplitude da assistência e pelo recebimento de premiações do Ministério da Saúde. Os procedimentos metodológicos utilizados foram a realização das entrevistas com os pacientes e com os profissionais envolvidos na pesquisa, a partir de roteiros semi-estruturados e pesquisa nos prontuários médicos.

As entrevistas com os profissionais e pacientes foram realizadas pela primeira autora deste trabalho e se davam logo após a consulta (no caso do médico) ou na proximidade de sua realização (paciente), tendo sido gravadas em meio digital e transcritas logo após sua realização.

Quanto à coleta de dados, contamos com a participação de um entrevistador externo para a realização das entrevistas no serviço de Juiz de Fora, do qual fazíamos parte. Como este serviço é referência nacional e foi o padrão adotado para outras pesquisas, houve a decisão de mantê-lo no estudo devido à sua importância. O colaborador foi um profissional homeopata que atuava na esfera privada e não desfrutava de proximidade com as pessoas entrevistadas, nem mesmo com o serviço, sendo previamente treinado no roteiro para a realização das entrevistas à luz dos objetivos e das estratégias metodológicas da pesquisa. Houve o cuidado de se discutir com ele, antecipadamente, cada uma das perguntas que seriam realizadas na entrevista, no sentido de fazê-lo compreender o objetivo de cada uma delas e a correspondência que possuíam entre si (tanto as direcionadas aos pacientes com a dos médicos). A gravação digital do colóquio se deu de forma semelhante às demais entrevistas realizadas.

O critério de escolha dos pacientes e médicos a serem entrevistados obedeceu aos seguintes requisitos: tempo mínimo de tratamento de um ano; paciente aderente ao tratamento (que não tenha incorrido em interrupções recorrentes no período do tratamento); caso eleito pelo profissional como boa evolução (aquele que o profissional entenda que houve resolutividade ou até mesmo a cura); paciente sem uso concomitante de tratamento alopático, a não ser sintomático esporádico. Os médicos foram escolhidos entre as duas grandes escolas homeopáticas – a unicista e pluralista⁵ – de forma que acompanhassem o paciente selecionado pelo mesmo tempo mínimo exigido como critério para seleção do paciente e que tenham mais de cinco anos de prática homeopática no SUS.

Foram selecionados três pacientes de cada campo, totalizando nove. A seguir, apresentaremos cada um deles, utilizando um nome fictício para garantir o sigilo das informações, respeitando sua privacidade e anonimato.⁶ Os profissionais foram em número de cinco e também estão representados por um codinome, pelos mesmos motivos. A relação de correspondência entre o profissional e o paciente, a procedência dos mesmos e os principais dados encontram-se igualmente explicitados no quadro a seguir:

Quadro 1: Relação de pacientes e médicos entrevistados

	Nome	Idade	Atividade Profissional	Diagnóstico	Tempo de trat. (anos)	Profissional responsável	Origem do atendimento
1	Severino	50	Porteiro	Ansiedade	4m	Márcio	Hospital RJ
2	Tiago	9	Estudante	Ansiedade com Agitação + Rinite	4	Diana	PSF-VR
3	Maria	26	Do lar	LER/DORT	8	Anselmo	SMS-JF
4	Tereza	51	Do lar	Mioma	6	Regina	SMS-JF
5	Soraia	39	Cabeleireira	Artrite Reumatóide	5	Anselmo	SMS-JF
6	Pedro	15	Estudante	Atopia	3	Diana	PSF-VR
7	Adelaide	60	Do lar	Depressão	1	Márcio	Hospital RJ
8	Claudia	40	Do lar	Hipertensão e Obesidade	2	Márcio	Hospital RJ
9	Fernando	15	Estudante	Medo do tratamento odontológico + cáries	6	Selma	CSMulher-VR

Cinco pacientes vieram ao tratamento homeopático por livre demanda, enquanto os demais foram encaminhados por outros profissionais.

Trabalhos anteriores que estudaram o comportamento dos pacientes sob tratamento homeopático demonstraram um perfil que se confirma neste estudo. Luz (1996) e Campello (2001) reportam-se a uma classificação de Loyola (1987), tendo em vista a origem dessa relação com a especialidade. Assim, eles foram classificados em três categorias: os *tradicionais*, os *modernos* e os *intermediários*.

No primeiro caso estão os pacientes que se tratam com a homeopatia desde a infância, por um costume familiar. Já no segundo estariam os que aderiram ao tratamento após serem recomendados por pessoas externas à ligação familiar – ou seja, o vizinho, um colega de trabalho ou pessoas do círculo de relação social. Por último, os intermediários seriam os pacientes que também vêm para o tratamento homeopático por uma indicação de parentes que estão em tratamento na especialidade, quer classificados como tradicionais ou modernos. As autoras citadas apontam para os dois últimos grupos como prevalentes. Nesta pesquisa também encontramos, predominantemente, os dois últimos tipos de pacientes, em acordo como os autores anteriores.

Um atributo levantado na pesquisa de Campello (2001) e também encontrado em Estrêla (1997) apresenta como característica do paci-

ente que procura o tratamento homeopático como egresso de tratamentos alopáticos, a insatisfação com o tratamento tradicional. Neste trabalho, todos os casos, à exceção do primeiro, vêm encaminhados à homeopatia por insucesso terapêutico na biomedicina. Em alguns casos, os pacientes encontravam-se em situação classificadas por eles mesmos como desesperadora, comprometendo grandemente sua qualidade de vida.

Com relação à predominância de sexo e classe social entre os entrevistados, também não há surpresas com relação aos estudos já realizados (CAMPELLO, 2001; ESTRÊLA, 1997; LOYOLA, 1987; GALVÃO, 1999). Há predominância do sexo feminino, particularidade tradicional na procura por serviços públicos de saúde. Ainda segundo Estrêla (1987), quanto ao perfil socioeconômico dos pacientes em serviço público de homeopatia, predominam as classes sociais menos favorecidas (popular e média baixa).

Quanto ao nível de atenção onde estão inseridos os atendimentos pesquisados, vale ressaltar que os pacientes de Volta Redonda – Tiago e Pedro – são provenientes da atenção básica; as pacientes de Juiz de Fora (Maria e Tereza; Soraia e Fernando, de Volta Redonda, do nível secundário de atenção; e os pacientes do Rio de Janeiro (Severino, Adelaide e Cláudia), do nível terciário. Fernando foi encaminhado para a odontóloga homeopata proveniente de atendimento de PSF no sistema de referência e contra-referência.

No que se refere aos profissionais homeopatas, todos têm mais de dez anos de atuação na especialidade, com exceção da Dra. Regina, que terminou sua formação em homeopatia há cinco anos e não teve, como os demais, um período prévio de desempenho de sua profissão como alopata. Ainda fazendo exceção essa médica, os demais têm, em comum o fato de migrarem para a especialidade hahnemanniana por insatisfação com a biomedicina, episódio descrito em Campello (2001). É interessante ressaltar como o tema “buscar a homeopatia motivado pela insatisfação com a biomedicina” é um ponto de concordância entre pacientes e médicos, conteúdo que aparece espontaneamente nas falas.

Tanto Anselmo como Márcio utilizam uma linha pluralista na prescrição, mesmo que não de forma obrigatória. Ou seja, poder, em algum momento do tratamento, trabalhar com a perspectiva da prescri-

ção de apenas um medicamento por vez. Outros se apresentam como seguidores da linha unicista, o que pode ser observado a partir da análise dos prontuários.

Foram realizadas ao todo 18 entrevistas, havendo necessidade de complementar algumas delas com os médicos posteriormente. Outros encontros foram necessários, a fim de esclarecer pontos dúbios ou respostas que ficaram vagas, quando não nos era possível analisá-las perfeitamente.

No caso das crianças e dos adolescentes incluídos na pesquisa, a entrevista foi realizada com a mãe. No caso de Tiago, 9 anos, com a presença dele durante todo o tempo da entrevista e contando com sua colaboração que se reduziram a acenos de cabeça e discretas falas curtas. A criança era muito tímida e ficou bastante acanhada com a situação, tendo tido dificuldades para colaborar.

Com os dois adolescentes de 15 anos, Pedro e Fernando, tivemos condutas diferentes. Como Pedro é mais desenvolto, vai à consulta sozinho e tem mais autonomia, no seu caso, a entrevista foi realizada com ele mesmo. Já Fernando vai à consulta acompanhado pela mãe e tem mais dificuldades para se expressar, fazendo com que a mesma participe muito de sua consulta. Neste caso, optamos por entrevistar a mãe, na presença dele.

Entretanto, mesmo tendo o paciente Pedro mais autonomia, a entrevista foi muito difícil, devido às respostas curtas e excessivamente objetivas do paciente. Não verbalizava bem a respeito dos questionamentos feitos, e mesmo quando a pergunta era repetida, reformulada, não obtivemos o êxito esperado. Embora exibisse um comportamento simpático e demonstrasse estar aparentemente confortável, não conseguia descrever uma situação questionada, muitas das vezes limitando-se a repostas curtas como “normal”, “é isso aí”, “foi bom”, “bom tipo bom mesmo”, linguagem considerada característica dessa faixa etária. Foi uma entrevista bastante difícil, embora tenha atingido o objetivo: evidenciar o resultado de seu tratamento.

Após a realização de todas as entrevistas, as mesmas foram transcritas com certa facilidade, pois o nível sonoro das gravações foi muito satisfatório, com aproveitamento de praticamente 100% dos conteúdos.

A etapa seguinte consistiu na análise dos prontuários. São pontos importantes na realização de uma anamnese a capacidade do médico homeopata ouvir e incentivar seu paciente a falar, interferindo o mínimo possível com perguntas e interrupções da narrativa do paciente, bem como registrá-la da forma mais fidedigna possível, usando as palavras do paciente, evitando interpretações, sínteses, reduções (HAHNEMANN, 1992; PASCHERO, 1988; NASSIF, 1995; DIAS, 2001).

Outra observação pertinente diz respeito à natureza do prontuário. No serviço de Juiz de Fora, o prontuário é exclusivo da homeopatia, visto tratar-se de um centro de referência. Nos outros dois campos, o prontuário é único, pertencente à unidade de atendimento, e as consultas homeopáticas podem estar entremeadas por anotações provenientes de outras consultas com outras abordagens ou especialidades. Todos os prontuários, com exceção do referente à paciente Tereza, tiveram as consultas homeopáticas registradas apenas por um médico assistente – ou seja, o paciente foi acompanhado pelo mesmo médico do início ao fim de seu processo terapêutico. A paciente Tereza foi acompanhada por três profissionais numa seqüência de substituições, por motivo de saída dos médicos do programa.

Fazia parte do trabalho, após cada entrevista, consultar e analisar os prontuários dos respectivos pacientes. Para proceder às análises dos prontuários, foram elencados alguns critérios para outorgar aos documentos graus diferenciados de qualidade. Esses critérios foram sistematizados a partir da leitura dos cânones e da literatura já referenciada para o tema (HAHNEMANN, 1992; PASCHERO, 1988; NASSIF, 1995; DIAS, 2001).

Os critérios instituídos para analisar o grau de qualidade do prontuário foram: 1) descrição da narrativa na linguagem do paciente, na primeira pessoa do singular; 2) registro das evoluções prognósticas, segundo o modelo kentiano (principalmente as citadas na entrevista); 3) concordância com as informações contidas nas entrevistas; 4) registro de exame físico; 5) registro de exames complementares; 6) registro da repertorização.

A análise está sintetizada no quadro a seguir:

Quadro 2: Análise dos prontuários

Critérios	Prontuários dos Pacientes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 - Relato 1ª pessoa	Reg	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Reg	ø	ø
2 - Evol. Progn.	ø	ø	Ø	ø	ø	ø	ø	ø	ø
3 - Concordância	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Reg	ø	ø
4 - Ex. físico	Reg	Bom*	Min	ø	Min	Min	Min	Bom	Min
5 - Ex. complementar	ø	Sim	Ø	Min	Min	ø	Mui	Mui	ø
6 - Repertorização ¹	ø	ø	Sim	Min	Sim	ø	ø	ø	ø

Legenda: Reg=regular; Min=mínimo; Mui=muito; ø=não encontrado.

Observou-se uma diversidade considerável na qualidade de preenchimento dos prontuários. Há desde relatos extremamente minuciosos das primeiras consultas de cada paciente até lacônicas anotações com siglas quase incompreensíveis em outros documentos. Geralmente a primeira consulta goza de maior importância do ponto de vista da anotação em prontuário, enquanto os retornos carecem de anotações mais detalhadas. Há também certa distinção quanto ao profissional que o preenche. Os profissionais Regina (4) e Anselmo (3 e 5), ambos do mesmo serviço, e Diana (2 e 6), que atua no PSF, apresentam prontuários mais completos, contemplando razoavelmente os critérios de qualidade estabelecidos no parágrafo anterior.

O tratamento do material empírico: uma observação atenta

Na fase de análise de dados, foi utilizado o programa analisador de texto LOGOS® (CAMARGO JR, 2005), para sistematização do material empírico coletado.

Com relação às categorias operatórias de análise, utilizou-se a proposta de evoluções prognósticas postuladas por Kent (1998) e modificada por Elizalde (1976).

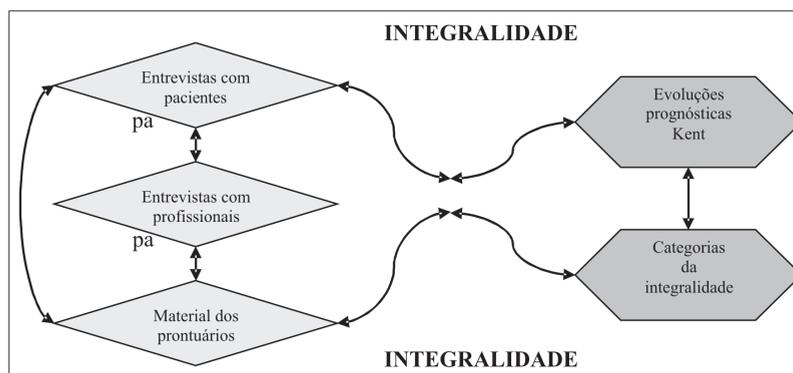
Além dessas categorias, relacionaram-se os resultados encontrados segundo o modelo kentiano (avaliações prognósticas) com as categorias da integralidade identificadas no discurso dos entrevistados, a saber: a integralidade em si, a autonomia do paciente e o cuidado (LACERDA; VALLA, 2004; MACHADO, 2004), bem como as relações que estas últimas categorias possam manter entre si: por exemplo, saber se sujeitos bem cuidados podem se tornar autônomos.

O sentido em que nos apropriamos da integralidade do cuidado (PINHEIRO; MATTOS, 2001) está na propriedade da evolução que pacientes apresentam durante um tratamento homeopático com relação a mudanças de qualidade de vida, na perspectiva da sensação de bem-estar. Buscamos identificar como se sentem cuidados, qual a magnitude que atribuem ao efeito do tratamento, pesquisando a presença de “sensação subjetiva de bem-estar geral” (SSBEG),⁷ se houve mudança na atitude vital do paciente na acepção do modo singular como o indivíduo reage aos estímulos, tanto na dimensão física quanto na psíquica. Essas categorias foram cotejadas com o material empírico coletado nas entrevistas com os informantes-chave. Posteriormente, na análise, tratou-se da concordância e da discordância entre as falas do médico e do paciente, a respeito do tratamento e das correlações que estas pudessem ter com as unidades de análise balizadas pelo referencial teórico.

Outra estratégia utilizada foi o caderno de anotações de campo, no intuito de registrar fatos e impressões significativas colhidas no momento da permanência no local das entrevistas, o que muito auxiliou na descrição dos cenários.

Em síntese, trabalhamos com dois grandes grupamentos de conteúdos distintos: por um lado, com o material empírico coletado na pesquisa – entrevistas com os informantes-chave, prontuários e anotações de campo (representado no fluxograma abaixo em verde) e, por outro, com grupos conceituais, como as categorias prognósticas do modelo kentiano e da integralidade (à direita), tendo como pano de fundo os sentidos e vozes da integralidade (à esquerda).

Quadro 3: Fluxograma da relação entre o material empírico e o conceitual



Buscamos orientação na obra de Mary Jane Spink (1994), para a condução do processo de análise do material produzido pelas entrevistas, sem contudo explorá-la como o metodologia desta pesquisa.

Ao finalizar as entrevistas, no período da transcrição, já se observavam, nas narrativas dos pacientes, pontos de convergência e algumas contradições, ora entre as diversas categorias dos atores envolvidos, ora dentro da fala do mesmo paciente. Realizou-se, assim, uma “leitura flutuante” do material, intercalando a leitura da transcrição com a escuta do material gravado. Assim, os temas foram-se delineando à frente de quem escrevia.

O segundo passo, segundo a orientação de Spink, consiste na volta aos objetivos da pesquisa e a reflexão sobre a relação do material temático encontrado com o objetivo estabelecido. As respostas de todos os envolvidos foram agrupadas por cada questão formulada, de modo a facilitar a aproximação temática, criando-se, assim, um primeiro quadro de respostas.

Como o objetivo principal era estabelecer a compreensão que os atores envolvidos – médicos e pacientes – fazem a respeito da resposta ao tratamento homeopático e a possível identificação de relação com as evoluções prognósticas, a integralidade, a autonomia e o cuidado, deixamos vir à tona os temas relacionados a essas características, a fim de que categorias comuns às falas pudessem esboçar-se naturalmente. Desse ponto em diante, iniciou-se um processo de categorização sucessiva, que se deu em três etapas distintas.

A primeira delas foi uma leitura das entrevistas de forma mais crítica, em busca de pontos de aproximação e divergência, sendo possível observar que alguns conceitos se apresentavam de forma recorrente nas falas dos pacientes e dos profissionais. Denominamos esses conceitos recorrentes de palavras-chaves. Os de maior frequência foram relativos à “mudança no emocional”, “tudo”, “cuidado”, “autoconhecimento”, “pessoa melhor”, “cura”, “voltou a saúde” “retornava menos”. Outros, em menor frequência, também foram citados: “velocidade do tratamento”, “mídia que desqualifica”, “equilíbrio”, “segurança”.

Definidos os conceitos, as respostas dos pacientes foram reagrupadas pelas palavras-chave, construindo um segundo quadro, com uma coluna para as palavras-chave e, na segunda coluna, as falas que correspondiam às categorias discriminadas. O mesmo procedimento foi realizado com as entrevistas dos profissionais responsáveis pelos atendimentos. Além das duas primeiras colunas, outras foram agregadas, sinalizando, com exatidão, a autoria da fala (paciente e profissional); a correspondência com a pergunta que a gerou e a localização no texto de transcrição (número da página), possibilitando a recuperação e a confirmação da informação sempre que necessário.

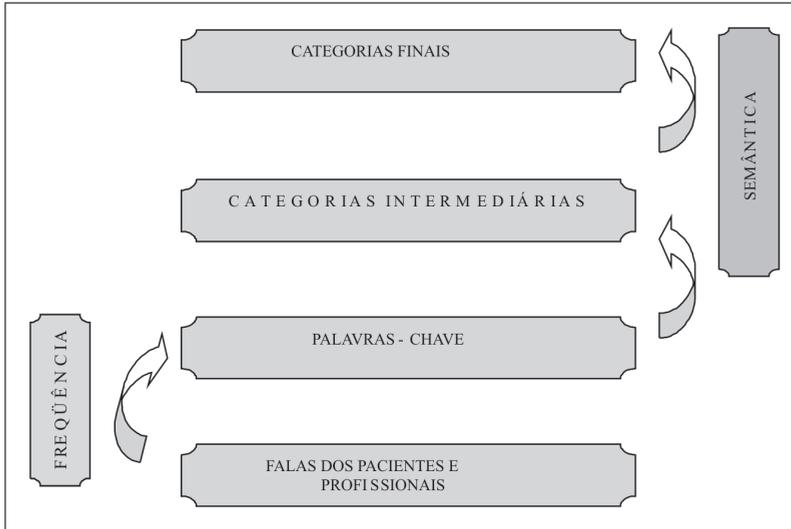
A partir dessa organização do material, foi possível perceber que algumas categorias eram comuns aos pacientes e médicos enquanto outras não, ficando mais claras aquelas que tinham alguma de contradição e de confirmação nas colocações de cada paciente em comparação consigo mesmo, entre eles (os pacientes) e com relação aos profissionais que os atenderam. Até esse ponto, o critério de escolha das palavras-chave foi a frequência da ocorrência das respostas.

A segunda etapa ocorreu a partir de um processo de significação dos dados encontrados. Foram definidas categorias intermediárias que seriam palavras que melhor representassem as palavras-chave. Significados comuns que perpassam os vários discursos que conformam uma categoria. Esta etapa foi necessária para evitar que o pano de fundo (conceitual) interferisse no método de análise, criando-se, assim, um viés no trabalho. Somente numa terceira etapa foi realizada nova correspondência de significados entre as categorias intermediárias já definidas com as categorias da integralidade, chegando-se a verbetes, tais como autonomia, cuidado e integralidade.

Tanto na segunda quanto na terceira fase, o critério operacional foi semântico. Dessa forma, o trabalho de significações teve a direção de baixo para cima, ou seja, partindo das falas, do material empírico, em direção ao marco conceitual.

Esta dinâmica de trabalho pode ser esquematizada da seguinte forma:

Quadro 4: Fluxograma do trabalho executado



À guisa de conclusão

Embora os resultados e as conclusões da pesquisa possam ser mais abrangentes, o foco deste artigo, como está afirmado no início, foi evidenciar a metodologia desenvolvida e apresentar a contribuição que a mesma pode trazer para a avaliação do cuidado no tratamento homeopático.

Uma questão importante diz respeito à metodologia de observação dos resultados encontrados num tratamento homeopático. Diferentemente de outros métodos científicos tradicionais de avaliação da resposta terapêutica, corre-se o risco de reduzir a análise dos resultados focando apenas na patologia observada, desconsiderando-se o indivíduo e seu processo singular de adoecimento. A metodologia aplicada possibilitou o respeito às particularidades da abordagem e dos resultados da racionalidade médica homeopática. Apostamos que essa estratégia metodológica possa ser útil no estudo de outros programas e serviços que possuam características semelhantes quanto à natureza do cuidado que promovem, sobretudo as práticas terapêuticas com abordagem centrada no usuário.

Por fim, estas conclusões nos levam a pensar na possibilidade de serem as categorias evidenciadas aqui – integralidade, autonomia e cuidado – campos possíveis de serem incluídos em fichas clínicas, onde o profissional, juntamente com o paciente, seria convidado a refletir em cada etapa do tratamento e sinalizar em que direção a resposta terapêutica está se dando, registrando suas observações de forma objetiva e contribuindo, assim, para a análise e a avaliação da integralidade no tratamento homeopático.

Encerramos com o desejo de contribuir para a ampliação das possibilidades de avaliação capaz de dar visibilidade à dimensão integral do tratamento homeopático com todo o leque semântico e dialógico evidenciado aqui; no sentido de proporcionar avanços no processo de institucionalização no sistema público de atendimento à saúde. Sendo a avaliação a etapa final deste processo, esta se dá medindo seus resultados e conferindo-lhe validação; e ainda possibilita ao binômio médico-paciente envolvido no processo, uma oportunidade de crítica e avaliação permanente sobre o processo terapêutico que se está experimentando.

Referências

- CAMARGO, K. R. *LOGOS: Gerenciador de dados textuais*. www.terra.com.br/educacao/kencamargo/logos_pt.html, 2005.
- CAMPELLO, M. F. *Relação médico-paciente na homeopatia*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- DIAS, A. F. *Fundamentos da homeopatia*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 2001.
- ELIZALDE, M. *Actas del Instituto de Altos Estudios Homeopáticos James Tyler Kent*. N. I-VII. Buenos Aires, 1976.
- ESTRELA, W. L.; TORRES, C. H. D. Avaliação do 1º. Ano do Serviço de Homeopatia do SUS de Juiz de Fora. IN: SINAPIH E ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA, 6., 1997, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 1997.
- ESTRELA, W. L. *Integralidade no cuidado nas medicinas naturais: a resposta dos usuários ao medicamento homeopático*. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- GALVÃO, G. G. *Outros modelos de atenção à saúde: a homeopatia no serviço público do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.
- HAHNEMANN, C. F. S. *Organon da arte de curar*. São Paulo, 1992.

- KENT, J. T. *Lições de filosofia homeopática*. São Paulo: Homeopática Brasileira, 1998.
- LACERDA, A.; VALLA, V. V. Terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 91-102.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, Rio de Janeiro, 1988.
- _____. *A arte de curar versus a ciência das doenças*. Rio de Janeiro: Dynamis, 1996.
- MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARD, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 57-74.
- MARTINS, P.H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MIRANDA, L. M. M. *Farmácias homeopáticas: histórias da institucionalização de uma prática*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- NASSIF, M. R. G (Org.). *Compêndio de homeopatia*. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- PASCHERO, T. P. *Homeopatia*. Buenos Ayres: El Ateneo, 1988.
- PASCHOAL, R. T. *História da homeopatia No Brasil: um estudo historiográfico*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- _____. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- _____. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais na perspectiva da psicologia social. In: GUARESCHI, P. ; JOVCHELOVITH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 117-145.
- ZOBY, E. C. *Curso de repertório*. Rio de Janeiro: Luz Menescal, 2002.

Notas

¹ Derivada da dissertação de mestrado intitulada *Integralidade no cuidado nas medicinas naturais: a resposta dos usuários ao medicamento homeopático* (ESTRÊLA, 2006), defendida no Instituto de Medicina Social da UERJ, sob orientação da profa. Roseni Pinheiro.

² Holístico será usado aqui no sentido de total, completo, universal; e vitalismo, no sentido da doutrina que afirma a necessidade de um princípio irreduzível ao domínio físico-químico para explicar os fenômenos vitais (Ferreira, 1975).

³ Evoluções prognósticas são as diversas possibilidades que os pacientes podem apresentar como resposta terapêutica a partir de um ato medicamentoso homeopático. Elas foram sistematizadas por alguns autores e são listadas em uma seqüência numerada e reconhecidas por esta numeração. Para melhor compreensão consultar o anexo 1 da dissertação que dá sustentação a este texto (Estrela, 2006).

⁴ Para maior detalhamento ver Estrela (2006).

⁵ A especialidade encontra-se dividida basicamente em duas grandes “escolas”, as quais na realidade, consistem muito mais em correntes político-institucionais: a Unicista, que adota o princípio da utilização de um único medicamento por vez, e a Pluralista, que não o considera este fato como um princípio, podendo utilizar mais de um medicamento de cada vez (PASCOAL, 2005).

⁶ Esta pesquisa contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, conforme disposto na Resolução nº 196/96, da CONEP/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

⁷ A Sensação Subjetiva de Bem-Estar Geral (SSBEG) é utilizada desde Hahnemann no §253 do *Organon* (1992) para apontar uma evolução na qual o paciente relata estar sentindo-se muito bem, independente do fato de apresentar piora inicial e discreta dos sintomas clínicos recentes ou, mesmo, que suas queixas da consulta inicial estejam inalteradas. Indica uma ótima evolução, acerto na indicação da medicação e indícios de que a cura está a caminho (direção centro-periferia).



Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica¹

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JUNIOR
ESTELA MÁRCIA SARAIVA CAMPOS
MARIA TERESA BUSTAMANTE TEIXEIRA
MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS
NEUZA MARINA MAUAD
TÚLIO BATISTA FRANCO

Este texto apresenta uma proposta de avaliação da atenção básica, implementada como parte de uma pesquisa com financiamento do Ministério da Saúde durante o ano de 2005. Trata-se de uma análise de implantação das intervenções, conforme a classificação proposta por Contandriopoulos *et al.* (1997). Esta exige que se estabeleça um julgamento de adequação e integridade do funcionamento de um programa, obtido pelos indicadores de cobertura, da qualidade das estruturas e dos processos envolvidos, coerentes com os princípios de avaliação da qualidade utilizados por Kessner (1973).

As definições da avaliação são numerosas e sua taxonomia extensa. Nossa referência principal neste aspecto é o já mencionado texto de Contandriopoulos e colaboradores:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 31).

No estudo que deu origem a este texto utilizamos ambas as abordagens: a da avaliação normativa e a da pesquisa avaliativa. A avaliação normativa é uma atividade comum numa organização ou num programa e corresponde às funções de controle e acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade. Essa forma de avaliação se apóia na construção de critérios e normas, que podem

ser derivados dos resultados da pesquisa avaliativa ou de outro tipo de pesquisa. Hartz (1997, p. 35) destaca que todas as avaliações normativas se apóiam no postulado de que existe relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção.

A construção e validação de critérios permitem a apreciação dos diversos componentes de um programa. Trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. A apreciação do processo de uma intervenção, visando a oferecer serviços para determinada clientela, pode ser decomposta em três dimensões: a técnica, a das relações interpessoais e a organizacional. A dimensão técnica dos serviços focaliza sua adequação às necessidades dos clientes e a qualidade dos serviços; a dimensão das relações interpessoais observa a interação psicológica e social entre os clientes e os produtores de cuidados, no apoio aos pacientes e na satisfação destes; a dimensão organizacional do processo diz respeito à acessibilidade aos serviços, à extensão de cobertura dos serviços oferecidos.

A pesquisa avaliativa, ainda de acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 37), é um procedimento que consiste em fazer julgamento *ex-post* da intervenção, analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produção, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre a intervenção e o contexto, ajudando na tomada de decisões.

A intervenção estudada foi a reestruturação da atenção básica em saúde no Brasil. Esse processo, orientado pela implementação do Programa de Saúde da Família numa perspectiva de conversão do modelo, vem sendo acompanhado através de um conjunto de indicadores e de metas estabelecidas num processo de pactuação. Em que pesem a relevância e as características inovadoras desses processos, eles por si só não são suficientes para institucionalizar as práticas de monitoramento e avaliação da reestruturação do modelo. Por um lado, tal institucionalização envolve um processo de apropriação pelos gestores municipais (e nos referimos aqui não apenas à figura do gestor do SUS, mas ao conjunto de gestores que atuam no âmbito do SUS em um município, incluindo e enfatizando os gestores que se ocupam do PSF no âmbito municipal) das ferramentas conceituais e metodológicas das pesquisas avaliativas, de modo a inserir tais

práticas no seu cotidiano de trabalho. De outro, o elenco de indicadores utilizados na pactuação não conseguem por si só apreender as mudanças qualitativas que se espera que aconteçam em decorrência da reorientação do modelo assistencial. Essa limitação é particularmente evidente quando se indaga sobre o impacto das ações empreendidas no que tange à realização dos princípios da integralidade, da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços de saúde, na resolutividade, na intersetorialidade e na participação popular.

A perspectiva de avaliação que apresentamos neste texto foi desenhada com o objetivo de dar conta das limitações acima; além das questões teórico-metodológicas já mencionadas, tínhamos em mente alguns princípios fundamentais: (a) o desenho de uma estratégia metodológica exequível para adoção em larga escala pelos serviços; (b) a necessidade de incorporação das estratégias avaliativas à gestão em saúde, de forma ampla e (c) a adoção de um processo participativo, em que gestores, profissionais e usuários sejam parte integrante do processo de avaliação.

O desenho original foi aperfeiçoado ao longo da pesquisa. A proposta avaliativa resultante contou com a participação do conjunto de gestores do PSF (secretário municipal de Saúde, coordenadores da atenção básica e/ou de saúde da família e profissionais das equipes de saúde da família), vistos como protagonistas privilegiados no seu desenvolvimento e posterior institucionalização, o que implicou vários momentos de compartilhamento da equipe de pesquisa com as representações municipais. Efetuamos alguns ajustes e modificações, em particular por termos nos defrontado com um obstáculo no campo, de certa forma antecipado, mas não na intensidade com que se manifestou, que foi o caráter extremamente negativo que a palavra “avaliação” carrega. Com frequência assume-se que uma proposta de avaliação visa a estabelecer punições, disciplinar ou retaliar ações indesejadas, e assim por diante. E é forçoso reconhecer que, do ponto de vista institucional, o histórico por vezes turbulento de relações entre os vários níveis hierárquicos da administração pública parece dar razão a essa interpretação.

A partir do termo de referência elaborado pelo ministério, a pesquisa foi elaborada em três dimensões: a do cuidado integral e organização da atenção; a dimensão político-assistencial e a do de-

sempenho do sistema de saúde. Neste capítulo apresentaremos apenas as duas primeiras, que foram trabalhadas com base em técnicas qualitativas.

Cuidado integral e organização da atenção

O desenho metodológico da abordagem desta dimensão se apoiou em Mascarenhas (2003), que toma como ponto de partida uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, fundada na integralidade como conceito abrangente, que instiga a organização de novos serviços de saúde, e a revisão das práticas sanitárias e seus processos de trabalho: *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (BRASIL, 1988).

Segundo a autora, alguns conceitos como acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção se articulam na construção dos processos de trabalho e dos modelos tecnoassistenciais. Essa concepção nos permite pensar formas de operacionalizar a avaliação dos programas e serviços de saúde.

Acolhimento é definido por Silva Júnior (2001, p. 91), como:

Tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados.

Acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como *postura*, como *técnica* e como princípio de *reorientação de serviços*.

Como *postura*, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas demandas. A dimensão aco-

lhimento, como postura, abrange ainda as relações intra-equipe e equipe-usuário.

O *acolhimento como técnica* instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados.

Como *organização de serviços*, o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos e as características operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal.

Optamos também por incorporar a idéia de acessibilidade organizacional para complementar o conceito de acolhimento. No campo da saúde, *acesso* pode ser definido por aquelas dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de um dado grupo populacional num sistema de prestação de cuidados de saúde. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos

Outro aspecto fundamental da atenção integral é o *vínculo*, definido como:

o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MERHY, 1997, p. 138).

Assim, podemos pensar no vínculo em três dimensões: como *afetividade*, como *relação terapêutica* e como *continuidade*. Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho.

A idéia de *vínculo* como uma relação terapêutica põe em relevo a palavra *terapêutica*, tomada em um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. Logo, uma nova forma de cuidado, em que “cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p. 34).

A continuidade é fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente.

Vínculo também implica *responsabilização*, que é o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal.

A reflexão teórica apontada anteriormente define um conjunto de critérios de referência, que devem ser considerados no processo de avaliação, em especial no que diz respeito à *qualidade de atenção* à saúde, ou seja,

quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde (STARFIELD, 2002, p. 419).

Esses princípios teóricos se materializam nas práticas concretas dos profissionais de saúde, no seu processo de trabalho. Este é configurado por um fluxo que percorre as microunidades de produção, onde estão os trabalhadores produzindo o cuidado aos usuários. Para produzir o cuidado, o trabalhador se utiliza de recursos tecnológicos expressos em três diferentes tipos de tecnologias, classificadas por Merhy (1997) da seguinte forma: “tecnologias duras”, aquelas inscritas nos instrumentos; “leve-duras” as que se referem ao conhecimento técnico e as “leves”, que dizem respeito às relações. A tipologia de Merhy enfoca o pólo do profissional de saúde; o processo de trabalho numa unidade de saúde, contudo, só existe em função dos usuários.

O usuário não é um ser passivo diante de tudo o que acontece na unidade de saúde e em especial com ele mesmo. Ele reage aos atos assistenciais e, se houver uma relação acolhedora e uma forma de agir sobre o seu problema de saúde que seja satisfatória, ele

poderá se motivar para também atuar, ser sujeito do seu próprio processo assistencial, assumir certo protagonismo no cuidado à saúde. Partimos do pressuposto de que se o processo de trabalho for dominado, ou seja, hegemônico pelas tecnologias leves e leve-duras, utilizando os instrumentos apenas na medida da sua real necessidade, é possível que haja uma dinâmica de maior implicação do usuário com seu próprio processo assistencial. O uso preferencial das tecnologias leves faz com que o trabalhador utilize todo o seu potencial relacional, criativo e subjetivo, atuando com o usuário no plano do problema concreto que se apresenta, mas também na esfera da sua subjetividade, atuando para que o usuário faça uma aposta na vida e desta forma produza o autocuidado. Processos como o de educação à saúde, ações programáticas, por exemplo, só serão eficazes se conseguirem atuar no âmbito da angústia e da baixa auto-estima das pessoas que buscam os serviços de saúde e, para isto, é necessário acolher, demonstrar solidariedade, operar tecnologicamente as relações para produzir no usuário a idéia de sujeito cidadão, autônomo e protagônico.

Como vimos, processo de trabalho determina o perfil da assistência que se oferece, isto é, o tipo de cuidado que é prestado ao usuário, se “cuidado-cuidador” ou “cuidado não-cuidador”. Isso é definido pela forma como se organizam o trabalho e a presença das tecnologias na produção da saúde, em especial o seu uso. Outro aspecto importante é a implicação dos trabalhadores com o problema de saúde do usuário, isto é, seu envolvimento, interesse em resolver, responsabilização.

Tendo em vista o acima exposto, percebe-se o papel estratégico desempenhado pela análise da organização do trabalho. A forma que nos pareceu mais adequada de implementá-la como parte da rotina de avaliação dos municípios é a confecção do Fluxograma Descritor do Processo de Trabalho (FRANCO, 2003).

Demonstramos a seguir como pode ser aplicado o “fluxograma descritor”, para análise de processos de trabalho em saúde. O fluxograma é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. É uma forma de olhar a organização das práticas assistenciais em saúde, no trabalho cotidiano da equipe. Consideremos a descrição hipotética de um usuário que chega à unidade de

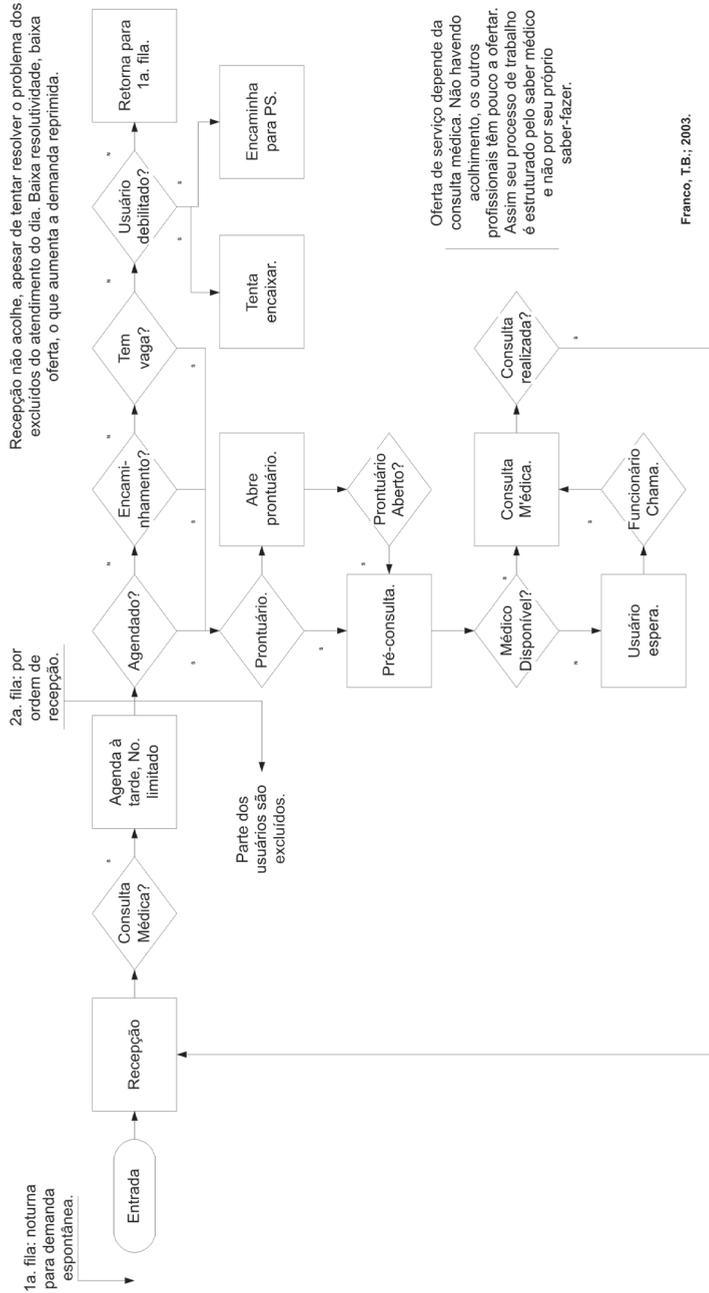
saúde em busca de assistência. Se seguirmos esse usuário no seu itinerário, anotando todos os lugares que ele percorre e as ações que são realizadas pelos trabalhadores de saúde, com o objetivo de atendê-lo (perguntas, orientações, procedimentos, etc.), temos ao final uma descrição do seu “caminho terapêutico” dentro da unidade. O fluxograma é a representação gráfica desse caminho, que vai indicar o processo de trabalho, isto é, como o trabalho está organizado no serviço e ao mesmo tempo é capaz de apontar os problemas verificados no cuidado ao usuário. É como se, através dele, tirássemos uma foto do processo de trabalho, que vai revelar o tipo de serviço de saúde que se tem ali.

O fluxograma é representado por três símbolos, convencionados universalmente: a elipse demarca a entrada ou saída do atendimento; o losango indica o momento em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho; e um retângulo diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo assistencial. O fluxograma deve ser elaborado com a equipe da unidade de saúde ou do Programa Saúde da Família, pois ela é quem melhor pode falar e revelar seu processo de trabalho. Além disso, quando a equipe elabora seu fluxo de trabalho, ela percebe situações que não conseguem ver no cotidiano do serviço de saúde. Há, no ato de elaboração do fluxograma, também um momento de reflexão sobre as práticas de cuidado e as relações que se estabelecem com os usuários, possibilitando assim um exercício de auto-análise. Isso é o pressuposto para a superação dos problemas existentes no serviço avaliado, que é o momento seguinte ao fluxograma, isto é, ele contribui para o planejamento da equipe.

Reproduzimos a seguir, como exemplo, um fluxograma-resumo do processo de trabalho de uma unidade básica de saúde.

Exemplo: “Este fluxograma retrata a entrada de uma unidade básica de saúde, de tipo tradicional. Se pensarmos esta unidade básica de saúde, dividida em micro-unidades de produção de serviços, temos nesta etapa representados os fluxos da *unidade de recepção*, a *unidade de consulta médica* e a *unidade de prontuários*” (FRANCO, 2003, p. 166-168).

LUZ - MG: Fluxograma analisador da Clínica Médica da UBS Central



Descrição do fluxograma

O primeiro problema evidente no fluxograma diz respeito à fila que se forma na madrugada, às vezes na noite anterior, de usuários em busca da “ficha” (uma senha) que dá acesso à consulta médica. Após enfrentar a fila (chamada aqui de 1ª. fila), os usuários entram na unidade às 7 horas (horário em que se iniciam os expedientes) e se dirigem à recepção para receber a ficha e agendar a consulta médica, por ordem de chegada.

Após conseguir agenda para efetivamente acessarem a consulta que se realiza à tarde, será necessário enfrentar uma segunda fila (à tarde), também por ordem de chegada. O processo burocrático de acesso à consulta, a inexistência de dispositivos como o acolhimento e a baixa oferta, excluem a maioria dos usuários da assistência. Para a consulta à tarde, o usuário tem de estar previamente agendado (o que deve ter sido feito pela manhã). Verificada a existência de vagas, os usuários são encaminhados para a consulta. (Aqueles que ficam excluídos da consulta, se estiverem “debilitados”, questão que é verificada pela auxiliar de enfermagem da recepção, esta tenta encaixá-lo no horário do médico ou é encaminhado para o serviço de urgência do pronto-socorro. Caso contrário, esse usuário tem que voltar, na madrugada, para a primeira fila, a fim de tentar conseguir agenda no dia seguinte). Depois dos procedimentos de rotina, em torno da providência de prontuários, se realiza a consulta médica (FRANCO, 2003).

Análise do Fluxograma Descritor

Assim como um fotógrafo precisa conhecer as técnicas de fotografia para revelar o que foi capturado da realidade, para analisar o fluxograma e perceber tudo o que ele é capaz de revelar da produção do cuidado por determinada equipe de saúde, é preciso conhecer o processo de trabalho. Quanto mais se debruça sobre o fluxo, mais a realidade vai ganhando contorno e nitidez, a foto do processo produtivo da saúde vai ficando clara à equipe.

Essa análise vai-se dando a partir da entrada. A primeira percepção importante, por exemplo, é saber se existe uma ou mais entradas, se esta se dá na porta da unidade de saúde ou no domicílio, muitas vezes lugar onde se inicia um processo de agendamento no PSF.

Nesse lugar vale a pena investigar um pouco as possíveis barreiras de acesso, se é que existem.

Na recepção é importante perceber as perguntas que são feitas ao usuário, o grau de burocratização que existe ou não e os fluxos que são disparados a partir desse lugar. Há fluxos já determinados antecipadamente: por exemplo, a clientela que já chega com agendamento para programas, procedimentos, farmácia etc. e há fluxos que são normatizados, mas os usuários vão acessá-lo a partir da recepção, como é o fluxo normal da demanda espontânea. Essa é sempre uma questão sensível ao usuário e muitas vezes um nó crítico para a equipe de saúde.

Há muitos serviços sendo ofertados pela unidade de saúde e cada um tem um fluxo específico; portanto, como já foi mencionado anteriormente, o fluxograma deve retratar cada um especificamente, quando isso for possível.

Por fim, o itinerário que o usuário faz na unidade de saúde ou junto à sua equipe de saúde da família vai demonstrando o quanto as diretrizes do modelo assistencial estão presentes na linha de cuidado que é operada pelo processo de trabalho.

Dimensão político-institucional

É de fundamental importância a análise do contexto de implementação da estratégia de monitoramento e avaliação da atenção básica, através da compreensão e acompanhamento das características do arranjo institucional e da política municipal de saúde, por entender que tais características definem um campo de possibilidades e de limites para os resultados da consolidação do novo modelo de reordenamento da atenção básica, em especial do PSF.

Uma das formas de apreender essa dimensão político-institucional é a ferramenta conceitual proposta por Carlos Matus (1983), conhecida como triângulo de governo. Para esse autor, qualquer perspectiva de governo envolveria três dimensões-chave: a do projeto de governo, ou seja, a relativa ao conjunto de propostas que caracterizam a perspectiva de ação, do ator social em questão (ex.: plano municipal de saúde, projeto PSF, projeto PROESF); a da capacidade de governo, relativa ao arsenal de ferramentas teórico-metodológicas que o ator social dispõe para tentar implementar seu projeto (porta-

rias, resoluções etc.); e a governabilidade, que diz respeito ao grau de controle que determinado ator social tem sobre as variáveis e os recursos mais fundamentais para realizar seu projeto. Nesse sentido, a definição de algumas variáveis, que denominamos “marcadores”, auxilia no estabelecimento de um processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica.

Tomando como referencial teórico o triângulo de governo de Matus (1983), buscou-se construir uma proposta metodológica orientadora para a avaliação da dimensão político-institucional na atenção básica. Entendemos que, para a apreensão de uma realidade a ser avaliada é preciso a integração de técnicas que possam tanto dimensionar e quantificar (abordagem quantitativa), quanto compreender e captar (abordagem qualitativa) a análise de componentes tanto da estrutura, como dos processos e dos resultados de um projeto/plano de ação – neste caso, a proposta de reordenação da atenção básica, especialmente do PSF.

Para evidenciar os aspectos ligados à dimensão político-institucional como parte do processo de avaliação, propomos a realização de discussões em grupo formado por coordenadores da atenção básica, do PROESF, do PSF; supervisores de equipes da atenção básica, de unidades com e sem PSF, e demais profissionais do nível central envolvidos com o trabalho na atenção básica. No projeto de pesquisa utilizamos entrevistas como técnica de coleta de dados; em função da experiência no campo e da observação das associações persecutórias da palavra “avaliação”. Levando em conta, ainda, as dificuldades de realização de entrevistas efetivamente reveladoras em situações onde demarcações hierárquicas de poder são claras e importantes (como é o caso das organizações públicas de saúde), a discussão em grupo surgiu como a alternativa exequível de acesso às informações necessárias. A dinâmica da reunião deve contar com anotações dos pontos identificados como problemas para que possam nortear essa e outras avaliações.

Essa discussão deve se dar em intervalos regulares, a serem definidos pelo próprio grupo, pois, como afirmamos anteriormente, a avaliação está intimamente relacionada à dinâmica de trabalho de cada município e visa a subsidiar a tomada de decisão. Dessa forma,

os processos avaliativos identificam problemas que precisam ser resolvidos. A partir daí planos de intervenção são elaborados e implementados e só então tem sentido uma nova avaliação. A realização de um número excessivo e desnecessário de reuniões de avaliação banaliza e desvaloriza o próprio instrumento.

A sistematização do roteiro em “marcadores” tem objetivo pedagógico, ao elencar “pontos para discussão” que são representativos do cotidiano das funções das equipes de coordenação da atenção básica.

Os “marcadores” apresentados estão imbricados na dinâmica do trabalho de gestores e profissionais de saúde e a identificação e problematização desses aponta de forma mais objetiva, para a tomada de decisão nos aspectos que apresentem fragilidade. A lista apresentada não precisa necessariamente ser seguida em sua totalidade a cada reunião, podendo-se enfatizar determinados aspectos, e em particular pontos de discussão, de acordo com as prioridades da gestão. De qualquer modo, é importante que, mesmo que em períodos mais espaçados, os gestores possam eventualmente percorrer todo o roteiro.

O produto da reunião deve ser um relatório sintético no qual a situação de cada marcador e ponto é apresentada; a sucessão de relatórios permite identificar a trajetória temporal destes indicadores qualitativos.

Tabela 1: Marcadores e pontos para discussão

Marcadores*	Pontos para discussão
F	Percentual da receita municipal destinada ao SUS (anual)
F	Evolução dos gastos municipais em saúde
F	Percentual dos gastos em AB no total do gasto em saúde do município
F	Percentual de receita do município para o PSF
G	Visibilidade da receita da AB e PSF
G	Trabalho integrado entre os programas/ações programáticas da AB (mulher, saúde bucal, saúde do trabalhador etc.)
G	Supervisão das UBS (características)
G	Estratégias de acessibilidade para usuários (demanda espontânea e programada, fluxo do usuário na rede)

G	Integração ensino-serviço (estratégias de viabilidade, organização de campos de estágios)
G	Composição da equipe gestora (categoria profissional)
G	Prioridades (como são definidas, quem define, plano de intervenção)
G	Mecanismos de regulação e auditoria
G	Relação entre a AB e demais departamentos da SMS (processos cotidianos e organograma)
G	Divulgação do PSF
G	Fluxo do processo de trabalho/decisório (mecanismos de gestão)
G	Relação nível local com nível central
G	Articulação com os conselhos municipal, regional e local
G	Instrumentos de acompanhamento físico-financeiro
G	Relação com o fundo municipal de saúde (definição, controle e execução financeira)
GP	Papel/função do PSF na rede de serviços de saúde
GP	Projeto PROESF (conhecimento e clareza dos objetivos)
GP	Sustentabilidade da expansão do PSF
GP	Participação dos comitês (p.ex. mortalidade materna, tabagismo) nos processos de gestão e planejamento
GP	Gerenciamento de recursos (insumos, manutenção de serviços, recursos humanos)
GP	Mecanismos de acompanhamento e avaliação (relatórios, instrumentos, periodicidade)
GP	Política da atenção básica (conhecimento e clareza dos objetivos)
I	Intersetorialidade (elaboração e coordenação conjunta de projetos/programas sociais municipais e nacionais)
I	Intersetorialidade no território da UBS (associação de moradores, ONG, organizações comunitárias, escolas)
P	Monitoramento de metas definidas para AB e PSF
P	Protocolos de organização dos serviços e clínicos (coordenação da elaboração, aprovação, acompanhamento, atualização)
P	Análise dos relatórios do SIAB como instrumento de planejamento
P	Manejo e atualização dos SIS (alimentação)

P	SIS usado como instrumento de planejamento
P	Emissão e análise de relatórios dos SIS para as coordenações AB e PSF e UBS
P	SIS descentralizados
P	Análise de infra-estrutura dos SIS (equipamento, material de consumo, RH)
P	Avaliação do SI próprio (manejo, utilização, aplicabilidade, compatibilização dos SIS)
P	Racionalização dos formulários dos SIS
P	Racionalização dos registros (organização de prontuários, formulários, livros de registros)
P	Estratégias de articulação da rede (conhecimento da rede, elaboração de protocolos conjuntos)
RH	Composição das ESF e AB
RH	Rotatividade/contratação de profissionais
RH	Plano de cargos, carreira e salários
RH	Relação com o Pólo de Educação Permanente (participação, apoio nas capacitações)
RH	Programa municipal de educação permanente (para equipes e gestores)
RH	Estratégia de apoio às ESF para o enfrentamento da complexidade da realidade local

* Marcadores

F – Financiamento

P – Planejamento

G – Gestão

RH – Recursos Humanos

GP – Gestão/Planejamento

I – Intersetorialidade

Acompanhamento de dados secundários

Consiste no levantamento sistemático de alguns indicadores que permitam o acompanhamento e avaliação da atenção básica, a partir de dados secundários tomados dos principais bancos de dados em saúde existentes no município. A proposta a seguir apresenta alguns indicadores considerados essenciais; no entanto, outros indicadores podem ser agregados, atendendo às especificidades de cada município e as características dessa dimensão avaliativa – político-institucional.

Tabela 2: Indicadores de acompanhamento e avaliação – dimensão avaliativa – político-institucional

Dimensão Político-Institucional		
Subdimensão 1- Característica do projeto de governo		
Aspecto	Variável / indicador	Fonte de dados
a) Centralidade da saúde na agenda do município	% da receita municipal destinada ao SUS, 2001-2004 Evolução dos gastos municipais em saúde, 2001-2004	- SIOPS - Relatório municipal de gestão
b) Centralidade da atenção básica e da conversão do modelo na agenda do gestor	% de profissionais celetistas, estatutários e em precarização, 2001-2004.	- Relatório municipal de gestão - SIAB - Projeto PROESF
	% dos gastos em AB no total do gasto em saúde do município (c/ PSF, s/ PSF), 2001-2004.	- SIG-RH ou similar
	Evolução dos gastos em AB (c/ PSF, s/ PSF), 2001-2004.	- SIAB - Projeto PSF
	% de receita do município para o PSF	
Subdimensão 2 - Capacidade de governo		
a) Estrutura e relações hierárquicas	Número de funcionários em tarefa de gestão	- SIG-RH ou similar
Subdimensão 3 - Governabilidade e governança		
Capacidade de negociação e autonomia assistencial	% de metas alcançadas nos pactos 2001-2004	- Pacto AB
	Amplitude da oferta de procedimentos vinculados aos serviços próprios e contratados	- SIAB - SAI-SUS - SIH-SUS

Análise de documentos

A análise de documentos é um instrumento importante no processo de avaliação. A lógica é que os pontos que orientaram a discussão em grupo, com os integrantes da gestão da atenção básica, e os documentos fazem parte de um mesmo processo discursivo que se materializa em diferentes formas. Dessa forma, orienta a análise de documentos, tanto a tabela de “Marcadores e pontos para discussão” como a identificação de algumas informações, tais como: a) finalidade do documento; b) quem é o ator político que é o autor do documento; e c) a quem se dirige (público interno da secretaria ou programa, escalões superiores da administração municipal, Ministério da Saúde, público em geral etc.).

Sugerimos a análise de alguns documentos considerados essenciais, os quais devem ser representativos de um período pré-definido (no mínimo dois anos).

a) Obrigatoriamente:

1. plano municipal de saúde;
2. caso exista, relatório consolidado da conferência municipal de saúde;
3. plano de cargos, salários e carreira da AB (c/PSF e s/PSF);
4. atas do Conselho Municipal de Saúde e ata dos Conselhos Locais de Saúde, quando existir;
5. projetos/acordos de cooperação intersetorial;
6. Programação Pactuada Integrada (PPI);
7. documentação geral da Secretaria Municipal de Saúde (organograma, relatórios, normas, resoluções, informes técnicos), onde propostas de política são explicitadas; e
8. documentos da SES que orientam a AB existentes no município (plano de monitoramento e avaliação da AB, política de incentivo).

b) Para complementar informações, se necessário:

1. plano plurianual (PPA);
2. plano/projeto de governo;
3. lei orçamentária;
4. lei do Fundo Municipal de Saúde; e
5. projeto do Pólo de Educação Permanente.

Observações finais

A proposta de metodologia de avaliação que apresentamos foi desenhada tendo-se em mente alguns objetivos básicos, que acreditamos alcançados:

- capacidade de captar adequadamente os fenômenos relevantes para o processo de avaliação;
- exequibilidade nos contextos de aplicação (secretarias municipais de Saúde);
- possibilidade de incorporação à rotina de gestão das SMS;
- potencial de envolvimento dos participantes na tarefa.

Este último objetivo, em particular, é fundamental para as técnicas descritas, em particular a discussão em grupo e o fluxograma do cuidado. Ambas partilham uma característica importante, que é a de serem ao mesmo tempo um instrumento de coleta de dados, que produz informações relevantes, e um momento de facilitação do trabalho coletivo. O fluxograma, em especial, mostrou-se nos estu-

dos-piloto também interessante analisador institucional, que põe em relevo para os próprios participantes toda uma dinâmica de interações que se passa despercebida para os atores envolvidos.

Acreditamos, finalmente, que a efetiva consecução dos objetivos do SUS em sua plenitude depende também da incorporação dos processos de avaliação à sua dinâmica de funcionamento. Só com a reflexão embasada e cuidadosa sobre o que se faz e como se faz é possível de fato alcançar cobertura, resolutividade e acesso, e, mais importante, com efetivo controle social.

Referências

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). *AHRQ Quality Indicators*. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. (AHRQ Pub. No. 02-R0203) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Análise do pacto de indicadores da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. *Manual para Avaliação da Atenção Básica nos municípios*. Estudos de Linha de Base - PROESF - LOTE 1 SUDESTE - Minas Gerais e Espírito Santo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CAMARGO JR, K. R.; COELI, C. M. Reclink. Aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando o método *probabilistic record linkage*. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 2, p. 439-447, 2000.
- CAMPOS, G. W. S.; CARVALHO, S. R. *Reforma dos modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais*. Betim: SMS, 1999. p. 1-16 .
- COELI, C. M.; VERAS, R. P.; COUTINHO, E. S. F. Metodologia de captura-recaptura: uma opção para a vigilância das doenças não transmissíveis na população idosa. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 1.071-1.082, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica: definición e método de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- _____. Veinte anos de investigación en torno de la calidad de la atención médica 1964-1984. *Salud Pública do Mexico*, v. 8, n. 3, p. 243-265, 1988.
- FEINSTEIN, A. R. Quality of care evaluation. *Clinical Epidemiology*. Toronto: Saunders Company, 1985.

- FEKETE, M. C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário*. GERUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. p. 177-184.
- FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 166-168.
- HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Evaluación de la calidad de la salud por el metodo de los trazadores. In: OPAS. *Investigaciones sobre servicios de la Salud*. Brasília: OPAS, 1992. p. 555-563.
- KIRKWOOD, B. R. *et al.* Issues in the design and interpretation of studies to evaluate the impact of community-based interventions. *Tropical Medicine and International Health*, v. 2, n. 11, p. 1.022-1.029, 1997.
- MASCARENHAS, M. T. M. *Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ: Estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MATUS, C. Problemas de diseño de un Programa de Gobierno. *Planificación y Política*. Caracas, n. 1, noviembre 1983.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- SILVA JÚNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P. R. (Coord.). *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Nota

¹Este trabalho representa a sistematização de ferramentas conceituais e metodológicas utilizadas no Projeto de Desenvolvimento Institucional de Processos de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), no que concerne ao desenvolvimento de estudos avaliativos – linhas de base, realizado pelo grupo de pesquisa composto por Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense e Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), da Universidade Federal de Juiz de Fora, com financiamento do Ministério da Saúde.



PARTE 2

Práticas de formação



As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária

LILIAN KOIFMAN
GILSON SAIPPA-OLIVEIRA

Introdução

Nossa intenção neste texto é pensar, no âmbito do processo de formação e do cuidado em saúde, uma perspectiva que leve em consideração a centralidade de um processo avaliativo orientado pela integralidade. Temos como objetivo oferecer tanto aos atores que se debruçam sobre o processo de revisão, reconstrução e implementação do Projeto Político-Pedagógico das Escolas, quanto aos atores do campo do cuidado, maior articulação e sinergia entre esses dois elementos, visando a consolidar estratégias que possibilitem avaliações no campo da saúde que incorporem a centralidade do usuário e do sujeito avaliador nesse processo.

É importante salientar que tais processos são, na nossa concepção de formação e de construção de linhas de cuidado, intimamente interdependentes; portanto, nosso esforço aqui é também o de – à luz da literatura do campo educacional e da saúde – buscar uma aproximação de intenções, para instaurar um debate aproximativo e dialógico entre ambos.

Tomamos como pressuposto que os debates sobre os métodos e estratégias de ensino e do cuidado são interdependentes. Por conseguinte, o debate sobre a avaliação dos processos que busquem superar os modelos tradicionais de formação e do cuidado, que não considerem a importância relativa da inserção das escolas e das unidades produtoras de cuidado nos seus contextos socioculturais e institucionais, tendem a manter-se aprisionados

numa concepção dicotomizante deste, que para nós são igualmente interdependentes.

A busca da superação das limitações ou aprisionamento impostos pelos modelos tradicionais de avaliação são os pressupostos que acreditamos que devem orientar, no cotidiano das instituições de ensino e do cuidado, a efetivação dos preceitos institucionais e éticos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa direção, as abordagens e as energias dos diversos atores vinculados ao processo de formação e do cuidado, que concentrem suas atenções apenas na finalidade última de suas instituições (formação e produção do cuidado), são entendidas aqui como de baixo potencial para alterar a lógica hegemônica de organização do trabalho educacional em saúde – particularmente aqueles que se inscrevem em cenários múltiplos de ensino-aprendizagem. Portanto, se distanciam de seu objetivo fundamental: trabalhar a partir da lógica da integralidade em saúde.

Nosso desafio é, portanto, buscar ampliar o sentido da avaliação para além de meros recursos “medidores” de competências e habilidades do profissional de saúde e do discente em formação. Observamos, então, que a competência a ser avaliada não é de uso estático, anistórico ou desconectado dos interesses organizacionais, institucionais e ético-políticos, pois devemos sempre perguntar: competência para que e em que circunstâncias?

Por sua vez, emerge outro conceito todas as vezes que nos orientamos pela lógica da avaliação de competências: o conceito da *habilidade* que, considerado de maneira menos abrangente que o primeiro, não se restringe a ele, pois uma mesma habilidade pode contribuir para a realização de competências distintas, em momentos distintos. Por exemplo, um mesmo profissional que atua de maneira diversa quando desempenha ações, quando trabalha no serviço público e no serviço privado ou conveniado ao SUS.

Assim, ao avaliarmos, devemos considerar sempre que avaliação significa muitas coisas, apresenta-se de muitos modos e busca cumprir diversas finalidades. Não podemos compreendê-la apenas como um instrumento técnico porque ela produz sentidos, consolida valores, afirma interesses, provoca mudanças, transforma (DIAS SOBRINHO, 2002). Não há um modelo único de avaliação, uma só concepção ou

prática. Falar de avaliação é necessariamente tratar de *avaliações*.

A avaliação atravessa o ato de planejar e de executar e, por isso, contribui em todo o percurso da ação planejada. Ou seja, a avaliação, como crítica de percurso, é uma ferramenta necessária ao ser humano no processo de construção dos resultados que planejou produzir, assim como é no redimensionamento da direção da ação.

A avaliação é um ato de pesquisar a qualidade dos resultados intermediários ou finais de uma ação, subsidiando sempre sua melhora. O ato de avaliar, por sua constituição mesma, não se destina a um julgamento “definitivo” sobre alguma coisa, pessoa ou situação, pois não é um ato seletivo. A avaliação se destina ao diagnóstico e, por isso mesmo, à inclusão (LUCKESI, 2005). Para que possamos observar a avaliação como uma perspectiva emancipatória, temos que entender avaliação como ato subsidiário do processo de construção de resultados satisfatórios. A atividade de avaliar caracteriza-se como um meio subsidiário do crescimento (LUCKESI, 1984).

Do ponto de vista histórico, sabemos que existe um grande conflito com relação a *como* e *quando* avaliar. Isto é ainda pior quando se fala *do que* avaliar. Se tratarmos de olhar os resultados da avaliação, raramente vemos que existe alguma correlação entre o avaliado e o que se queria medir e conseguir em relação ao produto profissional. Isto é, não sabemos a validade das ditas avaliações.

Nesse sentido, a avaliação chamada de normativa é voltada para avaliar ações ou produtos já realizados. Por parecerem mais simples, pois seus resultados são cifras que podem ser multiplicadas, divididas e transformadas em valores estatísticos, têm tido ampla aceitação. Mas na verdade é difícil dizer que um estudante seja melhor profissional do que outro estudante, baseando-se somente nos décimos de diferença de sua nota com relação à do outro.

Na avaliação normativa procura-se estudar os componentes da intervenção em relação a normas e critérios, apoiando-se no fato de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios das normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção. Já a pesquisa avaliativa se preocupa em examinar *ex-post*, através de procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção, com o fim de orientar a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A realização de uma avaliação deve ir além do objetivo estritamente *somativo* (determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida) e permitir um julgamento não só sobre a eficácia de uma intervenção, mas também sobre os fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Entretanto, a avaliação não pode assegurar a qualidade, nem melhorar a atenção de saúde e da formação, a menos que seja parte integrante do sistema de prestação de serviços, um agente permanente das transformações que se façam necessárias e uma ferramenta para garantir que tomadores de decisão, profissionais de saúde e usuários compreendam as vantagens e os inconvenientes desse sistema (KESSNER; CAROLYN; SINGER, 1992).

As análises sobre a avaliação dos serviços e do cuidado em saúde, a partir dos anos 1980, passaram a considerar e a desenvolver processos que não se limitavam à análise dos custos das atividades no campo da saúde, mas enfatizaram, também, o controle de qualidade e a satisfação dos usuários e as implicações do papel do sujeito avaliador sobre o processo avaliativo e o que se pretende avaliar (DONABEDIAN:1982).

Donabedian (1982, p. 384), como um dos maiores referenciais do período, ao analisar a qualidade dos cuidados médicos, afirma:

As estimativas se fundamentam em considerações como o grau de adequação, integralidade e minuciosidade da informação obtida mediante a história clínica, exame físico e provas diagnósticas; da justificativa do diagnóstico e do tratamento, a competência técnica na aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, incluindo aí os cirúrgicos, as provas do manejo preventivo do paciente em condições de saúde e de enfermidade; a coordenação e continuidade da atenção; o grau de aceitabilidade para o paciente e muitas outras.

Para Hartz (1997, p. 20), nesse contexto emerge a importância de incluir o observador (sujeito) na observação. Assim, existiria um movimento que coloca em primeiro lugar a opinião do usuário como aspecto determinante no julgamento da qualidade em saúde e a centralidade do papel do sujeito avaliador, no processo de escolhas dos referenciais, instrumentos e seleção de recortes de análise que este mesmo busca avaliar.

Observa-se, no entanto, que mesmo nessa direção, mantêm-se as dificuldades de definir, a magnitude e a centralidade do sujeito avaliador para além das discussões sobre a definição dos métodos apropriados para a avaliação da qualidade dos serviços em saúde, da padronização e a construção de indicadores específicos que possam traduzir todas as dimensões envolvidas.

Donabedian (1982) destaca os aspectos relacionados aos indicadores que devem ser seguidos para que uma maior aplicabilidade seja alcançada: *objetividade* – para que não ocorra variação na interpretação do indicador; *verificabilidade* – isto é, possibilidade de verificação, podendo ser feita através de documentos; *especificidade* – o indicador deve ser específico para cada tipo de procedimento a ser analisado; *uniformidade* – o indicador deve ser independente de fatores como tamanho do hospital; *pertinência* – deve relacionar-se ao objetivo do cuidado que está sendo avaliado; e *aceitabilidade* – o indicador deve estar de acordo com os padrões de boa qualidade normalmente aceitos nos livros-texto ou nos estudos científicos.

De acordo com Rossi e Freeman (1982), avaliação é uma aplicação dos procedimentos de pesquisa social na determinação da conceitualização, desenho, implantação e utilidade de programas de intervenção social.

Os objetivos de uma avaliação podem ser de quatro tipos:

- ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer;
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve continuar, ser modificada ou ser interrompida;
- contribuir para o progresso do conhecimento.

A avaliação pode resultar da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um conhecimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Trivinho (1987, p. 122), ao analisar a constituição dos diversos campos de pesquisa em educação, sintetiza de maneira abrangente nossos pressupostos:

Por isso, as tentativas de compreender a conduta humana isolada do contexto no qual se manifesta criam situações artificiais que falsificam a realidade, levam a engano, a elaborar postulados não adequa-

dos, a interpretações equivocadas. A isto, deve-se, por exemplo, o escasso impacto que têm tido na escola as teorias clássicas da aprendizagem que foram elaboradas longe do âmbito escolar, sem considerar o espaço natural onde se realizava o processo educativo.

Seguindo tais pressupostos, o processo avaliativo tende a ser: (a) instrumental (servir como instrumento para a tomada de decisão); (b) conceitual ou esclarecedora (iluminar a concepção que uma comunidade tem de uma parcela da realidade educativa, trazendo informações relevantes e elementos de reflexão acerca da mesma); e (c) ser persuasiva (função eminentemente argumentativa a serviço do discurso político, tanto de governo como de oposição) (TIANA FERRER, 1997).

Portanto, falar de avaliação em educação significa falar de avaliação de processo e falar de qualidade significa igualmente falar da qualidade do que se pode considerar com produto final desse processo tão específico e que está representado, muitas vezes, pelo aluno, futuro profissional de saúde. Trata-se de um complexo sistema, integrado por diversos sistemas, todos envolvidos com as tarefas de ensinar, pesquisar, administrar e liderar (GONÇALVES, 1998).

Avaliação como perspectiva emancipatória *do e no* processo de formação em saúde

Por outro lado, no campo educacional, no caso da denominada avaliação da aprendizagem ganhou um espaço tão amplo nos processos de ensino que nossa prática educativa passou a ser direcionada por uma “pedagogia de exame”, onde a prática pedagógica está polarizada pelas provas e exames.

O sistema de ensino está interessado nos percentuais de aprovação e reprovação do total dos educandos. Os professores se utilizam permanentemente dos procedimentos de avaliação como elementos motivadores dos estudantes, por meio da ameaça. Os estudantes estão sempre na expectativa de virem a ser aprovados ou reprovados (LUCKESI, 2005).

Dessa forma, o ato de avaliar não tem sido usado como pausa para pensar a prática, mas como um meio de julgar a prática e torná-la estratificada. De fato, o momento avaliativo deveria ser um “momento de fôlego” para, em seguida, retomar o processo de forma

mais adequada. Não se trata de um ponto definitivo de chegada, especialmente quando o objeto da ação avaliativa é dinâmico como, no caso, a aprendizagem. Através da excessiva preocupação com as provas, a relação entre sujeitos – professor e aluno – passou a ser uma relação entre coisas: as notas.

A dicotomia educação e avaliação é uma falácia e por isso é necessário refletir a respeito da compreensão equivocada de avaliação como julgamento de resultados que se transformou numa perigosa prática educativa (HOFFMAN, 1993). A atual prática de avaliação está mais articulada com a reprovação do que com a aprovação. Estipulou, como função do ato de avaliar, a classificação e não o diagnóstico, o que contribui para a seletividade social.

Com a função classificatória, a avaliação constitui instrumento estático, que freia o processo de crescimento. Com a função diagnóstica, ao contrário, ela é um momento dialético do processo de avançar no desenvolvimento da ação, do crescimento para autonomia, do crescimento para a competência etc. Como diagnóstica, ela será um momento dialético de “senso” do estágio em que se está e de sua distância em relação à perspectiva que está colocada como ponto a ser atingido à frente. A função classificatória subtrai da prática da avaliação aquilo que lhe é constitutivo: a obrigatoriedade da tomada de decisão quanto à ação, quando se está avaliando a ação.

Segundo Luckesi (1996), devemos pensar as diferenças entre verificação e avaliação. A primeira opera de maneira estanque, onde o docente avaliador obtém a informação sobre até onde o aluno chegou, seja uma competência adquirida ou uma habilidade demonstrada, estipula um valor. E estabelece, a partir de parâmetros definidos *a priori*, sua aprovação ou reprovação. A verificação é terminativa, definida a partir de um retrato da realidade. Por sua vez, a avaliação é dinâmica, é processo e está permeada por valores de qualidade, a determinado ato ou curso – portanto, ela se orienta pela idéia de movimento, de vir a ser. Aqui ganha centralidade a figura do agente avaliador, que no caso do processo educacional é o docente. Então a escolha do processo avaliativo deve considerar como determinante as concepções de mundo desse docente.

Nesse sentido, entendemos o saber docente como definidor das perspectivas de formação e elaborado em consonância com os co-

nhcimentos que se considera fundamental enfatizar e, por conseguinte, pelo tipo de aprendizagem que ele mesmo vai tomar como parâmetro para avaliar o desempenho do aluno. Sendo assim, o que pretendemos valorizar aqui não se esgota no chamado “momento” pedagógico propriamente dito, mas no conteúdo cultural implicado no seu saber/fazer, muitas vezes despercebido por esse mesmo professor.

A avaliação é essencial à educação. Inerente e indissociável quando concebida como problematização, questionamento, reflexão sobre a ação. Um professor que não avalia constantemente a ação educativa, no sentido investigativo do termo, instala sua docência em verdades absolutas, pré-moldadas e terminais (HOFFMAN, 1993).

A avaliação da aprendizagem existe propriamente para garantir a qualidade da aprendizagem do aluno. Ela tem a função de possibilitar uma qualificação da aprendizagem do educando. Para que a avaliação assuma seu verdadeiro papel de instrumento dialético para o crescimento, terá de se situar e estar a serviço de uma pedagogia preocupada com a transformação social e não com sua conservação. E, para que isso ocorra, o educador que estiver afeito a dar um novo encaminhamento para a prática da avaliação educacional deverá preocupar-se em definir os rumos de sua ação pedagógica, pois ela não é neutra. Então o primeiro passo é assumir um posicionamento pedagógico claro e explícito, de modo a orientar a prática pedagógica no planejamento, na execução e na avaliação.

A metodologia tradicional nos cursos de saúde tem utilizado uma avaliação de repetições de dados, uso de técnicas não relacionadas com a realidade profissional, não fomento de um pensamento analítico nem facilitador da aquisição de destrezas profissionais fundamentais. E, apesar de sua antigüidade, não conseguiu demonstrar sua eficiência.

Sérios esforços têm sido feitos nas novas tendências educacionais e nos programas inovadores centrados no estudante, integrados, de grupos pequenos e que usam metodologias de aprendizagem inovadoras. A validade dos programas inovados se expressa tanto pelo meio ambiente mais fraternal e conducente com a aprendizagem, como as avaliações demonstram que seus objetivos se cumpram de forma muito favorável.

As avaliações de conteúdo não têm podido medir nem facilitar a formação dos objetivos fundamentais dos profissionais de saúde, tal como são descritos nos perfis a formar.

As técnicas de avaliação usadas para os aspectos não baseados na repetição de dados vêm evoluindo. Elas têm contribuído com uma ferramenta fundamental: dar retro-alimentação constante, formativa (que permite implementar-se imediatamente e corrigir a deficiência identificada) e favorecer que o educando amadureça e desenvolva suas próprias técnicas de avaliação de seus atos e trabalhos. E, ainda, isso se produz num marco no que está inserido e porque está constantemente ligado a problemas similares aos encontrados na vida profissional.

Com a avaliação formativa, almeja-se consagrar a regulação das aprendizagens, capaz de orientar o aluno, para que ele próprio possa situar suas dificuldades, analisá-las e descobrir procedimentos que lhes permitam progredir. O erro, portanto, não seria uma falha a ser reprimida, mas uma fonte de informação, tanto para o professor quanto para o aluno (HADJI, 2001). A avaliação pesa enormemente na qualidade do trabalho de docentes e estudantes.

A sociedade espera cada vez mais de seus profissionais de saúde. Além de promover o nível mais alto e humanizado nos cuidados, do profissional também se espera que seja capaz de estabelecer comunicações diretas, compreensíveis e francas com seus pacientes e familiares. Que possam prover cuidados no terreno da saúde, não somente aos indivíduos, mas também às populações. Espera-se que seja um educador, que domine e aplique os conceitos de atenção primária e que a atenção em saúde se transforme num direito universal. E que tenha capacidade de participar de pesquisas científicas, com capacidade de aprender a aprender. Com tantas habilidades a serem desenvolvidas, cada vez fica mais claro a inadequação da utilização de apenas um método de avaliação durante todo o curso.

Existe uma série de formas de avaliação desenvolvidas nos programas educacionais inovados. É fundamental lembrar que em geral o processo de avaliação determina, principalmente, os métodos de aprendizagem que os estudantes utilizem. As avaliações tradicionais, nas quais os estudantes são estimulados a “passar nas provas”, têm desvirtuado o objetivo central da aprendizagem, pois são feitas de

forma prática para corrigir (muitas vezes múltipla escolha), em curto prazo e sem a visão das necessidades profissionais do educando.

A avaliação que não serve para o estudante alcançar as metas fixadas dentro do contexto educacional e de um perfil profissional no qual se insere não pode ser aceita como uma boa avaliação. A avaliação deve ajudar o estudante a alcançar seus objetivos pessoais e profissionais e, ainda, ajudar a reconhecer suas qualidades e estabelecer o princípio de auto-avaliação como parte da rotina profissional, dando-se conta de suas áreas débeis e ajudando a encontrar os caminhos para se corrigir.

A avaliação não deve frustrar nem destruir a quem a receba. É parte do processo e seus objetivos são de retroalimentação do processo educacional, para facilitar o trabalho dos estudantes e ajudar a alcançar os objetivos educacionais e de formação profissional.

Não basta apontar as deficiências. [...] A educação deve ser um largo processo intersubjetivo de afirmação de valores primordiais e de construção da sociedade como comunidade de cidadãos competentes não simplesmente na acepção do mercado, mas do ponto de vista da complexidade humana (DIAS SOBRINHO, 2002, p. 41).

Perrenoud (1997), ao constatar a ligação entre o processo avaliativo e a visão de mundo do docente, propõe que devemos nos lançar na direção de mudar os processos avaliativos e, com isso, mudar a escola. Assim, a avaliação é um instrumento ativo que envolve os atores do processo formativo, principalmente docentes e discentes. Esse processo de dialogicidade nos afastaria daquilo que Paulo Freire denominou de educação bancária, que é uma educação autoritária monológica, vertical, na qual o docente é visto como o único que pensa reflete e tem algo a dizer, e os alunos devem apenas receber de maneira passiva os ensinamentos e diretrizes do primeiro (FREIRE, 1985).

Segundo Gadotti (1991, p. 151), “a educação bancária é domesticadora porque busca controlar a vida e a ação dos alunos, proibindo-os de exercer seu poder criativo e transformador”. A superação desse modelo de formação e, por conseguinte, de avaliação, passa a ser uma das estratégias potencializadoras na direção da construção de momentos de formação orientados pela integralidade.

A partir desses elementos e da centralidade do ponto de vista do usuário e do sujeito avaliador, tem-se um exemplo da perspectiva de

interconexão entre os atores sociais e os sistemas de saúde e de formação, particularmente aqueles que ocorrem a partir de uma perspectiva inovadora do processo de formação.

Aqui o processo de aprendizagem nesses cenários é de natureza participativa, e tem como eixo central o trabalho coletivo motivando a compreensão crítica da realidade. Isso porque é precisamente no âmbito das reflexões coletivamente produzidas que se consolidam os comportamentos e formas de atuação profissional individuais e coletivas. Seu processo pedagógico é centrado no compartilhar de experiências e vivências, geralmente através de supervisão dialogada, oficinas de trabalho, efetuadas nos mesmos ambientes de trabalho, buscando como resultado: mudança institucional, apropriação ativa de diversos saberes e fortalecimento das ações em equipe.

Sendo assim, podemos entender que as práticas de formação e do cuidado se operam em cenários múltiplos como uma alternativa que pode contribuir na transformação dos processos de trabalho – e na construção de modos de produção em saúde e da formação inovadores –, na medida em que se assenta sobre os problemas da qualidade dos serviços, aqui entendida em seu sentido mais amplo, de tradução do direito de cidadania à saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; MARINS; PIRES, 2000)

Abordar a diversificação nessa dimensão significa colocá-la como parte do processo de gestão do trabalho coletivo nos serviços, voltado à construção de um novo contrato ético e político dos profissionais e a população.

Deve haver relação mais estreita entre os conteúdos trabalhados no currículo e as necessidades dos estudantes, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações profissionais cotidianas. Para isso é necessário trabalhar com os estudantes a capacidade de estabelecer relações entre as informações que recebem e as que trazem consigo ou constroem entre si, e relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2006).

Compreendendo os desafios vividos pela interseção de intenções e de aproximações entre as culturas organizacionais e institucionais no campo da formação em saúde e do cuidado, onde os cenários de prática (da formação e do cuidado) se ampliam e se

retraduzem em perspectivas entendidas como emancipatórias, descreveremos alguns desafios que, no momento do *trabalho vivo em ato* da produção do cuidado e da formação nesses cenários, emergem como indicativos de ações amistosas e sinérgicas na direção da consolidação de perspectivas que tomem como fundamento a busca da integralidade *do e no* currículo.

A colaboração e a cooperação, a investigação do meio e o trabalho de campo, a pesquisa-ação, o método científico, o construtivismo, o diálogo, a formulação e resolução de problemas relevantes, os grupos de discussão e reflexão etc. são estratégias de claro conteúdo inovador utilizadas em vários cursos de graduação em saúde. Mas não se devem desprezar outras formas – as ditas tradicionais –, como a aula expositiva, a leitura silenciosa e outras. O mais importante é saber com que finalidade será utilizada, com que frequência e em que contexto. Um professor inovador não deve restringir-se a um método determinado, mas aplicar diversas estratégias metodológicas de acordo com as situações educativas apresentadas.

Além dos marcos teórico-metodológicos, devemos orientar nossa reflexão na direção de cenários que busquem consolidar incessantemente currículos integrais que levem em consideração as questões pessoais (formação, realidade onde se dá o processo de aprendizagem, estímulos para o envolvimento em questões da realidade). Além disso, é necessário saber como os atores refletem suas práticas (conhecimento tácito sobre problemas a serem enfrentados e conhecimento na ação sobre esses conhecimentos) e como esses dois movimentos criam sinergia, elevando as perspectivas de formação na direção de práticas integrais ou integralizadoras (*do* currículo e *no* currículo), que sejam capazes de criar espaços “agráveis” de ensino aprendizagem. Isso se dará através da:

- 1) busca permanente de ajustes entre ensino e necessidade dos alunos, do entendimento da continuidade do cuidado (que ajudem os pacientes a navegar no sistema de saúde);
- 2) valorização de aspectos que envolvam o papel do profissional como “defensor” dos direitos do paciente durante todo o processo terapêutico;
- 3) valorização de habilidades e realização de procedimentos centrados em problemas ligados ao dia-a-dia;

- 4) valorização de tomadas de decisão dos profissionais, orientada para a solução de problemas centrados em necessidades reais e valorizando a continuidade do cuidado *over time*;
- 5) aprendizagem orientada a espaços múltiplos de atuação (comunidade, família, aparelhos sociais múltiplos), ensino orientado para os problemas dos pacientes (cuidado clínico), que experimentem a continuidade do processo através de visitas domiciliares e outros tipos de vínculos;
- 6) existência de espaços inter-institucionais de negociação (pedagógica e clínica) permanente e entre gestores dos serviços de saúde, instituições formadoras, docente, discentes e usuários do sistema de saúde.

Esses desafios representam uma nova maneira de pensar a organização do conhecimento e das práticas (cuidado e formação), como alternativa às críticas do código disciplinar e à fragmentação e isolamento do conhecimento. Esse enfoque é menos uma resposta metodológica e estratégica de trabalhar o conhecimento e mais uma nova concepção e atitude de aproximar-se dele (CARBONELL, 2002).

O estilo de ensino inovador, fundamentado na tríade sujeito docente/aluno/conteúdo, supõe a modificação do modelo didático e de sua organização, de tal maneira que os propósitos, os conteúdos, as estratégias, os recursos, o papel que desempenha o docente, o papel do aluno e, sobretudo, o sistema de relações entre esses componentes sejam afetados (LUCARELLI, 2000, p. 64).

Assim, a pedagogia enquanto teoria da educação, e a didática, enquanto teoria do ensino, vinculada à primeira, ficam restritas aos métodos e aos procedimentos compreendidos como aplicação dos conhecimentos científicos e traduzidos em técnicas de ensinar (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002, p. 46).

E mais:

Nessa perspectiva de processo-produto, não cabe à didática questionar os fins do ensino, uma vez que já estão previamente definidos pela expectativa que a sociedade (dominante) tem da escola: preparar para o mercado de trabalho. Esse passa a ser o critério de avaliação do sistema escolar (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002, p. 47).

Conceber esse processo de infertilização dos campos de práticas do cuidado e da formação inclui aprendizagens com acesso a uma variedade de recursos, como: livros, filmes, laboratórios, oficinas,

visitas, excursões, vivências etc. Assim, é possível verificar com clareza as implicações sociais da formação profissional e do conhecimento produzido pela instituição acadêmica. Tudo que os alunos aprendem é determinado, também, por variáveis sociais, políticas e culturais. O mesmo pode ser organizado não só em torno de disciplinas, mas de núcleos que ultrapassam os limites das disciplinas, centradas em temas, problemas, tópicos, instituições, períodos históricos, espaços geográficos, grupos humanos, idéias...

O conhecimento deve receber tratamento multidimensional, permitindo a compreensão complexa da realidade, circulação de diferentes valores, ideologias, interesses, enfoques, pontos de vista presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Deve haver relação mais estreita entre os conhecimentos que são trabalhados na formação e as necessidades dos estudantes, de maneira a serem utilizados em diferentes contextos e situações profissionais cotidianas. Para isso é necessário trabalhar com os estudantes a capacidade de estabelecer relações entre as informações que recebem e trazem e entre os conhecimentos que vão adquirindo e reconstruindo ((PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

Os conteúdos e os processos avaliativos orientados a partir da realidade social traduzem as funções que se deseja que o aluno cumpra em relação à vida cotidiana, aos indivíduos, à cultura e à sociedade, contextualizadas numa perspectiva histórica e crítica. Neste sentido, as formatações de currículos no campo da saúde que se pretendam inovadores, e não apenas modernizadores, devem ser articuladas e entendidas como espaço de embates constantes entre as escolhas políticas, éticas e pedagógicas, elevando o grau de importância do papel de todos os atores presentes no processo de formação, na determinação dos possíveis caminhos a serem adotados pela política de saúde e de formação de pessoal (APPLE, 1982, p. 65).

O ato de avaliar, por sua constituição mesma, não se destina a um julgamento “definitivo” sobre alguma coisa, pessoa ou situação, pois que não é um ato seletivo. A avaliação se destina ao diagnóstico e, por isso mesmo, à inclusão; destina-se à melhoria do ciclo de vida. [...]. Mas... fica o convite a todos nós. É uma meta a ser trabalhada, que, com o tempo, se transforma em realidade, por meio de nossa ação. Somos responsáveis por esse processo (LUCKESI, 2005, p. 180).

Agradecemos as contribuições das acadêmicas de Enfermagem da UERJ, Carla Franca Salustiano e Tatiana Cavalcanti Santos Cruz para o tema “Avaliação emancipatória”, durante a participação como bolsistas da Pesquisa EnsinaSUS no ano de 2004.

Referências

- APPLE, M. *Education and power*. Boston: Ark Paperbacks, 1985.
- CARBONELL, J. *A aventura de inovar. a mudança na escola*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). *Avaliação em saúde. dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 117.
- DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). *Avaliação em saúde. dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.117.
- DIAS SOBRINHO, J. Educação e avaliação: técnica e ética. In: DIAS SOBRINHO, J.; RISTOFF, D. I. (Orgs.). *Avaliação democrática. para uma universidade cidadã*. Florianópolis: Insular, 2002. p. 37-68.
- DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. V.1. Michigan: Health Administration Press, 1982.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- GADOTTI, M. *Convite à leitura de Paulo Freire*. São Paulo: Scipione, 1991.
- GONÇALVES, E. L. Avaliação do processo educacional. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Orgs.). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 20-30.
- HADJI, C. *Avaliação desmistificada*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- HARTZ, Z. M. A *Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde*. In: _____. (Org). *Avaliação em saúde. dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 117.
- HOFFMAN, J. Avaliação e construção do conhecimento. In: _____. *Avaliação: mito e desafio*. Porto Alegre: Mediação, 1993. p. 14-37.
- KESSNER, D. M.; CAROLYN, E. K.; SINGER, J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: WHITE, K. L. (Ed). *Investigaciones sobre servicios de salud*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 23.
- LUCARELLI, E. Um desafio Institucional: Inovação e Formação pedagógica do docente Universitário. In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M. E. M. L. (Orgs.). *O que há de novo na educação superior: do projeto pedagógico à prática transformadora*. Campinas: Papirus, 2000.
- LUCKESI, C. C. *Avaliação da aprendizagem escolar. estudos e proposições*. São Paulo: Cortez, 2005.
- _____. Avaliação: otimização do autoritarismo. *Equívocos teóricos na prática educacional*. Rio de Janeiro: ABT, 1984 (Série Estudos e Pesquisas, 27).

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L. G. C. *Docência no ensino superior*. V. I São Paulo: Cortez, 2002.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. *Evaluation: a systematic approach*. London: Sage, 1982.

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

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

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; MARINS, J. J.; PIRES, A C. *O conceito de cenários e de redes no processo de ensino aprendizagem*. Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, 2000 (mimeo).

TIANA FERRER, A. *Tratamiento y usos de la información en evaluación*. Madrid: Instituto Nacional de Calidad y Evaluación, 1997 (Programa Evaluación de la Calidad de la Educación, doc. 5). Disponível em <http://www.ince.mec.es/cumbre/d1-05.htm>. Acesso em 5 jun. 2006.

TRIVINÕS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento?

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Como pensar a questão da formação e da avaliação em saúde no ritmo do nosso tempo e de suas vertigens? Como apreender as mutações em curso hoje, sem cair no desânimo, na descrença, nos fatalismos, no fascínio complacente da globalização? Como nos lançar na ousada tarefa de criar instrumentos conceituais e metodológicos para lidar com o que está se constituindo no contemporâneo? Como “reencantar o concreto” (VARELA, 2003, p. 11) das práticas de formação e avaliação em saúde? Como inventar práticas de formação que produzam modos de subjetivação, jeitos de ser trabalhador, que resistam ao que está instituído e se aliem ao desafio de afirmar os princípios do SUS, que demandam mudanças dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde? As formas atuais de pensar, de subjetivar-se, de existir, pedem novas ferramentas conceitual-metodológicas que nos arranquem de posturas que, em alguns momentos, nos paralisam, para construirmos meios para lidar com o que está em curso na atualidade sem cair em posturas imobilistas.

Pensamos que uma forma de abordar a temática proposta nesse debate, que se instale nessa multiplicidade, nessa riqueza que constitui o contemporâneo, é criar meios concretos de ação que nos permitam avançar nas nossas análises sobre os processos de formação e avaliação em saúde. Eis um desafio que nos convoca a produzir estratégias metodológicas em consonância com essa realidade que nos “cutuca” e nos lança num movimento de *(re)existência* aos imobilismos e à descrença de diferentes ordens. Tal construção não

tem um sentido de apenas recusar o que está construído hoje no campo da saúde e que não se alia com as diretrizes do SUS. Resistir significa, também, mais do que enfrentar, opor-se, conceber meios concretos que permitam expressar, fazer ganhar voz e visibilidade os processos que fortalecem o SUS como política pública¹. Resistência que se configura como a criação de espaços de troca, busca de condições para enfrentar os impasses que vivemos hoje no âmbito das políticas públicas em saúde, ou seja, desenhar vias que afirmem a plasticidade e inventividade inerente à vida.

O texto que aqui está sendo proposto é movido, portanto, por essa condição: pensar e fazer pensar, fazendo-nos vibrar. Pretende constituir um plano sociopolítico para uma “viagem imóvel” (FONSECA, 2006), criando possíveis e vôos do pensamento que nos ajudem nessa tarefa de construir estratégias de formação e avaliação em saúde que permitam sustentar um pensamento que se efetive em modos de operar que não dissociem a problemática científica e cognitiva do plano do qual as práticas emergem. Buscamos nos aliar com alguns princípios conceituais, metodológicos e, sobretudo, ético-políticos, com vistas a produzir passagens para a produção de um conhecimento em saúde conectado à vida e que, por conseguinte, também supere os paradigmas da ciência pautados numa racionalidade exclusivamente técnica e objetivista.

Podemos dizer que perseguimos a construção de redes de conceitos como redes de resistência, como máquina de guerra contra uma imagem dogmática do pensamento (DELEUZE, 2000) que produz pensamento criador, práticas poéticas produtoras de diferença. É preciso privilegiar o regime das “redes em saúde” (nos seus múltiplos sentidos), das cumplicidades, das redes de resistência, já que as redes podem resistir e criar.

Esse percurso se construirá na produção de contágios com outros domínios das ciências, das artes e da filosofia, afirmando nossa postura transdisciplinar e nosso engajamento ético que se coloca na tarefa de pensarmos estratégias metodológicas que se aliem a uma perspectiva de integralidade em saúde. Quando se trata de produzir contágios, contagiar pela crítica e resistência inventiva, um caminho pode ser a produção de um texto como máquina e agenciar movimentos na direção das transformações necessárias aos processos em curso nas

práticas de formação e avaliação em saúde. É preciso conectar conhecimento e vida, de forma a fertilizar o plano das ciências que, muitas vezes, é seco, árido, infértil.

Como nos diz Fonseca (2006, p. 3), vivemos um tempo importante em que alguns paradigmas se desmancham e valores tradicionais nos convocam a novas construções. Sentimo-nos interpelados, diante dos impasses vividos hoje, a formular perguntas sobre o que estamos fazendo, não como preocupações privatistas, mas, sobretudo, pela construção de práticas pautadas num caráter ético, que nos “faça sentir alegria sempre que possamos reafirmar a vida, encorajar a vontade de viver construindo caminhos que nos façam derivar, abrir passagens no labirinto do tempo” (FONSECA, 2006, p. 4).

Ao aceitar o convite para essa aventura construtivista que o contemporâneo nos convoca, optamos por reunir algumas reflexões que têm como eixo um pensamento que se sustenta numa resistência afirmativa e criadora, que torne possível outros efeitos e problematizações que interroguem nossos modos de operar. Práticas de pensamento que não devem ser reduzidas à representação da realidade. A proposta é, então, fazer abalar o que seria próprio do bom senso vigente dos modos de pensar e agir em saúde e afirmar práticas de formação e de avaliação que não separem as formas que são produzidas nesse agir do seu processo de constituição. Trata-se de uma posição que, como nos indicou Deleuze (2000), é crítica produtora de crise, de desestabilização, potencializadora de linhas que possibilitem novos encaminhamentos para as tensões vividas hoje no campo da saúde. Precisamos fazer tremer certas formas dogmáticas de pensar e agir, que estão pautadas em paradigmas biomédicos, hierarquizantes e cientificistas, para dar passagem àquilo que ainda é pensado e não experienciado.

Para a efetivação desse projeto ético-político, partimos de uma provocação feita por Deleuze (2000, p. 9), ao considerar que é preciso destruir “a imagem de um pensamento que se pressupõe a si próprio, gênese de ato de pensar no próprio pensamento”. Tal projeto crítico, na sua radicalidade, pretende subtrair todos os pressupostos, explícitos ou implícitos, subjetivos ou objetivos, de forma a afirmar que pensar não é um processo inato, mas engendrado no pensamento. Não se trata de aplicar um pensamento preexistente por natureza e de direito,

mas fazer com que nasça aquilo que ainda não existe. “Pensar é criar, não há outra criação, mas criar é, antes de tudo, engendrar, pensar no pensamento” (DELEUZE, 2000, p. 268). Ainda conforme o filósofo, continuamos escravos enquanto “não dispusermos dos próprios problemas, de uma participação nos problemas, de um direito aos problemas, de uma gestão dos problemas” (p. 269).

Nessa linha de análise, o que seria formar e, conseqüentemente, avaliar os resultados desse processo? Se recusamos uma imagem dogmática do pensamento, não podemos nos apoiar em aspectos para pré-julgar o que deveria ser o mais elevado no pensamento – isto é, a gênese do ato de pensar e o sentido do verdadeiro e do falso. Se for assim, avaliar significa pensar no pensamento, criar e não pré-julgar. Mas como fazê-lo?

De acordo com Santos Filho (2005, p. 12), a avaliação é uma atividade que acompanha a história dos humanos e é inerente ao processo de aprendizagem e que, “na atualidade, tem assumido caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise”. Sinaliza, ainda, que avaliar pode ser um “processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada” e, na medida em que se efetiva num dado contexto, envolvendo diferentes dimensões de uma situação, leva à modificação de um cenário e, no mesmo movimento, modifica os atores envolvidos.

Na medida em que entendemos a avaliação em saúde como sistemas de atividades humanas, o processo de avaliação trata de situações nas quais estão implicados diversos atores que não têm papel passivo de conhecer conclusões, mas de elaborá-las coletivamente, como co-autores do processo, integrando as diferentes dimensões de uma situação. Arriscaríamos dizer, portanto, que a criação de indicadores para um processo de avaliação não pode se reduzir à mensuração de resultados, mas, principalmente, a processos que engendram determinados produtos, o que significa enfatizar nas ações de avaliação o plano micropolítico de constituição desse bloco produtivo-econômico-subjetivo.

Nossa aposta-proposta é, portanto, partir de princípios, métodos, dispositivos e ferramentas que possam conduzir processos de formação e avaliação² que afirmem os princípios³ do SUS. A integralidade,

como um desses princípios, se efetiva num movimento que interroga saberes e poderes instituídos, que constrói práticas cotidianas nos espaços públicos onde os sujeitos engendram novos arranjos sociais e institucionais em saúde, pautados num dialogismo que produz efeitos de polifonia quando essas vozes se deixam escutar (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004).

Integralidade, portanto, como movimento de mudança de modos de atenção e gestão, que conforme Mattos (2001, p. 41), “não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. É uma bandeira de luta, [...] um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas”. Segundo o autor, a integralidade se refere a um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, já que estão relacionados a uma forma de funcionamento social mais solidária, forjada “desde um lugar de oposição” (MATTOS, 2001, p. 43), de uma crítica radical às práticas, instituições e a organizações de saúde que não tenham como marca específica modos de operar que se efetivam quando se estabelece uma relação com o outro, reconhecido como “verdadeiro outro”.

Para transformar os modos de construir políticas públicas de saúde na direção da integralidade, impõe-se enfrentar um modo de fazer no campo da saúde, com práticas de formação, processos efetivos de transformação e criação de mundos que não sejam fragmentados e fragmentadores e marcados pela lógica dos especialismos. É apostar num movimento de mudança da lógica da racionalidade técnico-burocrática nas práticas de saúde e recusar processos de trabalho pautados na verticalização e na hierarquização de saberes.

Desta forma, o princípio da integralidade, como um anseio que o SUS elege como uma das direções-norte do sistema de saúde, precisa se efetivar como política pública de saúde no concreto das práticas. Afirmamos que o projeto do SUS não pode existir de forma descolada do plano das experiências concretas no qual o movimento instituinte da Reforma Sanitária fez valer a aposta em mudanças nas práticas de saúde. É neste sentido que os princípios do SUS não se sustentam numa mera abstração, só se efetivando por meio da mudança nos modos de fazer saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Assim sendo, como operar processos formativos-avaliativos que tenham como eixo a integralidade nessa direção? Que método afirmar

na condução do processo de formação e avaliação em saúde? Que dispositivos utilizar para se efetivar nas práticas concretas dos processos de formação e avaliação em saúde na direção da integralidade?

O texto visa a fazer esta discussão partindo do princípio da indissociabilidade entre cuidado e modos de gestão do trabalho. Perseguiamos um debate sobre as questões formuladas, construindo um percurso que se efetivará em três momentos. No primeiro discutimos o conceito de aprendizagem que norteia as práticas de formação-avaliação. No segundo, vamos apresentar uma proposta metodológica para as práticas formativo-avaliativas pautadas no método da inclusão dos sujeitos envolvidos no processo de formação, tendo como referência a proposta de construção de um regime de produção de saberes pautado nas Comunidades Ampliadas de Pesquisa. E no último, partindo do conceito de aprendizagem inventiva, apresentamos a proposta de pensar formação-avaliação como arte.

O tempo nos estudos sobre a cognição e os processos de formação e avaliação em saúde

A partir dos pressupostos apresentados, consideramos que há, necessariamente, uma concepção de aprendizagem que está na base dos processos de formação e avaliação em saúde. Tal concepção implica, a nosso ver, uma certa política, pois envolve escolhas pautadas em valores éticos. Portanto, um debate sobre formação e avaliação não pode se reduzir a um debate psicopedagógico ou técnico-metodológico. Nosso objetivo é, portanto, articular a questão da formação e avaliação em saúde com o que vamos chamar, a partir de Kastrup (1997) de políticas de cognição.

Dessa forma, aceitamos o desafio proposto por Deleuze (2000, p. 270), de pensar diferente, recusando “uma imagem dogmática do pensamento”. Isso implica, no nosso entendimento, trazer ao debate a questão do tempo nos processos de aprendizagem, para que possamos produzir uma mudança radical nos modos de operar os processos de formação-avaliação em saúde, uma vez que, reafirmamos, qualquer projeto de formação-avaliação está pautado numa política cognitiva.

Para a efetivação desse projeto, os trabalhos de Kastrup (1999, 1997 e 2004), a partir de autores como Bergson, Deleuze e Guattari, são contribuições importantes. A autora traz, para o debate sobre os

processos de aprendizagem, a questão do tempo, comparando duas concepções acerca das transformações temporais da cognição – aquela das teorias do desenvolvimento, entendida sob o signo da convergência e do fechamento; e uma outra pautada nas idéias de divergência e diferenciação. As primeiras trazem o conceito de tempo cronológico, um regime de filiação das estruturas e a idéia de ultrapassar as diferentes formas de conhecimento na direção de formas definidas como superiores por um cientificismo tecnocrático (KASTRUP, 2004).

A partir da concepção bergsoniana de coexistência dos tempos, a autora afirma a tendência inventiva que permanece presente como virtualidade em toda formação cognitiva que caracteriza a cognição contemporânea. Nesse sentido, o conceito de aprendizagem que subsidia os debates sobre os processos de formação-avaliação não pode se isentar de trazer a questão do tempo para a temática aqui proposta. Vejamos.

A palavra *formação* é constantemente invocada a partir de diversas concepções que coexistem e aparecem, dentre outros aspectos, como apenas a transmissão e aquisição de informações. É o que legitima o trabalhador, dicotomizando o apto e o inapto, o competente e o incompetente, o saber e o não-saber; como aquisição de um saber técnico-instrumental, utilizado principalmente para motivar e desafiar o aluno ao conhecimento; como modelagem de sujeitos; como processo evolutivo com etapas progressivas (formação inicial x formação continuada) mediadoras para a reflexão crítica (OLIVEIRA; DRUMOND, 2003). A formação fica, assim, reduzida à *aquisição* de conhecimentos por meio de um curso “oficializado”, que *autoriza* o aprendiz a realizar seu trabalho e, então, considerá-lo *formado*.

Essa linha de análise torna *verdadeiro/naturalizado*, “que não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer outro em qualquer lugar e sob qualquer circunstância” (CHAUÍ, 1995, p. 45) e implica, assim, a construção de um programa de formação que se baseia na transmissão de conhecimentos a alguns, que, “capacitados”, seriam alocados num lugar de saber superior aos demais, mostrando-se eficientes, pautados nos “especialismos”.⁴ O que pode decorrer desse modelo, então, é a produção da incompetência e da inferioridade de alguns que devem se submeter a um conhecimento considerado superior e que poucos estão autorizados a transmitir. Esse modo de

funcionamento, pautado nos especialismos, produz *formas de ação* que classificam / hierarquizam / desqualificam os sujeitos em processo de aprendizagem.

Mas qual a novidade que a introdução do problema do tempo nos processos cognitivos pode produzir quando nos jogamos no debate sobre formação e avaliação? Como a questão do tempo pode operar uma outra direção para pensarmos os processos de formação e avaliação, questionando as práticas pautadas em especialismos?

Trata-se de, inicialmente, recusar um tempo cronológico, que afirma uma construção segundo a qual o processo de aprendizagem está pautado em estruturas cognitivas numa ordem sucessiva. Segundo Kastrup (2004), a noção de desenvolvimento dos processos cognitivos assume características próximas e derivadas da noção biológica de evolução, onde as idéias-chave são as de modificação e genealogia. A evolução diria respeito às transformações das formas ao longo do tempo, enquanto a genealogia organiza tais formas em linhagens, por elos de filiação e descendência. O processo de aprendizagem é, então, entendido por meio de formas ou estruturas específicas de conhecer, definidas *a priori*, que teria um alvo, um ponto de chegada, considerado um ideal a ser alcançado. Essa noção de desenvolvimento da aprendizagem traz a idéia de progresso, que tem o sentido de aumento de complexidade ou de eficiência dos seres para patamares mais evoluídos, sempre pautados numa imagem dogmática do pensamento.

Em outras palavras, a transformação temporal, que indica movimento no curso de um tempo histórico, seqüencial e cronológico, afirma a existência de uma sucessão marcada pelo progresso. Se partirmos dessa forma de pensar o tempo nos processos de formação-avaliação, afirmamos ações pautadas num conceito de aprendizagem que considera que certas estruturas intelectuais tendem a ser integradas e subordinadas ao modo de conhecer que se impõe por meio de uma imagem do pensamento colocada como natural e inquestionável. Busca-se encontrar as estruturas de pensamento ideais, identifica-se uma pré-lógica ou semilógica, que evidencia um déficit ou uma falta, que será ultrapassada no curso do processo de aprendizagem, pelo modo certo de conhecer. Ou seja, uma formação pautada exclusivamente num cientificismo objetivista, de forma que

a aprendizagem se daria numa seqüência de estruturas construídas numa ordem fixa, sucessiva e hierárquica.

A questão será: o que falta a um sujeito (aluno, trabalhador) para pensar como um profissional eficiente e eficaz? Resulta daí uma caracterização da cognição a partir de categorias negativas que se referem aos processos de formação, com base na idéia de inexistência de pensamento adequado e desenvolver-se. É, deste ponto de vista, superar deficiências cognitivas, completar lacunas, deixar para trás estruturas cognitivas imperfeitas que impedem o conhecimento imposto por uma prática de representação da realidade. A adoção dessa perspectiva epistemológica faz com que o problema das transformações necessárias à formação dos profissionais de saúde seja colocado sob a égide do progresso e da previsibilidade e, assim, a formação se pauta na recongnição.⁵

Cabe notar, ainda, que a aprendizagem na direção de um processo evolutivo e hierárquico toma o desenvolvimento como um movimento de fechamento do sistema cognitivo (KASTRUP, 1999 e 1997). A possibilidade de serem desestabilizadas e, portanto, modificadas, tende a desaparecer, em função do equilíbrio móvel que possuem. Conclui-se que, sob tal ótica, é progressivamente fechada, ao longo do desenvolvimento, a possibilidade de invenção de outras formas de conhecer, distintas daquelas determinadas por um cientificismo árido.

Entendemos, diferentemente dessa direção hierarquizante e progressiva, que o conhecimento não é intermediação; ele é imediatamente produtor de realidade. O ato de pensar é criação do próprio pensamento e do mundo pensado. Ou seja, o conhecimento não está entre um sujeito e um mundo a ser descoberto; ele produz sujeito e mundo. Propomos, portanto, outra direção da análise proposta por Deleuze, a partir de Bergson (2006), que é uma concepção de tempo distinta do tempo cronológico e se apresenta como coexistência de todos os tempos. Trata-se de uma concepção que Deleuze (2004) denomina paradoxal, uma vez que presente, passado e futuro não se sucedem nem se perdem, mas subsistem como coexistência virtual (KASTRUP, 2000). Tal abordagem problematiza a noção de desenvolvimento cognitivo por estágios, ao mesmo tempo em que abre possibilidades para um conceito positivo de conhecimento, que evita pensá-lo como um modo de aprender ultrapassado em favor de formas e estruturas mais avan-

çadas. Uma concepção de tempo com direções para pensar o conhecimento que não está sob a égide do déficit ou da falta.

A evolução criadora própria dos viventes humanos não segue uma só direção, não possui um caminho único e necessário, mas efetiva-se de modo rizomático. A vida seria uma força explosiva marcada por um equilíbrio instável das tendências (BERGSON, 2005). Sob tal perspectiva, como nos afirma Kastrup (2004), toda transformação ao longo da evolução ocorre sob o signo da divergência e da diferenciação, de forma que o élan vital se bifurca em duas tendências divergentes – tendência repetitiva e tendência inventiva – que se misturam nas formas atualizadas, que guarda uma abertura e encontram-se sujeito à instabilização.

Numa filosofia que considera a coexistência das tendências e dos tempos, os modos de conhecer não são algo a ser ultrapassado nem indicativo de um déficit em relação às formas cognitivas terminais, mas um modo de conhecer que assegura a abertura da cognição e persiste como virtualidade. No contexto de uma evolução criadora, onde as tendências divergentes mantêm-se em equilíbrio instável, coexistem no interior da cognição e a dimensão vai-se destacar como uma tendência sempre virtual, capaz de fazer divergir as formas e estruturas constituídas (KASTRUP, 2000, p. 11).

De todo modo, o caminho é outro em relação ao perseguido por algumas abordagens sobre a cognição que orientam as práticas formativo-avaliativas, pautadas na noção de etapas a serem superadas e com a subsunção de modos menos evoluídos aos modos considerados mais avançados no aprender. Na realidade, estamos incessantemente fazendo escolhas, o que implica, no mesmo movimento, deixarmos de lado outras. Afirmamos, então, a partir de Kastrup (2004), que a vida dispõe de um número incalculável de vias, não se restringindo a um caminho necessário, mesmo que em toda bifurcação existam escolhas ou seleção de caminhos, o que implica abandonar outras possibilidades. Não concordamos com a idéia de uma perda irreversível de devires, pois são eles que asseguram a abertura para o novo e a possibilidade de invenção de novas formas de conhecer. Se este fosse o caso, perderíamos a possibilidade de sair de nosso modo predominante de conhecer; estaríamos afirmando uma única forma de aprender e de pensar. Nossa aposta é que nos processos de formação e avaliação em saúde possamos recusar uma

imagem dogmática do pensamento que se impõe na aprendizagem e que seria um obstáculo à invenção.

Então, falamos, a partir dos autores citados, de duas formas de pensar o processo de conhecimento: um sob o signo da convergência e do fechamento e outra pautada nas idéias de divergência e diferenciação. Acreditamos que é na segunda maneira de pensar que se encontram elementos para conceber um processo de invenção da cognição como virtualidade, não limitando as transformações temporais a um único regime considerado o mais fecundo. Segundo Kastrup (2004), talvez as abordagens baseadas no modelo genético-estrutural e na idéia do déficit nos deixem de mãos vazias para o entendimento da cognição contemporânea. Considerar o tempo como virtual, como coexistência de durações distintas e heterogêneas, seria um princípio de realidade própria ao devir.

A colocação do problema das transformações temporais da cognição numa perspectiva de tempo cronológico tem como o horizonte uma forma de conhecer cuja consequência é a idéia de um processo marcado por um déficit. Pergunta-se, então, o que falta à cognição para que chegue a um ideal e, aí, estamos no terreno da reconhecimento e não de invenção. Reconhecimento de um mundo já dado, reconhecimento de uma situação desde sempre constituída. Dessa forma, se admitimos que o vivente humano se define por uma potência ativa e dinâmica, de estar sempre em atividade, a concepção de aprendizagem que vai nortear os processos formativo-avaliativos precisa assumir esse caráter de constante invenção de novos domínios, de renormatização, na direção que nos oferece Georges Canguilhem (2000). Sujeito e objeto, sujeito e mundo, no domínio cognitivo são inventados e marcados pelo inacabamento e pela experimentação. Uma formação que se opera em rede, que tenha como estratégia o dialogismo e não os especialismos, o que não significa negar que existam saberes formalizados, mas reconhecer que ninguém pode ser competente pelo outro, no lugar do outro.

Esse é o caminho que estamos propondo: pensar vias metodológicas que ouçam aqueles que efetivamente vivem o cotidiano dos ambientes de trabalho em saúde e fazer deles aliados na construção de conhecimentos e processos de formação e avaliação que privilegiem a invenção. Formação como construção coletiva e cotidiana de conhecimen-

tos a partir da aliança entre a experiência de trabalho e o “saber acadêmico”; como processo inacabado que supõe construções e desconstruções de saberes, valores, concepções e sujeitos.

Cognição, portanto, entendida não como um conjunto de faculdades isoladas, tais como pensamento, memória, percepção etc., como reconhecimento de conteúdos já formulados, e que tem sua riqueza, exclusivamente, na potência para a resolução de problemas, mas, antes de tudo, como possibilidade de invenção e de colocação de problemas (KASTRUP, 1999). Problemas que se constituem como máquinas de guerra contra uma imagem dogmática do pensamento. Problemas que possam liberar a vida, que tem aqui o sentido de não deixar a “vida minguar” (ROLNIK, 1996).

Estamos, nessa trilha de pensamento, nos referindo a uma concepção de aprendizagem que possa sustentar os processos de formação-avaliação pautados na potência interrogativa que a dimensão cognitiva porta e que não pode ser reduzida à cognição como um conjunto de leis invariantes sobre o que se pretende ensinar ou como previsão de resultados ou metas definidas *a priori*, que não contemplem o processo de formação em diálogo permanente.

Essa abordagem de produção de saberes/conhecimento, portanto, nos remete a uma certa concepção de humano adotada neste texto. Uma abordagem pautada na inventividade, que, sendo experimentada por humanos será, necessariamente, marcada pela imprevisibilidade, variabilidade, plasticidade, expressando-se sempre de forma singular. Assim, destacamos que a dimensão cognitiva que buscamos imprimir nos processos de formação e avaliação em saúde não pode se reduzir a uma aquisição ou aprendizagem de regras e conceitos, mas se refere a um co-engendramento de sujeito e mundo.

É essa a direção que afirmamos quando nos colocamos a tarefa de pensar processos de formação e avaliação: movimentos de criação que não se efetivam quando estamos pautados em formas de pensar a aprendizagem / formação / avaliação que têm como ponto de partida uma perspectiva temporal que se impõe como seqüencial, previsível e, portanto, esvaziada do seu caráter inventivo. Como fazer da formação-avaliação um processo de criação? Como contagiar as práticas formativo-avaliativas de um modo artista que tenha a integralidade como eixo?

Da atividade como princípio para pensar os processos de formação em saúde na direção da integralidade

Na esteira do que estamos afirmando, não há como mudar os modos de atender à população num serviço de saúde pautados na integralidade sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de funcionamento das equipes profissionais, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação dos sujeitos implicados no e com esse processo. Para tanto, é necessário construir arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento dos serviços e nas outras esferas do sistema. Essa forma de funcionamento só se operará se garantirmos uma tomada de posição que considere o grau de abertura dessas práticas de forma a aumentar os graus de transversalidade – ou seja, formas de superar modos de organização do trabalho marcados por práticas verticalizadas que hierarquizam gerentes, trabalhadores e usuários. Pensar integralidade, a nosso ver, é ampliar o grau de transversalidade, é produzir uma comunicação multivetorializada.

Assim sendo, as técnicas e os métodos utilizados nos processos formativo-avaliativos se conformarão na medida da concepção de processos de trabalho, de produção de conhecimento e, principalmente, de humano e de vida que afirmamos. Partindo do que foi dito até o momento, diríamos que o conceito de humano que forjamos considera que este é um vivente dinâmico, em processualidade, e que é no encontro com o outro, no diálogo com esse outro, que se constitui e ao mundo, num movimento de co-engendramento. O humano é um ser industrioso, o que tem o sentido de que é um ser em atividade, e a vida tem caráter de imprevisibilidade, plasticidade e criação (CANGUILHEM, 2000). Abordagem que considera os humanos em seu movimento de invenção e expansão, uma abordagem do vivo como um ser em constante atividade. Humanos que se caracterizam por sua capacidade de produzir novas normas no e com o meio, num movimento contínuo e dinâmico de criação.

Partindo de Canguilhem, Schwartz (2000, p. 644) afirma que o próprio do vivo é produzir a si e ao mundo, compondo com esse mundo. A vida é entendida como atividade de oposição à inércia e à indiferença. Para os humanos, o mundo percebido é orientado por sua experiência pragmática e por seus valores, marcados por um

“olhar que questiona o mundo”, por uma capacidade de explorar ativamente o espaço por meio de movimentos de orientação produzidos não em resposta às estimulações do meio, mas em função dos projetos do sujeito.⁶

Trabalhar com o conceito de atividade humana significa, assim, considerar essa dimensão da experiência ou singularidade, das renormatizações, a infiltração do histórico, dessa habilidade de lidar com o imprevisto, com as variabilidades da vida. Diz dos saberes do corpo, de um “corpo si” que se constrói ao fabricar o mundo, da imersão na experiência, na vivência concreta das situações. Podemos afirmar que a atividade humana tem características de transversalidade e de circulação e está articulada com o sentido que os humanos lhe atribuem. Implica “dramáticas de usos de si por si e pelos outros” (SCHWARTZ, 2000, p. 648), debate de valores e normas que são utilizados nas ações. É arte do “Kairós”.⁷

Assim, afirmamos que é imprescindível construir um método de trabalho que inclui os sujeitos em formação. Utilizar a atividade humana como eixo de análise significa, portanto, partir da impossibilidade de pensar em processos de formação que se pautem na idéia de que é possível transmitir ao outro saberes sobre o trabalho em saúde, como se fosse possível um processo de aprendizagem como, apenas, *aquisição* de conhecimentos por parte dos profissionais. Desde que se trate da vida e das atividades humanas, que integram o projeto do conhecimento, valores, saberes e atividades se mesclam num processo incessante que não pode ser desprezado.

Esses princípios nos convocam a construir planos de formação e avaliação que tenham como eixo a atividade industriosa em saúde. Um programa de formação pautado numa discussão ampliada entre os trabalhadores e a equipe de formadores, em que todos são considerados pesquisadores e produtores de novas formas de pensar e agir no cotidiano dos serviços. Ao invés de não considerar ou mesmo desqualificar a experiência dos trabalhadores nos processos de formação, é importante colocar em sinergia os saberes formalizados pelas ciências e o saber daqueles que, cotidianamente, constroem os mundos do trabalho. Busca-se, assim, conhecer as estratégias já existentes, as atividades industriosas em curso, que os trabalhadores criam no curso da atividade para lidar com os imprevistos.

Para a implementação de um projeto nessa direção, propomos um método que consiste em criar grupos de trabalhadores que devem falar sobre sua atividade, isto é, o que fazem no seu trabalho, o que não significa, simplesmente, instrumentalizá-los com metodologias e/ou tecnologias inovadoras no campo da saúde, mas, sobretudo, investir na produção de subjetividades.⁸ Privilegiar a nucleação de trabalhadores, que falam das dramáticas de usos de si (Schwartz) e dos debates de normas e valores que são referência para a construção do meio de trabalho. Buscamos conhecer a “sinergia das relações” (HELDER *et al.*, 2004), a forma como lidam com os usuários, com os colegas, com as gerências das unidades e com a secretaria de Saúde, atentos ao que é singular em cada situação. Ou seja, um programa de formação que permita conhecer como os trabalhadores articulam conceitos e técnicas aprendidos com as situações singulares que exigem adaptações e transformações desses instrumentos. Partir da atividade industriosa, atentos aos movimentos que se operam nas unidades para, juntos – trabalhadores e formadores – construir novas montagens nos/para o trabalho em saúde. Tal proposta metodológica pode se efetivar por meio de um regime de produção de conhecimento/saberes que denominamos “Comunidades Ampliadas de Pesquisa”,⁹ baseado na construção de uma rede de “encontros de saberes” que passamos a relatar.

Formação e avaliação: a CAP como estratégia para reencantar o concreto¹⁰

Tomando a atividade como eixo dos processos de formação e avaliação, propomos neste texto tomar a história da organização dos trabalhadores na luta por mudanças nos locais de trabalho como indicação para uma prática formativa. Estamos nos referindo a um regime de produção de conhecimentos/saberes pautado na experiência dos trabalhadores, colocando em debate os pólos dos saberes formalizados e a da experiência dos mundos do trabalho.

Trata-se de uma estratégia que se efetiva no esforço coletivo, incorporando à produção de conhecimento o saber que os trabalhadores desenvolvem a partir da experiência de trabalho nos serviços, transformando-o em rico material para a formação. Uma perspectiva que considera que é no encontro e no diálogo com o outro que o humano se constitui a si e ao mundo.

Nesse contexto, a linguagem emerge de um viver junto, que, entrelaçado com as emoções, é o que Maturana (2002) chamou de “conversar”. Segundo esse autor, todo viver humano se constitui nessa prática cotidiana de rede de conversações. O humano se constitui nesse movimento de viver e conversar. É no conversar que acontece o viver humano, na convivência com o outro, e é nesse espaço de conversa que emerge a possibilidade de mudar os modos de viver, amar, trabalhar e pensar.

Nessa linha de análise, é preciso construir estratégias metodológicas que buscam acompanhar esse movimento plástico dos humanos para produzir um regime de produção de conhecimentos/saberes e colocá-lo em movimento. Diríamos que é preciso construir uma caixa de ferramentas conceituais e metodológicas que crie condições que viabilizem o encontro e o diálogo entre os atores envolvidos nos processos de formação. Esse regime, quando priorizado, deve contemplar esse caráter do vivo em movimento, em atividade. É preciso construir um conjunto de métodos e estratégias que se alie a essa concepção de humano, que acompanhe seu movimento construtivista, inventivo, incorporando, assim, aos processos de formação a dinâmica do vivo.

A este tipo de relação, de encontro, confronto, diálogo crítico entre o pólo dos conhecimentos presentes nas disciplinas científicas e o pólo dos saberes colocados em prática e desenvolvidos no cotidiano de trabalho, nomeamos, conforme já sinalizado, Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP).

Esse é um processo que implica co-responsabilidade. Trata-se de uma situação que exige o reconhecimento de que cada pólo de saber – o conhecimento sistematizado das ciências e o saber da experiência dos trabalhadores – possui uma cultura específica, não abarca a totalidade dos saberes e, portanto, é preciso considerar a riqueza presente em cada pólo,¹¹ reconhecendo e admitindo a “incultura” de cada pólo em relação ao saber e a competência que vem do outro. Enfim, reconhece que ninguém pode ser competente pelo outro, no lugar do outro; é preciso não só conviver de forma colaborativa na diferença, como desenvolver estratégias para dar respostas concretas às práticas em saúde.

Na direção aqui proposta, o conhecimento científico tem seu modo específico de funcionar, tem limites e potencialidades e não

pode se impor de forma incontestável. Com relação a tudo o que é humano, fica algo sempre enigmático ou invisível para a ciência: algo que emerge no diálogo e confronto com os protagonistas dos processos de trabalho (ATHAYDE *et al.*, 2003). A experiência de ações no âmbito da formação no campo da saúde tem mostrado que, num espaço como o que chamamos Comunidade Ampliada de Pesquisa, podemos avançar nos processos de formação e avaliação em saúde.

Quanto à ciência, trata-se de um tipo de conhecimento, uma forma de procurar conhecer, inventada pelos seres humanos. Os humanos inventaram a ciência no momento em que quiseram um tipo de conhecimento diferente do saber comum. O que não significa que seja um saber superior ao outros e, que, portanto, possa desqualificar outras formas de saber. De fato, em nossa sociedade é corrente pensar no conhecimento científico como o único e verdadeiro, como algo indiscutível. Mas a ciência, na busca permanente de compreensão da realidade, produz verdades sempre provisórias, pois a realidade é dinâmica e complexa (ATHAYDE *et al.*, 2003).

No âmbito da saúde coletiva, é fundamental pensar em formação-avaliação como esse diálogo dinâmico e construir estratégias de formação condizentes com os princípios de uma política pública de saúde, entendida como o plano coletivo que, no nosso entendimento, refere-se à experiência concreta dos coletivos, construído a partir das experiências de cada um dos humanos. A proposta é, portanto, de pôr em ação um modo de formação em parceria, uma co-elaboração, num espaço onde cada pólo de saber pode ampliar seus horizontes, reformular suas próprias questões, suas formas de colocar as questões, fortalecendo-os, para recolocar novas questões um para o outro.

Reafirmamos: a relação do ser vivo com o mundo é ativa. É próprio do ser vivo (re)fazer, compor o seu mundo e, nesse movimento, se constituir. A vida se faz presente em seu movimento, em sua variabilidade, mostrando sua infidelidade a qualquer prescrição. Entendemos que todas as pessoas são capazes de produzir saber e que o fazem frequentemente. As CAPs buscam inventar essas formas de aprender e, principalmente, de multiplicação do conhecimento produzido no encontro, no diálogo, gerando informações e viabilizando um debate rico entre os diferentes conhecimentos sistematizados e saberes da experiência.

O trabalhador torna-se elemento fundamental no processo de formação-avaliação, que visa à afirmação da experiência que constroem cotidianamente. A CAP envolve processos essencialmente participativos – em que o trabalhador se percebe como integrante ativo do processo de formação, aspecto imprescindível para a afirmação dos trabalhos pautados nos princípios do SUS.

Cada trabalhador que participar desse processo formativo, apropriando-se criticamente dos conceitos e saberes científicos, pode construir e consolidar saberes/conhecimentos sobre o fazer em saúde, apresentando suas produções e participando das discussões da CAP. Fazer circular os saberes – socializar as informações e os debates, – é o essencial dessa estratégia, de forma a ampliar a comunidade, construindo laços com outros trabalhadores e redes de comunicação permanente sobre as questões referentes ao trabalho em saúde, gerando sempre novas informações e incorporando novos olhares, conhecimentos e experiências.

A formação-avaliação em saúde precisa ser uma contínua e mútua construção e reconstrução dos saberes que vêm da experiência, de construção do cotidiano e da pesquisa científica, de forma a aquecer esse processo formativo em rede, que, como já afirmamos, é o signo de nossa época. Para tanto, é necessário o diálogo crítico – partilhar saberes, experiências e a própria crítica.

Dialogando aprende-se a ouvir, entender e discordar; exercitando o debate e a crítica de modo que neste movimento afirmamos, inventamos e ampliamos conhecimentos e saberes. Convocar o saber presente no pólo das disciplinas científicas não é necessariamente se subordinar a esse saber. O que se propõe é que se proceda a uma discussão pautada num acordo sobre valores comuns, sobre a diferença entre saberes, sobre a capacidade de criar novos modos de trabalhar, enfim, *com-viver*, negando os especialismos desqualificadores.

As CAP estão aliançadas com uma direção de formação e avaliação que afirma a importância de se produzir saberes com os humanos e não sobre eles, ampliando nossa capacidade de escuta e nosso reconhecimento do outro como possuidor e produtor de saberes. A relação dialógica presente nas experimentações das CAP está pautada, portanto, numa postura de desconforto intelectual (SCHWARTZ, 2002), que diz de uma disposição de conviver com o outro aprendendo.

dendo sobre o que ele faz, como faz, por que faz, conhecendo seus valores e suas possíveis renormatizações.

Um programa de formação que opere nessas bases pode contribuir com as práticas formativas, com destaque para o fato de que a avaliação passa, também, por esse processo dialógico, recusando modos de operar que impõem estratégias avaliativas e definem, *a priori*, o que é certo ou errado, o que não significa desconsiderar alguns protocolos consolidados no curso dos processos de trabalho em saúde ao longo da história. Quem pode gerar mudanças nas formas de produção de sujeitos, do agir em saúde, é o movimento de vida, esse movimento expansivo que se afirma nas atividades industriais dos humanos. Como já foi dito, somos seres capazes de mudar, e é dessa capacidade já mobilizada que é preciso começar, pois não se trata de partir do nada ou da vontade de alguém que se acha competente pelo outro, negando a autonomia e a potência autopoietica dos vivos. É preciso partir do que as pessoas trazem e do que estão gerando incessantemente. Nessa direção de análise, a estratégia metodológica da CAP pode colaborar na invenção e na proposta de outras formas para serem experimentadas, de maneira a produzir outros /novos modos de ser trabalhador de saúde.

No entanto, acompanhando Botechia (2006, p. 127), diríamos que ao operarmos com as CAP, um

risco que se corre é de, na ânsia da construção situada de métodos e instrumentos, tornar-se um regime meramente operacional e tecnicista. [...] entendemos que aí também está presente um jogo emocional e amoroso que tem sido muito pouco desenvolvido nas análises sobre tal regime. Percebemos, desta forma, uma fragilidade de análises da dimensão cognitivo-afetiva presente nessas experimentações.

Então, podemos dizer que estamos propondo um processo formativo que se efetive num movimento que se dá sempre “entre”, no processo, sem começo nem fim. Um diálogo efetivo entre os diferentes saberes no qual “os conteúdos, conhecimentos e experiências circulem em espiral [...] uma postura que implica a abertura de um espaço de convivência e aceitação legítima do outro” (BOTECHIA, 2006, p. 131), uma forma que visa a ampliar nossa capacidade de escuta compreensiva do outro.

Construir estratégias de formação partindo da atividade industriosa é afirmar uma forma de aprendizagem que, ao não partir de uma imagem dogmática do pensamento, aceita o desafio de colocar na pauta dos processos formativo-avaliativos a experiência dos trabalhadores que devem entrar em diálogo com os conhecimentos produzidos pela ciência. Trata-se de uma atitude político-filosófica associada a um esforço de abordar as formas de problematização que organizam nossas relações com as coisas, com o outro e com nós mesmos e os modos de autoria da vida como obra de arte. Esse direcionamento busca interrogar como nos constituímos hoje no âmbito das práticas em saúde como sujeitos do saber que podem viabilizar a criação artística de novos estilos de vida ou modos singulares.

Do híbrido arte-formação

O espaço de formação e avaliação em saúde se apresenta, portanto, como um instrumento importante no que se refere à possibilidade de produzir análises sobre a constituição dos sujeitos e dos processos em saúde, buscando a construção de ações a partir da integralidade, o que significa pautar-se num “método de tríplice inclusão”, entendido como:

1) inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade; 2) inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança; 3) inclusão do coletivo,¹² seja ele em sua versão social seja subjetiva (PASSOS, 2006, p. 1).

Tal método, a nosso ver, se alia aos anseios da integralidade em saúde, na medida em que a assumimos como sendo “uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde [...] (onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços)” (PINHEIRO, 2001, p. 65).

Assim, a formação-avaliação em saúde se expressa por uma aposta ético-estético-política. Ética no sentido do comprometimento e co-responsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários. Estética porque inova na produção e valorização das múltiplas formas de

subjetividade e da autonomia, procurando no protagonismo sua marca. Política porque permeia a relação desses três atores no processo de produção de saúde. Se assim é, como construir estratégias para processos de formação-avaliação como obra de arte? Formação-avaliação que parta de experimentações como as construídas no campo das artes, como encontro que se efetiva pela possibilidade de abertura e atenção ao que nos passa. Formação-avaliação como arte, na medida em que possa desconstruir modelos que buscam sobrecodificar modos de aprender e de pensar e co-construir modos novos de aprendizagem e pensamento que se recusam aos sobrevôos regulatórios e a um metro-padrão (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde na direção da integralidade exige, portanto, mudanças nos processos de subjetivação, ou seja, mudanças que só se encarnam no concreto da experiência a partir de sujeitos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde, como processos de mudança subjetiva. Formação e avaliação como produção de sujeitos que nos remete, assim, a um modo artista de subjetivação, que se expressará na sua abertura para “dar ouvidos” às diferenças intensivas que vibram em nosso corpo, o que implica especial intimidade com o enredamento da vida e da morte (ROLNIK, 1996). Mas por que a arte pode nos ajudar a criar outros novos modos de formar-avaliar? A arte constitui, nessa direção, campo privilegiado de enfrentamento do trágico, entendido como esse entrelaçamento, essa tensão vida-morte. É através da criação que o artista enfrenta o mal-estar da morte de seu atual eu,

causada pela pressão de eus larvares que se agitam em seu corpo [...]. A Arte é assim uma reserva ecológica das espécies invisíveis que habitam nosso corpo em sua generosa vida germinativa, manancial de coragem de enfrentamento do trágico [...]. Artista e obra fazem-se simultaneamente, numa inesgotável heterogênese (ROLNIK, 1996, p. 47).

Trata-se, assim, de um processo de criação que não considera cada morte de uma figura do humano, de um território existencial, de um modo de vida, de um modo de trabalhar, como aniquilamento de tudo. Busca-se viver os desmanchos das figuras, mas, também, encontrar vias de existencialização, pois, do contrário, as diferenças

que abalam nossas formas subjetivas, acabam sendo abortadas; ética e estética dissociam-se: desativa-se o processo de criação experimental da existência, “a vida míngua” (ROLNIK, 1996).

Num mundo marcado por formas “subjetividades mercadológicas” (ROLNIK, 1996) como estratégia de produção dessa indústria e suas linhas de montagem subjetiva, cujos efeitos sentimos na própria pele, ou seja, a competitividade e os individualismos exacerbados, se reduz a permeabilidade para ouvir o apelo da criação, e é aí que se coloca a questão da formação-avaliação no campo da saúde. Como incitar usuários, trabalhadores, gerentes dos diferentes estabelecimentos de saúde à coragem de se expor ao desafio de “dar ouvidos” às diferenças intensivas que nos provocam e nos convocam a aceitar o desafio de afirmar a morte de formas habituais de agir em saúde e fazer emergir modos larvares de trabalhar?

As crises podem nos colocar numa posição de recusa, ressentimento, mágoa em relação aos modelos de vida que se propõem como universais e inquestionáveis, naturais, normais, mas, ao mesmo tempo e, primordialmente, podemos assumir tais crises de forma a nos abrir para um novo campo político potencialmente produtivo. Os trabalhadores da saúde não deixam de produzir acontecimentos que fogem, que escapam, a todo momento, ao olhar totalizante, ao olhar sobrecodificante das formas capitalísticas de produção dos sujeitos e de mundos. O que torna isso possível? Como usuários e trabalhadores da saúde produzem essa existência artística? Que práticas éticas, estéticas e políticas a perpassam? Como certos processos de subjetivação emergem minoritários, ou seja, irredutíveis aos modelos e aos códigos morais que se tenta impor? Como produzir “subjetividades menores” que recusam o metro-padrão?

A formação de trabalhadores da saúde precisa questionar radicalmente a abstração na qual os saberes maiores se fundam. Ao mesmo tempo (e com mais ênfase) precisa reconhecer, autorizar e investir na exploração das singularidades potenciais produzidas por saberes-fazeres outros no salto em que as experimentações que desdobram os alçam num exercício sempre indefinido de liberdade. Procura fazer-nos capazes de utilizar as forças que criamos em revolução, com a diferença a favor das transformações que conseguimos fabular como possíveis, simultaneamente, para além das condições dadas (FONSECA, 2006).

Esse é o desafio que se coloca na atualização da proposta de formação-avaliação em saúde que tem como norte a integralidade, uma vez que se pauta no incitamento da experiência de desmanchamento de nosso contorno, para que possamos nos aventurar pela processualidade fervilhante que se impõe no curso da vida. A direção formativo-avaliativa não tem nada a ver com expressão ou recuperação de uma forma correta de trabalhar, nem com a descoberta de alguma suposta unidade ou interioridade própria dos trabalhadores, em cujos recônditos se esconderiam fantasias, primordiais ou não, para trazê-las à consciência. Muito pelo contrário, tem o sentido de nos fazer diferir de nós mesmos. O híbrido arte-formação-avaliação explicita a transversalidade existente entre essas práticas. E aí temos uma dimensão estética da formação-avaliação.

A dimensão ética tem o sentido de ter como um dos alvos a produção de uma torção radical no princípio constitutivo das formas da realidade que predominam no contemporâneo. Como nos diz Rolnik (1996, p. 45), significa “desfazer-se do apego às formas-mortalhas como referência, para poder constituir-se no entrelaçamento vida-morte, para que tudo na realidade seja processo”. A dimensão política explicita-se na medida em que se constitui como força de resistência contra a esterilização do poder disruptivo das formas constituídas, resistência ao que tenta impedir a criação de outras/novas formas subjetivas, sendo, assim, *re-existência*.

Como nos diz Deleuze (2005): artistas, cineastas, músicos, matemáticos, filósofos, toda essa gente resiste. Mas resistem a que exatamente? Eles resistem antes de tudo ao treinamento e à opinião corrente, ou seja, a todo tipo de “interrogação imbecil”. Eles têm realmente a força para exigir seu próprio ritmo.

Acho que um dos motivos da arte e do pensamento é uma certa vergonha de ser homem. [...] A vergonha de ser homem não significa que somos todos iguais, comprometidos etc. Acho que quer dizer muitas coisas. É um sentimento complexo e não unificado. A vergonha de ser um homem significa: como alguns homens puderam fazer isso, alguns homens que não eu, como puderam fazer isso? E, em segundo lugar, como eu compactuei? Não me tornei um carrasco, mas compactuei para sobreviver. Acho que, na base da arte, há essa idéia ou esse sentimento muito vivo, uma certa vergonha de ser homem que faz com que a arte consista em liberar a vida

que o homem aprisionou. O homem não pára de aprisionar a vida, de matar a vida. A vergonha de ser homem... O artista é quem libera uma vida potente, uma vida mais do que pessoal. A arte liberta a vida dessa prisão, dessa prisão de vergonha. É muito diferente da sublimação. A arte é... É realmente uma resistência (DELEUZE, 2005, p. 35).

Para o autor, a arte é uma liberação da vida, uma libertação da vida, uma exageração da vida e não uma exageração da arte. A arte é a produção dessas exagerações. Liberar a vida das prisões é resistir. “Quer dizer, não há arte que não seja uma liberação de uma força de vida. Não há arte da morte” (DELEUZE, 2005, p. 36).

Portanto, essa formação/avaliação em saúde, que aspira produzir mutações no campo da subjetividade, precisa se tornar arte. Ou seja, uma formação/avaliação que possa produzir efeitos semelhantes ao do processo de criação artística. Nessa direção, a criação não se refere – ou melhor, não se reduz – à história individual, mas ao que rompe com uma trajetória individual, possibilitando o desmanchar do eu habitual e ser sensível aos “eus larvares”. Nossa proposta é construir um processo formativo/avaliativo que persiga a construção de outros-novos modos de vida/trabalho em saúde, nos quais o ético e estético adquiram lugar preponderante, recusando os processos que tentam fazer a “vida minguar”.

Dessa forma, não se trata de usar a arte como meio, como instrumento para o processo de formação/avaliação. Seu alcance e importância revolucionários não advêm da aplicação e manejo de qualquer técnica e tampouco devem ser avaliados segundo um duvidoso juízo de eficácia pedagógica em contexto clínico/ biomédico.

O que buscamos é, justamente, disputar esse conceito de aprendizagem, formação e avaliação com a tradição no âmbito das abordagens sobre a cognição, tomá-lo dessa tradição, e apresentá-lo com a acepção, o sentido e a densidade que a idéia de aprendizagem inventiva porta. Uma idéia potente, que produz uma modificação radical nessa tradição que identifica/reduz a aprendizagem à reconhecimento e a atividade de pensar começando, apenas, com a procura de soluções (DELEUZE, 2000, p. 267). Potente para servir de combate conceitual, uma luta que temos que levar adiante em nome da vida mesma, para que esta, em todas as suas formas, possa ser liberada da

colonização de uma imagem dogmática do pensamento, que regula/sobrecodifica os modos de aprender e pensar.

Acompanhando Deleuze, diríamos: “Nunca se sabe de antemão como alguém vai aprender – que amores tornam alguém bom em latim, por meio de que encontros se é filósofo, em que dicionários se aprende a pensar” (DELEUZE, 2000, p. 278).

Referências

- ATHAYDE, M.; BRITTO, J.; NEVES, M. Y. (Orgs.). *Cadernos de método e procedimentos*. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- _____. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*. Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Ago. 2006.
- BERGSON, H. *A evolução criadora*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____. *Memória e vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- BOTECHIA, F. R. *O desafio de compreender-desenvolver um regime de produção de saberes sobre o trabalho e suas relações*. a Comunidade Ampliada de Pesquisa. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 1995.
- DELEUZE, G. *Crítica e clínica*. São Paulo: Editora 34, 1997.
- _____. *Diferença e repetição*. Tradução de Luiz Orlandi e Roberto Machado. Lisboa: Relógio D'água, 2000.
- _____. *O abecedário de Gilles Deleuze*. 10-8-2005. Disponível em: http://www.oestrangeiro.net/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=51>. Acesso em: 12-5-2006.
- _____. *O Bergsonismo*. São Paulo: Editora 34, 2004.
- FONSECA, T. M. G. Justificativa e resumo produzido para apresentação do livro PRÁTICAS PSI INVENTANDO A VIDA, atendendo à solicitação de um edital para publicação de livros da editora da UFRGS, 2006.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 21-36.
- HELDER, M.; VIDAL, M. C.; VIEIRA, S. Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermaria hospitalar. In: FIGUEIREDO, M. *et al.* (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 322-244.

KASTRUP, V. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. *Psicol. Soc.*, v. 16, n. 3, p. 7-16, dez. 2004.

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

_____. *As políticas da cognição e o problema de aprendizagem*. Palestra proferida na Semana de Psicologia da UFES, na mesa-redonda “Práticas Educacionais”. Vitória, set. 1997.

_____. O devir-criança e a cognição contemporânea. *Revista Psicologia Reflexão e crítica*, v. 13, n. 3, p. 373-382, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 12-6-2006.

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

MATURANA, H. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

OLIVEIRA, S. P.; DRUMOND, T. Texto produzido para o Programa de Formação em Saúde e Trabalho nas Escolas, realizado pelo Grupo de Pesquisas em Subjetividades e Políticas, do Departamento de Psicologia da UFES/Vitória, 2003.

PASSOS, E. *Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH*. Brasília, fevereiro de 2006. Mimeo.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

ROLNIK, S. Lygia Clark e o híbrido arte/clínica. *Percursos Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 16, ano VIII, p. 43-48, 1996.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos, 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ArtigoAvalia%C3%A7%C3%A3o%20na%20PNH\(2\).pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ArtigoAvalia%C3%A7%C3%A3o%20na%20PNH(2).pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2006.

SCHWARTZ, Y. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica: paidéia e politéia. *Revista Pro-Posições*. Campinas, v. 1, n. 37, p. 75-98, jan./abr. 2002.

_____. *Le paradigme ergologique ou un mètre de Philosophie*. Toulouse: Octarés Éditions, 2000.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Orgs.). *Cadernos de subjetividade: reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 71-86.

Notas

¹ O sentido de público que estamos utilizando se refere ao plano coletivo no qual “a política se consolida como experiência pública ou *res pública*. O público diz respeito à experiência concreta dos coletivos, ele está em um plano diferente daquele do Estado [...]. O plano do público é aquele construído a partir das experiências de cada homem” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 570).

² Vamos usar o formato “formação-avaliação” aqui, por acreditarmos que formar e avaliar são processos indissociáveis, uma vez que em todo processo de formação estão presentes valores.

³ Entendemos por princípio como o que “causa ou força determinada ação ou dispara determinados movimentos no plano das políticas públicas” (PASSOS, 2006, p. 1).

⁴ Especialismos referem-se às práticas que autorizam alguns “iluminados” a saberem o que é melhor para o outro, qual sua “verdade”, invalidando o saber-fazer desse outro.

⁵ Reconhecimento refere-se a um modo de aprender que privilegia o conhecimento de um mundo já dado, a soluções de problemas, o que reduz a aprendizagem ao reconhecimento de uma situação desde sempre constituída, esvaziando a potência inventiva do aprender.

⁶ Mesmo de uma perspectiva das neurociências, afirma-se que o “cérebro não é uma máquina reativa, é uma máquina pró-ativa que projeta sobre o mundo suas interrogações” (SCHWARTZ, 2000, p. 643). O cérebro seria um centro permanente de reconfiguração das condições do exercício das faculdades vitais, ele tem necessidade de criar. Alain Berhoz (*apud* SCHWARTZ, 2000) considera que o ato perceptivo não pode ser reduzido aos cinco sentidos; é necessário articular sobre esses o sentido do esforço, do “si”, centro de decisão, iniciativa e responsabilidade.

⁷ Os “gregos chamavam de arte do *kairós*, a escolha pertinente de ação diante da conjunção localmente particular e inédita de processos considerados, cada um por seu lado, controláveis e programáveis” (SCHWARTZ, 2000, p. 644). Trata-se, assim, da ação que surge da capacidade de discernir, em cada situação, qual o instrumento da caixa de ferramentas a ser utilizado e que será o mais adequado.

⁸ O conceito de subjetividade utilizado na pesquisa não tem o sentido de identidade ou personalidade, refere-se a modos de existência produzidos no marco da história.

⁹ A expressão “Comunidades Ampliadas de Pesquisa” foi inspirada na experiência do Movimento Operário Italiano de Luta pela Saúde, denominada Comunidades Científicas Alargadas. Essa estratégia de formação recebeu no Brasil a denominação Comunidades Ampliadas de Pesquisa, cunhada por pesquisadores do Rio (UERJ, ENSP) e João Pessoa (UFPb) e está baseada na construção de uma rede de encontros de saberes, e trocas de experiências.

¹⁰ Reencantamento do concreto é a expressão usada por Varela (2003), no livro do mesmo nome, que visa a falar de experimentações, estratégias, meios concretos que permitam lidar com o que vivemos hoje no contemporâneo, de forma a não sucumbir ao fatalismo ou a posturas desvitalizadoras em todos os planos da existência.

¹¹ O sentido de pólo aqui utilizado é o que atribuímos à propriedade do imã (ATHAYDE *et al.*, 2003).

¹² “Por coletivo social entende-se os movimentos sociais, como, por exemplo, o Movimento da Reforma Psiquiátrica ou o MST. Por movimentos sensíveis, entendem-se as alterações na sensibilidade (mudança dos perceptos e dos afetos), como, por exemplo, as que podem estar ligadas à prática médica quando esta, no campo da saúde indígena, se deixa afetar pelas diferenças étnicas e culturais (um médico que, por se tornar sensível às práticas étnicas, passa a identificar toda uma semiótica no usuário indígena até então negligenciada)” (PASSOS, 2006, p. 1).



A constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde e a avaliação da formação no contexto de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Saúde

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
REGINA LUGARINHO

Introdução

O presente trabalho visa a contribuir para o debate sobre o estabelecimento de redes estratégicas para a construção da integralidade na formação e na atenção à saúde. Apresenta o **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS)** e problematiza aspectos da avaliação educacional implicados na implantação de práticas multiprofissionais nas universidades brasileiras.

Criado em 2004, o FNEPAS é um espaço de articulação de entidades de formação¹ que, ao adotar perspectiva multiprofissional acerca do processo de mudança na graduação, orienta-se para a produção de conhecimento e desenvolvimento de práticas voltadas para a integralidade na formação e na atenção à saúde. No *site* do FNEPAS a temática da avaliação é destacada:

O FNEPAS vem-se configurando como ator social comprometido com as transformações da educação na saúde no Brasil. A articulação das entidades que o constituem pode contribuir para ultrapassar a fragmentação herdada da visão positivista de ciência e possibilitar uma educação onde a regulação por meio da avaliação possa valorar o compromisso social e com as políticas públicas de saúde, além da relação intercurso e as experiências de ensino-aprendizagem criativas, para que se construa uma educação permanente, intersetorial e multiprofissional (www.fnepas.org.br).

Elegendo como seu objetivo geral “contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área de saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde”, o FNEPAS

definiu alguns dos objetivos específicos a serem alcançados, entre os quais, “contribuir para mobilização de docentes e estudantes para mudança na graduação das profissões da área de saúde”, “promover a troca de experiências entre os diversos cursos de graduação na área de saúde” e “acompanhar a política do Ministério da Educação para a formação profissional em nível superior” (www.fnepas.org.br).

Sob tal ótica, três vertentes da avaliação se destacam: a avaliação de programas educacionais, podendo ser realizada pelos próprios cursos (auto-avaliação) ou instituições externas (por exemplo, a avaliação que o Ministério da Educação efetua regularmente), e ainda a avaliação do ensino-aprendizagem, ou seja, aquela que permite acompanhar mais diretamente o trabalho de professores e o desenvolvimento de competências pelos alunos. O presente ensaio enfatiza as duas últimas.

Avaliação educacional na área de saúde: considerações

No contexto atual faz-se necessário avançar na *expertise* avaliativa das próprias escolas, para que utilizem todos os mecanismos possíveis de auto-avaliação e reflexão sobre sua missão, currículos, estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação discente. É grande a insatisfação com os atuais recursos utilizados, porém aproximar-se desta temática significa articular elementos técnicos, bem como questões éticas e políticas. Quer se pretenda avaliar um programa ou curso, quer o foco seja o desempenho do aluno, questões como validade das medidas, confiabilidade entre avaliadores, premissas, variáveis, indicadores e instrumentos são chamados a desvelar uma coerência que é sofisticada e cuja pactuação define a legitimidade e sustentabilidade das ações (AGUIAR 2004).

A tarefa da avaliação na educação de uma dada profissão da saúde ainda é vista como espinhosa por muitos, e enfocá-la sob o prisma da multiprofissionalidade, como se propõe o FNEPAS, traz à tona contradições. Estas incluem os conflitos gerados pela divisão social do trabalho e pela hierarquia entre os saberes (RIBEIRO 2001), e mobilizam dificuldades históricas e intolerâncias, obstáculos ao desenvolvimento das competências demandadas pela construção da integralidade na saúde. O momento histórico, por outro lado, é favorável em função da convergência entre a política de saúde e a

definição de Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DC), pelo Ministério da Educação (Brasil 2001).

Competências profissionais e a avaliação do processo ensino-aprendizagem

A partir da homologação das DC, novo impulso foi dado para que os cursos de graduação inovem na oferta de atividades multiprofissionais e em diversos cenários de ensino-aprendizagem. No contexto de implantação da Reforma Sanitária, foram estabelecidas competências gerais que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais de saúde.

Estas incluem a *atenção à saúde*, destacando a aptidão para o desenvolvimento de “ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo [...] de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde”, e ainda a capacidade de “pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade”, organizando ações para solucioná-los. A competência de *tomada de decisões* salienta “o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, [...] de procedimentos e de práticas”, o que implica “possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas”; a *comunicação* adequada deve dar-se na relação “com outros profissionais de saúde e o público em geral”; a *liderança* inclui bom desempenho “no trabalho em equipe multiprofissional [...] tendo em vista o bem-estar da comunidade, [o que] envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões [...] de forma efetiva e eficaz”. A competência geral de *administração e gerenciamento* implica que os profissionais “devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde”, e a de *educação permanente* demanda que “os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, [...] inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais” (BRASIL, 2001).

Belos discursos, porém, não se traduzem necessariamente em novas práticas. Aliás, enfocar o ensino e a avaliação de competências enseja questionar a relação entre teoria e prática. Uma atividade profissional

ética e comprometida, em equipe multiprofissional, demanda experiências de cooperação ao longo da formação, e avaliações coerentes. No entanto, a avaliação da aprendizagem em geral se concretiza na realização de provas escritas ou de múltipla escolha, orientadas para a memorização de fatos muitas vezes isolados, descontextualizados, e na aquisição de conceitos, numa moldura disciplinar do conhecimento. Tem caráter classificatório e se coloca como medida comparativa do que foi apreendido pelo grupo de alunos (avaliação referenciada à norma). A complementaridade e a interdependência entre os trabalhos especializados (PEDUZZI, 2001) não são enfatizadas, nem tampouco é problematizada a divisão técnica e social do trabalho.

O dinamismo requerido pela necessidade de mudar o modelo assistencial em vigor, caracterizado pela fragmentação do trabalho e pelo pronto atendimento, impõe que o aparelho formador amplie o isomorfismo entre o que oferece no processo de qualificação e aquilo que o futuro profissional vai vivenciar no mundo concreto do trabalho (RIBEIRO 2001).

Um processo educacional que revalorize a prática e o trabalho deveria “prover múltiplas representações da realidade [e] evitar a simplificação dos problemas, representando a complexidade do mundo real” (DEPRESBITERIS, 2001, p. 36). Sendo assim, torna-se improdutivo fragmentar a realidade em múltiplos componentes para fins de estudo e avaliação, sem em seguida buscar recompor a totalidade. Os alunos precisam lidar, na medida de sua autonomia crescente, com situações críticas e contextos inusitados, característicos do processo de trabalho em saúde, que estimulem uma prática reflexiva (DEPRESBITERIS, 2001, p. 36). Tal reflexão inclui a importância das relações interpessoais e da subjetividade na comunicação, e na construção de objetivos comuns e de novos modelos de atenção.

Os critérios ou variáveis orientadores das avaliações de competências podem ser pactuados pelos diversos interessados, a partir do debate sobre as peculiaridades do trabalho em diferentes contextos, operacionalizando-se em indicadores, que servem como evidências que permitem decidir se o(s) indivíduo(s) atenderam aos critérios preconizados.

Vianna (2001, p. 18) salienta que “um bom sistema de avaliação é aquele que promove e desenvolve diferentes metodologias de ava-

liação e que é capaz de usá-las adequadamente de acordo com propósitos definidos”. Assim, a tarefa do FNEPAS é complexa e instigante, e avança para o desenvolvimento de modelos que superem a moldura do modelo biomédico, o ensino-aprendizagem reduzido à dimensão instrumental do conhecimento, e a rigidez da divisão técnica do trabalho. Implica estímulo à constituição de grupos de estudiosos da avaliação nas escolas, formulando processos formativos e democráticos que envolvam gestores, docentes, alunos, parceiros dos serviços de saúde e organizações sociais, bem como os usuários, nos diversos cenários onde a educação ocorre.

Avaliação institucional no contexto do SINAES

Outra vertente de atuação do FNEPAS se refere ao diálogo com o Ministério da Educação, através da interlocução com o Instituto de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), órgão responsável pela operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), acerca da adequação dos instrumentos de avaliação de cursos utilizados pelo governo, em versões posteriores à homologação das DC.

Num país imenso e complexo como o nosso, lideranças comprometidas com a transformação das graduações acompanharam a promulgação, em 2004 pelo Congresso Nacional, da Lei nº 10.861, de 14 de abril, que institui o SINAES, apresentado por seus autores como um sistema orientado para a participação ampla dos atores sociais implicados na avaliação da educação superior (BRASIL, 2004). Grandes expectativas emergiram da possibilidade de que a nova legislação viesse a fomentar um aparelho formador mais sensível às necessidades da sociedade.

A importância estratégica da avaliação realizada pelo governo é significativa para a sensibilização de tantas e diversas instituições de educação superior. Desde sua criação, em 2004, o FNEPAS acompanhou o trabalho das Comissões Assessoras da área da saúde,² e as entidades que o compõem realizaram inúmeras reuniões para subsidiar o trabalho em curso, de modo a produzir instrumentos de avaliação de cursos legitimados desde sua gênese (AGUIAR, 2006).

Em maio de 2006, o INEP finalmente divulgou um documento que deverá orientar as comissões de avaliadores de cursos. Sua estru-

tura é bastante semelhante ao instrumento anterior às DC. Causou perplexidade o fato do mesmo ser único para todas as áreas do conhecimento, desconsiderando as especificidades da área da saúde e outras. A responsabilidade social das escolas da área da saúde não foi enfatizada, pois o documento privilegia a coerência dos projetos pedagógicos e currículos com os projetos institucionais das Universidades, sendo pouco enfático na garantia de coerência dos programas com as Diretrizes Curriculares.

Em reunião posterior à divulgação do documento pelo INEP (julho/2006), o FNEPAS decidiu manter a mobilização e interlocução com os Ministérios de Educação e de Saúde, até que seja possível construir uma estratégia de fortalecimento das DC da área da saúde, garantindo sua implementação em território nacional. Entre outras iniciativas, como a institucionalização das residências multiprofissionais, o acompanhamento de programas do Ministério da Saúde para incentivo à implantação das DC, as oficinas regionais sobre integralidade e educação permanente, e o apoio à formação de especialistas na Ativação de Processos de Mudança nas graduações em saúde, o FNEPAS buscará ocupar seu devido espaço e atingir seus objetivos, fortalecendo de modo solidário as entidades que o compõem.

Considerações finais

Em artigo sobre práticas de saúde orientadas para o cuidado, Ayres (2004) aponta razões para otimismo derivadas do surgimento de propostas e práticas inovadoras, que superam a conformação individualista na direção da pluralidade dialógica. A criação do FNEPAS como interlocutor político agrega tal otimismo, através da consolidação de um canal de pactuação e legitimação de processos avaliativos, na convergência das políticas de saúde e educação superior.

O pleno desenvolvimento da reforma sanitária depende da adequação do aparelho formador às demandas de novas competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Novos modelos de ensino-aprendizagem e avaliação incluem o trabalho multiprofissional visando à construção de identidades profissionais orientadas para a cooperação e para o trabalho em rede. Para tal, a agenda é longa e inclui desconstruir preconceitos mútuos, incentivando a tolerância com a diferença, na priorização dos interesses da sociedade.

A aprendizagem com a diversidade intrínseca às diferentes culturas e práticas profissionais permitirá a ampliação do FNEPAS e sua articulação com outras iniciativas recentes, promovendo o enriquecimento recíproco, através da troca de experiências sobre práticas de gestão, ensino-aprendizagem e avaliação. Transcender as amarras do modelo biomédico e da divisão social do trabalho, avançando no sentido da integralidade implica quebrar tabus corporativistas, o que pode refletir na construção de currículos, novas práticas e ambientes de trabalho mais adequados.

Do ponto de vista acadêmico, a produção do conhecimento sobre novos modelos informa a avaliação formativa das instituições e subsidia a troca de experiências interinstitucionais, a capacitação docente e a educação permanente. O canal de divulgação dessa rede já existe, construído na parceria entre o FNEPAS e a linha editorial da Associação Brasileira de Educação Médica, e se chama *Revista Virtual de Educação Permanente em Saúde*.

Do ponto de vista político-institucional, o momento histórico atual, de implantação das DC e do SINAES demanda papel ativo da comunidade acadêmica. A avaliação de cursos não pode eximir-se de garantir compromissos setoriais, como no caso da saúde. Embora frustradas pelo encaminhamento dado pelo governo, na versão final do documento de avaliação de cursos, as entidades organizadas em torno do FNEPAS deverão debater o significado político e acadêmico da situação atual. As DC continuam atuando como norte para a transformação dos cursos e existe importante articulação entre lideranças docentes, discentes, e comunitárias, para impedir que caiam no esquecimento.

Ao qualificar, através do FNEPAS, a contribuição do setor saúde na avaliação educacional, a sociedade civil organizada oferece sua contribuição para o cumprimento do preceito constitucional que atribui ao SUS papel ordenador da formação de recursos humanos em saúde.

Referências

- AGUIAR A. C. **Estratégias de avaliação e a transformação da educação médica no Brasil.** *Boletim ABEM*, v. 27, n. 5, 2004.
- _____. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 2, 2006.

AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*, v. 6, n. 14, 2003- 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacional Anísio Teixeira. *Avaliação de Cursos de Graduação*. instrumento 2006. Brasília: Ministério da Educação; 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação* [2001]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacional Anísio Teixeira. *SINAES: da concepção à implementação*. 2 ed. Brasília: MEC, 2004.

DEPRESBITERIS, L. *Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa*. Formação, n. 2, 2001.

MARQUES, C. M. S. *Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está fazendo*. Formação, n. 2, 2001.

RIBEIRO, E. C. Entre a emancipação e a regulação: limites e possibilidades da avaliação das escolas médicas. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

VIANNA, H. Avaliação educacional e seus instrumentos: novos paradigmas. *Enfoque*, n. 2, 2001.

Notas

¹ O FNEPAS é composto pelas seguintes instituições: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede UNIDA, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública (ABRASCO), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO).

² O art. 19, Seção II, Portaria 2051 (MEC), de julho de 2004, estabeleceu que os instrumentos de avaliação dos cursos de graduação teriam seus conteúdos definidos com o apoio das Comissões Assessoras de Área designadas pelo INEP.

Possibilidades de a avaliação produzir conhecimento para a formação em saúde

ISABEL BRASIL PEREIRA

Avaliação como conhecimento educacional e formação humana

A finalidade deste estudo é avaliar experiências e possibilidades de formação em saúde, enfocando os conhecimentos que essas avaliações produziram, na medida em que, como nos diz Hartz (2006), o que deve ser analisado é a *influência – e não o uso da avaliação – problematizando a prática avaliativa e o que se faz com os resultados da avaliação*". Neste sentido, começemos afirmando que toda avaliação educacional, nos seus diversos níveis (institucional até o processo/ ensino aprendizagem) deve ser constituída de uma análise do processo formativo, a ser apreciada com os atores envolvidos, a fim de não apenas chegar a um veredicto – mesmo que provisório - que elucide, mas que também produza conhecimento, apontando desdobramentos.¹ Trata-se de afirmar a avaliação na sua vertente crítica, como processo, mediadora, e não como medida, quer seja na sua dimensão diagnóstica, formativa ou qualquer outra forma didática de se nomear os processos avaliativos. Entendam-se então resultados da avaliação não só, ou muito menos como, um julgamento de valor, mas principalmente como produtor de conhecimento.

Qualquer avaliação não produzirá verdades absolutas ou comprovará hipóteses de maneira irrefutável, como é colocado pela herança positivista. Dito isso, este estudo se dedica à análise de duas questões significativas, atualmente, na formação dos trabalhadores da saúde: a) a avaliação de experiências de formação dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde;

b) a avaliação diagnóstica das (im)possibilidades da formação de trabalhadores em saúde pública no âmbito da graduação.

As questões acima serão analisadas a partir da historicidade das idéias que colocam o homem – com suas instituições sociais –, a formação humana, como sujeito das práticas educativas.

A partir de um olhar histórico, podemos dizer que, como pretendia Protágoras, “o homem é a medida de todas as coisas”. Como então medi-lo, sobre que parâmetro avaliá-lo? Essa afirmativa está inserida na história do conceito de democracia: a ela se referia Protágoras, quando colocava o homem como medida, substituindo-o à ordem cosmológica da ontologia. Lembremos que o pensamento tradicional mede o homem e pode avaliá-lo, a partir de uma medida transcendental, referindo-o à existência de um ser imutável e atemporal, imagem da perfeição à qual o homem deve aspirar: os deuses, ordem cósmica, o Deus cristão, a ciência. Cada vez que a medida foi pensada como ideal regulador, superior ao homem, foi preciso fazer apelo a uma razão ontológica, tão marcada no caso do pensamento cristão, e velada no caso do racionalismo triunfalista.

Com heranças de pensamentos/idéias como os citados acima, e acrescidos de concepções mais contemporâneas, pode-se afirmar que este estudo tem consciência da provisoriidade do conhecimento produzido pela avaliação.

Ao refletirmos sobre a construção do sentido da avaliação voltada a processos de formação humana, não podemos nos esquecer de que:

para o pensamento crítico sobre a Educação, a questão do sentido, na vida social e histórica, é central. Desde Marx, passando para todos os ramos da Teoria Crítica, sabemos todos que o mundo da linguagem, dos sentidos e representações sociais nunca é neutro, transparente, diretamente acessível à consciência do sujeito. Ou seja, toda representação ou sentido social passa necessariamente pela Ideologia. Cabe ao educador fazer a crítica da ideologia, relacionando-a de forma dialética, aos sentidos, às representações e suas estruturas formais. Portanto, não se trata de isolar, fetichizando, nenhum pólo: nem o formal-objetivo, nem o individual-subjetivo (PEREIRA, 2002p.28).

Isso posto, é importante frisar, com Mikhail Bahktin (1988), que o sentido se constrói de forma conflitual e dialógica. A começar pela própria palavra e seus possíveis sentidos, e chegando às vozes sociais

em diálogo, quer no discurso, nos currículos, nas formas de avaliação. Crucial para o referido autor, portanto, é a concepção crítica da linguagem, do dialogismo, da polifonia, da heteronomia. Concepção muito rica, útil para a prática educativa, a análise de discurso, a crítica da cultura e a literatura. A imaginação dialógica, aberta e não-estável, crítica e conflituosa, opõe-se à redução monológica, fechada, que interrompe o diálogo, suprime os conflitos, e quer tornar os sentidos permanentes e imutáveis. Pensando com Bahktin, educar, nesse sentido, é formar para a autonomia, com métodos qualificados e bem estruturados, visando à não-formação de personalidades autoritárias, formadas para o monólogo, a heteronomia e a aceitação passiva de regras e valores, como bem mostrou Adorno (1995) Cabe ainda enfatizar a crítica ao positivismo, ao formalismo, ao cientificismo – que congelam e fetichizam as trocas, as interações, a intersubjetividade e o diálogo formativo das vozes sociais. Não à toa, Bahktin pode nos ajudar a pensar a avaliação formativa fundada no diálogo.

Se por um lado é fundamental para o processo avaliativo da construção humana tomar como premissa de que só homem ser definido pela sua liberdade, é igualmente essência entender que essa liberdade sofre cerceamento pelas condições de existência, econômicas, culturas e sociais.

A referência à construção de sentido adotada neste estudo permite partir das seguintes premissas:

- o combate à herança positivista presente nas ações dos educadores, que reflete na avaliação com o ideário de falsa neutralidade;
- a recusa da compreensão do caráter regulador e de transformação da avaliação como um ajuste, para adaptar instituições, programas, currículos e pessoas ao existente;
- a necessidade de se levar em conta a análise da experiência e das culturas vividas dos trabalhadores na sua relação com o conhecimento científico e o modo como é concebida de acordo com as concepções sobre o conhecimento escolar.

A respeito do conhecimento educacional/escolar, podemos observar que suas reflexões e inflexões sobre a avaliação nos levam a construções históricas nas quais, na tradição educacional do século XX, as representações do conhecimento escolar foram influenciadas, em primeiro lugar, pelo ideal enciclopédico, que o transformaram em

um dogma, e não num instrumento de saber; e pelas urgências capitalistas, que o faziam mero pretexto para sua ação disciplinadora de corpos e mentes. Nesse contexto, o ato de produção do conhecimento escolar é único: tudo se passa como reprodução sistemática e infundável, até o esvaziamento mais completo.

A crítica a esse modelo, em seguida, faz do conhecimento escolar uma questão eminentemente empírica. *Aprender a aprender* ganha, entretanto, no concerto do Estado assistencialista que então se compunha, uma implicação inesperada. O conhecimento escolar torna-se assunto *da* escola, engendra seus próprios especialistas, em meio a um conhecimento social que explode nas múltiplas especialidades estanques, abrindo para políticas públicas setoriais e compartimentadas. Se, a partir daí, o conhecimento escolar rompe com o sentido clássico da antiga *paideia* – fornecido, em definitivo, pela prática política que não se dá na escola, mas na *pólis* – seria injusto culpar, como se fez tão repetidamente, os educadores e a própria escola. A especialização não era uma opção entre outras possíveis nesse horizonte de montagem do capitalismo: apenas deve-se lamentar que os educadores tenham trocado, muito facilmente, o desconforto aparente de sua posição de co-participantes de um movimento mais amplo, no qual o conhecimento *comum* é prática de criação da sociedade e também de decisão sobre seu destino, por aquela, talvez mais consoladora, de um monopólio assegurado sobre um “conhecimento” parcelarizado, setorizado, individualizado.

Assim, o tecnicismo retrata as conseqüências da opção ditada pelo capitalismo: o saber é, assumidamente, poder. O conhecimento escolar se fratura em seu próprio interior, reproduzindo as clivagens sociais que hierarquizam conhecimentos, práticas, destinos. Porém já não é mais a escola que o produz: a ciência e a técnica engendram seus próprios especialistas, seu saber inacessível, e em vão a escola busca adequar-se ao progresso, introduzindo, bem ou mal, o que a vulgarização lhe permite apropriar desse avanço.

A década de 70 do século XX lançou um veredicto fatal, via leitura sobretudo de Althusser, Bourdieu e Passeron: todo conhecimento escolar é reprodução. Por um lado, isso levou a interpretações de que não há, estritamente falando, produção desse conhecimento, mas apenas farsa de um aparato inteiramente ideológico e realidade

de um mecanismo concreto de dominação social. Por outro, é possível, porém, que aí a escola tenha começado a despertar de seu sono, descobrindo indagações sobre seu significado político, sobre as formas de avaliar.

A resposta que se seguiu pretendeu recolocar a questão em termos menos derrotistas: a escola passou a preocupar-se, mais uma vez, com a formação do cidadão, e a questionar-se sobre sua contribuição na instituição da cidadania. Nesse contexto, o conhecimento escolar é aquele que interessa à realidade do trabalho, à experiência cultural das comunidades locais, é aquele fornece as chaves de leitura e de criação da realidade. Assim, as formas de avaliar a transmissão desse conhecimento tanto em avaliação dos cursos, de conteúdos curriculares, quanto do próprio processo ensino-aprendizagem, ganham mais chances de serem pensadas como processo, como análise, como produtora de conhecimento

Numa outra face, devemos tentar cair em armadilhas criadas pela crença de que a educação se resume aos problemas relativos à avaliação, demonstrando influência de um racionalismo controlador sobre a prática educacional. Nesta você teria a resposta sobre o planejamento ideal, os métodos ideais, os conteúdos ideais.

Feitas essas considerações, passamos a avaliar questões a que o estudo se propõe, ressaltando a construção de conhecimento advindo do processo avaliativo.

Avaliação da formação de trabalhador de nível médio e fundamental da saúde

Não temos dúvida de que a formação de trabalhadores na saúde é composta por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por tipo de construção societária. Como afirma Pereira (2006, p.7).

O que se pode notar é que, apesar da hegemonia da herança de uma política de educação profissional que tem, pelo menos desde essa formação histórica chamada capitalismo, um ideário de educação com o objetivo da adaptação dos trabalhadores ao existente e às condições objetivas da manutenção e transformação do capital, existe um projeto contra-hegemônico de formação dos trabalhadores da saúde que luta por uma educação que tenha como finalidade a transformação dessa sociedade, para outra mais humana e solidária, onde a divisão social do trabalho possa ser superada.

Dito de outra maneira, para avaliar processos de educação profissional e suas possibilidades, é necessário perceber esta formação no embate capital e trabalho. Não há dúvida de que, nesse embate, os arautos do capital vão defender uma formação profissional voltada ao aumento da produtividade do trabalho, à competitividade e demais finalidades e meios, visando ao acúmulo do capital e a sua própria sobrevivência, através das metamorfoses já presenciadas ao longo da história. Por outro lado, espaços gerados pelas contradições têm permitido aos defensores de uma educação voltada aos trabalhadores, não uma formação a eles destinadas de maneira inexorável pelo capital, mas que contribua para melhorar as condições de vida da população e, portanto, ao encontro do ideário capitalista. Repetitivo lembrar, porém necessário, é o fato de que nessa luta há apropriações de discursos, confusões na análise do sentido construído a respeito da formação profissional.

A construção e a avaliação de processos vividos na educação profissional² em saúde, particularmente no que tange a profissionais de nível fundamental e médio, enfrentam dificuldades, dentre elas, o fato de ser um campo de pesquisa ainda pouco analisado e traduzido na linguagem articulada de um estudo crítico. Não é estranho a esse problema um componente que pode ser pensado a partir da posição de classe desses trabalhadores, oriundos em sua ampla maioria das camadas populares ou de estratos da pequena classe média urbana, aos quais a estrutura excludente, ou de inclusão social forçada, da sociedade brasileira, destina, no máximo, uma qualificação técnica baseada nos termos de simultânea desvalorização – do trabalho e do trabalhador. Para uns, a maioria, a mera inserção subalterna no sistema social e no mundo do trabalho. Para outros, por certo uma minoria, o prestígio conferido por títulos e diplomas, por uma formação mais qualificada, resultando em vantagens práticas e simbólicas, materiais e imaginárias (PEREIRA, 2002).

Ainda que pesem as perdas inerentes a qualquer tentativa de classificação, o processo de avaliação experiências de formação do trabalhador de nível médio e fundamental da saúde teve como um dos resultados traçar concepções que podem ser percebidas no pensamento educacional na saúde em relação aos processos de qualificação desses trabalhadores.

Concepções adaptativas ao existente – podem ser percebidas em correntes de pensamento que tomam a sociedade capitalista como um dado a ser melhorado. À educação cabe adaptar os indivíduos a esse tipo de sociedade. A formação dos trabalhadores na saúde é concebida sem analisar as relações sociais concretas que comandem o processo de trabalho, as relações de produção e as políticas voltadas a esse fim (o que pode se configurar como uma concepção ingênua) ou fazendo essa análise e se constituindo como arauto do capital, transformando em mercadoria o trabalho humano.

Algumas características podem ser apontadas nessas correntes de pensamento educacional na saúde, tais como:

- naturalização das ações feitas pelos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, reduzindo a sua formação profissional a meros treinamentos;
- adaptação à divisão social do trabalho;
- presença hegemônica do ideário cientificista e tecnicista na formação em saúde;
- comunhão com a teoria do capital humano e a ideologia da empregabilidade;
- excessiva crença nas técnicas pedagógicas para resolver problemas na formação em saúde;
- quando muito, a preocupação com a qualificação do trabalho, em que o trabalhador é um mero apêndice que deve ser ajustado e reciclado, e o estabelecimento de análises que estabelecem uma relação linear entre educação e mercado de trabalho.

Concepções de superação ao existente – entendem que na sociedade capitalista há contradições geradas pelo embate capital x trabalho. À educação cabe, nesse contexto, promover a emancipação do trabalhador, quer na relação que tenha com o pensamento – como combate à heteronomia – quer em relação a uma ordem social e econômica imposta e conseqüentemente ter como meta a transformação dessa sociedade. Outras características podem ser apontadas nessas correntes de pensamento educacional na saúde:

- o trabalhador de nível médio e fundamental da saúde desenvolve trabalho complexo,³ e que portanto, precisa de formação qualificada; combate à naturalização das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde;

- defesa da escola e da escolaridade como política pública e condição para formação dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde;
- defesa da explicitação da dimensão política e técnica da prática educativa;
- crítica ao positivismo, ao cientificismo e ao tecnicismo;
- denúncia da divisão social do trabalho como inerente ao ideário do capital;
- entendimento do trabalhador de nível médio e fundamental como intelectual;
- a idéia da qualificação como construção social – depende de fatores como o costume e a tradição socialmente construída. Nela jogam papel importante não apenas os aspectos técnicos, mas os aspectos de personalidade e os atributos do trabalhador. Também são diferencialmente valorizáveis segundo o contexto societário, as condições conjunturais e a experiência histórica dos distintos grupos profissionais;
- o trabalho como princípio educativo e/ou o trabalho como princípio pedagógico – chama-se atenção para o fato de que o trabalho como princípio educativo não se reduz ao trabalho como princípio pedagógico. Porém, algumas correntes na educação profissional em saúde, que buscam a superação do existente, ainda não conseguiram, na prática, tal diferenciação, mas já fazem a crítica da redução do trabalho como princípio educativo ao trabalho na sua dimensão pedagógica.

Sem pretensão de esgotar que tipos de concepções fazem parte das chamadas concepções adaptativas e sem almejar abarcar todas as dimensões voltadas à formação profissional desse trabalhador, que fazem parte das concepções que compõem as correntes críticas, vamos nos deter nesta última, que tem como premissa ser esse trabalhador um intelectual. Isto significa que analisaremos experiências pedagógicas que se traduzem em luta política e técnica a favor da educação profissional técnica de nível médio em saúde, numa vertente de formação crítica e qualificada do ensino na saúde.

Neste sentido, as concepções aqui analisadas são: o processo pedagógico centrado na relação ensino e serviço e a concepção politécnica. Essas experiências são realizadas no cenário histórico e

social do capitalismo tardio, um cenário contraditório e complexo. Nele se confrontam as posições progressistas, defendendo a saúde como um direito universal extensivo a todos os cidadãos do país, sem distinções, e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país, que faz da saúde uma mercadoria, um privilégio daqueles capazes de pagar por planos e seguros de saúde ou então, minoria da minoria, daqueles capazes de pagar diretamente pelo bom atendimento médico nos melhores centros do Brasil. No vértice, uma contradição forte, pondo em tensão o público e o privado, o direito e o privilégio, a inclusão e a exclusão social, o corpo humano e a saúde como um valor humano, a ser protegido, *versus* a redução do corpo e da saúde a meras mercadorias, num sistema baseado em valores de troca, abstratos e impessoais.

A concepção ensino-serviço

Ainda que a história da educação profissional em saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006) nos mostre outras experiências significativas que levam em conta a relação ensino e serviço, a experiência aqui avaliada diz respeito a um projeto de formação profissional que tem início com a criação do projeto Larga Escala. Nos espaços gerados pelas contradições existentes numa sociedade capitalista, educadores comprometidos com a profissionalização dos trabalhadores da saúde inseridos nos serviços vislumbraram brechas na Lei n. 5.692/71, através do ensino de suplência, para que se viabilizasse uma qualificação profissional por meio de centros formadores, as escolas técnicas do sistema de saúde, o que daria a esta qualificação uma característica de formação profissional.

O projeto Larga Escala foi criado na década de 80 do século XX e, como já mencionado, possibilitou estratégias que vieram avançar na viabilização de escolas e centros formadores do SUS:

Diante da necessidade de promoção e melhoria da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, que era realizada majoritariamente, pelas instituições de saúde, surge, no início da década de 80, o projeto de “Formação em Larga Escala”. Trata-se de projeto de cooperação interinstitucional, oriundo do “Acordo de Recursos Humanos” firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-americana da

Saúde (OPS), que tem por objetivo a formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde (PEREIRA, 2002, p. 182)

O projeto Larga Escala é entendido pelo Ministério da Saúde como proposta que alia pontos positivos da formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde, quanto pelas instituições educacionais. Segundo documento do MS, esse projeto combina três elementos essenciais: o ensino supletivo – dirigido a indivíduos (já admitidos, ou em processo de seleção), que realmente optaram pelo engajamento na saúde; treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde; habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, facilitando a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação (BRASIL, 1982, p. 19).

A descrição da metodologia do projeto Larga Escala apresenta a experiência do ensino supletivo como instrumento que valida as diferentes etapas de uma educação continuada. Na época da sua criação, a proposta do Larga Escala afirma que é imprescindível para a implementação do projeto a existência de um centro formador, em cada estado, que seja reconhecido pelo sistema de ensino. Esses centros de formação cumpririam duas funções: uma administrativa (fazendo registro de matrículas, emitindo certificados, dentre outras atividades), que forneceria as condições formais de validade, e outra pedagógica, preparando os supervisores (instrutores da rede de serviços, elaborando e fazendo a seleção de material educativo, acompanhando e avaliando o aluno e o processo como um todo. Esse centro formador atuaria de maneira descentralizada.

Sem dúvida, o projeto Larga Escala, apesar das críticas pertinentes sobre sua concepção, é aliado importante contra a naturalização das ações de saúde feitas por trabalhadores de níveis médio e fundamental, certamente influenciado pela Reforma Sanitária e outros movimentos sociais. Hoje, no ano de 2006, são 36 escolas técnicas do SUS, sob a herança do Larga Escala. Seus estudantes são trabalhadores de níveis médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde.

Nas décadas de 80 e 90 do século XX, essas escolas desenvolviam, principalmente, os seguintes cursos: auxiliar e técnico de enfer-

magem; atendente de consultório dentário; técnico de higiene dental; técnico de administração e citotécnico. Atualmente, acrescenta-se a formação inicial ou continuada de agentes comunitários de saúde, sob a perspectiva do itinerário formativo, e poucas escolas já desenvolvem o curso técnico de ACS.

Numa avaliação da proposta político-pedagógica das ETSUS, sob a herança deixada pelo Larga Escala em relação ao currículo, torna-se necessário afirmar que, conivente com o olhar progressista da educação, os currículos voltados à formação profissional em saúde não podem ser simples repartições, estanques e isoladas, dessa e daquela área de conhecimento, resultando em práticas de ensino mecânicas, burocráticas que trabalham pela simples repetição de fórmulas e esquemas vazios, nas quais se perdem o processo dinâmico, o conhecimento crítico, as mediações entre as partes e o todo, a própria construção do conhecimento a partir do cotidiano.

Para o pensamento crítico, trata-se de jamais confundir conhecimento com privilégio, com usos exclusivos e excludentes do conhecimento, e sim, como legado humano, que deve apontar, sempre, a emancipação de toda a humanidade.

No caso das ETSUS, num processo de avaliação, destacaríamos :

- Preocupação com a cultura trazida pelo aluno/trabalhador, para efeito do processo ensino aprendizagem, e seus efeitos na assistência à saúde da população, assim como a cultura institucional de cada unidade dos serviços de saúde, aparecem nas discussões pedagógicas como contraponto a currículos centrados somente nos conhecimentos técnicos, cujos teóricos de referências, como já mencionamos, seriam Bobbitt e Tyler.
- A inegável influência do pensamento de Paulo Freire na equipe pedagógica, principalmente pela sua concepção alternativa à educação bancária, através do conceito de “educação problematizadora”, onde o ato de conhecer envolve intercomunicação, intersubjetividade, mediada pelos objetos do conhecimento e pela preocupação de uma prática curricular centrada na experiência dos educandos (no caso, a cultura e o cotidiano de trabalho vividos pelos alunos), tomada como ponto inicial e fonte para a busca de “temas significativos” ou “temas geradores”.

- Uma excessiva preocupação das concepções e métodos de aprendizagem. Evidencia-se, porém, a preocupação de uma aprendizagem significativa, com o conhecimento prévio do aluno. Como nos ajuda a entender Ausubell (1982, p.78):

Esses conhecimentos podem ser resultados de experiências educacionais anteriores – escolares ou não – ou de aprendizagem espontâneas. O aluno que inicia uma nova aprendizagem escolar, o faz a partir de conceitos, concepções, representações e conhecimentos que constituem em sua experiência prévia, utilizando-os como instrumentos de leituras e interpretação que condicionam o resultado da aprendizagem.

É igualmente perceptível que as questões pertinentes às aprendizagens significativas, intrinsecamente ligadas às experiências cotidianas, incluídas aí as do mundo do trabalho, abrem espaços para pensarmos os saberes tácitos dos trabalhadores como ponto de partida para o aprimoramento desses saberes, mas também para a apropriação desses conhecimentos produzidos pela classe trabalhadora. Essa apropriação sob a égide do capitalismo é usada para aumentar a mais-valia e para aperfeiçoar tecnologias transformadas em mercadoria.

Uma forte herança e resgate do “*aprender a aprender*”, concepção já explicitada anteriormente, como herança do pensamento escolanovista (via Anísio Teixeira/Dewey).

O currículo correlacionado⁴ e o currículo integrado, na abordagem feita pelas ETSUS, nos seus cursos técnicos, se traduz em avanço significativo no combate à fragmentação do conteúdo. Chamamos atenção para o fato de que, apesar de merecer críticas construtivas para superar a compreensão de conceitos, o sentido de integralidade abordado nos currículos das ETSUS diz respeito à articulação entre conceitos expressos ou não em disciplinas. O currículo integrado é entendido como um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características socioculturais do meio em que esse processo se desenvolve. Utilizando a mesma concepção que embasa o currículo integrado, o “currículo correlacionado” faz relação entre os conceitos, para que as disciplinas tenham canais umas com as outras. Portanto, a organização curricular ocorre sob a forma

de disciplina, mas há a preocupação com uma interdisciplinaridade baseada na correlação de conceitos.

A indução ao ideário das competências⁵ fez com que o processo de implementação e avanço nas reflexões sobre o currículo integrado e ou correlacionado ficasse prejudicado, visto que as ETSUS precisavam ajustar seu currículo a este modelo;

Estudos como o de Ramos (2001), que têm como objeto de reflexão a qualificação e formação profissional, destacam as tentativas de construção de um novo *profissionalismo*, no qual o desenvolvimento da noção de competência, quer na dimensão cognitiva, quer na socioafetiva, deverá dar conta das situações de mudanças de tipo de trabalho, geradas pelo desemprego causado pelo modelo capitalista vigente. Mais uma vez, a educação deve cumprir a função “adaptativa”.

Convém chamar atenção para o fato de que a integração entre ensino e trabalho poderá ser facilitada ao se ter a sala de aula no serviço. Porém, isto por si só não vai garantir a mesma integração, visto que o processo ensino-aprendizagem não se reduz a uma adaptação à realidade. O processo ensino-aprendizagem deve trabalhar o real e o possível. Para lidar com a realidade, como acontece com os serviços de saúde, se essa realidade se apresenta de maneira não satisfatória, é necessário desenvolver possibilidades de mudança. Não podemos esquecer que o raciocínio abstrato, fundamental para a criação do novo, deve ser desenvolvido, não só mediante o visível.

A realidade do cotidiano institucional deve ser trabalhada. Porém, para que a visão utilitária, instrumental, pragmática, não nos leve a uma adaptação às circunstâncias, deve-se ao mesmo tempo tomar uma certa distância desse cotidiano e, claro, a ele sempre retornando. Talvez aí esteja um ponto que deva ser constantemente discutido, com base em investigações que elejam o cotidiano como categorias permeadas de singularidades e contradições. Pensando com Agnes Heller, sabemos que o cotidiano é sempre histórico, não um cenário inerte, atravessado em abstrato pelo espírito hegeliano, rumo a sua realização, ou pelas forças também abstratas da técnica e do progresso.

Portanto, uma teoria crítica da educação, e da sociedade precisa pensar as formações históricas a partir do cotidiano, para tomar distância em relação ao próprio cotidiano, mas a ele sempre retornando.

Sem dúvida, a relação entre trabalho e ensino está presente na formação em saúde feita pela maioria das ETSUS. Chama-se atenção para o fato de que o pensamento marxiano já alertava que o trabalho transcende sua dimensão didático-pedagógica (FRIGOTTO, 1985). Essa afirmação, não à toa, está aqui colocada, pois na tentativa de avaliarmos a formação feita pelas escolas voltadas a formação técnica na saúde, percebe-se a influência da escola nova (já mencionada).

A noção de trabalho está colocada muito mais no seu caráter pedagógico de método ativo e pode levar a uma redução da concepção de trabalho como princípio educativo, no qual, dentre outras premissas, a relação educação/trabalho é muito mais do atendimento da dita necessidade do mercado. Segundo Frigotto(1985), reconhecer a dialética do trabalho como base do conhecimento humano, tem como decorrência imediata a negação das concepções sobre a incapacidade da classe trabalhadora se autogerir, bem como as concepções educativas que são impostas à margem dessa práxis.

As ETS, mais recentemente, reconhecem a necessidade do desenvolvimento de pesquisas pela instituição, como ponto significativo para a melhoria da qualidade da sua atuação na formação em saúde.

Concepção politécnica na saúde

Talvez uma maneira de iniciar a avaliação de uma experiência da concepção politécnica na formação em saúde seja relembando que, como nos diz Frigotto (1985, p.3), que tal concepção está implicada no “movimento da criação das condições históricas de uma sociedade onde o homem total e todo homem se humanizam pelo trabalho. O caráter politécnico do ensino decorre da dimensão de um desenvolvimento total das possibilidades humanas, onde, como afirma Marx, na Ideologia Alemã, os pintores serão *hombres que además pintem*”.

A noção de politecnia, como traduz Saviani (2003), postula que o processo de trabalho desenvolva uma unidade indissolúvel e os aspectos manuais e intelectuais, pois são características do trabalho humano. A separação dessas funções é um produto histórico-social e não é absoluta, mas relativa. Essas manifestações se separam por um processo-forma, em que os elementos predominantemente manuais se sistematizam como tarefa de determinado grupo social (EPSJV, 2005, p. 11). Podemos ainda afirmar que:

A idéia de politecnia implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade [...] trata-se da possibilidade de formar profissionais em um processo onde se aprende praticando, mas, ao praticar, se compreendem, os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade (EPSJV, 2005, p. 11).

A avaliação de experiência de uma concepção de formação politécnica na saúde teve como foco, neste estudo, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz. É sempre bom ressaltar que, assim como a avaliação é feita de experiência na concepção ensino-serviço, não temos a pretensão de abarcar todas as atividades e concepções ali desenvolvidas.

De inspiração predominantemente baseada em autores como Marx, Gramsci e de educadores atuais como Gaudêncio Frigotto e Dermeval Saviani, a EPSJV traz para o cenário atual, a relação entre trabalho, educação e saúde, conforme traduzem seus documentos: “A EPSJV concebe a educação como um projeto de sociedade [...] é defensora de uma concepção politécnica que dialoga com as circunstâncias societárias atuais (EPSJV, 2005, p. 7).

Assim como as ETSUS, a EPSJV tem como preocupação formar trabalhadores para o SUS, na área de educação profissional em saúde. Acrescente-se a isso a formação de jovens para o SUS e C&T.

Sob a égide da Lei n. 5.692/71, a EPSJV conseguiu evitar o aprofundamento da fragmentação dos conhecimentos que a referida lei induzia, não abrindo mão de ter nos currículo conteúdos e práticas que articulassem a formação geral aos conhecimentos específicos. Em história recente, a escola se deparou com o ideário das competências, que, se fosse implementado na perspectiva do mundo da produção capitalista e de abordagem condutivista, traria um retrocesso ao projeto voltado à emancipação. Mais uma vez, a escola não compromete os seu projeto e consegue, através de deslocamento de sentido, manter e avançar no seu projeto de educação politécnica.

Ao abraçar a concepção politécnica e do trabalho como princípio educativo, ou seja, reconhecer a práxis humana como a base do conhecimento humano, a EPSJV apresenta como decorrência a negação das concepções sobre a incapacidade da classe trabalhadora se autogerir. Tem como meta a possibilidade de formar trabalhadores

para serem dirigentes comprometidos com um projeto de saúde pública ampliado, com o processo de humanização dos serviços de saúde e a construção de sociedade justa e igualitária.

A EPSJV apresenta eixos norteadores para seu projeto educativo, tais como:

I) A noção de politecnia, aqui adotada, [...] postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma única unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, características intrínsecas ao trabalho. [...] implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade. Trata-se da possibilidade de formar profissionais não apenas teórica, mas ao praticar, se compreendam os princípios que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade; II) O materialismo histórico, como abordagem e método [...]; III) O entendimento do sujeito como indivíduo singular e ao mesmo tempo como consciência geral [...]; IV) Afirmar na formação técnica a “Educação dos sentimentos, da sensibilidade e dos sentidos” a partir da eleição da arte e do pensamento filosófico como inerentes à integração dos conhecimentos científicos, e destes com a vida cotidiana; V) O trabalho como princípio educativo; VI) A pesquisa como princípio educativo. (EPSJV, 2005, cap. IV).

A pesquisa, como princípio educativo, se materializa na EPSJV em ações como: o projeto Trabalho, Ciência e Cultura, no qual alunos dos cursos técnicos, orientados por professores da EPSJV e de outras unidades da Fiocruz, fazem iniciação científica que culmina com o desenvolvimento de monografias; o desenvolvimento do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico (PAETEC), em que projetos de pesquisa são desenvolvidos por professores da EPSJV, de modo a formar e consolidar a figura do professor-pesquisador; o trabalho pedagógico com metodologias de ensino que inserem nas disciplinas fases de trabalho de campo e de análise do material.

Há que se destacar, nos eixos norteadores já referidos, a preocupação com uma formação que leve em conta as tensões e pressões sofridas ou que irão sofrer no cotidiano de trabalho, visto que o trabalhador da saúde:

[...] precisa de uma qualificação técnica específica, muitas vezes adquirida no dia-a-dia do serviço, sem muito estímulo para absorver novas qualificações; que vive sob pressão, tanto das horas de traba-

lho, quanto dos baixos salários e do imaginário de massa, negativo em relação a toda instituição pública, o que só favorece sua baixa auto-estima; que lida, todos os dias, durante muitas horas, com a dor, o sofrimento e a morte, muitas vezes em condições degradantes, sem ter recebido qualificação ou formação, humanista e psicológica, para lidar e elaborar essas dimensões difíceis e extremas da condição humana. Não é incomum, portanto, que esses profissionais de nível médio, para suportar a pressão, se apoiem na indiferença, no embrutecimento, na fria funcionalidade burocrática e técnica do trabalho. Sobretudo, não pode escapar à análise materialista e dialética a dimensão ao mesmo tempo objetiva e subjetiva desses processos, ou seja, as condições materiais e objetivas de trabalho, de aprendizagem, de formação e de qualificação técnica como algo inseparável da dimensão subjetiva desses trabalhadores (PEREIRA; STAUFFER, 2006, p.35).

A EPSJV, no seu projeto de formação dos trabalhadores da saúde, afirma, conforme consta em documentos por ela produzidos:

A educação profissional como parte significativa de um projeto nacional baseado em um conceito democrático de nação e de formação dos trabalhadores da saúde pautada pelas relações sociais [...] O que significa discutir e refletir formas de profissionalização em dimensões de legalização e valorização das profissões. Trata-se ainda da defesa de que para todo trabalhador deve ser garantida a Educação Básica. Este projeto nacional deve contemplar a defesa da Escola Pública (EPSJV, 2005, p. 63).

Articulada às atividades de ensino e de pesquisa já relatadas, a EPSJV produz material didático e livros e revista voltados à difusão de conhecimento na interface trabalho, educação e saúde. Sedia a Secretaria Técnica da RET-SUS e partilha com elas projetos de ensino e pesquisa. Protagonistas na defesa da escola pública voltada à formação de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, as escolas técnicas e os centros formadores do SUS, junto com a EPSJV, têm construído caminhos significativos na história da formação dos trabalhadores da saúde nas últimas décadas.

Ainda numa avaliação do processo de formação de trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde feito pela referida EPSJV destacariamos:

- A busca incessante por ações com base no entendimento da dialética do trabalho ou a práxis humana como a base do conhecimento humano.

- O entendimento de que o profissional da saúde é educado no conflito e na contradição.
- O currículo integrado como meta – o currículo integrado desenvolvido pela EPSJV se caracteriza não só, mas principalmente, como um projeto de ensino médio integrado ao ensino técnico em saúde, tendo como eixos o trabalho, a ciência e a cultura. Para tanto, afirma Ramos (2005, p. 76): deve buscar superar o histórico conflito existente em torno do papel da escola, de formar ou para o trabalho produtivo, e assim, o dilema de um currículo voltado para as humanidades ou para a ciência e tecnologia.
- A busca pela necessidade de superar o currículo por competência, superar a dicotomia entre conteúdos e competências. Segundo Ramos (2005, p. 77.), “compreendendo que o currículo integrado é aquele que tem como base a compreensão do real como totalidade histórica e dialética, não será a pedagogia das competências capaz de converter o currículo em um ensino integral. Isto porque os pressupostos epistemológicos que a fundamentam opõem-se radicalmente ao que sustentamos em nossa abordagem”.
- A busca por sistemas democráticos de avaliação e tomadas de decisão – do ponto de vista de gestão da educação, a EPSJV possui câmaras técnicas de ensino e pesquisa e desenvolvimento tecnológico, onde situações institucionais, de projetos de cursos e pesquisas são analisadas. Essas análises são encaminhadas para um outro espaço coletivo, denominado de Conselho Deliberativo (CD), onde encaminhamentos são deliberados. As discussões da Câmara Técnica de Ensino são alimentadas pelos conselhos de classes, reuniões de coordenadores de cursos e outros espaços possíveis de construção democráticas já consagrados e que fazem com que situações sejam analisadas/deliberadas.
- A busca de uma formação dos trabalhadores, no que tange à educação dos sentimentos, sentidos e sensibilidades, como potencial de desenvolver a criação. Isso não pode se confundir com o ideário de competência do “*saber ser*” que também menciona a educação da sensibilidade dos trabalhadores, mas voltada a adaptação ao existente.
- A compreensão de que o trabalho como princípio educativo, no movimento de repensá-lo na vida contemporânea, não se reduza somente ao trabalho como princípio pedagógico, que, por sua vez

não se confunda como o ativismo do aprender fazendo. É igualmente uma procura, de superação do princípio do trabalho com o entendido e proclamado pelo escolanovismo. Uma das traduções dessa busca, na prática, diz respeito a encarar esse trabalho como um método de investigação e conhecimento.

- A adoção da concepção gramsciana de que a escola se estrutura a partir da luta de classes inscrita nas relações sociais.
- A concepção teórico-metodológica de que “partir da realidade do aluno”, da “realidade dos serviços de saúde”, só terá validade no processo educativo se forem abordados criticamente, sem idealismo.
- Dentro dessa postura metodológica, o senso comum e a realidade complexa e diferenciada sempre serão o ponto de partida para se construir uma visão crítica da realidade. O senso comum e suas representações precisam ser submetidos a uma crítica rigorosa, aprendendo assim sua aparência de coisa “natural” e “verdadeira”. Isso não significa desconsiderar ou desqualificar as diversas culturas, das classes e grupos sociais que vivem o cotidiano histórico, quer na cidade, quer na escola e nos serviços de saúde. Implica ir além do senso comum, articulando teoria e prática em níveis mais exigentes. Não se conclua, porém, que a crítica do senso comum e das representações da vida cotidiana deva caminhar, de forma exclusiva, para uma teoria que se queira apenas científica, excluindo da experiência humana a cultura, a ética – enfim, a variedade da vida social.
- A interlocução com centros de excelências das áreas temáticas abordadas.
- As tentativas incessantes de ajudar a construir políticas públicas de educação, de educação profissional em saúde e de trabalho junto às entidades governamentais.
- O caráter instituinte da iniciação científica no ensino técnico de nível médio, como fator a favor de um ensino qualificado, o fato da EPSJV estar inserida numa instituição de saúde, ciência e tecnologia.

Avaliação diagnóstica de formação em saúde para as ciências humanas e sociais, no âmbito da graduação: primeiras aproximações

No cenário da formação em saúde, no âmbito do ensino superior, o debate sobre a (im)possibilidade dessa graduação é recorrente. Se, na área biomédica, cursos como enfermagem e nutrição resolveram,

ou pelo menos deram solução provisória, de criação de uma habilitação em saúde pública ou saúde coletiva, nos cursos da área de humanas e sociais isto não acontece, restando para esses cursos apenas a pós-graduação.

Às experiências de habilitação em saúde pública e/ou coletiva em graduações na área biomédica já citadas, soma-se a busca de maior integração entre os conteúdos, a fim de garantir a integralidade curricular tão almejada e cara ao combate da fragmentação dos conteúdos.

Dito isso, a questão que nos impulsiona pode ser assim explicitada: quais são as possibilidades – pertinência e viabilidade – de uma formação em saúde pública ou coletiva para as áreas das ciências humanas e sociais, ainda na graduação?

Talvez a melhor forma de se iniciar essa avaliação diagnóstica seja apresentar argumentos postos em cena, relacionados à pertinência e viabilidade de um curso de graduação em saúde pública ou coletiva. Dentre os argumentos contra ou a favor da criação do curso, duas considerações merecem ser destacadas: a primeira argumenta contra a criação do referido curso, pois entende que isto vai de encontro ao próprio conceito ampliado de saúde, apartando uma área de conhecimento, uma prática social que deve ser pensada com aporte de conhecimentos diversos e articulados, o que significa, em outras palavras, retrocesso no caminho feito pela produção de conhecimento da saúde pública e coletiva nas últimas décadas. A segunda argumentação, agora a favor da criação de um curso graduação na saúde, é a da necessidade de se despertar e formar, em nível de graduação, profissionais para atuarem nos problemas e produzirem conhecimento nesta prática social, permitindo ingresso mais rápido no mundo do trabalho em saúde.

Ainda que a posição final tanto as separe, ambas as considerações acima apresentadas desvelam premissas reais, concretas e imaginárias (no sentido da capacidade de instituir e ser instituída) pertinentes.

A partir da afirmativa acima, construímos nossa possibilidade em forma de questionamento: de que maneira podemos ter uma formação para a saúde pública ou coletiva, ainda na Graduação, sem correr o risco de voltar a compartimentar o conceito de saúde ampliada? Avaliando os passos iniciais desta reflexão, temos como resultados provisórios da avaliação, algumas premissas que nos parece pertinente ressaltar:

- a integralidade na educação como base da proposta;
- o entendimento da saúde como prática social e que, como a educação, se fundamenta nas diversas áreas dos conhecimentos científicos;
- a relação forma/conteúdo na organização curricular, proporcionando integração entre os conceitos.

Diante dessas premissas, há a possibilidade de pensarmos para os cursos de graduação na área das ciências humanas e sociais propostas a serem avaliadas. Não um curso de graduação, mas dentro da maioria dos cursos (história, geografia, ciências sociais) a possibilidade de uma habilitação em saúde pública ou coletiva e/ou em nível de bacharelado. Isso poderia ser também proposta para cursos da área Biomédica, como, por exemplo, a biologia que não tenha ainda construído uma habilitação em saúde pública.

Lembremos que cursos da área das humanas e sociais, como história, geografia e ciências sociais, possuem habilitações em licenciatura (que garantem o exercício do magistério) e bacharelado. A possibilidade de uma “profissionalização” ou habilitação em saúde pública ou Coletiva na Graduação pode então ser construída de modo a configurar nos cursos das humanas e Sociais uma terceira opção, ficando então licenciatura, bacharelado e habilitação em saúde Pública. A dificuldade, do ponto de vista da legislação,⁶ seria estabelecer um reconhecimento da Saúde Pública como um grau para o qual seriam oficialmente emitidos diplomas. Isto requer uma luta política, mas não invalida a existência dessa possibilidade.

O currículo dessa habilitação deveria ser pensado, construído e ministrado pelos institutos de Medicina Social, Saúde Pública e Saúde Coletiva, em instituições públicas, em convênio com as faculdades que ministram os cursos interessados.

A ampliação da iniciação científica de alunos dos cursos de Graduação nas áreas de ciências humanas e sociais nos institutos de Saúde Coletiva.

Por fim...

O que se fez neste estudo – os resultados obtidos tanto da avaliação de experiências já bem-sucedidas de formação técnica em saúde, quanto na avaliação de um “início” de proposta de formação em saúde pública ou coletiva ainda na graduação – partiu do entendi-

mento da avaliação como um processo baseado no diálogo como espaço crítico, sem abrir mão do conflito e sem perder de vista o consenso construtivo, sendo esse o sentido e a concepção de avaliação formativa aqui adotada. Um dado singular em relação à avaliação formativa aqui apresentada é o fato de ela se referir também à avaliação de projetos institucionais, de cursos e de concepções de formação de trabalhadores. Essa ressalva se faz necessária na medida em que a maior parte da literatura produzida sobre a avaliação formativa diz respeito a sua influência no processo ensino-aprendizagem.

É igualmente importante reforçar que a avaliação da formação em saúde, em nível de graduação, se configura como um diagnóstico, portanto provisório, no qual as vozes sociais envolvidas devam refletir a questão A avaliação, como processo que produz conhecimento, parte do pressuposto de que o conhecimento não é um conjunto inato de informações prévias e já estabelecidas. Ou seja, o conhecimento é construído socialmente através de processos de aprendizagem, onde teorias e práticas se relacionam, acumulando experiências.

No caso da avaliação educacional aqui construída, há adoção do pensamento marxiano sobre a educação/formação humana – tão recorrente no pensamento crítico educacional – que nos diz que a educação é processo em espiral onde as circunstâncias produzem um tipo de sociedade e de homem que, quando educado, pode alterar essas circunstâncias, criando um novo tipo de homem e de sociedade, que avance de modo consistente e construtivo, dando importantes passos adiante.

Referências

- ADORNO, T. Educação e Emancipação. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995
- AUSUBEL, D. *A aprendizagem significativa*. São Paulo: Moraes, 1982.
- BAHKKTIN, M. Marxismo e Filosofia da Linguagem. São Paulo: Hucitec, 1988
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. *Recursos humanos para serviços básicos de saúde*. Brasília: MS, 1982.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *O Projeto Político Pedagógico da EPSJV*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2005.
- FIDALGO, F.; MACHADO, L. *Dicionário da educação profissional*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação/Faculdade de Educação/UFMG, 2000.
- FRIGOTTO, G. Trabalho como princípio educativo: por uma superação das ambigüidades. *Boletim Técnico do Senac*, v. 11, n. 3, p.3, set.-dez., 1985.

- FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. *Ensino médio integrado: concepções e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.
- HARTZ, Z. Comunicação pessoal. Reunião do Grupo de Estudo do LAPPIS. Rio de Janeiro, julho 2006.
- HELLER, A. *Sociologia de la vida cotidiana*. Barcelona: Península, 1977
- LUCKESI, C.C. Avaliação da aprendizagem escolar. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- PEREIRA, I. B.; STAUFFER, A. *A formação das qualidades sensíveis do trabalhador como conteúdo do ensino médio*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006 (Temas do Ensino Médio: Formação).
- PEREIRA, I. B. A Formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde. Tese (Doutorado) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação, História, Política e Sociedade, Pontifício Universidade Católica, São Paulo, 2002.
- PEREIRA, I. B. Tendências curriculares nas escolas de formação técnica para o SUS. *Revista Trabalho Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.123, março 2004.
- PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 (Coleção Temas de Saúde).
- RAMOS, M. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- RAMOS, M. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. *Ensino médio integrado: concepções e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 77
- SAVIANI, D. O choque teórico da politecnia. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 1, ano 1, p. 11, março 2003.

Notas

¹ Luckesi (1999), por exemplo, diferencia julgamento e avaliação, entendendo o primeiro como uma circunstância do ponto de vista, certo ou errado, sim ou não, Para o autor, a avaliação toma a circunstância, a situação ou pessoa; reconhece-a como é (diagnostica) para agir, para modificá-la.

² No âmbito da legislação atual, a educação profissional, prevista no art. 39 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação, será desenvolvida por meio de cursos e programas de: I - formação inicial e continuada de trabalhadores; II - educação técnica de nível médio; e III- educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação.

³ Trabalho complexo – segundo Fidalgo e Machado (2000, p. 336), “difere do trabalho simples, pois requer formação sistemática e esforços do trabalhador em atividades especiais de formação profissional”. Trata-se, portanto, de um trabalho que se destaca pela sua diferença qualitativa.

⁴ Pereira (2004). O que questionamos é, entre outros pontos, o fato de ser atribuída ao currículo por Disciplinas uma linearidade rumo à fragmentação e como seguidor do ideário positivista. Ou seja, na “história do currículo por disciplina” não há contradições? A influência do ideário positivista é só no currículo por disciplina e não na construção e na reprodução do conhecimento de uma maneira geral? O currículo que privilegia os processos de aprendizagem está isento dessa influência? O conhecimento adquirido através da experiência cotidiana do trabalho, da vida de um modo geral, também é impermeável ao processo de

desumanização produzida sob a égide do capitalismo? O não isolamento dos conteúdos não pode estar presente no currículo integrado? A formação precária do corpo docente e as condições objetivas do trabalho educativo desaparecem ou mesmo são amenizadas no Currículo Integrado? Nos parece que o desejo de um currículo voltado às condições sociais, econômicas, culturais e atento aos processos de individuação e de aprendizagem merece todo um repensar transformados em propostas, mas sem idealização.

⁵ Ramos (2001) constrói interessante análise ao situar a “pedagogia das competências” entre o condutivismo e o construtivismo, apresentando que essa pedagogia tem suas práticas curriculares centradas nas competências baseadas em conhecimento técnico e interesses e experiências dos sujeitos e o ensino centrado nos métodos ativos. a autora mapeia as tendências analíticas que associam a “pedagogia das competências” ao condutivismo; ao construtivismo e às mudanças econômico-sociais contemporâneas. em relação a associação com o condutivismo.

⁶ Até então em relação à graduação, nos diz texto do Ministério da Educação: cursos que preparam para uma carreira acadêmica ou profissional podendo estar ou não vinculados a conselhos específicos. São os mais tradicionais e conferem diploma com o grau de Bacharel ou título específico (ex.: bacharel em Física), licenciado (ex.: licenciado em Letras), tecnólogo (ex.: tecnólogo em hotelaria) ou título específico referente à profissão (ex: médico). O grau de bacharel ou o título específico referente à profissão habilitam o portador a exercer uma profissão de nível superior; o de Licenciado habilita o portador para o magistério no ensino fundamental e médio. É possível obter o diploma de bacharel e o de licenciado cumprindo os currículos específicos de cada uma dessas modalidades. Os cursos de graduação podem oferecer uma ou mais habilitações. As diretrizes curriculares dos cursos de graduação conferem legitimidade ao processo de definições quanto à definição dos currículos de cursos por meio da autonomia das IES.

A importância da clínica na atenção primária: a estratégia de formação da Universidade Federal do Acre

RODRIGO SILVEIRA
OSVALDO LEAL

Reconhecemos uma relação imprescindível para a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente no contexto da atenção básica, cujo debate não estava sendo colocado, e está finalmente sendo constituído como ponto de pauta fundamental da saúde coletiva: a clínica.

O objetivo deste breve relato é contextualizar a discussão dentro do novo cenário de mudanças na educação médica, considerando a clínica como objeto também a ser transformado e trazendo a realidade do ensino da clínica no cenário da atenção básica do curso de medicina da Universidade Federal do Acre. Trata-se de uma escola nova, que teve seu início em 2002, e que apresenta um currículo inovador, de acordo com as novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina (BRASIL, 2001).

No contexto atual da reforma sanitária brasileira, a organização do modelo tecnoassistencial, desde 1994 e principalmente após 1997, tem como base a Estratégia Saúde da Família, colocando a atenção básica como prioridade e como eixo que baliza a rede de cuidados do SUS. Num dos documentos-chave do Ministério da Saúde para a instalação da estratégia, outrora “programa”, datado de 1997, coloca o Programa de Saúde da Família como um modelo substitutivo do já existente e afirma que o modo de atuação dentro do programa deve seguir os preceitos da “vigilância à saúde” (BRASIL, 1997).

Franco e Merhy (1999), numa primeira análise crítica no início da aplicação da estratégia, apontam que a atuação baseada exclusivamen-

te na vigilância à saúde deixa a clínica em segundo plano, o que poderia dificultar a resolutividade desse âmbito do sistema de saúde e comprometer os objetivos iniciais do programa. Segundo os autores, assim o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto”, dependentes.

O exercício da medicina e sua essência, a clínica, vêm sendo objeto de análise desde que o modelo centrado na doença e nos procedimentos se tornou hegemônico. Alguns autores (LUZ, 1997; SILVA JUNIOR, 1998) apontam o fato como um dos fatores principais do que se denomina de “crise da saúde”. Essa crise se traduz num encarecimento desenfreado do setor saúde, com baixa resolutividade e baixo impacto nos indicadores de saúde.

A partir do século XVII, num contexto de objetivação da ciência, quando houve a abertura dos cadáveres e a associação necessária entre doença e lesão corporal, os processos de sofrimento foram sendo reduzidos a mecanismos fisiopatológicos. Toda a lógica da clínica se pautou nesses conceitos, afastando-se da principal razão da sua existência, que é o alívio do sofrimento, e seus praticantes, os médicos, foram deixando progressivamente à margem a subjetividade de seus pacientes, que então só passaram a importar como carreadores da doença. A medicina passa a ter como características o mecanicismo, o reducionismo, o biologicismo, a causalidade linear e a ênfase nas doenças e não nas pessoas. Esse conjunto de características configura o modelo biomédico ou anátomo-clínico (FOUCAULT, 1994).

No plano das relações, o exercício da clínica é atualmente marcado por relações superficiais centradas nas queixas, num encontro pontual entre profissional e paciente, onde não há a menor pretensão de formação de vínculo interpessoal. É claro que, apesar da hegemonia desse modelo, existem profissionais que mantêm em sua prática um atendimento mais integral, centrado na pessoa. Este é, por exemplo, o modelo exercido por profissionais que praticam as medicinas tradicionais como a homeopatia e a acupuntura, embora a visão integral não seja prerrogativa apenas dessas práticas. Mesmo nas práticas alopáticas existem profissionais que, por princípio, exercem uma medicina mais humanizada, tendo na integralidade e no cuidado suas bases de atuação. Pinheiro e

Guizardi (2004) ressaltam que já são inúmeras experiências criativas e inovadoras que acontecem no cotidiano das práticas e efetivamente se traduzem na busca pela melhoria da atenção à saúde no país.

Cunha (2005) tem utilizado o termo “clínica ampliada” para designar uma prática médica centrada no sujeito e no cuidado, contrapondo-se a uma prática exercida de acordo com o modelo biomédico. Neste trabalho não utilizamos tal denominação, apesar de concordarmos com os conceitos subjacentes, por dar a impressão de que a clínica, em sua ampliação, deveria incorporar aspectos que não seriam intrínsecos a ela, e o são idealmente. Então não seria estritamente necessário incorporar o termo “ampliada”.

Consideramos a clínica, neste relato, de acordo com as considerações de Favoreto (2004), a essência da clínica se explica no cuidado ou na resposta ao sofrimento e às incertezas advindas de processos que limitam a capacidade de se caminhar nos projetos de vida.

A implantação da Estratégia Saúde da Família e sua consolidação em curso vêm propiciando um lócus privilegiado de vivências capazes de modificar o modelo e ampliar a parcela de profissionais que têm uma prática médica diferente. Para isso é necessário ampliar a discussão acerca do modelo de medicina praticada e os determinantes do modelo biomédico, sendo necessárias ainda novas formulações teóricas para a legitimação social de um novo modelo (FAVORETO, 2004). Como alerta, Silva Junior (1998) diz que é possível, mesmo num contexto inovador das práticas, reproduzir o modelo hegemônico nas unidades básicas ou até nas casas das pessoas.

As mudanças recentes no modelo tecnoassistencial têm gerado movimentos de mudanças na formação médica, o que se configura como estratégia potente para a consolidação do próprio modelo (LAMPERT, 2002). Neste sentido os dois movimentos mais importantes de transformação curricular que apontam para as mudanças da clínica são: a inserção dos estudantes na comunidade e no sistema de saúde desde o início do curso, e a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem dentro do SUS (CAMPOS *et al.*, 2001; CIAMPO; RICCO, 2003; GONÇALVES; MORAES, 2003).

O primeiro aspecto se mostra como grande potencializador da mudança de visão do médico, pois propicia que, desde o início do curso médico, os estudantes vivenciem espaços capazes de contribuir

no aprendizado de questões que dizem respeito ao domínio afetivo. Ou seja, as experiências e vivências junto às famílias das comunidades e em situações que ocorrem no dia-a-dia do sistema de saúde são capazes de “afetar” o estudante, no sentido da apropriação da realidade e da identificação de necessidades reais da população, podendo resultar na formação de um médico mais consciente e comprometido socialmente. Desta forma, abre-se o caminho para um dos grandes objetivos almejados quando se fala em transformação do ensino médico, que é a compreensão ampliada do processo saúde-doença, e permite que haja equilíbrio entre excelência técnica e relevância social do processo de formação.

O segundo aspecto permite ao estudante o aprendizado de técnicas em diferentes locais de atuação do médico, já que a enfermagem está longe de ser o local predominante do exercício da medicina, e o ensino da clínica esteve praticamente restrito a este âmbito de atuação. É de fundamental importância que o estudante vivencie o espaço do ambulatório como lugar importante de formação, já que representa o locus principal de atuação médica no SUS.

Várias escolas vêm adotando a inserção no SUS como estratégia de formação, já que, num cenário tradicional, os hospitais universitários pouco avançaram em sua inserção no sistema e não é desejada para a formação uma unidade modelo, distanciada da realidade dos serviços. É no cerne do SUS que os estudantes de medicina podem apreender essa realidade. Práticas importantes como o trabalho em equipe, com a valorização dos demais profissionais de saúde, têm no SUS sua concepção e local onde são realizadas.

O desafio que se apresenta no momento é como adequar o ensino da clínica às novas realidades, tanto dos serviços quanto da formação médica, no sentido de um novo modelo de atuação médica que contribua para a melhoria da assistência à saúde.

O ensino da clínica no contexto da atenção básica na Universidade Federal do Acre

O curso de medicina da Universidade Federal do Acre iniciou suas atividades em 2002, no bojo das transformações da educação médica advindas do processo de avaliação das escolas e da implantação das novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina.

Como formação de um alicerce consistente para o início, três ações estruturantes foram implantadas: a criação dos programas de residência médica no âmbito da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), que impulsionou uma reordenação das atividades para a integração docente-assistencial, principalmente com a organização dos serviços; a realização de convênios com as Universidades de Brasília e Federal da Bahia, para mestrados interinstitucionais, tendo como objetivo a formação de docentes; e a criação do Centro de Formação em Saúde da Família do Tucumã (CFSF-Tucumã), principal campo de prática na atenção básica.

O CFSF-Tucumã é formado por três módulos de saúde da família e uma policlínica de referência. Nos módulos, as equipes são compostas e atuam nos moldes do Programa de Saúde da Família, sendo o médico da equipe também professor da UFAC, com formação específica ou experiência na área da Medicina de Família e Comunidade. Na policlínica atuam médicos nas grandes áreas (pediatria, clínica médica e tocoginecologia), e profissionais das áreas de psicologia, nutrição e odontologia, compondo a equipe de matriciamento que apóia as equipes de saúde da família.

As atividades na atenção básica ocorrem desde o primeiro período, com disciplinas até o sexto período, formando um eixo de atuação nesse âmbito do sistema de saúde, com predominância de estágios e aulas práticas ou teórico-práticas, e carga horária que permite a formação de vínculo entre as turmas e a comunidade. Além disso, ainda há o Estágio Rural no nono período, realizado no município de Plácido de Castro, na fronteira com a Bolívia, e o internato em Medicina de Família e Comunidade.

No início do curso cada turma adota uma das comunidades adstritas aos módulos de saúde da família, tendo cada dupla de estudantes a responsabilidade de acompanhar de 20 a 40 famílias durante dois anos. O acompanhamento das mesmas pessoas por um tempo considerável possibilita que, além das aulas e discussões acerca da relação médico-paciente, cuidado, vínculo e longitudinalidade, os alunos possam vivenciar esses aspectos que são de suma importância para o desenvolvimento de uma clínica de qualidade.

Neste contexto o aprendizado da clínica acontece desde o primeiro período, de forma gradativa e em tutorias com pequenos grupos. Os

estudantes fazem visitas domiciliares e posteriormente se reúnem com os tutores para discutir os fatos acontecidos e problemas encontrados. No processo de debate há o enfoque ampliado sobre as situações vivenciadas, os problemas e sobre a abordagem dos processos de adoecimento das pessoas. Um exemplo concreto desta atividade foi vivido por uma dupla de estudantes que visitou uma família cuja filha tinha febre reumática. Na discussão com o tutor houve um debate que considerou desde as implicações sociais e familiares envolvidas no processo de adoecimento até aspectos de tratamento e prevenção, passando pelos processos fisiopatológicos relacionados ao problema.

Durante o acompanhamento das famílias, pode ocorrer em determinada época a necessidade de consulta médica, encaminhamentos a especialistas, realização de exames complementares ou algum procedimento, como parto ou cirurgia. Os alunos são estimulados a acompanhar as pessoas, desde que haja consentimento, nas consultas e procedimentos em qualquer local do sistema de saúde. Desta forma eles começam a ter a noção da importância da complementaridade do sistema e as principais dificuldades para tal, além de fortalecer o vínculo com as pessoas, que freqüentemente se sentem mais seguras e bem cuidadas.

O papel do tutor é crucial nesse modelo de ensino-aprendizagem. Tem sido privilegiado o ensino em pequenos grupos (idealmente de oito alunos), orientados por um tutor fixo. As diversas oportunidades de contato e debate entre o grupo de alunos e os tutores possibilitam que o aprendizado se dê de forma gradativa e que o foco seja a pessoa no contexto da família e da comunidade, e não a doença, como tradicionalmente ocorre. O modelo é centrado no aluno, ou seja, este assume papel de protagonista do seu processo de formação, tendo o professor (tutor) o importante papel de problematizar as situações, apontando caminhos a serem trilhados pelo grupo.

O quinto período representa um momento crucial do curso. São apenas duas disciplinas de 330/360 horas: Semiologia Médica e Saúde da Família Aplicada. A integração entre essas duas disciplinas possibilita que haja diversificação dos cenários de aprendizagem da semiologia, já que há também o ensino em ambulatório (nos módulos de saúde da família) e na comunidade, sendo também capaz de tornar mais humana a prática no hospital.

Os conteúdos e habilidades trabalhados no ensino da semiologia médica são ampliados em questões que geralmente não são ensinadas nos cursos mais tradicionais. São exemplos, a aprendizagem da construção do heredograma familiar (genograma) – que auxilia na compreensão das relações familiares, bem como de problemas transmitidos hereditariamente – a avaliação funcional do idoso, importante ferramenta a ser aprendida, dada a necessidade de preparação específica para o cuidado das pessoas dessa faixa de idade, e as habilidades das propedêuticas obstétrica do pré-natal e pediátrica da puericultura, que geralmente são ensinadas sem a necessária contextualização e conseqüente redução a tema de aula expositiva, nas disciplinas específicas.

Neste período a turma é distribuída nos três módulos de saúde da família e os alunos assumem papel de destaque na equipe de saúde, incorporando-se por um ano na rotina de atividades. O estágio em ambulatório é privilegiado, sendo os principais o ambulatório geral, realizado pelo médico de família, o pré-natal de baixo risco, realizado pelo médico ou pela enfermeira, as ações de puericultura e vigilância nutricional. Há especial ênfase no acompanhamento dos idosos e no controle de pessoas com hipertensão e diabetes.

Dois momentos de discussão teórico-prática acontecem nesse período: a discussão de família, onde são abordados os diversos aspectos da família, as relações e os problemas de saúde implicados, e a sessão integrada, que ocorre em conjunto com professores da disciplina de Patologia Clínica, sendo enfocada a patologia no contexto do acompanhamento da pessoa. Apenas um momento de seminários teóricos ocorre nessa disciplina, abordando conteúdos de propedêutica e problemas prevalentes na atenção básica.

O sexto período é uma continuação do quinto, na disciplina Saúde da Família Especial, de 330 horas, sendo que nesse momento os acadêmicos passam também a fazer ambulatórios na policlínica de referência nas áreas de clínica médica, pediatria e tocoginecologia, e também ambulatórios de pequenas cirurgias na FUNDHACRE. Nesse período, além de vivenciar as práticas clínicas das diferentes áreas médicas, os alunos têm a possibilidade de acompanhar pessoas em processo de interconsulta, sendo possível visualizar as linhas de cuidado existentes dentro do sistema.

Como integração entre as disciplinas do período, realizam-se atividades conjuntas com a disciplina de Infectologia, acerca dos temas que são importantes na atenção básica, e ocorrem semanalmente sessões clínicas com a participação de professores da disciplina de Farmacologia – são as sessões terapêuticas – em que os estudantes levam casos de pessoas das unidades onde eles atuam e há discussão ampla com os professores da área da Medicina de Família e Farmacologia, havendo ao final apresentação sobre a terapêutica adotada.

Ao final deste ciclo, os alunos organizam pequenos simpósios sobre temas amplos e importantes para atenção básica: uso e abuso de drogas, hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, violência doméstica e câncer, como exemplos. Nesses eventos há a participação de profissionais de várias áreas, de usuários e de participantes do movimento social, no sentido de haver debate ampliado sobre os temas.

Os estágios e atividades do quinto e sexto períodos têm ênfase predominante na clínica, tendo como foco o cuidado, o vínculo e a co-responsabilidade. No sétimo período ocorrem quatro disciplinas: Clínicas Médica, Cirúrgica, Pediátrica e Obstétrica. Estas têm no âmbito hospitalar o principal foco de atuação, sem abdicar das atividades ambulatoriais. Desta forma há uma progressão de atividades clínicas que se iniciam na comunidade, passam pelas unidades básicas, pela policlínica e ocorrem também nos hospitais de referência, havendo então diversificação dos campos de prática com ênfase na medicina ambulatorial.

No estágio rural do nono período os alunos fazem uma incursão no sistema municipal de saúde de um município de fronteira (Plácido de Castro) situado a 96 quilômetros da capital (Rio Branco), onde ocorrem estágios nos diversos âmbitos do sistema, inclusive na instância de gestão municipal.

Como a primeira turma do curso está atualmente no nono período, as atividades de internato ainda não estão acontecendo, e sua realização se encontra em fase de debates.

Considerações finais

A coincidência histórica da reorientação da formação de médicos constante nas novas diretrizes curriculares (BRASIL, 2001), com o início do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, ofe-

receu a possibilidade de construção do projeto político-pedagógico baseado nas novas diretrizes curriculares.

Por um lado, esse movimento inicial contribuiu para dirimir dúvidas e resistências do corpo docente do curso, na medida em que se estabeleceu dentro do grupo intenso debate, não apenas no sentido de construção do próprio referencial mas sobretudo na operacionalização do currículo. Teve, por outro, efeito contrário no corpo discente, seguindo-se de intensa reação dos mesmos, apoiados à época pela corporação médica e setores da universidade, de grande repercussão na sociedade e intensa cobertura da mídia. Caracteriza-se, em linhas gerais, pela desqualificação do projeto político-pedagógico proposto, mais especificamente com relação à atuação na atenção básica e inserção na comunidade, ao tempo em que, enquanto movimento, negou-se a estabelecer diálogo qualificado na busca de soluções para as questões apresentadas. Tal situação, no entanto, já foi vivenciada em escolas médicas que iniciaram processos de mudanças curriculares, anteriores, inclusive, às novas diretrizes curriculares, relatadas e/ou discutidas por Feuerwerker (1998 e 2002) e Lampert (2002).

Desta forma, num primeiro momento as trajetórias de apropriação do projeto político-pedagógico e operacionalização do mesmo seguiram trajetórias opostas, considerando principalmente o corpo docente e discente do curso de medicina e a conseqüente a instalação da crise. Esta vem sendo superada com a aproximação gradativa entre docentes e discentes em torno do projeto político-pedagógico do curso e a conseqüente legitimação dos campos de prática da atenção básica, a necessidade de atuação na comunidade, nos espaços de gestão e controle social.

A principal limitação é inerente à própria juventude do curso. No entanto, a pouca experiência na execução do projeto tem sido o maior estímulo à união do grupo, a busca de soluções para resolução dos problemas e a abertura para atuação em conjunto com universidades e grupos pesquisa com experiência e produção na área da saúde, bem como para a gestão e o controle social. Configura-se neste contexto a produção coletiva de conhecimentos e práticas a partir do local de atuação, sem abdicar dos conhecimentos acumulados historicamente no processo de evolução das práticas de saúde e criando, a partir destes referenciais, ambiente propício ao desenvol-

vimento de novas tecnologias de ensino-aprendizagem com potencial transformador da própria prática.

A opção pela construção do projeto político-pedagógico do curso, “viceralmente” ligado ao sistema de saúde e sua estruturação e operacionalização, significadas a partir das necessidades reais de saúde da comunidade, tem como uma das principais estratégias a valorização da clínica durante o curso e o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno, e propicia participação ativa, modificadora e (re)estruturante do próprio sistema. Provavelmente se configurará numa das principais e mais relevantes contribuições do curso para o debate em torno da formação médica, mais especificamente relacionada e focada nas necessidades da Região Amazônica.

Justifica-se pela necessidade de desenvolvimento e aplicação de conhecimentos voltados à região, mas sobretudo pelo compromisso e responsabilidade assumidos por um curso de medicina situado em um estado da Região Amazônica do Brasil – o Acre – localizado no extremo oeste do país, limite com os estados do Amazonas e Rondônia, fronteira com Bolívia e Peru, praticamente coberto pela Floresta Amazônica e povoado, desde sua constituição, por homens e mulheres cujo passado de lutas e conquistas sociais nos inspiram, fortalecem e nos movem, no sentido de consolidar o princípio constitucional do direito à saúde como direito de cidadania, e a consequente necessidade de formação de trabalhadores da saúde conscientes desse compromisso e partícipes da mudança.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS, 1997.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Resolução CNE/CNS, 7 nov. 2001. Brasília (DF): MEC/Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação; 2001.
- CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-9, 2001.
- DEL CIAMPO, L. A., RICCO, R. G. O Internato do Curso de Medicina e o Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 50-4, 2003.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

- FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida a produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- _____. *Além do discurso de mudanças na educação médica*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- FOUCAULT M. *Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-line, 1999.
- GONÇALVES, M. B., MORAES, A. M. S. M. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 83-90, 2003.
- LAMPERT, J. B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- LUZ, M. T. *Novos paradigmas em saúde*. Rio de Janeiro, 1997 (mimeo).
- PINHEIRO R.; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.
- SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.



A experiência do Hospital Sofia Feldman na construção da rede serviço-ensino no contexto da saúde perinatal

ELYSÂNGELA DITZ DUARTE
ERIKA DA SILVA DITZ
LÉLIA MARIA MADEIRA
TATIANA COELHO LOPES

Introdução

A formação acadêmica, por muitos anos, foi entendida como a principal fonte de conhecimento a ser aplicado à prática em saúde, pressupondo que apenas o conhecimento teórico alimentava as transformações do cuidado. A partir da década de 80 surge a preocupação com a integração docente-assistencial (FEUERWERKER *et al.*, 2000), mas ainda com forte valorização do ensino acadêmico, em detrimento do serviço. Somente nos últimos anos, num esforço conjunto para atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), constata-se a inadequação da formação profissional, em todos os seus níveis, para atender às necessidades do SUS, sendo a academia insuficiente para as transformações e avanços esperados. Tais constatações desencadeiam discussões sobre a necessidade de mudanças na formação dos profissionais da saúde, especialmente no âmbito do Ministério da Saúde e das instituições formadoras.

No bojo das iniciativas voltadas à melhoria da qualidade da assistência à saúde, em 2004 é aprovada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 198 (BRASIL, 2004, p. 1-2), e, dentre seus considerandos, pode-se destacar:

a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde;

Assim, reacende-se a discussão sobre a formação na área da saúde, porém com reflexões acerca da necessidade de se fazer o caminho inverso, destacando-se e valorizando-se a retroalimentação mútua entre serviço e ensino, na perspectiva de formar profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, trabalhar em equipe, levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade, com vistas à transformação do modelo de atenção, fortalecendo a promoção e a prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde (BRASIL, 2006).

Assim, a educação permanente, considerada como “o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde” é proposta como uma estratégia de consolidação do SUS, entendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004, p. 1-2).

A política de gestão no SUS orienta a educação permanente no trabalho tendo como referência as necessidades de saúde da população e a realidade na qual o indivíduo está inserido. Entretanto, há que se pensar em uma formação crítica e ampliada, que possibilite ao profissional compreender a saúde como uma produção social e a complexidade do seu fazer orientado pela escuta das necessidades da população. Este propósito poderá ser alcançado com “o compromisso com a formação integral do ser, ampliando sua capacidade de compreensão, análise e escolha, deixando-o em melhor condição para o exercício da cidadania e da solidariedade” (SILVA; TAVARES, 2004, p. 273).

No que se refere à atenção integral, constata-se que o termo “integralidade”, ao designar uma das diretrizes constitucionais do SUS, deve ser entendido como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos demais níveis de complexidade da assistência. Traduz, desse modo, o ideário da reforma sanitária brasileira, de luta por uma sociedade mais justa e uma crítica às instituições e às práticas de saúde até então hegemônicas. Pode-se considerá-la como um enunciado de certas características desejáveis das práticas de saúde e da organização dos próprios serviços, contrastando com as práticas e configuração do sistema de saúde existente (MATTOS, 2001 e 2003).

Considerando os diversos contextos de uso da expressão “integralidade”, é possível identificar situações que levam os atores sociais a desejá-la e a lutar por ela. Alguns conjuntos de sentidos da integralidade têm sido utilizados e foram identificados por Mattos (2003) como aqueles que pautam as práticas de saúde, determinam a organização dos serviços e marcam algumas políticas de saúde. Desta forma, pode-se identificar a integralidade na elaboração das políticas de saúde do Estado, orientando a gestão dos serviços nos diferentes níveis de atenção e no agir dos profissionais, no que diz respeito à micropolítica do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. Neste último sentido, surge indicando boas práticas de atenção à saúde dos indivíduos.

Entendida como expressão da boa prática dos profissionais de saúde, a integralidade seria um princípio desejável em todas as práticas, devendo ser utilizada para orientar a formação dos profissionais, para além de sua aplicação no atendimento aos usuários do SUS (MATTOS, 2004).

Assim, verifica-se que a formação tradicional não é eficiente para atender às demandas de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, uma vez que a integralidade se materializa no cotidiano das práticas de saúde, a partir das relações estabelecidas entre os profissionais e aqueles que buscam os serviços de saúde. Portanto, a integralidade deve ser vista como um dispositivo que orienta a formação, apontando a necessidade de um estreitamento entre serviço e ensino, tornando o profissional de saúde capaz de operar transformações no cotidiano do trabalho.

Pretende-se, neste estudo, refletir sobre os determinantes do cotidiano do serviço de saúde nos processos formativos, tendo como cenário o Hospital Sofia Feldman (HSF).

A contribuição do HSF para a construção da rede serviço-ensino

O trabalho em rede, segundo Feuerwerker *et al.* (2000, p. 9), pressupõe a existência de articulação, de conexão entre sujeitos. Portanto, faz-se necessário estabelecer vínculos entre os sujeitos envolvidos, que se articulam não somente para troca de experiência e fortalecimento mútuo, mas principalmente com a finalidade de “enfrentarem problemas concretos e comuns cuja solução não está

ao alcance de cada um.” Esclarecem que redes são organizações multicêntricas cujos nós constituem lugares de articulação entre os sujeitos, que, por meio de ações coletivas, buscam produzir mudanças ou mesmo a sobrevivência de um projeto ou processo inovador.

O HSF, como uma unidade de atenção à saúde da mulher e da criança no período neonatal, tem como princípio a assistência integral e humanizada, centrada na família, que resgate o caráter natural e fisiológico do nascimento. Por entender que os serviços prestados pelo SUS devem ser de excelência, como um direito do cidadão, os gestores buscam permanentemente, com a comunidade e gestores municipais, estratégias de melhoria e de avaliação da qualidade da assistência oferecida. Com essa parceria tem sido possível avançar bastante na criação, ampliação e aperfeiçoamento de tecnologias assistenciais que possam impactar positivamente no cuidado ofertado à população.

Atendendo às definições estatutárias e tendo sua missão e os valores que norteiam a assistência como referência, o hospital se coloca como parceiro na formação de recursos humanos na área da saúde, seja por meio de atividades de ensino, pesquisa ou extensão. Ao longo dos anos, tem sido campo de prática para o ensino clínico para alunos de cursos profissionalizantes, de graduação e de pós-graduação, bem como cenário para a implementação de pesquisas e projetos de extensão universitária.

Refletindo sobre o momento de transição vivido pela sociedade brasileira, onde tanto se fala em cidadania, direitos dos usuários e humanização da assistência, há necessidade de rever os modelos tradicionais de assistência e gestão, buscando-se estratégias inovadoras de ensino e aprendizagem, de práticas em saúde e de participação social que comportem as mudanças desejadas.

Durante sua trajetória no cenário da assistência à mulher e à criança, percebe-se que o hospital tem contribuído para a construção da rede serviço-ensino, constituindo campo fértil de aprendizagem, não só na incorporação de conhecimento, mas sobretudo propondo tecnologias assistenciais inovadoras e criativas, tendo como referência as necessidades dos usuários e a consolidação do SUS.

Na década de 80, no bojo do movimento em prol da “*Saúde para todos no ano 2000*”, cuja tônica era a utilização de tecnologias apropri-

adas, o enfermeiro se destacou no cenário assistencial do hospital, sendo considerado, dentre os profissionais da saúde, por sua formação generalista, o mais preparado para as ações de promoção, especialmente nas áreas da saúde da mulher e da criança. Nesse contexto, o hospital inicia suas atividades assistenciais com uma atuação expressiva desse profissional, na assistência à mulher desde o pré-natal até o puerpério, bem como no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Ao longo dos anos, o trabalho do enfermeiro foi-se fortalecendo e se consolidando no hospital, sendo necessária a estruturação do processo de formação e capacitação desse profissional.

A seguir serão relatadas as experiências de formação implementadas pela instituição que contribuem para a construção da rede serviço-ensino, destacando-se aquelas referentes à enfermagem, pela historicidade de sua inserção na instituição.

O processo de formação na enfermagem

Graduação

Desde a fundação da instituição, a assistência ao pré-natal e ao parto de risco habitual sempre foi da competência do enfermeiro obstetra, cuja formação e atuação têm contribuído para o resgate do parto natural, bem como facilitado o trabalho em equipe e a implementação de tecnologias leves e leve-duras, conforme descritas por Merhy (1997), no cuidado à mulher e ao recém-nascido.

Na perspectiva da integração docente-assistencial, o hospital buscou parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFG), contando com o apoio e atuação efetiva de seus docentes. Em 1986, foi iniciado o estágio curricular dos alunos da EE-UFG na maternidade do hospital, o que propiciava a realização do cuidado integral e humanizado pelos discentes, com participação efetiva de alguns docentes. Deve-se ressaltar que, naquele momento, esta era a única maternidade utilizada como campo de prática da Escola de Enfermagem que permitia a atuação de alunos do sexo masculino em suas dependências. Assim, a abertura e manutenção desse espaço para o ensino clínico se configuraram como importante conquista para a formação de enfermeiros especialistas, iniciada posteriormente.

O estágio obrigatório de alunos de graduação em enfermagem da UFMG tem sido mantido nas dependências do hospital até o presente momento e, a partir da elaboração de critérios, foi aberto o espaço para outras cinco escolas de graduação em enfermagem. A definição de tais critérios foi motivada pelas freqüentes discussões estabelecidas com docentes da EE-UFMG acerca das estratégias de inserção do aluno de graduação no campo e de como favorecer o aproveitamento das oportunidades de aprendizagem oferecidas pelo hospital, apesar das restrições curriculares.

Especialização em enfermagem obstétrica

No final da década de 90, tanto o hospital quanto a EE-UFMG se defrontavam com a exigência legal de terem o enfermeiro especialista em obstetrícia na sua equipe, pois, devido à exigência da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986), somente o enfermeiro obstetra pode atuar na assistência ao parto normal, sem distócia. Desse modo, a ausência desse profissional inviabilizava a proposta assistencial do hospital, bem como o ensino da assistência ao parto e nascimento, inerente ao currículo da graduação.

O primeiro curso de especialização em enfermagem obstétrica, oferecido pela EE-UFMG em parceria com o hospital, foi iniciado em 1999, na modalidade de residência, acreditando que esta seria a modalidade que mais se adequaria à capacitação dos profissionais mencionados. O curso foi oferecido pela Escola de Enfermagem, porém toda a prática foi e continua sendo realizada nas unidades de cuidado do hospital, com a participação de enfermeiros do serviço, tanto no ensino teórico-prático como no gerenciamento do curso.

A iniciativa constituiu importante estratégia de formação e capacitação de profissionais, especialmente dos enfermeiros do corpo clínico do hospital, pois nesse mesmo período o Ministério da Saúde intensificou a política e os programas voltados à atenção à mulher e ao recém-nascido, com vistas à humanização da assistência e utilização de tecnologia apropriada para o nascimento, indicando a atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto e nascimento como uma dessas medidas.

Ao longo dos anos, em consonância com a tendência nacional, especialmente devido ao incentivo e apoio financeiro oferecido pelo

Ministério da Saúde para alguns cursos, está sendo oferecido o nono curso, contabilizando mais de 100 especialistas egressos. Estes estão inseridos em maternidades de Belo Horizonte, da Grande Belo Horizonte e em cidades do interior do Estado de Minas Gerais. Muitos são trabalhadores de Programas de Saúde da Família, da Grande Belo Horizonte e de diferentes cidades do estado. Há informação de alguns que estão atuando na docência da graduação em enfermagem e em gerência de serviços de saúde de alguns municípios.

Especialização em enfermagem neonatal

A atenção neonatal, por meio da terapia intensiva, foi-se organizando no hospital a partir de 2000, quando foi inaugurada uma unidade destinada a cuidados intermediários com dez leitos, que, em 2001, foram acrescidos de 12 leitos de terapia intensiva. No momento, o hospital possui 32 leitos destinados à terapia intensiva e 24 aos cuidados intermediários neonatais. Na unidade de terapia intensiva são atendidos, em média, 44 recém-nascidos/mês (HSF, 2006), em sua maioria prematuros. Esses recém-nascidos são oriundos de demanda própria ou encaminhamento de outros serviços do município de Belo Horizonte, da região metropolitana e interior do estado, através da Central Reguladora de Leitos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A implantação da unidade neonatal, sua ampliação em curto espaço de tempo, bem como a implementação de uma assistência baseada na humanização e na integralidade do cuidado exigiram uma equipe de profissionais devidamente capacitados. Novamente o hospital pode contar com a parceria da EE-UFMG para a implementação da especialização de enfermeiros para atuarem nas unidades de atenção ao recém-nascido, especialmente na terapia intensiva.

Iniciado em 2002, o curso se apresentava como uma proposta avançada de formação, vinculado ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar. O oferecimento do curso não só permitiu a especialização dos enfermeiros do corpo clínico da neonatologia do hospital, como também possibilitou a capacitação de profissionais de outros serviços, inclusive de instituições do interior do estado.

Formação de auxiliar e técnico em enfermagem

O hospital foi utilizado como campo de estágio curricular para alunos de cursos de auxiliar de enfermagem desde o início da década de 90. A partir de 1998, com o respaldo da Lei do Voluntariado (BRASIL, 1998), foi criado o projeto de treinamento para auxiliares e técnicos em enfermagem no hospital. Na época havia grande demanda de profissionais recém-formados, em busca de experiência na assistência hospitalar à mulher e à criança, áreas consideradas deficitárias na formação.

Nesse contexto o projeto foi criado com a finalidade de oferecer oportunidade de aperfeiçoamento para os profissionais recém-formados nas unidades assistenciais do hospital. Iniciou com quatro vagas e, a partir de discussões sobre o processo de capacitação desses profissionais e com a ampliação do atendimento, foi possível ampliar as vagas que, no momento são 33, distribuídas nas diversas unidades assistenciais do hospital.

O processo de formação nas demais áreas da saúde

O hospital tem como uma de suas diretrizes assistenciais o trabalho multiprofissional, considerado imprescindível à assistência pautada nos princípios da integralidade. Conta com uma equipe composta por: assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

A presença desses profissionais tem demandado oportunidades de estágio, curricular e extracurricular, no âmbito do hospital, e os alunos têm sido acompanhados por profissionais do corpo clínico, o que tem contribuído para a retroalimentação entre profissional-aluno e, conseqüentemente, para a construção da rede ensino-serviço.

A educação permanente no HSF articulada com os serviços de saúde

As mudanças propostas, incentivadas e implementadas na atenção à saúde perinatal, por meio de programas e ações do Ministério da Saúde e outros organismos nacionais e internacionais tem repercutido positivamente no âmbito do hospital.

Respaldo em valores assistenciais e gerenciais já consolidados, em 2003 foi iniciado o processo de reestruturação do modelo de

gestão do hospital, cuja referência foi a linha de produção do cuidado, preconizada por Cecílio e Merhy (2003), em consonância com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que, dentre outras, já havia criado a Linha de Cuidado Materno-Infantil do município. Nesse processo de mudança de gestão, que possibilita a tomada de decisões democráticas, descentralizadas e responsabilizadoras, encontravam-se grandes desafios. Um dos principais era a necessidade de profissionais desejosos e preparados para a implementação da nova proposta de gestão, que traz em seu bojo repercussões diretas no modelo assistencial.

Na composição da estrutura de gestão foram criadas seis linhas: Cuidado Materno-Infantil (Perinatal), Políticas Institucionais, Ensino e Pesquisa, Apoio ao Trabalhador, Apoio Administrativo e Apoio Técnico. A Linha de Ensino e Pesquisa (LEP) foi estruturada com o propósito de não só sistematizar as ações de ensino e pesquisa já existentes, mas, principalmente, avançar em novas ações e estratégias de formação e capacitação que pudessem subsidiar as mudanças desejadas, com implicações positivas na qualidade do cuidado à clientela, já que ela perpassa todas as outras linhas e instâncias cuidadoras do hospital.

Constatava-se um movimento intenso dos trabalhadores, sobretudo da enfermagem, em busca de outros níveis de formação. Esse movimento provocou discussões e a decisão político-institucional de estabelecer formas de incentivo a esses trabalhadores, seja por meio de abono de carga horária trabalhada, ou até mesmo por meio de incentivo financeiro para pagamento do curso.

Como resultado desses investimentos, intermediados pela LEP e apoiados pela Linha de Políticas Institucionais, o hospital avançou na qualificação de seus trabalhadores, contando com uma equipe multiprofissional qualificada, com diversos profissionais atuando na assistência e como docentes em instituições de ensino, graduação e pós-graduação.

Esse movimento tem contribuído muito para a construção da rede serviço-ensino, no momento em que o trabalhador, ao vivenciar uma prática cuidadora de vanguarda, sente necessidade de buscar níveis diferenciados de capacitação e, ao mesmo tempo, com a competência adquirida passa a contribuir na formação, muitas vezes in-

dicando possibilidades de práticas de saúde para outros serviços. Assim ocorre o processo de retroalimentação serviço-ensino, cujo intercâmbio propicia reflexões e a proposição de melhorias no cuidado ao usuário.

Outro ganho substancial resultante da criação da LEP foi a organização e criação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, aprovado e registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em março passado. O comitê veio contribuir para a análise, aprovação e monitoramento das pesquisas implementadas nas dependências do hospital, nos diversos níveis de complexidade.

O hospital tem promovido diversas outras atividades voltadas à multiplicação de práticas assistenciais já implantadas e que apresentam resultados positivos na atenção à mulher e ao recém-nascido. No ano de 2004, sediou o seminário nacional sobre a assistência obstétrica e neonatal humanizada, baseada em evidências científicas, promovido pelo Ministério da Saúde e neste ano, colaborou na realização do mesmo seminário, em âmbitos estadual e municipal. Nos três eventos o hospital foi cenário de visita técnica para profissionais da assistência e gestores de maternidades de Belo Horizonte e de outros municípios do estado, para conhecer e identificar boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

A capacitação de pessoal para a assistência ao parto e nascimento tem sido realizada também por meio de cursos de doulas comunitárias, em parceria e com financiamento do Ministério da Saúde. Foram oferecidos 16 cursos de capacitação em diferentes maternidades e estados, sobretudo das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. Para operacionalizar o projeto, o HSF tem disponibilizado uma equipe de profissionais qualificados e materiais didático-pedagógicos, visando ao incentivo e apoio às maternidades interessadas em implantar estratégias de humanização ao parto e nascimento, em consonância com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

A partir de demandas dos serviços e com a parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde e secretarias de Saúde do estado e do município, outros cursos têm sido oferecidos, como o *Advanced Life Support in Obstetrics* (ALSO). Este foi oferecido pela primeira vez em 2004, e desde então foram realizados 12 cursos, com 272 profissi-

onais capacitados de diversas maternidades de Belo Horizonte e de outros municípios do estado. No HSF, tal capacitação tem repercutido positivamente na atuação da equipe no cotidiano da assistência e tem-se observado, nesse período, significativa queda na mortalidade materna.

Assim percebe-se que, ao longo dos anos, o HSF tem não só ampliado sua capacidade assistencial relacionada ao quantitativo atendido, mas sobretudo avançado na qualificação de seus profissionais, com vistas ao oferecimento de uma atenção humanizada e integral aos usuários. Neste sentido, vem apresentando desdobramentos e repercussões na assistência ofertada pela rede básica e hospitalar de atenção à mulher e ao recém-nascido de Belo Horizonte, no ensino de graduação e pós-graduação dos profissionais da saúde, além de contribuir com a implementação de estratégias de controle social no âmbito dos serviços que prestam assistência aos usuários do SUS.

Considerações finais

Na perspectiva da formação pode-se identificar, na trajetória do hospital, um caminhar colaborativo, com espaços de negociação e a proposição de tecnologias adequadas, orientados por sua missão e valores. Esse caminhar tem contribuído para a mudança do paradigma da atenção ao parto e nascimento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e, muitas vezes, na proposição de estratégias inovadoras, passíveis de serem incorporadas por outros serviços.

Para atender à mudança defendida e implementada pelo hospital, há necessidade da participação e investimento do serviço na formação. Desta forma, tem sido observado um imbricamento serviço-ensino, no qual os discentes questionam e estimulam mudanças contínuas nas práticas de saúde e, ao mesmo tempo, lhes é oportunizado o acesso a vivências de boas práticas.

Pensando na dinamicidade própria da educação permanente em saúde e na construção da rede serviço-ensino como um processo coletivo, constata-se que o hospital tem avançado nesse sentido. Entretanto, há necessidade de manutenção e ampliação do trabalho, a fim de contribuir, por meio da formação, com a transformação do agir em saúde.

Referências

- BRASIL, Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de jun. 1986. Seção 1, p.9273-5.
- BRASIL, Lei nº 9.608 de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. Brasília, 18 de fevereiro de 1998. 177º da Independência e 110 da República.
- BRASIL, Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências, Brasília, 13 de fevereiro de 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pol_formacao_desenvolv.pdf; 10 de julho de 2006.
- CECÍLIO, L C de O; MERHY, E E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.180 p.
- FEUERWEKER, LCM.; COSTA, HOG.; BARBOSA, N.; KHALIL, ME. O processo de construção da Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.22; p.9-17, dez. 2000.
- HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *Indicadores jan-jul 2006*. Belo Horizonte, 2006.
- MATTOS,R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO,2001.
- MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO, 2003.
- MATTOS, R. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 91-92, 2004.
- MERHY, E.E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Organizadores) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.
- SILVA, J.P.V; TAVARES, C.M.M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

Integralidade na formação do psicólogo: avaliando uma experiência pioneira

CLARICE CRISTINA ANDRADE BENITES
MARIA CÉLIA ESGAIB KAYAT LACOSKI
VERA LÚCIA KODJAOGLANIAN
VERA NICE ASSUMPÇÃO NASCIMENTO

Introdução

O curso de Psicologia da UNIDERP teve início em fevereiro de 2000. Foi concebido de forma pioneira dentro da metodologia do aprendizado baseado em problemas. Possui currículo integrado, ou seja, sua estrutura se faz por módulos e não por disciplinas em separado, estando em consonância com as atuais diretrizes curriculares. Dentre as características principais estão a inserção do estudante nas diversas práticas e diferentes cenários de aprendizagem, desde o primeiro semestre até o último, possibilitando a vivência teórico-prática sobre o objeto da ciência psicológica, a subjetividade, sua constituição e conexão com a realidade na qual os sujeitos estão inseridos.

Tal experiência tem possibilitado aos estudantes uma visão abrangente e integrada do ser humano na sociedade, o que, entre outros aspectos, tem credenciado o curso a merecer destaque nacional como experiência inovadora.

Com a formatura da primeira turma em dezembro de 2004, surge a necessidade de se iniciar o processo avaliativo dos egressos, tendo em vista tratar-se de experiência inédita no país.

O presente artigo aborda os resultados de pesquisa exploratória de caráter avaliativo com os egressos do curso, sobre as expectativas e sentimentos em relação à formação e futura atuação, tendo em vista tratar-se de um curso com organização curricular integrada. Faz-se um breve relato histórico do método e do curso, além de reflexões

a respeito da formação do psicólogo no Brasil. Em seguida são relatados os resultados e discutidos os dados.

A psicologia, o desafio da formação no Brasil: um pouco de história

A psicologia, como outras áreas do conhecimento, foi construída para contribuir na compreensão da psique humana, com soluções para os problemas relacionados à saúde, à educação e à organização do trabalho – esta representada pela entrada do Brasil no mundo da industrialização. Bock *et al.* (2002) consideram que a identidade do psicólogo no Brasil foi construída segundo referenciais de outras culturas, reproduzindo práticas utilizadas em outros contextos sociais. Portanto, não se pode compreender essa identidade profissional do psicólogo brasileiro, a não ser por meio do referencial sócio-histórico.

A história da psicologia no Brasil percorre um longo caminho até se tornar profissão regulamentada. Pessotti (1988) destaca quatro períodos distintos nessa trajetória: 1) o período denominado pré-científico e/ou pré-institucional, que vai da época colonial até a criação das primeiras faculdades de medicina do país, na Bahia e Rio de Janeiro, em 1833; 2) o período institucional ou acadêmico dura um século, tendo início com a criação das referidas faculdades, em 1833, indo até a criação da USP, em 1934. Sobre esses dois períodos em particular, há um excelente estudo realizado por Massimi (1990, p. 3). O período denominado universitário, que vai de 1934 até 1962, ano da regulamentação da profissão no país; e 4) o período atual, denominado profissional, que se inicia oficialmente em 27 de agosto de 1962.

Observa-se que as raízes da psicologia brasileira, enquanto disciplina científica, sofrem influências do positivismo e tem reflexos diretos da psicologia americana e européia. A psicologia experimental é amplamente desenvolvida, principalmente entre os educadores, no período institucional. Dentro da área médica os estudos estão relacionados à neurologia, psiquiatria, medicina legal e higiene, esta entendida como área de “prevenção e controle do bem-estar social e individual” (MASSIMI, 1990, p. 49).

A par das influências mencionadas, o estudo da referida autora tem o mérito de destacar a originalidade da psicologia brasileira, desde o período colonial até experiências como a de Ulisses

Pernambucano, no Recife, considerado “pioneiro da psiquiatria social na América Latina” (ROSAS, 1985 *apud* MASSIMI, 1990).

O período profissional: alguns apontamentos reflexivos

Sobre o fato de a Psicologia ter-se tornado profissão regulamentada no período que antecedeu ao golpe militar, muito se discutiu e há quem avalie, como Leite (1994), numa edição comemorativa editada pelo CRP-06, a oficialização profissional naquela data como um erro, uma precipitação, justamente por não considerar que houvesse conhecimento suficiente e sistematizado para dar conta das demandas sociais de um sistema que, por si, cria a exclusão. Análises conjunturais à parte, a psicologia profissão se consolidou e, quando estava próxima de completar 20 anos, iniciaram-se os estudos avaliativos sobre essa experiência.

Destaca-se que esta fase reflete também, como no seu surgimento, o momento político do país que rumava na reconquista do Estado democrático, sendo que o debate sobre as questões de formação do psicólogo tem início na década de 1980. Ferreira Neto (2004) destaca que o modelo prevalente de formação em psicologia, até os anos 1980, foi calcado na noção de áreas de atuação. Desde 1962, embasado até mesmo na própria legislação que regulamentou o ensino e a prática em psicologia, foram demarcadas três grandes áreas de atuação: a clínica, a escolar e a industrial. Segundo Ferreira Neto (2004), das áreas de atuação, a clínica ganhou *status* de mais nobre, marcando tanto os currículos quanto a representação e o imaginário sobre a profissão.

Um dos primeiros estudos avaliativos de vulto sobre a profissão é o de Mello (1983). Nesse trabalho a autora analisa a profissão em São Paulo após dez anos da sua regulamentação. Algumas das conclusões de sua pesquisa apontam para características que no conjunto ainda permanecem marcantes, tais como: as mulheres formam a maioria na profissão; a concentração nas atividades liberais, principalmente a área clínica, individual e privada, além da escassa produção na área da pesquisa. Em seguida vieram outros trabalhos voltados para a análise da profissão e formação, principalmente com os Conselhos Regionais de Psicologia, destacando-se o de São Paulo, e o Conselho Federal de Psicologia.

O estudo de Nascimento (1999) analisou aspectos da prática e formação profissional de psicólogos na Saúde Pública em Campo Grande-MS e, naquela oportunidade, a autora se baseou principalmente nas publicações do CFP: *Quem é o psicólogo brasileiro?*, de 1988; *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*, de 1992; e *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*, de 1994.

Em *Quem é o psicólogo brasileiro?* estão sistematizados dados de uma pesquisa nacional, diagnóstica e descritiva, sobre áreas de atuação, quantos são os profissionais, o que fazem, como fazem, se atuam no setor público ou privado, mercado de trabalho e outros aspectos relativos à formação profissional, tendo sido o primeiro estudo avaliativo da profissão no país.

Naquela oportunidade, o estudo do CFP apontou para um crescimento considerável do número de psicólogos existentes no país. Gomide (1988, p. 71) mostra que em 1962, quando a profissão foi regulamentada, existiam apenas 15 psicólogos no Brasil; em 1972 o número aumentou para 5.835; em 1982 já havia 33.522 psicólogos registrados no CFP. Os dados do CRP-06 apontavam para 45.408 em 1984 e em 1986 havia 60.401. Atualmente existem 100.000 psicólogos. Como ocorre com outras profissões, o crescimento da classe não acontece em função das necessidades do mercado de trabalho. Tal crescimento esteve relacionado ao aumento dos cursos de psicologia no país, estes em sua maioria de escolas privadas.

A comparação entre a atividade de profissionais oriundos do ensino de escolas públicas e privadas mostrou que nas escolas particulares os conhecimentos filosóficos e processos psicológicos básicos pareciam mais satisfatórios que nas escolas públicas, enquanto que, nestas, a investigação científica e a pesquisa se mostraram melhores. De um modo geral, este estudo concluiu que o ensino de psicologia estava insatisfatório e que as disciplinas básicas do curso e a orientação dos currículos eram inadequados, no sentido de não considerarem a realidade sócio-histórica. Os alunos ignoram a realidade com a qual vão se deparar quando profissionais: contexto socioeconômico, mercado de trabalho, possibilidades de atuação etc. Botomé (1988, p. 277) analisa: “Há uma ausência, na formação, de habilidades para estudar, analisar, elaborar, testar e desenvolver projetos de trabalho profissional a partir de proble-

mas da população ou de necessidades do país, da região, do município ou da instituição onde se insere o psicólogo”.

Ficou evidente no estudo do CFP que o principal local de trabalho do psicólogo é o consultório particular. Sass (1988, p. 206) mostra que “as clínicas e consultórios psicológicos são, indiscutivelmente, os locais onde mais se concentram o trabalho do psicólogo, quer como primeiro trabalho (30,3%), quer como atividade principal (32,7%), quer como atividade complementar”. Pode-se afirmar que até o final da década de 80 eram limitadas as percepções das possibilidades de atuação do psicólogo. Desde o processo formativo, o aluno se vê atuando como psicoterapeuta. Esta é a imagem mais arraigada do profissional até então. Fora desse quadro havia muita insegurança quanto ao papel que poderiam e deveriam desempenhar.

O modelo clínico de atuação se repete nos outros setores ou locais de trabalho, como hospitais, instituições de atendimento psicológico, escolas etc. Havia e ainda há certa confusão com a natureza da instituição e o trabalho que fazem ou deveriam ali fazer. Em geral as atividades desenvolvidas pelos psicólogos (clínicos) eram de pouco alcance social, ou seja, voltadas para o aspecto individual.

Em *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*, encontra-se o resultado de um bom levantamento bibliográfico sobre estudos relacionados aos rumos que se delineavam no exercício profissional, incluindo mercado de trabalho e as tendências gerais, tanto nas áreas tradicionais e emergentes quanto as perspectivas futuras. Foi levantada a literatura produzida no Brasil no período de 1980 a 1992. Entre as áreas tradicionais, estão a clínica, a escolar e a organizacional. Avaliaram-se as práticas consideradas clássicas e as atividades que dentro dessas áreas começam a despontar. O interesse está restrito à área da saúde, tal como se insere no cenário da profissão.

Acompanhando certa tendência contemporânea, no estudo citado as atividades profissionais do psicólogo na área da saúde pública, mesmo clínicas, foram enquadradas como atividades da psicologia social. Nessa área, foram analisados os procedimentos convencionais, em consolidação, procedimentos emergentes e outros. As práticas na saúde pública e coletiva foram avaliadas como práticas em consolidação, junto com a psicologia comunitária. Bomfim *et al.* (1992, p.

134) analisam o contexto em que a saúde pública/coletiva se insere como prática em consolidação da psicologia social:

A ampliação da rede de serviços de saúde pública tem criado novos espaços institucionais para a atuação de psicólogos sociais a partir dos anos 80. Essa ampliação traz como repercussão um maior incentivo à produção de trabalhos e conseqüente divulgação dos mesmos. As principais mudanças ocorridas referem-se à compreensão da relevância do aspecto social nas questões emocionais, ao fato de que o atendimento passou a incluir as regiões de populações mais carentes (favelas, bairros operários etc.), e o interesse crescente por estratégias de intervenção mais diversificadas e de maior alcance. A prática é perpassada pela questão da multiprofissionalidade, das políticas governamentais de saúde pública e pela busca de modelos preventivos de atuação profissional. Vale ressaltar a grande inter-relação entre a prática clínica e a prática psicossocial em saúde pública/coletiva.

No que diz respeito à área clínica, ainda se mostravam tímidas as tentativas de expansão no setor das atividades na saúde pública. Restringia-se à clínica tradicional, e não havia ainda um eixo próprio que distinguisse a atuação clínica de uma que contemplasse atividades institucionais mais abrangentes. A realidade parece mostrar a dificuldade de desenvolvimento e difusão das técnicas de ajuda psicológica aplicáveis nas atividades sanitárias mais básicas.

No terceiro trabalho, *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*, complementam-se os dois estudos anteriores. Buscaram-se mais informações sobre o exercício profissional, identificando movimentos inovadores das práticas tradicionais ou consolidadas e as exigências que esses movimentos impõem à formação. Foram analisadas as práticas na Psicologia clínica, nas organizações de trabalho, na educação, psicologia social e outros. Além disso, o estudo contribui com sugestões para superar os problemas que envolvem a formação profissional. No terceiro estudo, as atividades dos psicólogos na saúde coletiva também são identificadas como inseridas na psicologia social, além da psicologia clínica. Bonfim (1992, p. 208) mostra que as atividades junto aos grupos, organizações, instituições, comunidades e movimentos sociais “passaram a ser aplicadas a uma clientela que não dispunha destes atendimentos, a partir da década de 80, caminham hoje na direção de se desenvolverem abordagens mais específicas em função das características dos grupos, instituições, comunidades e movimentos sociais”.

Do ponto de vista da psicologia clínica, Lo Bianco *et al.* (1994) avaliam que, mesmo dentro da prática considerada a mais tradicional da psicologia, foram acontecendo mudanças significativas nos enfoques adotados e nos referenciais teóricos, passando a existir maior adequação à realidade. Deixa-se de considerar apenas a dimensão individual e passa-se a ter a visão do ambiente social em que se está inserido.

Sobre o que pode ser considerado prática emergente e os possíveis significados dessa expressão para a profissão, Ferreira Neto (2004, p. 166) considera:

Na verdade, a prática clínica sempre portou uma face de “prática emergente”, a já consagrada expressão que designa as práticas clínicas que rompem com a concepção clássica de clínica. A psicanálise, em seu nascedouro, também se constituiu como prática emergente, produzindo processos inéditos e inventivos de subjetivação – o sujeito que fala, a cura pela fala, em aberto confronto com uma clínica objetivamente médica em que o único que possui o direito à palavra é o especialista. Ainda que na seqüência a própria psicanálise tenha fornecido alguns dos principais elementos para o modelo clássico de clínica, o que impediu que na história do movimento psicanalítico esta mantivesse esse viés genealógico. [...] Por essa razão, quando falamos de “práticas emergentes” em psicologia hoje, designamos com essa expressão tanto práticas críticas quanto práticas disciplinares. Num certo âmbito as práticas emergentes ampliam a atenção psicológica a outras parcelas (majoritárias numericamente) da população até então excluídas desse atendimento. Entretanto, ela também significa o submetimento às novas exigências do mercado de trabalho cada vez mais restrito. As práticas emergentes não devem ser tomadas como progressistas “por natureza” como alguns trabalhos recentes insistem em afirmar, ainda que assinalem, inequivocamente, uma ampliação do campo de possibilidades de atuação, mas sem portar garantias *a priori* de qual será a direção ético-política dessas práticas. De qualquer modo, é no campo da clínica que têm surgido algumas das práticas e das contribuições teóricas mais vigorosas e criativas”.

Os estudos acima referidos podem ser considerados um marco nas atividades dos conselhos regionais e federal, além de refletirem a consolidação da prática profissional dos psicólogos no país e fazerem uma radiografia crítica da atuação. As reflexões ali contidas serviram para apontar os novos rumos necessários para a formação graduada e forneceram os subsídios para as novas diretrizes curriculares.

Branco (1998 *apud* NASCIMENTO, 1999) defende que não há como definir a prática do psicólogo sem considerar o contexto social onde está inserido. Em seu estudo conclui que na formação

precisamos abarcar de forma profunda todas as matrizes do pensamento psicológico que permita o confronto de pontos de vista e projetos que reúnam vários pontos do saber. A tradicional grade curricular por disciplina, que fragmenta o conhecimento e o faz parecer produzido fora da vida, deve ser superada. A nova organização do currículo deve provocar a busca de soluções para problemas concretos e gerar a compreensão de que o conhecimento se constrói a partir das indagações que o ser humano se faz e procura responder (BRANCO, 1998, p. 34).

Quanto à formação na área clínica, a pesquisa do CFP indica:

- a) que o ensino da clínica seja feito de maneira contextualizada. Isto é, que se busque ensinar onde ela está sendo requerida e que não se perca de vista as diferenciações de tipos e níveis de atuação adequadas às clientelas e às instituições;
- b) que aos saberes e fazeres clínicos sejam incorporados os conhecimentos de outras áreas do saber que permitam contextualizar social, funcional e eticamente os trabalhos da área;
- c) que a clínica seja ensinada e praticada em suas diferentes modalidades e não somente sendo associada a um único modelo, ou como sinônimo de atendimentos psicoterápicos. E ainda, que a clínica não seja somente ensinada como a gestão das individualidades e de maneira particularizada. Isto significa que a clínica independentemente do embasamento teórico, deva ser ensinada de modo a dar conta das diferentes funções que lhe sejam requeridas, seja pelas suas diferenciações das demandas populacionais ou pelos diferentes objetivos institucionais;
- d) que seja alvo da formação do clínico a postura crítica e reflexiva da busca do conhecimento, pressupondo-se que este sempre estará em construção;
- e) que esta busca reflexiva e crítica leve à necessidade de atualização constante e não somente à incorporação de “modismos” que se apresentem como viáveis;
- f) que seja incorporada à formação do clínico a postura do pesquisador, uma vez que atuar profissionalmente nesta área envolve ser um bom investigador que busca a observação, a interpretação e ação reflexiva e contextualizada;

g) que seja trabalhada durante a formação do clínico, a percepção de diferentes formas e níveis de atuação profissional que podem e devem ser exercidas junto a diferentes cargos e funções institucionais. Isto equivale a dizer que o clínico não seja formado para ser um repetidor de um modelo único de atuação na área, que além de fechar mercado de trabalho impeça o exercício de suas funções sociais (LO BIANCO *et al.*, 1994, p. 69).

A aprendizagem baseada em problemas (ABP)

Analisando-se a literatura sobre o método do aprendizado baseado em problemas, observa-se que ele nasce da confluência de disciplinas como Filosofia, Pedagogia e Psicologia. Da educação temos as contribuições do filósofo John Dewey e da psicologia o referencial teórico da perspectiva cognitiva e o dos trabalhos com pequenos grupos, principalmente na figura de Kurt Lewin. Tal confluência tem sido pouco mencionada quando se trata de historiar a prática do método nos cursos de medicina e administração. Pode-se dizer que havia um “clima” de época que possibilitou o advento dos trabalhos em grupo, seja no contexto das organizações (as experiências com os chamados grupos T e a pesquisa-ação) ou da clínica e escola. A utilização dessa estratégia de ensino surgiu num contexto específico, com transformações sociais, sanitárias e epistemológicas, aproveitando-se de alguns conhecimentos a respeito do processo ensino-aprendizagem, como bem aponta Mamede:

Avanços importantes no campo da psicologia cognitiva abrem espaço para o surgimento de novas formas de perceber o processo de ensino e aprendizagem, criando perspectivas para a formulação de abordagens educacionais que se afastem do modelo tradicional, agora anacrônico, e estejam sintonizados com a contemporaneidade. Com os trabalhos de Jerome Bruner, nos Estados Unidos, e o desenvolvimento subjacente nas áreas da memória, do pensamento e da aprendizagem por grupos no Canadá e na Holanda, principalmente, formam-se as bases empíricas para a construção do que viria a ser a mudança mais profunda já ocorrida na educação de profissionais da saúde desde Flexner (MAMEDE; PENAFORTE, 2001, p. 16).

O aprendizado por situações problema inicia-se nos anos 30 na Harvard Business School, no seu curso de administração, do qual é a pioneira, e seguiu com uma tradição nessa abordagem metodológica nos seus cursos de pós-graduação. No final da década de 60 surge

no Canadá, em McMaster, a primeira experiência com o método dentro de um curso de medicina. Após essa experiência,

Sobrevêm iniciativas pioneiras de instituições como a Universidade de Maastricht, na Holanda, e de Newcastle, na Austrália [...] inicialmente concebida para a formação médica, é uma abordagem atualmente adotada para a educação de profissionais dos mais diversos campos (MAMEDE; PENAFORTE, 2001, p. 27).

Em termos nacionais, apesar de o fato ser pouco citado, tem-se na figura de Paulo Freire um de seus idealizadores, uma vez que em seus momentos no Canadá teve contato direto com a ABP e sabe-se, segundo aponta Mamede, que:

No Brasil, a utilização integral do PBL ainda é restrita a algumas instituições de ensino, tais como a Escola de Saúde Pública do Ceará, a Faculdade de Medicina de Marília e a Faculdade de Medicina de Londrina. A considerar-se relevante, a tendência das últimas décadas em grande parte dos países e o crescente interesse pelo PBL entre nós, há perspectivas de que ele venha a assumir grande importância e desempenhar um papel central, em especial no movimento em curso há algum tempo no Brasil de busca de modelos alternativos mais apropriados para educação de profissionais (MAMEDE; PENAFORTE, 2001, p. 28).

Não se pode deixar de relatar as experiências em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, na Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP), com a implantação dos cursos de MEDICINA e o pioneiro de psicologia, ambos em funcionamento desde o ano 2000, com currículo integrado, por meio de módulos interdisciplinares e método pedagógico ABP.

É fundamental relatar nesse momento, resumidamente, algumas peculiaridades do método: “o currículo no PBL, em vez da organização convencional por disciplinas, estrutura-se por ciclos de vida e por funções, e os problemas constituem o foco central e o ponto de partida do processo educacional” (MAMEDE; PENAFORTE, 2001, p. 17). Ou ainda de acordo com a sugestão de seu nome, PBL, “é a aprendizagem que resulta do processo de trabalho orientado para a compreensão ou solução de um problema” (BARROW; TAMBLYN, 1980 *apud* MAMEDE; PENAFORTE, 2001, p. 29).

Schmidt (1990 *apud* MAMEDE; PENAFORTE, 2001, p. 29) estabelece seis componentes centrais do PBL: “O problema, os grupos

tutoriais, o tutor, o estudo individual, a avaliação do estudante, e os blocos ou as unidades através dos quais se estrutura o currículo”.

O curso de Psicologia da Uniderp: contando a história

Em meados de 1999, tendo em vista a implantação do curso de medicina, a Uniderp inicia o processo de capacitação de professores para atuarem no método PBL. Alguns professores convidados eram psicólogos, os quais, entusiasmados diante da proposta metodológica, cogitaram a possibilidade, junto ao reitor, de também implantar o curso de psicologia na universidade, sob os mesmos moldes – ou seja, com uma metodologia avançada que possibilitasse um perfil de profissionais comprometidos com as atuais demandas sociais.

Diferentemente do curso de medicina, que já tinha experiência tanto internacional quanto nacional, a psicologia não tinha nenhum curso no Brasil. Os cursos nessa metodologia estão na Holanda e no México. Logo, munidos de muita ousadia e coragem, o grupo de psicólogos foi criando toda a estrutura curricular integrada, com módulos, problemas, PINESC (Programa de Integração Ensino-Serviços-Comunidade), laboratórios, com o apoio dos consultores da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu.

O curso de psicologia da Uniderp com metodologia PBL foi iniciado em fevereiro de 2000. A formação se dá em cinco anos, cada semestre acadêmico segundo refere Benites (2001, p. 55):

Está composto de cinco módulos de ensino, sendo dois destinados à aprendizagem teórica realizada a partir dos grupos tutoriais e estudo autodirigido e três destinados a aprendizagem prática, sendo um de habilidades específicas da psicologia, um de habilidades gerais do profissional de saúde, e outro que sistematiza a interação ensino-serviços-comunidade, o PINESC.

Ao longo dos cinco anos, o curso foi-se fortalecendo, diante de constantes avaliações sistemáticas. A estruturação foi acontecendo diante das demandas. O desafio da integração curricular é constante.

Conforme referido, a estrutura curricular do curso se faz integrada por meio de módulos interdisciplinares e das práticas, que se iniciam desde o primeiro ano do curso, de tal modo que a teoria e prática não se desvinculam, possibilitando ao acadêmico fazer o confronto desses dois aspectos. O referencial teórico contido nos

módulos é abordado nos grupos tutoriais, onde o aluno se defronta com uma situação-problema e traça objetivos de aprendizado. A estrutura modular segue o ciclo vital e também outros módulos temáticos, tais como: “Psicologia e saúde coletiva”, “O homem e sua relação com o meio ambiente”, “Psicologia e práticas emergentes” e outros. As práticas se dão nos Laboratórios de Habilidades Gerais e Específicas, nos estágios supervisionados e pelo Programa de Interação Ensino-Serviços-Comunidade (PINESC), sendo este transversal, ocorrendo do primeiro ao último ano.

A pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de caráter avaliativo, realizada com os formandos da primeira e segunda turma do curso de psicologia da Uniderp.

Utilizou-se um roteiro de entrevista estruturada com questões abertas e fechadas e entrevistas abertas, nas quais os estudantes registraram as suas respostas. Previamente foi feita comunicação oral aos estudantes sobre os objetivos da pesquisa. Dos 81 formandos, 67 responderam ao questionário: 64 mulheres e três homens. O período da aplicação foi nos meses de outubro e novembro de 2004 e 2005. Em relação ao estado civil, 37 solteiros, um viúvo, 27 casados e dois divorciados. Em relação à idade dos formandos, obtivemos grande variação (tabela 1).

A análise dos dados obedece a critérios quantitativos e qualitativos. Foi feita uma sondagem quanto às expectativas à saída da universidade, escolha da área de atuação, futuro profissional e o sentimento de segurança quanto ao desempenho no mercado de trabalho.

A tabela 1 mostra ainda o perfil da faixa etária que compôs essa turma. Jovens que fizeram o primeiro vestibular ao lado de pessoas mais experientes que já possuíam outro curso superior ou até pós-graduação, como também pessoas que haviam parado de estudar há muito tempo, formaram suas famílias para depois poderem “fazer o curso que desejavam”, o de psicologia. Quando perguntados a respeito do motivo da escolha de psicologia, obtivemos a maioria das respostas em “compreender o ser humano e a si próprio, bem como contribuir para a sociedade”, seguido de “sempre gostei desta

área é um sonho antigo”, como também a “necessidade de adquirir conhecimento na área para acrescentar ao trabalho profissional já desenvolvido e interesse pela ciência”. Alguns formandos com “interesse em neurociências, ciência do comportamento e desejando atuar em saúde e clínica”, identificação com a profissão, bem como por vocação profissional. Dessa forma, pode-se dizer que a totalidade dos formandos fez o curso porque realmente desejavam e estavam motivados.

Tabela 1: Número de formandos (2004/2005) que responderam ao questionário por idade/anos

Idade (anos)	Número de formandos
21	04
22	16
23	08
24	07
25	01
26	05
27	01
29	01
31	01
34	02
35	01
38	02
42	03
43	02
45	01
46	02
47	02
51	03
52	03
53	01
65	01
Total	67

Na tabela 2 estão registradas as respostas a respeito das expectativas que traziam em relação ao curso. Os formandos puderam registrar mais de uma resposta nesta questão. Observa-se que a maioria demonstra interesse em compreender o ser humano, aprender a exercer a profissão adquirindo teorias e práticas importantes para a sustentação de seus trabalhos. Demonstram também interesse em fazer um curso com metodologia pedagógica inovadora, currículo integrado e com teoria e prática associados desde o início. Também se observa o desejo de trabalhar com seres humanos.

**Tabela 2: Formandos de psicologia (2004/2005)
por expectativas que tinham no início do curso**

Expectativas	Nº de formandos
1. Ter mais conhecimento sobre o papel do psicólogo e sua atuação	02
2. Esperava que seria instigante e complicado	01
3. Que o curso me daria tudo pronto	01
4. Não tinha conhecimento do método, mas fiquei motivada pelo método PBL	04
5. Que o curso não seria interessante e que jamais o concluiria	01
6. Todas as expectativas serão alcançadas até o final do curso.	03
7. Formar-se e atender em consultório.	02
8. Ampliar visão de mundo.	03
9. De ter um diploma e trabalhar com as pessoas.	03
10. Não tinha compreensão da abrangência do curso.	01
11. Ansiedade, por saber que era um método inovador e que éramos as primeiras turmas.	02
12. Conhecimento teórico bem sedimentado.	05
13. O curso ultrapassou as expectativas no que se refere ao conhecimento adquirido, experiência e prática profissional obtida na universidade.	07
14. Ajudar ao próximo.	05
15. Ajudar seguimentos excluídos socialmente.	02
16. Teoria e prática associadas desde o início (aprender fazendo).	04
17. Adquirir conhecimento e práticas psicológicas diversas para o exercício da profissão.	07
18. Compreender o funcionamento psíquico e lidar com o exercício da profissão, aprender a ser psicólogo.	18
19. Compreender o funcionamento psíquico do homem.	19
Total	90

Quanto às expectativas atuais, percebe-se uma preocupação da maioria quanto à conquista da colocação profissional. A maioria também deseja continuar sempre estudando e aprofundando conhecimentos, conforme tabela 3.

**Tabela 3: Formandos de psicologia (2004/2005)
e suas expectativas ao concluir o curso**

Expectativas ao concluir o curso	Nº de formandos
1. Atuar na área social	02
2. Exercer a profissão na área escolhida	13
3. Trabalhar em clínica/consultório	06
4. Ser um bom e bem-sucedido profissional.	27
5. Realização pessoal/reconhecimento.	21
6. Independência financeira.	01
7. Continuar psicoterapia.	02
8. Continuar estudando.	47
9. Conseguir emprego/colocação profissional.	33
Total	152

Observou-se que a área de interesse por profissional à época da matrícula no curso sofreu algumas alterações, descritas na tabela 4. Alguns formandos registraram mais de uma área de interesse. Observa-se que a grande maioria tinha interesse em psicologia clínica (52), seguido de psicologia educacional (9), social (8), hospitalar (8) e da saúde (7). Porém, na conclusão do curso houve ampliação das escolhas nas áreas social, saúde, organizacional, neuropsicologia e do esporte. Demonstra-se, assim, que havia desconhecimento sobre alguns campos de atuação do profissional psicólogo. Houve manutenção de 44 acadêmicos na área clínica e que confirmaram suas escolhas por identificação profissional.

Quando analisamos o estudo feito por Lo Bianco (1994), verificamos que a necessidade de postura crítica e reflexiva da busca do conhecimento na formação do clínico; a busca constante da atualização na área e a percepção de diferentes formas e níveis de atuação profissional exercidas em diferentes cargos e funções institucionais, colocadas no estudo, são observados nas respostas dos estudantes com base em conhecimentos construídos ao longo do curso em cenários de

práticas diversas, na clínica de atenção psicológica ao bebê, criança, adolescente, adulto e idoso; na comunidade, em organizações sociais, nas unidades básicas de saúde, e em serviços de psicologia do SUS municipal, com diversas abordagens e atuações com níveis de complexidade que avançaram do primeiro ao décimo semestre.

Quando questionados a respeito da visão que tinham do psicólogo no ingresso do curso, demonstraram visões diferentes da demonstrada ao final do curso (tabela 5). Observa-se a visão permeada pelo senso comum, restrita a um limitado campo de atuação, concentrado na clínica, carregada de preconceitos, estereótipos, bem como centrada em auto-ajuda, porém considerando o caráter de cuidado presente na profissão.

Tabela 4: Área de interesse profissional à época da matrícula no curso e na sua conclusão final

Área de interesse de atuação	Nº de formandos (à época da matrícula)	Nº de formandos (na conclusão)
1. Psicologia clínica	52	44
2. Educacional	09	11
3. Social	08	19
4. Hospitalar	08	11
5. Saúde	07	10
6. Organizacional	04	18
7. Psicologia jurídica	03	05
8. Neuropsicologia	03	10
9. Psicologia do Trânsito	-	-
10. Psicologia do Esporte	-	01
11. outras	01	04
TOTAL	95	133

A tabela 6 mostra a visão do psicólogo à época de conclusão do curso. Observa-se ampliação da visão do profissional psicólogo por parte dos alunos; segue-se o otimismo em relação ao futuro próximo da profissão e seu mercado de trabalho. Demonstram ainda orgulho, valorização e contextualização, político-econômico-social do profissional na sociedade contemporânea. Cabe aqui observar que os estu-

dantes têm convicção da amplitude da ação profissional do psicólogo; no entanto, existe um descompasso quanto a seu papel ou espaço na sociedade, que ainda está em fase de construção.

Observa-se também o olhar do estudante para o psicólogo enquanto profissional que pode contribuir na minimização das desigualdades sociais, bem como promotor da saúde do homem. No entanto, ao concluir o curso, pode-se dizer que os estudantes estão bem mais próximos de uma compreensão da integralidade. Vale ressaltar que os estudantes estiveram desde o primeiro semestre inseridos em serviços reais de nossa cidade, e dessa forma possuem uma visão bastante próxima da realidade de tudo que puderam constatar.

Quanto ao questionamento sobre estarem seguros para o início da atuação profissional, 45 responderam que sim, enquanto 20 responderam que não; 44 necessitam continuar estudando, especializando-se, mas possuem segurança na prática profissional pelo método pedagógico adotado no curso.

Questionamos o que a universidade representa para os alunos e obtivemos as seguintes respostas: troca de conhecimentos e adaptação à futura profissão (5); o início de tudo (10); dimensão científica do conhecimento (8); caminho para formação profissional (3); novos ideais, aprimoramento, realização de grandes expectativas (9); necessária à sociedade (2); possibilita a capacitação profissional (3); descobertas e redescobertas (1); aprendizado dinâmico, atual e concreto (1), mudanças profundas pessoais e profissionais (10); responsabilidade e dedicação (1); experiência profissional, prática e teórica que nenhuma outra proporciona (7); espaço de reflexão, liberdade de idéias, espírito crítico, paradigma de arrojo (2).

Essas respostas demonstram que a universidade consegue cumprir seu real papel, o de fomentar a ciência, o conhecimento, a liberdade de expressão, o acolhimento adequado que deu sustentação ao desenvolvimento de todos os trabalhos referidos no projeto pedagógico. Como ilustração, citamos a fala de um dos entrevistados:

Tenho um carinho pela Uniderp, pelos professores, funcionários; tenho orgulho de ter estudado aqui, pois ela não é como as outras, pelo menos no curso de psicologia há uma postura muito mais madura, não tem aquele perfil autoritário, as cobranças são feitas, mas há um manejo especial.

Tabela 5: Visão do psicólogo no ingresso do curso pelos formandos 2004/2005

Categorias de respostas	Nº de formandos
1. Concentração na clínica sem outras atuações	16
2. Visão estreita, não conhecia o amplo leque de opções de trabalho	10
3. Compreensão da subjetividade do ser humano	04
4. “Pessoa rígida que julga as pessoas e o dono da verdade”	02
5. Pessoa pronta para ajudar, orientar, encaminhar	15
6. Visão preconceituosa	01
7. Profissional interlocutor entre problemas x sociedade	01
8. “Medo de ficar com estereótipo de psicólogo”	01
9. “Salvador da pátria e pessoa que trabalha com loucos”	03
10. “Aquele profissional que deveria conhecer a parte do cérebro onde se localizam as emoções e tratar disso com a terapia”	02
11. Profissional que estuda o comportamento humano	03
12. Como uma profissão bastante elitizada	02
13. Pensava que o seu papel era o mesmo do assistente social	01
14. “Pessoa fechada, que fica meio fora do contexto, que fica analisando tudo”	05

Quanto à continuidade dos estudos, todos (67) pretendem se especializar, 36 desejam o mestrado, 19 desejam o doutorado e quatro desejam cursos de extensão. Esses desejos se justificam pela necessidade de acompanhar a evolução da ciência e tecnologia no mundo contemporâneo, segurança e responsabilidade para a atuação profissional, mercado competitivo e oportunização do trabalho.

Em relação à escolha da abordagem teórica, observamos as seguintes concentrações: psicologia de orientação analítica (10); comportamental cognitiva (8); psicanálise (22); gestalt (10); abordagem rogeriana (2); Jung (1); dinâmica de grupos (1); sócio-histórica (1); apoio (2); breve (1); neurociências (01); psicoterapia dinâmica (1) humanística (1) psicologia social e comunitária (2) várias (1) e ainda não sabe (3).

Entre os motivos que justificavam as escolhas feitas, a maior parte foi por identificação à teoria (18); pela crença teórica na fundamentação da abordagem (5); pela possibilidade de trabalhar com o ser

**Tabela 6: Visão do psicólogo por alunos formandos
2004/2005, à época de conclusão do curso**

Categoria de respostas	Nº de formandos
1. Área de atuação bastante ampla, mas que precisa conquistar seu espaço na sociedade	18
2. Profissão em ascensão	13
3. Necessidade de conhecimento profundo no leque de abrangência	02
4. Profissional necessário	09
5. Profissional capacitado para atuar no contexto biopsicossocial, ético, cultural e ambiental.	02
6. Profissional contextualizado no social, na saúde, na promoção e atenção à saúde	02
7. Profissional humano, sem preconceitos, contribui para a diminuição das desigualdades sociais	11
8. Profissão inovadora, revolucionária	02
9. Profissional cujo papel é minimizar as dificuldades relacionais e promover a saúde do homem	07
10. Devido á competitividade, há a exigência de ser um bom profissional	03
11. Profissão ampla, com perspectivas de realização profissional	04
12. O psicólogo ainda está fora de setores em que possui competência para atuar	01

humano na sua integralidade (7); por ser o futuro da profissão (2); possibilita melhor compreensão da dinâmica psíquica (17); contribui para o processo de aprendizagem (1); é mais objetiva (4); atende às necessidades contemporâneas (2). Observa-se também que alguns (2) não têm uma escolha definida, por gostarem de várias abordagens, e outros (2) consideram importante estarem abertos para vários pontos de vista. E quando perguntados se já haviam passado por um processo psicoterapêutico, 59 responderam que sim.

O curso de psicologia da Uniderp, na opinião dos formandos, esteve dentro de suas expectativas (43); acima (22) e abaixo (1). Justificam as suas respostas pela prática (24) que tiveram; pela fundamentação teórica (10); por terem aprendido a buscar o conhecimento (4); e por terem aprendido a trabalhar em equipe e na comunidade (4). Apresentamos a seguir um rol de motivos que justificam tal opinião:

- ampliação dos conhecimentos;
- incentivo à reflexão na área de saúde pública;
- espírito crítico incentivado;
- educação centrada no estudante;
- oferecer tudo o que havia prometido e divulgado;
- apostar no potencial da Uniderp;
- contato com bons profissionais;
- apoio às atividades propostas;
- não esperava sentir-se tão apto, tanto na prática como na teoria;
- atuação na saúde, educação, comunidade, organizacional, neuropsicologia;
- método complexo de aprendizagem;
- proporcionou amadurecimento pessoal;
- comparado a outras universidades, o curso de psicologia está melhor;
- oportunidade de conhecer a realidade social e ter uma visão mais ampla do mundo.

Conclusão

É importante refletir sobre as dificuldades para se manter e conseguir avançar quando se trabalha com propostas inovadoras. É um constante desafio para os docentes envolvidos no projeto, para não perder a organicidade que possibilita o diálogo e o trabalho coletivo. É um exercício diário de ressignificação de práticas e conceitos que se faz necessário nessa caminhada.

O trabalho ora analisado e avaliado não é fruto apenas de “maravilhas” e situação confortável; ao contrário, é a construção e reconstrução diária de novas possibilidades de saberes e fazeres no coletivo.

Quando se analisam as expectativas que os formandos tinham no início do curso e as comparam às opiniões à época de sua conclusão a respeito do curso de psicologia da Uniderp, pode-se considerar uma evolução o desejo de continuar buscando o crescimento pessoal e profissional através de educação permanente.

Na área de interesse profissional à época da matrícula no curso e na conclusão, percebe-se que houve ampliação, para além da área clínica, sendo abertas outras possibilidades de áreas, como social, saúde, organizacional, neuropsicologia e do esporte. Isso reforça o grande potencial que o método pedagógico oferece. Atribui-se essa expansão

à oportunidade que o currículo proporcionou no exercício de práticas as mais diversas no campo psicológico em atenção primária, secundária e terciária de saúde, bem como ações em praticamente todos os setores – educacional, organizacional, processos clínicos, institucional, comunitário, poder público intersetorial e multiprofissional.

Quanto à visão do psicólogo que tinham à época da matrícula, em comparação com a época da conclusão do curso, também se observam ampliação, otimismo quanto ao mercado de trabalho e contextualização política, econômica, social da profissão e da sociedade. Os estudantes parecem sentir-se satisfeitos com as experiências vivenciadas durante o curso, que os tornam competentes no aprender a aprender, possibilitando a aderência à formação continuada, bem como a flexibilização para as diversas e novas práticas da psicologia na pós-modernidade.

É importante verificar a visão crítica que eles possuem da lacuna, ainda existente, do psicólogo na sociedade, exatamente por não ter construído um perfil adequado às necessidades sociais. Considera-se que, ao quebrarmos as barreiras das disciplinas e integrarmos áreas do conhecimento científico, tanto teórico como prático, constrói-se um desenho curricular que avança em espiral e permite que os estudantes, bem como os docentes, cresçam no sentido de construírem um sólido conhecimento sobre a profissão enquanto ciência e trabalho, cada vez mais contextualizados numa visão e compreensão da integralidade do ser humano.

Referências

- BENITES, C. C. A. *A aprendizagem baseada em problemas como método de ensino na educação superior*. Monografia (Especialização em Métodos e Técnicas de Ensino) – UNIDERP, Campo Grande, 2001.
- BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 2002.
- BOMFIM, E. M.; FREITAS, M. F. Q.; CAMPOS, R. H. F. Fazeres em psicologia social. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*. São Paulo: Átomo 1992. p. 125-159.
- BOTOMÉ, S. P. Em busca de perspectivas para a psicologia como área de conhecimento e como campo profissional. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON, 1988. p. 273-297.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*. São Paulo: Átomo, 1992.

_____. *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

_____. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON, 1988.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA B 6.0 REGIÃO. *Uma profissão chamada psicologia*. São Paulo: CFP e CRP 06 (Ed. Comemorativa 20 anos), 1994.

FERREIRA NETO, J. L. *A formação do psicólogo-clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta, 2004.

GOMIDE, P. I. C. A formação acadêmica: onde residem suas deficiências? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON, 1988. p. 69-85.

LO BIANCO, A. C. *et al.* Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicólogo brasileiro, práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo, 1994. p. 7-79.

MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Orgs.). *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec, 2001.

MASSIMI, M. *História da psicologia brasileira: da época colonial até 1934*. São Paulo: EPU, 1990.

MELLO, S. L. *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática, 1983.

NASCIMENTO, V. N. A. *Atuação de psicólogos na saúde pública do município de Campo Grande: aspectos sobre prática e formação profissional*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 1999.

PESSOTTI, I. Notas para uma história da psicologia brasileira. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON, 1988.

SASS, O. O campo profissional do psicólogo, esse confessor moderno. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON, 1988. p.194-216.

PARTE 3

Práticas de Participação



Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais¹

FRANCINI LUBE GUIZARDI
ROSENI PINHEIRO

Nossa intenção, com o presente artigo, é fazer um convite ao debate sobre as possibilidades de participação política que se colocam atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, consideramos como passo fundamental o questionamento sobre o que se compreende por essa participação, que espaços a ela têm sido reservados, enfim, o que é reconhecido como legítimo na deliberação e intervenção dos diferentes sujeitos na produção das políticas de saúde.

Desde a instituição do SUS, o princípio de participação da comunidade tem sido concretizado sobretudo por meio de mecanismos de representação de interesses, em conselhos e conferências de saúde. Apesar da relevância desses espaços institucionais, de sua importância na consolidação e democratização das políticas de saúde, consideramos que os mesmos não esgotam o objetivo enunciado com o referido princípio constitucional. Isto porque partimos do entendimento de que a dimensão política da existência humana não se situa num momento exclusivo e delimitado por dispositivos institucionais. *O caráter político das ações humanas inscreve-se na necessidade de escolher e afirmar determinados valores em detrimento de outros, o que constitui o cerne de toda atividade implicada na produção do mundo propriamente humano e das relações que o configuram.*

Por este motivo, pensar a participação política como restrita a mecanismos de representação corre o risco de ter como efeito a objetivação dos homens em suas relações de co-existência e de produção de si e do mundo, na medida em que desvincula o cotidiano

da dimensão política que o constitui. Não que seja desejável ou necessário eliminar tais artefatos políticos, que hoje prevalecem em nossas sociedades, mas partimos da compreensão de que os mesmos jamais expressarão a condição política da existência humana se não forem um momento acessório nas formas de participação.

Enquanto nossas instituições e as relações que as organizam e perpetuam permanecerem assentadas na objetivação dessa dimensão política inerente à vida humana, não podemos vislumbrar a concretização de um sistema de saúde fundando sobre valores democráticos e universais, que constituam a saúde como um direito. Essa perspectiva converge com a análise de Telles (1997, p. 5) sobre a importância de ser reativado o sentido político inscrito nos direitos sociais:

Sentido político ancorado na temporalidade própria dos conflitos pelos quais as diferenças de classe, de gênero, etnia, raça ou origem se metamorfoseiam nas figuras políticas da alteridade. Sujeitos que se fazem ver e reconhecer nos direitos reivindicados, se pronunciaram sobre o justo e o injusto e, nesses termos, reelaboram suas condições de existência como questões que dizem respeito às regras da vida em sociedade.

A negação dessa dimensão política da vida, tão característica das instituições modernas, ocorre com a produção de invisibilidade para sua presença nos assuntos coletivos, mesmo e, principalmente, os mais cotidianos. Falamos aqui da separação demarcada entre o plano social e político como dois âmbitos diferenciados da existência comum, sendo o primeiro tomado como a própria vida em sociedade e o segundo como um momento específico, do qual participam pessoas específicas, por meio de instituições tanto específicas como fechadas ao restante da coletividade. Os mecanismos de representação seriam a estratégia de articulação entre esses planos e de legitimação da intervenção realizada pelos atores considerados políticos.

Mas em que medida podemos remeter essa discussão à participação política no SUS? A compreensão da dimensão política da existência humana como relativa aos valores que lhe conformam e significam recoloca a discussão da participação para além dos espaços de representação institucional. Não que esses espaços possam ser tidos como irrelevantes e dispensáveis, mas no sentido de apontar que a democratização do sistema e das políticas públicas que este materializa jamais será efetivada se não forem redimensionadas as

relações institucionais (em que os homens coexistem como sujeitos políticos). Em outras palavras, o debate sobre a participação política exige sua contextualização nos modos de gestão que configuram o sistema de saúde, as escolhas que eles delineiam, e que se inscrevem na trajetória histórica pautada pela produção de uma fissura entre as dimensões políticas e sociais da existência coletiva.

A proposta deste texto parte do questionamento sobre as formas de atualização dessa separação no SUS. Nesse sentido, o desafio que nos move é pensar as possibilidades de participação no cotidiano das instituições que compõem o SUS, desafio ao qual procuramos responder ensaiando uma articulação teórica entre gestão, participação política e práticas formativas no contexto da saúde.

Uma breve revisão sobre as relações entre política, cotidiano e linguagem

A tradição hegemônica nas ciências políticas tendeu a encerrar o político nas instituições estatais, nas dimensões macrossociais, reportando a dimensão política do viver humano unicamente ao plano do instituído, do normalizado. Mas a política, ao contrário de se restringir a tais instituições, abarca-as na medida em que remonta às definições acerca do existir coletivo. Isso, contudo, sem que equivalha à artificialidade das fronteiras que a tradição moderna erigiu separando o social e o político. A política é, segundo a leitura que fazemos baseada em Negri (2002), entendida como horizonte ontológico, perspectiva de constituição histórica de ser social. Ao falarmos em política não nos remetemos, portanto, exclusivamente à esfera estatal, mas aos dispositivos de poder que configuram a produção de realidades sociais. Tomando por base essa compreensão da questão, a ação humana é eminentemente política. É plano aberto de possíveis ao ser política, ao instituir formas de vida, ao implicar os contornos e sentidos do humano, perspectiva que nos convida a colocar permanentemente em debate a forma como os valores engendram as normas do existir coletivo. Falamos, portanto, *do desafio de restituir a ação como o espaço do político*.

O desafio, então, é possibilitar que as normas que organizam o cotidiano das instituições sejam expressas em discurso (ou seja, acessíveis às trocas simbólicas da linguagem) e, em sendo debatidas co-

letiva e publicamente, agenciem, nesse processo, outros “territórios existenciais”. Propor a discussão da participação política a partir do cotidiano das instituições de saúde significa afirmar a vocação ontológica de homens e mulheres de serem sujeitos na constituição histórica de nossas realidades (FREIRE, 2005); implica a compreensão de que a ação humana remete necessariamente à afirmação de determinados valores, uma vez que a “valoração é inerente a todo ato humano”, “atos concretos de sujeitos concretos identificáveis” (SOBRAL, 2005, p. 20).

Nessa perspectiva, o agir humano apenas adquire sentidos e materialidade se contextualizado, pois “a ação supõe uma multiplicidade de decisões locais” (LACOSTE, 1998, p. 21). Decisões que representam um claro limite para toda presunção de racionalização e objetivação plenas das ações, posto que nenhuma planificação é capaz de neutralizar completamente as variações contextuais e sua dependência radical da existência de sujeitos que a realizem. Essas características da ação, que determinam as possibilidades e os desafios da gestão, têm por efeito que a construção de sentido dela decorrente exige uma negociação permanente nas interações, ainda que muitas vezes transcorra de forma silenciosa no cotidiano das instituições de saúde.

A ação tem sentido; sem dúvida, um sentido nunca fechado nem definitivamente fixado, mas construído pelo agente, no momento ou logo em seguida ao acontecimento, pelos participantes no seio das interações [...]. Com efeito, o sentido não é dado anteriormente, ele não preexiste à prova; ele se manifesta no momento, na interação com o outro, ele se desenvolve na atualidade da ação (LACOSTE, 1998, p. 19).

Quanto a isso, a experiência da pólis grega permanece emblemática, apesar das exclusões que a caracterizavam, justamente porque o que Arendt (1981) identifica como o espaço discursivo da aparência se situava em primeiro plano na organização coletiva, conferindo visibilidade à experiência política. É o fato de ser condicionada pela possibilidade de trazer à aparência processos que de outro modo passariam por naturais e autônomos que determina a especificidade dessa experiência e torna a ação (definida aqui pelo caráter normativo com que se coloca no artifício humano de um mundo de relações) e o discurso seus elementos essenciais.

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

Esse espaço comum, em que os homens compartilham e significam suas experiências pelo discurso, é o que permite ao artifício humano a produção de realidades. É no espaço de aparência assim configurado pela necessária intermediação da linguagem que qualquer objetividade é forjada, por meio da construção e apropriação coletiva de objetos e referências. Como salienta Sobral (2005, p. 22), a partir de uma leitura bakhtiniana sobre o caráter situado e participativo do sujeito,

o sentido nasce da diferença, mas não num sistema fechado de oposições. Assim, a experiência no mundo humano é sempre mediada pelo agir situado e avaliativo do sujeito, que lhe confere sentido a partir do mundo dado, o mundo como materialidade concreta. Como o mostra a obra de Bakhtin, não se trata, porém, de propor a relatividade dos valores, mas, pelo contrário, o fato de que o valor é sempre valor para sujeitos, entre sujeitos, numa dada situação.

Dessa forma, a esfera pública e a alteridade que a constitui são fundamentais à experiência política, na medida em que são condição de enunciação e valoração dos sentidos e efeitos da ação humana. A enunciação é aqui compreendida, segundo a leitura realizada pelo círculo de Bakhtin, como “acontecimento constituído pelo aparecimento de um enunciado” (DUCROT *apud* MELO; BRAIT, 2005, p. 64), ou seja, como acontecimento de produção de uma unidade de significação, de comunicação. Processo por meio do qual identidade e diferença são forjadas, situando os homens uns em relação aos outros. A relevância do enunciado está no fato de possibilitar essa dimensão relacional do mundo humano, posto que “conviver no mundo significa essencialmente ter um mundo de coisas interposto entre os que nele habitam em comum [...] pois como todo intermediário, o mundo ao mesmo tempo separa e estabelece uma relação entre os homens” (ARENDDT, 1981, p. 62).

Nessa perspectiva, a experiência política apenas pode-se concretizar se os saberes que articulam e significam a ação humana são colocados em discurso, trazendo-os para o plano de visibilidade propiciado pela dimensão pública, ainda que tais discursos, por definição, não expressem toda a complexidade e a singularidade das vivências. As escolhas e valores do viver coletivo requerem, portanto, a produção de ferramentas de comunicação que expressem as práticas e que permitam usos de linguagem que se afirmem como artifícios de intervenção simbólica em objetos feitos reais no mundo (entendido como artifício e artefato humano). Em outras palavras, usos que tenham como possibilidade a conformação de novos e outros sentidos para o real. Nesse sentido, a participação política é fundamentalmente uma atividade de linguagem.

Nossa aposta é que o processo de elaboração (necessariamente coletiva) desses sentidos pode fomentar uma cultura democrática nas relações institucionais, se constituídos espaços públicos de visibilidade em que se explicitem e debatam as implicações políticas presentes nas decisões que configuram a gestão. Enfim, uma cultura que se faça democrática por não negar o homem como sujeito de sua história, por situá-lo como sujeito das decisões coletivas, num gerir que se torna assim tanto coletivo como, de fato, público.

Trata-se, portanto, também da potencialidade de explorar a dimensão formativa dessas práticas, que podem gerar a afirmação, a valorização e o aprendizado do exercício da condição de sujeitos políticos dos que delas participam. Um aprendizado que remeta ao compromisso ético que advém da inserção desses sujeitos na experiência compartilhada de produção da saúde.

Potencialidades formativas das relações institucionais: alternativas para a construção de novos dispositivos de participação política no SUS

A trajetória dos espaços de participação no SUS tem revelado a persistência de traços culturais autoritários em sua forma de organização e funcionamento (PINHEIRO, 1995; GUIZARDI, 2005; TATAGIBA, 2002; SOARES; RIBEIRO, 2003; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; PESSOTO; NASCIMENTO; HIEMANN, 2001; BORGES, 2003). Como salientam Ribeiro e Andrade (1997, p. 353)

acerca dos conselhos de saúde, a desigualdade política que demarca a atuação dos atores que representam interesses específicos indica que o “entendimento da desigualdade na distribuição de recursos relativos à cultura política é fundamental para a compreensão de fenômenos políticos contemporâneos”. Consoantes essa avaliação, Labra e Figueiredo (2002, p. 539) analisam que “o desempenho institucional, assim entendido, se relaciona, por sua vez, com o despertar da consciência cívica e com a acumulação de capital social, o qual fomenta a instauração de comunidades cívicas capazes de dar sustentação à democracia política e social”. A partir dessas análises e tendo como referência a compreensão de participação política já discutida, consideramos que nossa inexperiência democrática, como a denomina Freire (2005), não deixará de ser uma realidade no cotidiano das instituições de saúde, a menos que esse cotidiano se torne objeto para sua problematização e para a construção de outras referências culturais e saberes que possam ser manejados pelos sujeitos como recurso de intervenção/participação na produção da política pública do setor.

A Política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde em 2003 sinaliza essa compreensão, ao enfatizar uma noção de prática pedagógica que tem como centro o cotidiano do trabalho, procurando promover a autogestão e a auto-análise dos coletivos de maneira ascendente e crítico-reflexiva, tendo como referência o objetivo de uma aprendizagem significativa. Destaca-se, principalmente, a articulação dos Pólos de Educação Permanente como dispositivos de gestão colegiada, com a clara finalidade de quebrar a “regra da verticalidade do comando e da hierarquia rígida nos fluxos” e “superar a racionalidade gerencial hegemônica” (BRASIL/MS, 2004, p. 21). Proposições políticas formuladas em função da avaliação de que

Para avançar na consolidação do SUS, é absolutamente necessário possibilitar que a formulação da política para o setor ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral à saúde – entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde – e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (BRASIL/MS, 2004, p. 21).

Ceccim (2005), ao apresentar e discutir a Política de Educação Permanente, enfatiza a distinção entre a lógica da construção política que marca essa proposta e a histórica estratégia de implementação de

ações programáticas, identificando essa construção com a descentralização e a disseminação da capacidade pedagógica na saúde. O conceito de roda é particularmente relevante nessa construção, por compreender que o “processo político requer a produção ativa de coletivos, de protagonismo e de autonomia” (CECCIM, 2005, p. 3).

Consideramos importante destacar tal orientação, especialmente no que tange à autonomia dos coletivos e à disseminação da capacidade pedagógica na saúde, na discussão sobre a construção de novos dispositivos de participação nos modos de gestão que configuram o SUS. Tratar-se-ia de remeter a participação política à discussão dos efeitos formativos das práticas institucionais, perspectiva que supõe um movimento de inversão em relação ao tema da participação: *não tanto formar para participar, mas participar para formar*.

A proposta dessa inversão se fundamenta na percepção de que o maior desafio encontrado hoje nas instâncias existentes de participação no SUS e nas relações cotidianas nas instituições de saúde é a cultura política que as perpassa. Problema que recurso a capacitações ou estratégias de representação de interesses não tem sido eficaz para solucionar.

Compreendemos por cultura política “a construção social particular em dada sociedade do que conta como ‘político’” (ALVAREZ; DAGNINO; ESCOBAR, 2001, p. 25). Construção que, no caso brasileiro, é erigida na demarcação simbólica de uma hierarquia social fundada numa extrema polarização, que se tece na permanência de padrões sociais autoritários, pertinentes não somente ao que se designa como âmbito político (em estrito e controverso senso), mas também ao conjunto das relações sociais: familiares, de convivência, de trabalho; inclusive relações entre o aparato estatal e o conjunto da sociedade. Falamos, portanto, não exatamente de governos autoritários, mas de relações sociais autoritárias (CHAUÍ, 1990) que convergem em determinados processos de normalização do sujeito e da prática política brasileira.

Defender a participação política como possibilidade de formação de uma cultura democrática nas instituições de saúde equivale a insistir que o “sujeito que toma decisões éticas o faz em sua vida concreta, cujas especificidades incidem sobre sua decisão, em vez de aceitar a proposição de que a forma e o conteúdo dessas decisões

sejam fundados numa moralidade transcendente” (SOBRAL, 2005, p. 23). Ou seja, equivale a situar o sujeito em relação a suas práticas e a destacar o caráter concreto desses processos decisórios, o que apenas pode ser feito se entendermos a participação política como uma atividade de linguagem, já que somente pela linguagem essas dimensões da ação humana ganham existência e se coletivizam.

Em outras palavras, para que essa dimensão política da ação (como ato de inerente valorização) seja inteligível aos sujeitos que a realizam, é preciso que seja trabalhada em linguagem, no sentido de sua elaboração. Por sua riqueza semântica, suas ressonâncias, sua exposição à interpretação, a fala é o modo privilegiado de construção de relações; instrumento de designação, denominação, metaforização, marcação temporal e espacial, antecipação e projeção que torna possível a inscrição da ação nas relações sociais. É pela fala que significações, emoções, símbolos, crenças, racionalidades, experiências sistematizadas como história e cultura se articulam como uma complexa rede sobre a qual se constitui a ação (LACOSTE, 1998). Em suma, com o recurso à linguagem introduz-se a “relação com o tempo, com o outro, com o coletivo” (LACOSTE, 1998, p. 32).

É em razão desse aspecto que consideramos a necessidade de organização de espaços públicos em que as decisões de gestão (o que não significa decisões do gestor, como ressaltamos previamente) sejam explicitadas e debatidas, pois sua inscrição em linguagem não é uma iniciativa que possa ser individual e isoladamente empreendida. O sujeito, em sua prerrogativa de agente e organizador de discursos, significa suas ações e as dos outros nesse encontro em que a alteridade é condição para a produção de sentido. É frente ao outro que seu posicionamento se define e que as afirmações de valor que dele decorrem se enunciam. Como argumenta Freire (2005), o homem é um ser de relações, não apenas de contato. Tanto ele está *no* mundo, como *com* o mundo, sendo essa a grande peculiaridade da condição humana, sua abertura autoral à realidade, que se efetiva em sua pluralidade, criticidade e temporalidade, como ser produtor de cultura. Mais uma vez referenciamos esse autor, que afirma que “a democracia, antes de ser uma forma política, é forma de vida” (FREIRE, 2005, p. 88). Atributo da vida que se deseja humana, já que “a vida não tem necessidade de assumir valores externos a ela para tornar-

se política. Política ela é imediatamente em sua própria facticidade” (AGAMBEN, 2004, p. 160).

Podemos, então, pensar na dimensão formativa dessas práticas como decorrente da elaboração e publicização desses posicionamentos, como um aprendizado sobre as implicações de suas ações, um aprendizado do caráter “responsível” de seus atos (SOBRAL, 2005): de sua responsabilidade (na medida em que deve responder por eles) e de sua necessária reponsividade (já que deve também responder a alguém sobre eles).

O ato “responsível” e participativo resulta de um pensamento não-indiferente, aquele que não separa os vários momentos constituintes dos fenômenos, que admite não a exclusão “ou/ou” da dialética clássica, mas a inclusão “tanto/como”, com seus ecos heraclitianos e até mesmo taoístas. Dessa forma, o ato responsável envolve o conteúdo do ato, seu processo, e, unindo-os, a valorização/avaliação do agente com respeito a seu próprio ato, vinculada com o pensamento participativo” (SOBRAL, 2005, p. 21).

Essas considerações tornam claro que, quando falamos em formação, não estamos nos referindo à aquisição de conhecimentos técnicos específicos ou noções abstratas. O sentido que damos à aprendizagem é o de prática educativa que compromete os homens como homens concretos na elaboração e significação de seu fazer e suas relações, de modo que sejam capazes de se posicionar criticamente na produção de mundo. Nessa acepção, a educação importa ao ser “prática de liberdade” (FREIRE, 2005), ao implicar homens e mulheres em sua responsabilidade social e política.

Nossa hipótese é que conferir visibilidade às ações que configuram o cotidiano institucional possui relevante caráter formativo, quando se enunciam os valores que as determinam e se possibilita o diálogo sobre eles. Essa prática se faz formativa na medida em que se fundamenta na produção de enunciados sobre a ação humana, ou seja, unidades de comunicação em que a significação ocorre necessariamente a partir de sua contextualização. Com sua explicitação e análise, supomos que os sujeitos sistematizem e avaliem sua experiência, criando a partir dela novos saberes e referenciais, principalmente éticos e culturais, para a ação.

A dimensão formativa desse processo resulta do fato de que os enunciados assim produzidos adquirem sentido apenas na

especificidade de seu engendramento, que expõe não somente a situação verbal, mas também a extraverbal, as relações de poder em jogo, a postura e os valores dos interlocutores, seus pressupostos e sentimentos. O enunciado, na singularidade do contexto de que emerge, ao mesmo tempo em que caracteriza a especificidade do processo interativo, remete-o ao contexto histórico de que é parte. A noção de enunciado é tomada por nós como ponto de partida da discussão, justamente porque explicita o caráter histórico, cultural, social e, sobretudo, produtivo da linguagem. A enunciação é o que faz a linguagem ser impregnada de vida e não simplesmente abstração formal. É a produção de enunciados concretos a partir da interação social, pertinentes a sujeitos e contextos históricos, que faz circular e se articularem discursos – e, conseqüentemente, faz com que sejam afirmados e materializados os valores em que se fundam.

O que designarei por este termo [enunciação] é o acontecimento constituído pelo aparecimento de um enunciado. A realização de um enunciado é de fato um acontecimento histórico: é dada existência a alguma coisa que não existia antes de se falar e que não existirá depois. É esta aparição momentânea que chamo de enunciação (DUCROT *apud* SOBRAL, 2005, p. 64).

Consideramos que a aprendizagem que pode vir a decorrer desses processos interativos, em que o centro é o debate sobre os valores que se expressam na atividade cotidiana dos sujeitos, é fundamental à construção de outras possibilidades participativas no SUS, especialmente por incidir sobre a atualização das práticas e da cultura autoritária tão características de nossas relações sociais. O desafio de construção de novos dispositivos e saberes como recurso de participação talvez possa nesse movimento encontrar importante ressonância, que não se tornará presente no processo de efetivação do SUS se não nos dispusermos a questionar a produção concreta (portanto, local) das políticas e intervenções públicas. Não há como ter resultados democráticos se o processo não o for, não há como presumir a participação dos diferentes atores engajados, se a referência a certo saber considerado legítimo os exclui do diálogo. Como salienta Freire (2005, p. 100), “há saber que só se incorpora ao homem experimentalmente, este é o saber democrático”.

Nesse aspecto consideramos o tema da formação política particularmente relevante: como possibilitar condições para que haja sistematização, circulação e legitimidade dos saberes que permeiam a experiência dos sujeitos tradicionalmente aliados do processo político? Nossa perspectiva é discutir a produção de conhecimentos a partir do questionamento da dinâmica, da organização das instituições de saúde e das relações de poder que as conformam.

Em outros termos, a questão da participação em nossa compreensão passa pelo desafio de pensá-la como exercício de autonomia e da potência de criação que constitui o humano (HERCKERT, 2005) e que situa a dimensão política como possibilidades e usos feitos da participação na produção de realidades sociais (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005). Pensar a participação significa pensar essa implicação política, o que depende de nossa capacidade de discutir não somente o que se faz, mas como se faz. Tecer participações como possibilidade de “instituir normas, e não apenas como controle da execução e fiscalização das normas existentes” (HERCKERT, 2005, p. 5).

O exercício dessa condição política dos sujeitos implicados está estreitamente condicionada pelas possibilidades de apropriação e produção de discursos e leituras sobre os processos em curso, o que demanda novas estratégias e dispositivos de aprendizagem, sistematização e comunicação da experiência dos sujeitos envolvidos. Os conhecimentos manejados na produção da política devem abarcar o pertencimento desses sujeitos a determinadas realidades sociais, o que somente ocorrerá se houver visibilidade aos silenciamentos que se impõem no cotidiano institucional, e que impedem que saberes diversos se coloquem como autores da construção política do SUS.

Afinal, como coloca Freire (2005, p. 49):

O homem pode ser eminentemente interferidor. Sua ingerência, senão quando distorcida e acidentalmente, não lhe permite ser um simples espectador, a quem não fosse lícito interferir sobre a realidade para modificá-la. Herdando a experiência adquirida, criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo a seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, transcendendo, lança-se o homem num domínio que lhe é exclusivo – o da História e o da Cultura.

A participação política e o desafio de produção de novos modos de gestão

As questões abordadas remetem à necessidade de repensar os modos de gestão do sistema de saúde, já que o cotidiano das instituições expõe as limitações que a tradição gerencial e de planejamento enfrenta na concretização dos projetos e programas elaborados, principalmente quando se apresenta como horizonte desejável à transformação de suas instituições. A realização concreta das políticas públicas do setor vai muito além de sua adequada formulação ou da criação de mecanismos de controle burocratizados. Isto porque a transformação que a materialização do direito à saúde requer remete aos processos de construção das políticas do setor e não à estrita configuração de programas (CECCIM, 2005).

A experiência histórica muitas vezes demonstrou a ineficácia resultante de tentativas de estabelecer objetivos, novos instrumentos de produção de informação, reorganizar os processos de trabalho e reformular a composição das equipes, construir novas unidades e disponibilizar verbas, inclusive grandes investimentos em capacitação, sem que sejam questionadas as relações de poder que permeiam e configuram as instituições de saúde (FEUERWERKER, 2005). De fato, as dificuldades repetidamente enfrentadas nos confrontam com os limites das tentativas de reformar as instituições sem explicitar a dimensão política das práticas, trazendo-as para o debate em espaços de aparência (ARENDT, 1981), espaços públicos.

A dimensão política das ações e das intervenções nas políticas públicas implica uma negociação complexa, que requer dos sujeitos tanto a apropriação das normas e saberes, como a gestão das variabilidades inéditas que o cotidiano apresenta em sua historicidade. Nesse sentido, essa concepção de ação política requer a construção de outras relações com a ação humana, em que sua dimensão normativa seja destacada.

Talvez seja essa a principal reflexão a ser proposta no processo atual de construção SUS: como podemos construir outros sentidos e saberes sobre as práticas de saúde (e aqui nos referimos tanto às práticas profissionais, como as dos usuários e seus representantes), que nos permitam produzir saúde (além da prevenção e controle da doença, para não dizer da normalização dos sujeitos)?

Produzir saúde implica, portanto, o exercício das capacidades normativas dos sujeitos, colocar em debate os valores que os orientam, o que envolve a própria configuração institucional das alternativas de intervenção. É importante, quanto a este ponto, destacar que em última instância essa sempre é uma tarefa local, que deve implicar a autonomia dos sujeitos que irão vivenciá-la. Sem isso, torna-se frágil a exigência de sua co-reponsabilização em relação às atividades de que participam, já que se trata de formas de implicação que se constroem quando situadas como contrapartidas da autonomia e a da descentralização da tomada de decisão. Como salienta Zarifien (2001), responder por é assumir valores de envolvimento pessoal; acrescentaríamos, é assumir-se co-autor dos processos de gestão.

A abordagem que adotamos neste artigo teve como foco as relações institucionais em suas dimensões políticas, perspectiva escolhida por expor os dispositivos de poder que respondem pela restrição da capacidade de governo da coletividade. Nessa direção, pensar as possibilidades de configuração de novos dispositivos de participação política no SUS requer uma discussão sobre os modos de gestão que o orientam, os instrumentos de seu controle, da divisão das tarefas, das condições propiciadas para sua efetivação, do próprio sentido do trabalho e da organização das instituições de saúde.

Em suma, requer discutir o que seja e o que se deseja da ação de participar (aqui não entendida estritamente como representação em espaços instituídos para este fim, mas como pertinente ao cotidiano institucional), sem o que dificilmente os espaços institucionalizados de participação deixarão de reproduzir as relações de força que os sujeitos historicamente vivenciam no cotidiano do sistema de saúde. Condição, enfim, para a reinvenção das possibilidades democráticas no SUS.

Referências

- AGAMBEN, G. *Homo sacer*. o poder soberano e a vida nua. Belo horizonte: UFMG, 2004.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.
- _____. *O que é a política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.
- BRAIT, B.; MELO, R. Enunciado/enunciado concreto/enunciação. In: BRAIT, B. (Org.). *Bakhtin*: conceitos-chave. São Paulo: Contexto, 2005. p. 61-78.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. *Manual para organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência*. Aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- DECORTIS, F.; PAVARD, B. Comunicação e cooperação: da teoria de atos de fala à abordagem etnometodológica. In: DUARTE, F. J.; FEITOSA, V. C. (Orgs.). *Linguagem e trabalho*. Rio de Janeiro: Lucerna, 1998. p. 51-81.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 225-238.
- GUIZARDI, F. L. *Participação política e os caminhos da construção do direito à saúde: a experiência da Pastoral da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- HERCKERT, A. L. *O trabalho em saúde a partir de um novo humanismo*. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 3. *Anais...* Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 9 a 13 de julho de 2005 (mimeo).
- LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 3, p. 537-547, 2002.
- LACOSTE, M. Fala, atividade, situação. In: DUARTE, F. J.; FEITOSA, V. C. *Linguagem e trabalho*. Rio de Janeiro: Lucerna, 1998. p. 15-36.
- NEGRI, A. *O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- NEVES, A. et al. *Avaliação do controle social do SUS em um município da região metropolitana de Salvador: o Conselho Municipal de Saúde de Dias D'ávila*. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., *Livro de Resumos II*, Brasília. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003, p. 453.
- PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HIEMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cad. saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 89-97, jan-fev. 2001.
- PINHEIRO, R. *Conselhos de Saúde: o direito e o avesso*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

PINTO, O. M. V. *et al.* *A importância das ações de informação, educação e comunicação para o fortalecimento do Controle Social na Secretaria de Estado de Alagoas.* IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7. *Livro de Resumos II*, Brasília. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003, p. 454.

RIBEIRO, E. A.; ANDRADE, C. M. Cultura política e participação diferenciada: o caso do Conselho Municipal de Saúde do município de Dois Vizinhos, Estado do Paraná. *Maringá*, v. 25, n. 2, p. 349-358, 2003.

SOBRAL, A. Ato/atividade e evento. In: BRAIT, B. (Org). *Bakhtin: conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 11-36.

ZARIFIEN, P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001.

Notas

¹ Este texto se insere no projeto de doutoramento da autora principal, sob orientação da segunda, no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, no Instituto de Medicina Social da UERJ, intitulado “Participação política e o cotidiano na gestão da saúde: uma proposta de estudo sobre a potencialidade formativa da atividade.” Esse projeto conta com o apoio do CNPq.

Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde

OCTAVIO BONET

FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES

Introdução

O presente trabalho pretende refletir sobre a coexistência de redes de cuidado à saúde que se superpõem no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF) em Juiz de Fora. Uma primeira rede seria delimitada pela territorialização que o PSF estabelece na comunidade através do cadastro da população adscrita no âmbito do trabalho de uma equipe de saúde. Uma segunda rede se refere a cada unidade de cadastro – quer dizer, as unidades familiares. Sobre essas duas redes se realizam as intervenções de cuidado terapêutico.

Essa estruturação do PSF, no entanto, tem que conviver na prática com outros níveis de territorialização, que conformam redes intersticiais que não apenas a rede comunitária mais ampla e a rede das relações familiares. As redes ocupam espaços intersticiais em relação à delimitação formal que estabelece o PSF, como foi apontado acima. Trate-se de redes capilarizadas que se imbricam informalmente, tensionando-se e/ou estabelecendo alianças com o trabalho da equipe de saúde.

Acreditamos que na estruturação do PSF, do ponto de vista formal, essas redes intersticiais não vêm sendo consideradas; mas, no trabalho cotidiano, as equipes acabam por reconhecer e sendo reconhecidas pelos agentes que as integram. Neste trabalho enfocaremos mais detidamente as relações entre a rede institucionalizada do PSF e duas dessas redes intersticiais: as redes de vizinhança e amizade e as redes de terapeutas alternativos (religiosos e populares).

Do ponto de vista analítico, o reconhecimento dessas redes se encontra ancorado numa perspectiva que possibilita uma compreensão mais flexível dos processos sociais, na medida em que focaliza especialmente as interações que ultrapassam os limites dos grupos, reconhecendo conexões para além das interações formalmente estabelecidas (BARNES, 1987, p. 163). Diferentes graus de estruturação dos vínculos sociais podem ser reconhecidos no âmbito dos processos de ação, compreendendo não apenas os grupos organicamente definidos, mas também, como sugere Mayer (1987), os “quase-grupos”. Considerando os processos interativos a partir das conexões interpessoais cotidianas, o conceito de rede social “significa muito mais que um instrumento metodológico de análise de processos interativos: é um conceito central na análise dos processos estruturadores da sociedade” (FONTES, 2004, p. 122).

Territorialidade no PSF

O sistema de saúde brasileiro tem seu ponto de inflexão na década de 80, quando são firmadas as bases para um Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Mas é a partir de 1991 que começa sua reorganização, através das Normas Operacionais Básicas (NOB). Essa reorganização foi realizada pela ênfase dada a dois programas principais: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, que começaram em 1991 e 1994, respectivamente (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 17). Esse processo, conhecido como “reforma da reforma”, datado de 1996, é o momento em que o Ministério da Saúde formula a NOB 1996; nela é delineada uma reforma na concessão de recursos, propondo os incentivos financeiros para os dois programas anteriormente citados (ALMEIDA, 2001, p. 50).²

É a partir da NOB 96 que o PSF se estabelece como um modelo de reestruturação das práticas de saúde, procurando superar “a fragmentação dos cuidados com a saúde derivados da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde” (CORDEIRO, 1996, p. 12). As idéias-chave que teriam que se colocar em jogo para superar esse modelo segmentar seriam: “uma concepção de saúde relacionada à qualidade de vida; a noção de equipe de saúde; a intervenção desta na família e na comunidade e a ação intersetorial” (FAVORETO, 2002, p 15).³

Essas idéias, que a NOB 96 reafirma, fazem parte da idéia de implementação de uma clínica ampliada que abriria espaço para as dimensões singulares e subjetivas do adoecer humano e que incluiria novos agentes terapêuticos (FAVORETO, 2002).

Deste modo, o PSF foi pensado para reformular o contexto onde são estabelecidas as relações entre os agentes de saúde e os usuários, procurando superar a percepção “tradicional” da prática médica que intervém sobre o indivíduo abstrato. Pretende-se, agora, complexificar esse modelo, reconhecendo esse indivíduo enquanto situado no mundo: “O desenho da política do PSF introduz na prática médica a variável ‘comunidade’, a partir do núcleo familiar” (FONTES, 2004, p. 129).

Compreender o indivíduo-situado é remetê-lo à rede de sociabilidade na qual ele se encontra inserido. A trama dessa rede se encontra formada por densidades variáveis, já que nas sociedades complexas as relações estabelecidas pelos indivíduos não se estendem uniformemente por todo o tecido social, mas se organizam em grupos com graus de intimidade e solidariedade bastante diferenciados (BARNES, 1987). As redes, conformando o pano de fundo onde se desenrolam as ações, estabelecem uma superfície de contato que possibilita, nas negociações cotidianas, a interpenetração de diferentes saberes terapêuticos e/ou religiosos que se associam aos usos distintivos do corpo e a uma diferente economia das emoções.

Na perspectiva do PSF, esse indivíduo-situado se configura através da idéia de territorialização, que compreende dois níveis: num nível mais abrangente, as fronteiras de atuação de uma equipe; em outro nível, toma como unidade básica para seu trabalho de atenção à saúde os limites da residência e/ou do núcleo familiar. Nos documentos normativos para a atenção básica (SIAB, 1998), encontramos as definições de microárea, área e segmento que se associam ao nível de atuação da equipe; e encontramos as definições de família e domicílio que se correspondem ao segundo nível de atuação. O tipo de definição geral oferecida para cada conceito⁴ limita a eficácia das ações, ou, como afirmam Pereira e Barcelos, os critérios de homogeneidade, contigüidade e compatibilidade não têm sido contemplados ou foram deixados de lado no desenho de seus territórios (PEREIRA; BARCELOS, 2006, p. 54).

Isto nos permite afirmar que o processo de territorialização do PFS se realiza atribuindo ao espaço as características de um espaço liso sobre o qual se implantaria o programa, transformando-o nesse ato num espaço estriado. Isto é desconhecer, no sentido de não reconhecer, que o espaço já sofreu um processo de transformação prévia em estriado. A questão fundamental é que o objetivo da territorialização do programa é cristalizar, ao transformar em estriado, um processo permanente de tradução dos espaços.⁵

O ponto positivo na perspectiva dos profissionais das UBS em relação à territorialização é que cria a possibilidade de uma relação continuada entre esses profissionais e a população assistida, além de possibilitar uma percepção ampliada da saúde, incorporando os condicionantes sociais.

O problema é que o PSF vê como liso um espaço que já é estriado. No desconhecimento desse estriamento do espaço preexistente ao PSF é que se situam as críticas realizadas pelos profissionais das unidades básicas de saúde (UBS), como no relato abaixo:

Eu acho que toda essa territorialização [...] realmente, assim [...] não é o ideal, não. Por quê? Porque, às vezes ela é feita da melhor maneira, num sentido assim [...] de pegar áreas próximas pra pôr dentro de uma área. Mas muitas vezes a realidade social é muito diferente de uma micro-área pra outra.

Nesse modelo de significação do espaço que o PSF implementa não se encontram incorporadas outras significações possíveis, que são implementadas no cotidiano pelas redes de agentes sociais que neste trabalho denominamos redes intersticiais.

Redes intersticiais

A territorialidade do PSF, que compreende uma dupla face – marcada pelos limites da comunidade abrangida pela equipe e pelo limite da unidade familiar – convive, na prática cotidiana, com outras redes de acentuada capilaridade, imprimindo dinamismo ao cotidiano da equipe de saúde. Para os profissionais que atuam no PSF, a visibilidade dessas redes vai depender do seu grau de inserção no cotidiano da comunidade, na medida em que vai estabelecendo relações sociais que transcendem a unidade familiar atendida pelo programa. Dessa forma, essa estruturação do PSF tem que conviver na prática

com outros níveis de territorialização, que conformam redes intersticiais que não apenas a rede comunitária mais ampla e a rede das relações familiares.

Poderíamos sugerir que os médicos estariam menos propensos a perceber sua existência, já que boa parte do seu trabalho é realizada no consultório da UBS, distante da dinâmica dessas relações. No entanto, a percepção da existência dessas redes também pode decorrer da maior ou menor sensibilidade do profissional em reconhecê-la. Ao longo do trabalho de campo pudemos verificar que essa percepção é partilhada por médicos e agentes de saúde. Embora não explicitem discursivamente a existência dessas redes, em diferentes momentos foi possível verificar vários profissionais que a reconhecem, procurando, inclusive, contar com sua vitalidade para o desenvolvimento do trabalho.

Essas redes intersticiais, mesmo que situadas no espaço “entre” a unidade familiar (no sentido estrito) e a comunidade, se expandem de forma rizomática. Isto quer dizer que não se trata de uma rede autônoma em relação às outras, mas que, sendo marcada por uma intensa capilaridade, imprime ao sistema de cuidado à saúde sua característica dinâmica.⁶

Assim, do ponto de vista “formal” da estruturação do PSF, essas redes intersticiais não vêm sendo consideradas, já que a organização do trabalho da equipe de saúde compreende uma rede entre o médico (podendo contar também com outros profissionais, como enfermeiro e assistente social), agentes de saúde e a população assistida. Mas no cotidiano do trabalho elas adquirem visibilidade, produzindo movimentos de tensão ou aliança com o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde.

Por vezes, o imbricamento das redes com o trabalho desenvolvido no PSF pode produzir episódios de conflito entre médico e paciente. É o caso, por exemplo, de problemas gerados no âmbito da consulta, que envolvem a dificuldade do reconhecimento do diagnóstico ou mesmo do tratamento a ser ministrado, devido a impedimentos de ordem religiosa. Isso ficou manifesto na entrevista com uma das médicas da UBS:

Eu tive uma paciente que estava com diabetes, mas ela não aceitava falar a palavra diabetes porque ela achava que era diabólico. Então,

ela não aceitava de tomar o remédio. Aí, eu fui conscientizando, falando da importância ... chamando, também, o pastor, eu expliquei para ele [...] Foi [o pastor], foi lá conversar comigo. Eu falei: “Traz o pastor aqui, vamos trocar uma idéia”.

Após a conversa com o pastor, o problema acabou sendo contornado porque ele se propôs a fazer uma intervenção complementar a da médica.

Tensões de ordem religiosa também podem impossibilitar a realização da consulta: é o caso, como nos foi relatado, do impedimento de uma paciente em ir à UBS para a realização de consulta por imposição do esposo que, sendo evangélico, somente aceitava que as consultas fossem realizadas em casa.

Mas essas redes não adquirem visibilidade somente em momentos de conflito com o trabalho da equipe de saúde. Muito mais frequentes parecem ser as alianças informais constantemente estabelecidas entre as redes e a equipe, permitindo que muitas dificuldades possam ser superadas. A equipe reconhece, e por vezes “aciona”, o apoio de parentes, vizinhos, amigos e especialistas da cura religiosa (como o exemplo acima, que indicou a resolução de um conflito através da negociação das perspectivas).

Portanto, investigar a dinâmica das inserções dos indivíduos nas suas redes cotidianas é central para que possamos compreender as condições e possibilidades de realização do trabalho da equipe do PSF, bem como o acesso à variedade de recursos terapêuticos que se encontram disponibilizados no contexto social que compreende os limites territoriais da atuação do PSF. Passamos agora a descrever as características das redes de vizinhança e da rede terapêutica alternativa.

A vizinhança como rede

A rede que compreende a família ampliada, a vizinhança e as amizades pode ser caracterizada enquanto uma rede de apoio e cuidado com a saúde em sua perspectiva mais ampliada, auxiliando sobremaneira a consecução dos objetivos perseguidos pelo PSF. O trabalho da equipe, por mais intenso e responsável que seja, não pode prescindir das relações de ajuda, confiança, dinamismo e agilidade na resolução dos problemas práticos, bem como dos “imponderáveis” que surgem no cotidiano do trabalho de médicos e agentes de saúde.

Problemas corriqueiros – por exemplo, a notificação ao agente de saúde sobre os casos mais graves ou sobre algum incidente que necessita de uma intervenção rápida; a aquisição de medicamentos ou a viabilização de transporte para uma consulta na UBS para os que estão acamados; os cuidados que envolvem o sucesso do tratamento prescrito pelo médico (como a correta administração do medicamento, a realização de curativos e o controle da alimentação) – são tarefas que costumam ser empreendidas não apenas pelos parentes mais próximos, mas também por vizinhos e amigos que moram na localidade.

A percepção da existência dessa rede costuma ser identificada, ainda que de forma fragmentária, por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e agentes de saúde. Entre os agentes de saúde, no entanto, essa percepção pode ser mais intensamente estimulada, estabelecendo uma espécie de parceria informal, visto que eles conhecem a comunidade de forma bastante aprofundada. E isto não apenas porque moram no local em que realizam suas atividades profissionais, mas principalmente porque são observadores privilegiados dos itinerários terapêuticos das pessoas do bairro. Já que são eles que realizam a “ponte” entre o trabalho nas UBS e a população atendida, esse trabalho pode transcender em muito as atribuições básicas dos seus afazeres, como, por exemplo, a atualização do cadastramento das famílias atendidas (principalmente no que diz respeito a certos grupos prioritários para atendimento, como gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos); a marcação de consultas etc. No cotidiano do trabalho dos agentes, muitas outras tarefas podem ser desempenhadas, no que diz respeito aos cuidados com a comunidade, transformando-os, muitas vezes, em “amparadores” da população atendida. Através deles, problemas financeiros, familiares e de vizinhança ganham espaço nas preocupações da equipe de saúde como um todo, sendo considerado pelo médico uma dimensão fundamental para o sucesso do tratamento.

A importância estratégica dessa rede para o sucesso do trabalho da equipe do PSF nos foi explicitada por uma médica e uma agente de saúde ao final de uma manhã em que havíamos acompanhado a realização de algumas visitas domiciliares. Naquela ocasião, as profissionais alertavam-nos para as dificuldades sociais que estavam “por trás” das queixas dos pacientes atendidos. Tratava-se de uma ativida-

de de rotina, que compreendia um “roteiro” preestabelecido de visita a dois idosos e um jovem. Para uma compreensão mais adequada da percepção desses profissionais, destacaremos, na forma de uma narrativa sucinta, alguns elementos dessa visita.

A primeira pessoa a ser visitada foi uma senhora que vive sozinha numa pequena e mal iluminada casa de três cômodos. Ela estava muito queixosa de sua situação (naquele momento não especificou nenhum queixa), particularmente devido ao fato de não haver sido atendida na UBS algum tempo atrás, quando lhe ocorreu um problema de saúde. Sua médica (a qual estávamos acompanhando nessa visita) naquele momento estava de férias, razão pela qual ela não teria recebido atendimento. Como ela mesma afirmou: “se morresse, ia morrer sem receita”. A maior parte da visita foi ocupada com conversas sobre sua situação geral, em especial com os problemas da vizinhança, que a incomodavam bastante. Essa senhora reclamava muito das dificuldades de relacionamento com o neto e dos problemas financeiros. Lamentava sua solidão e encontrava-se bastante saudosa dos pais e marido, já falecidos. Sentindo-se deprimida, queixava-se de uma falta de ar recorrente, associando-a, por vezes, à tristeza que sentia. Os procedimentos médicos limitaram-se à medição da pressão e o pedido de alguns exames de rotina. O objetivo principal da visita era restabelecer contato com a paciente, já que havia alguns meses que a médica não a encontrava (isso se percebeu na queixa inicial da paciente, que reclamava do “esquecimento” da médica em relação a ela).

Ao longo da visita, aliás bastante demorada, a intervenção da médica concentrou-se basicamente na escuta da paciente, entabulando conversas sobre suas dificuldades financeiras e aconselhando-a em relação às atitudes e cuidados que ela deveria tomar para resolver esses problemas.

De lá, seguindo pela mesma rua, chegamos à casa de um senhor que vivia sozinho. Embora tenha familiares que também moram no bairro, ele é amparado por vizinhos (uma vizinha é quem o alimenta e cuida da sua saúde): devido às suas precárias condições de saúde (inclusive inviabilizando sua locomoção), são eles que resolvem todos os seus problemas (no momento da visita havia outro vizinho consertando sua televisão). A médica verificou sua pressão e observou seu estado geral (detendo-se mais demoradamente na observa-

ção das pernas que se encontravam cheias de úlceras decorrentes da elefantíase) e recebeu alguns medicamentos. Devido à sua precária condição de saúde (não ouve bem e pouco compreende), as orientações da médica foram dirigidas à vizinha que se encontrava presente (a que o alimenta). O tom da conversa oscilava entre as recomendações da médica e as reclamações, feitas pela vizinha, em relação à ausência de apoio dos familiares desse senhor.

A última visita realizada naquela manhã foi na casa de um jovem aidético, que se encontrava acamado há cerca de seis anos. Destoando enormemente das visitas anteriores, o clima da casa era bastante acolhedor e agradável. Fomos recebidos por sua irmã, cuja dedicação ao jovem já era conhecida pela equipe, e que se dizia muito confiante com o estado do irmão. Contrariando todos os prognósticos médicos, o jovem encontrava-se numa situação “terminal” durante todo esse período e, segundo afirmou sua irmã, isso seria decorrente do seu cuidado e atenção. A médica pouco se deteve na realização de procedimentos específicos, limitando-se à medição da pressão e verificação de alguns medicamentos que estavam sendo utilizados. A conversa transcorreu num tom informal, pontuada por brincadeiras com o jovem e recomendações genéricas.

Findada a atividade, a médica e a agente de saúde começaram a discorrer sobre as diferenças observadas entre as várias casas visitadas, acentuando as dificuldades decorrentes da ausência de familiares e/ou pessoas próximas que apoiem o paciente, e as conseqüências dessa falta de apoio para os problemas de saúde que a equipe deve enfrentar.

Como esse pequeno relato parece indicar, é nítida a percepção, entre os profissionais de saúde, da importância da rede de apoio. Sem ela, seu trabalho pode, no limite, ser inviabilizado. A precariedade das condições materiais do trabalho no PSF, tais como o número limitado de profissionais em cada equipe, o elevado número de consultas, a falta de medicamentos básicos e a dificuldade de realização de exames especializados são problemas recorrentemente apontados como comprometedores da qualidade do PSF. Mas, segundo vários profissionais, de alguma forma eles acabam sendo contornados.

A sensação de impotência diante das dificuldades que estão além das condições de realização do trabalho parece angustiar sobremaneira o cotidiano desses profissionais. O problema mais agudo surge

quando o paciente não conta com uma rede de apoio, configurando um desafio que a equipe de saúde não pode resolver de forma satisfatória. Médicos do PSF afirmam que “não praticamos medicina; praticamos qualquer outra coisa, menos medicina”. Numa entrevista com uma médica do programa ela expressou:

a partir do momento que você vai marcando o retorno [do paciente à próxima consulta], você vai criando um vínculo com aquele paciente, né? [...] Ai ele começa: “Ah, doutor, o senhor passou o remédio tal e eu não tomei por causa disso. Eu não tinha dinheiro pra comprar”; “Ah, doutor, eu tomei o remédio, mas esse mês a minha pressão não tá boa...” Por quê? “eu tive uma briga com o meu marido. Ele arranhou outra, ele saiu de casa”. Então, começou a aparecer toda a rede de problemas sociais, particulares que existia por trás da doença.

Na fala anterior e na expressão “não praticamos medicina”, encontramos implícitas duas percepções: uma em que a incorporação dessas dimensões “sociais” que estariam por trás da doença extrapolaria a capacidade de intervenção terapêutica (o que geraria angústia no profissional); outra, em que essas dimensões “sociais” descaracterizariam o trabalho estritamente médico. Nas duas percepções se observa que o “social” representa o limite das possibilidades de intervenção do PSF, e não uma dimensão intrínseca à proposta de cuidados integrais que o PSF busca implementar. Essa problemática se vivencia como uma tensão entre desejos e possibilidades, como fica claro na fala de médica entrevistada:

Seria ideal, você não só focalizar aquela queixa que levou o paciente a isso [ao problema que o levou à consulta], mas você puxar o que tá por trás e amarrar aquele paciente, pra que ele esteja voltando. [...] Na hora que entra a parte social, a gente se sente sem estrutura. Por que enquanto tá a questão médica, você sabe onde você pode trabalhar, né? [...] Então você tem que se desdobrar, sair um pouco da sua função de médico e virar um pouco psicólogo, um pouco assistente social.

A rede terapêutica

No espaço da territorialidade do PSF, outras terapêuticas podem coexistir com o trabalho realizado pela equipe do programa. A percepção da existência de especialistas da cura terapêutico-religiosa nem sempre é devidamente considerada pelos médicos. Com maior ou

menor frequência, esses especialistas interagem com a comunidade, o que pode ser observado nas visitas domiciliares e reuniões de grupos de risco, na sua grande maioria realizadas na comunidade. No entanto, não são raras, no espaço mesmo da consulta, a emergência da questão das “outras” terapias e a possibilidade de convivência com a medicina praticada no PSF.

A coexistência de variadas tradições terapêuticas no âmbito da comunidade assistida pelo PSF pode ser percebida ao longo do itinerário terapêutico não somente dos especialistas da cura, mas também através da população que a eles recorrem. Compondo um circuito dinâmico e complementar à assistência médica recebida pela equipe de saúde, especialistas e usuários das terapêuticas religiosas interagem com o PSF, embora se situem à margem de um reconhecimento efetivo por parte da equipe de saúde.

No âmbito dos limites desta pesquisa, encontramos uma rede terapêutica alternativa diversificada, compreendendo especialistas da cura pertencentes a diferentes religiões. Para além da diversidade dos referenciais religiosos, a dinâmica da oferta dos serviços terapêutico-religiosos pode ser caracterizada por sua maior ou menor “autonomia” na dinâmica de realização do trabalho.

Podemos situar, dessa forma, um primeiro grupo de especialistas cuja autonomia terapêutica é bastante acentuada. Podem realizar suas “consultas” no espaço doméstico, ou mesmo nos centros e terreiros, mas estas sempre são operacionalizadas “fora” do contexto ritual. São pais e mães-de-santo do candomblé e da umbanda; médiuns kardecistas; benzedores e benzedoras, tanto oriundos do catolicismo popular como produzindo articulações sincréticas deste com a umbanda; “oradores” da renovação carismática católica; agentes da pastoral da saúde da igreja matriz localizada no bairro, que realizam seu trabalho no espaço domiciliar; “erveiras” e “fazedoras de chá”, cujos conhecimentos de plantas são bastante apreciados na comunidade e que costumam cultivar uma pequena horta no quintal de suas casas para realizar o atendimento.

Um segundo grupo de especialistas pode ser caracterizado a partir da sua atuação no âmbito do espaço religioso, compreendendo também um leque diversificado de tradições religiosas. Nesse caso estão pais e mães-de-santo e médiuns umbandistas e kardecistas que, du-

rante as “giras” em centros e terreiros, realizam “consultas” e “passes”, prescrevendo tratamentos os mais variados. Também fazem parte desse grupo pastores e obreiros das religiões evangélicas: o bairro conta com um número expressivo de templos e igrejas de diferentes tradições cristãs – católica, protestante e neopentecostal – que oferecem serviços de cura dentre suas atividades.⁷

Por fim, além da enorme variedade de serviços terapêutico-religiosos oferecidos no bairro, vale ressaltar a existência de uma farmácia disponibilizada por um centro kardecista (de grande prestígio na cidade), que distribui gratuitamente medicamentos para os usuários do SUS.

Até o momento, nossa pesquisa procurou investigar os especialistas pertencentes ao primeiro grupo. No que se refere à dinâmica das relações entre o PSF e suas percepções terapêuticas, podemos destacar dois aspectos.

O primeiro diz respeito à valorização do trabalho realizado pelo PSF: legitimam o conhecimento médico e, principalmente, a relação estabelecida com os profissionais da equipe de saúde (particularmente o médico), na perspectiva do PSF. Não questionam as orientações recebidas e se preocupam em segui-las. O cotidiano de cuidado e atenção estabelecido nas visitas domiciliares, quando é valorizado pelo médico da equipe, pode alterar de forma significativa sua imagem perante a família visitada, transformando o ambiente de “respeito”, característico do espaço hierárquico da consulta, numa relação de confiança, ancorada na convivencialidade do espaço doméstico.

Por outro lado, observa-se um reconhecimento dos limites do saber médico, que é explicitado em algumas situações: o problema da etiologia da doença, que, em alguns casos, é decorrente de certos “males” que não podem ser curados com medicamentos, como espinhela caída, quebranto, mau-olhado etc.; e a valorização da fitoterapia tradicional, que costuma ser utilizada juntamente com os medicamentos para certas doenças, como a hipertensão.

Redes em rede

Ao longo do nosso trabalho temos mostrado como, na realidade cotidiana da comunidade estudada, se encontram operando diversas redes que têm diferentes graus de abrangência e de estruturação. Essas redes, embora não se confundam, se interpenetram.

Na rede estruturada pelo PSF observa-se uma percepção dessas redes intersticiais, sobretudo através das interferências que elas produzem, seja no cotidiano das consultas, ou porque os profissionais das UBS as acionam como um dispositivo de apoio. Essa interpenetração fica explícita no discurso de uma das médicas da UBS:

“Oh, dra., tomei seu remedinho, mais fui benzer lá no centro. Tem coisa que o remédio não tá resolvendo ... eu fui benzer lá no centro”. Eu falo: “muito bem! Mas continua tomando os seus remédios”. Quando eu vejo que não está funcionando ... porque, às vezes, a gente tem que trocar mesmo as coisas [...] a medicação que não foi aceita. Às vezes eu falo: “Oh ... não tem problema. Continua tomando sua medicação [...] vai lá no centro, volta, e me dá um resultado. O importante é você ficar bem!”

“Olha, eu nunca estudei chá na minha vida, a minha medicina não é pra isso”. “Ah, dra., mas desde o tempo da minha avó [...] é da minha cultura e tal” [...]. O chá pode até te auxiliar, a maioria auxilia, né? Porque é diurético, ele vai auxiliar mesmo na pressão. Então, o que é que vai acontecer: “você toma o seu chá, mas não abandona o seu remedinho”.

No entanto, podemos nos perguntar em que medida essas redes podem ser reconhecidas na sua positividade? Embora elas sejam valorizadas pela equipe de saúde, que estabelece relações informais de aliança com a vizinhança ou de respeito com os agentes terapêuticos alternativos, as redes são percebidas majoritariamente como decorrentes da precariedade das condições de vida da população (falta de educação em saúde, dificuldades socioeconômicas, problemas familiares) e não como uma condição essencial dos processos de sociabilidade e da tessitura dos espaços sociais.

Referências

- ALMEIDA, C. Reforma del Estado e reforma de sistemas de salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, n. 79, p. 27-58, 2001.
- BARNES, J. A. Redes sociais e processos políticos. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). *A antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos da saúde da família*, n. 1, p. 10-15, 1996.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: _____. (Orgs.). *Mil platôs. capitalismo e esquizofrenia*. V. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.
- _____. 1440: o liso e o estriado. In: _____. (Orgs.). *Mil platôs. capitalismo e esquizofrenia*. V. 5. São Paulo: Ed. 34, 1997.

FAVORETO, C. A. O. *Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e das práticas*. 2002. Dissertação (Mestrado. Em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FLORIANO, M. G. Relatório de Pesquisa, 2005. Mimeo.

FONTES, B. A. S. M. Sobre a trajetória de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária”. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Orgs.). *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora da UFPE, 2004.

MAYER, A. C. A importância dos “quase-grupos” no estudo das sociedades complexas.” In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). *A antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.

MENDES, E. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec 1996.

SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica/ Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

Notas

¹ Essa reforma do sistema de saúde fazia parte de uma tendência manifestada em vários países, de reestruturação dos sistemas de saúde visando a solucionar o quadro de crise que vivia o setor saúde (MENDES, 1996).

² Ao afirmarmos que a NOB 96 realiza uma reorientação do sistema – ou reafirmação de uma proposta anterior que foi desvirtuada em sua aplicação – para dirigi-lo à atenção básica ou APS, queremos esclarecer que essa orientação retoma idéias que não eram novas, mas que teriam sido ensaiadas anteriormente nos projetos “alternativos” de reforma das décadas de 60 e 70.

³ Embora possa ter variações derivadas da implementação descentralizada segundo os municípios, basicamente cada equipe de saúde está conformada por um médico de família, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes de saúde, dando conta de 4.500 pessoas de uma área restrita ou território de abrangência.

⁴ A microárea, por exemplo, é entendida como “o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde” (SIAB, 2000, p. 6).

⁵ Para Deleuze e Guattari, o arquétipo do espaço liso é o mar que começou a ser estriado quando são criadas as rotas marítimas, ou seja, quando se instauram uma dimensionalidade e uma direcionalidade.

⁶ Para Deleuze e Guattari, o rizoma é uma forma de entender os fenômenos a partir de uma outra perspectiva. Assim, a figura do rizoma se opõe à figura da árvore. “Todo rizoma compreende também linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc; mas compreende também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar” (DELEUZE; GUATTARI, 2005, p. 18). Seguindo com a oposição de figuras: “Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção ‘e... e...e...’” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 37).

⁷ Segundo pesquisa realizada por Floriano (2005), que realizou levantamento exaustivo dos agentes de cura no bairro, podemos encontrar entre os templos e igreja evangélicos existentes as seguintes denominações: protestante (Batista, Batista Nova Jerusalém, Metodista, Presbiteriana, Testemunha de Jeová, Adventista do Sétimo Dia); pentecostal (Assembléia de Deus, Igreja Evangélica Pentecostal Vale da Bênção, Tabernáculo da Chama Viva, Evangélica Apostólica, Comunidade Apostólica da Zona Sul, Igreja Missionária Filadélfia, Igreja de Deus no Brasil, Congregação Cristã no Brasil, Ministério da Igreja do Senhor Jesus, Igreja Pentecostal Jesus Está Voltando, Maranata, Igreja do Evangelho Quadrangular, Casa da Bênção, Nova Vida, Igreja Cristã Ágape); neopentecostal (Igreja Universal do Reino de Deus, Deus é Amor).



Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde¹

SORAYA VARGAS CÔRTEZ

Introdução

Este trabalho apresenta uma tentativa de classificação dos tipos de respostas que a literatura tem oferecido à indagação sobre como fóruns participativos afetam a gestão e implementação de políticas públicas em geral e de saúde em particular. O interesse no tema advém, em grande parte, da constatação da disseminação desses fóruns em diversas áreas e níveis da administração pública (BULHÕES, 2002; CARVALHO, 1998; CÔRTEZ, 1995 e 1998; DAGNINO, 2002; RAICHELES, 2000; SANTOS JUNIOR, 2001; TATAGIBA, 2002; VALLA, 1998a).²

A área da saúde destaca-se, dentre as demais, pela precocidade com que nela se constituíram fóruns participativos, ao final da ditadura militar. Na segunda metade da década de 80, eles já existiam em nível federal, estadual e municipal. O arcabouço legal e administrativo que, a partir de 1990, criou e regulamentou o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, incidiu sobre um processo institucional, de descentralização e de implantação de mecanismos participativos, já em curso. Observe-se, em contraste, que nas demais áreas – assistência social, qualificação profissional, ensino fundamental e desenvolvimento rural, por exemplo – a disseminação da criação de conselhos municipais ocorreu unicamente depois do regramento legal-administrativo, da década de 90.

Os fóruns participativos focalizados neste trabalho são institucionalizados, em geral ligados às esferas subnacionais de go-

verno; neles predomina a participação de representantes de interesses sociais organizados, embora freqüentemente comportem também participação direta de cidadãos. Esses fóruns têm potencialidades muito diversas em termos do impacto sobre a implementação de políticas, tendo em vista seus desenhos institucionais e os desenhos institucionais do setor ou do programa ou política em que se inserem. Para fins deste trabalho, serão consideradas principalmente abordagens generalizantes que não se relacionam às potencialidades de esses fóruns afetarem a gestão e implementação com a natureza particular do mecanismo participativo.

Além dos trabalhos que discutem fóruns participativos em geral, que constituem referência para o debate sobre a temática, serão abordados também trabalhos que oferecem respostas enfocando fóruns da área de saúde, no Brasil. A ênfase recai sobre o modo como os estudos tratam a relação entre participação³, nesses fóruns, e governança⁴, no sentido da articulação entre os gestores e burocracias governamentais e os interesses de trabalhadores, usuários e beneficiários de políticas públicas afetando a *responsiveness e accountability* dos governos. Fóruns participativos poderiam compor novo desenho institucional que amplia a governança, articulando atores sociais tradicionalmente excluídos do processo de decisão política à formulação e execução de políticas.

Os estudos analisados podem ser divididos em dois grandes blocos. O primeiro (BAKER, 2000; FIORINA, 1999; PINTO, 2004; SKOCPOL, 1999; VALLA, 1998a; VALLA, 1998b, VIANNA, 1998) é cético em relação às possibilidades de fóruns participativos favorecerem a democratização da gestão pública ou aprimorarem a implementação de políticas, no sentido de torná-las mais eficientes. As raízes do ceticismo podem ser encontradas em dois tipos de argumentos: os processos políticos nos fóruns seriam pouco democráticos; há desconfiança em relação à legitimidade de participantes. Para eles, o desenho institucional dos fóruns, por um lado, não garante acesso universal à participação, é restrito a alguns cidadãos participando diretamente ou através de representantes. Por outro, permite que o processo político dos fóruns muitas vezes seja dominado por gestores ou por grupos políticos com mais recursos de poder. A legitimidade dos participantes é questionada porque, na

visão desses autores, somente teriam acesso à participação os grupos sociais que dispõem de maiores recursos econômicos e de poder; os “excluídos” continuariam à margem desses processos participativos. As relações de poder existentes na sociedade civil – relacionadas a recursos desiguais e ao patriarcado, por exemplo – afetariam as possibilidades de processos deliberativos equânimes.

O segundo bloco de trabalhos (AZEVEDO; ABRANCHES, 2002; BOSCHI, 1999; EVANS, 2003; FUNG; WRIGHT, 2001; JACOBI, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; SANTOS, 2001; SANTOS; AVRITZER, 2002; SCHNEIDER; GOLDFRANK, 2002), mais numeroso, ressalta a democratização da gestão pública provocada por tais mecanismos de participação. No entender desses autores, interesses de atores sociais tradicionalmente excluídos do processo de decisão passariam a ser considerados e gestores de políticas públicas e burocracias governamentais seriam induzidos a tomar decisões levando em conta tais interesses. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, os contextos democráticos seriam caracterizados pela convivência entre instituições típicas das democracias representativas e manutenção de padrões autoritários de decisão e de formas clientelistas de relação entre governos e interesses sociais. Para os autores, fóruns participativos institucionalizados de representação de interesses poderiam aperfeiçoar os modos limitados de participação política típicos das democracias representativas. Segundo Boschi (1999) e Santos (2001), esses fóruns podem ser vistos como canais neocorporativos de representação de interesses que incorporam demandas de clientelas e trabalhadores, podendo favorecer a boa governança.

As análises do primeiro bloco ressaltam as distorções relacionadas aos desenhos institucionais que não permitem acesso universal aos fóruns de participação e para o risco da captura dos fóruns por atores com maiores recursos de poder ou ilegítimos. As abordagens do segundo bloco de estudos, mais numerosas, auxiliam o entendimento de como a disseminação desses fóruns vem contribuindo para a institucionalização de novos modos de processar a decisão política.

Antes de apresentar a sistematização das posições da literatura, é necessário caracterizar a constituição desses fóruns participativos na área de saúde no Brasil. Para tratar da possibilidade de esses fóruns estarem afetando a gestão e a implementação de políticas de saúde

no país, é necessário entender sua natureza. Assim, após esta introdução, será apresentado um histórico da construção dos fóruns de saúde no país, para, a seguir, serem desenvolvidos os argumentos dos dois blocos de posições sobre os impactos de fóruns participativos, encerrando o trabalho com as considerações finais.

Construindo fóruns participativos no Sistema Único de Saúde

Até o início dos anos 80, 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, administradores e líderes dos movimentos popular e sindical, visando a reorganizar o sistema para torná-lo universal, descentralizado e mais bem integrado. A reorganização implicou 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 subnacionais de governo e as recomendações das agências internacionais motivaram a implementação de políticas e o estabelecimento de legislação que veio a universalizar o acesso, integrar e descentralizar o sistema público de saúde brasileiro, tornando-o pioneiro na implantação de mecanismos participativos na gestão pública do país.

Ao longo da década de 70 e na primeira metade dos anos 80, 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. 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 80, foi a criação desse tipo de mecanismo participativo.

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 - AIS (1984), dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde – SUDS (1987), a Constituição Federal (1988), e as Leis Federais nº 8.080 (1990) e 8.142 (1990).

O Programa das AIS, criado em 1984, fazia parte da estratégia do regime militar para reduzir os custos do sistema previdenciário, que haviam crescido durante os anos 70. Ele estabelecia que a previdência social deveria transferir 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 eram 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/MPAS, 1984, p. 8). 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. À exceção das comissões regionais, as demais se institucionalizaram como importantes fóruns de debate no setor. Além de auxiliarem a integração interinstitucional, os novos

fóruns se transformaram gradativamente em canais de representação política dentro da organização estatal.

Em agosto de 1987, o governo federal iniciou o Programa dos SUDS, 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 integrar os serviços de saúde da previdência à rede descentralizada pertencentes aos governos estaduais e municipais. 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. O SUDS 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 ocorrida a municipalização.

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, e as Leis nº 8.080 e 8.142, aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990, foram influenciadas pelas organizações que representavam os interesses dos usuários em aliança com os reformadores do sistema brasileiro de saúde. 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 fossem referência para populações de mais de um município.

A Lei nº 8.142/90 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 conse-

lho 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. 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 sobretudo 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.

A mesma lei criava também as conferências de saúde nos três níveis da administração pública, as quais deveriam ter composição igual a 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.

A esse conjunto de programas e disposições legais devem ser acrescentadas as Normas Operacionais do Ministério da Saúde, editadas em 1993, 1996, 2001 e 2002, que normatizaram e estimularam o processo de municipalização. Essas normas também condicionavam o recebimento de recursos financeiros federais à constituição de conselhos e realização de conferências de saúde nos municípios e estados. Além desse conjunto de regras legais e administrativas, as orientações das Conferências Nacionais de Saúde, realizadas ao longo dos últimos 15 anos, têm norteado as iniciativas, no sentido de consolidar o papel decisório dos conselhos e das conferências.

Esse regramento institucional, criado por iniciativa de diversos atores sociais, construiu uma espécie de sinergia que viabilizou a consolidação dos fóruns participativos na área de saúde. Há quatro importantes peculiaridades nesses fóruns, se comparados a outros similares de outras áreas de políticas públicas no Brasil: a longevidade dos conselhos e conferências, considerando a experiência prévia das CIMS e sua constituição vinculada ao processo de descentralização precoce, se comparado ao de outras áreas. O caráter universal da provisão de serviços de saúde transforma todos os brasileiros em usuários potenciais dos serviços do SUS – portanto, em alguma

medida, interessados em influir sobre os destinos do sistema, o que poderia ser feito através desses fóruns. As modalidades de relações entre o poder público e interesses privados e o processo de descentralização na área de saúde aumentaram a capacidade de o setor público regular o mercado de serviços e bens de saúde. A existência de uma ativa rede de atores sociais – na sociedade civil, nas instituições de saúde e nos governos – defende um conjunto de princípios que devem nortear a organização do SUS. Dentre esses princípios estão a democratização do processo decisório e a participação de usuários e de trabalhadores de saúde nesse processo.

Ao analisar como esses fóruns estariam afetando a gestão e a implementação de políticas de saúde no país, a literatura tem apresentado posições contrastantes sobre se eles teriam de fato potencial democratizador. De modo similar à literatura sobre participação em geral, a maioria dos estudos na área de saúde adota uma perspectiva otimista, considerando que o impacto tem sido positivo. É relativamente pequeno o número de trabalhos que olham com ceticismo para os fóruns participativos, como será examinado a seguir.

Fóruns participativos e governança: a perspectiva cética

Os trabalhos (BAKER, 2000; FIORINA, 1999; PINTO, 2004; SKOCPOL, 1999; VALLA, 1998a; VALLA, 1998b; VIANNA, 1998) que analisam fóruns participativos numa perspectiva cética, problematizam, por um lado, a legitimidade de participantes nesses fóruns, porque eles não representariam os mais pobres ou a maioria. Por outro, examinam os desenhos institucionais dos fóruns e as relações que eles detêm com os ambientes sociais em que se encontram. Os desenhos institucionais não garantiriam a participação igualitária. Não se realizaria o ideal de indivíduos ou representantes participando com poder similar a gestores, burocracias governamentais ou *experts*. Além disso, mesmo entre indivíduos ou representantes da sociedade civil haveria diferenças marcantes de poder para influenciar decisões. A distribuição desigual de poder entre participantes governamentais e da sociedade civil e os desenhos institucionais dos fóruns, que propiciam ou não evitam tais diferenças, seriam explicadas principalmente pelo ambiente social e político que produz e reproduz desigualdades.

Os trabalhos de Fiorina (1999) e Skocpol (1999) tratam da vida política americana, mas as questões que formulam em relação a fóruns participativos daquele país também poderiam ser feitas para os fóruns de outros países ou brasileiros, da área de saúde ou de outras áreas. Segundo Skocpol (1999), a partir do final dos anos 80 houve mudança na natureza da vida cívica americana. A maioria das entidades, que atualmente representariam a sociedade frente aos governos, legisladores e burocracias, seria diferente daquelas que o faziam anteriormente. Em vez de entidades que buscam aumentar sua legitimidade através da expansão do número de membros a elas afiliados, nos anos 90, predominariam as organizações “sem membros”, entidades de *advocacy* controladas por profissionais, financiadas pela classe média. Para ela, o cenário político americano estaria carente de organizações que representem os interesses do trabalhador não-profissional, com baixa qualificação.

O decréscimo em número e em importância de organizações que representam os interesses dos mais pobres fundamenta a dúvida de Skocpol (1999) e Fiorina (1999) sobre a legitimidade dos participantes em fóruns participativos. Ao invés de democratizar o acesso a decisões, os fóruns teriam sua dinâmica de funcionamento capturada por entidades radicais, sem conexões com os interesses da maioria (SKOCPOL, 1999, p. 499; FIORINA, 1999, p. 396). Embora Fiorina reconheça que os Estados Unidos estão longe de ser uma democracia participativa – nos termos propostos por Pateman (1992) – nos anos 60 teria havido a proliferação de órgãos participativos ao nível local da administração pública, nas áreas de planejamento, finanças, meio ambiente, saúde, entre outras. Para Fiorina, a transição para mais democracia participativa fez com que, crescentemente, a política ficasse nas mãos de participantes não-representativos. Esses participantes seriam oriundos das principais entidades atuantes na vida cívica americana atual. Seriam entidades de *advocacy*, em grande parte sem membros, que sobrevivem graças aos recursos advindos de “contribuintes” para as causas por elas defendidas. Para os autores (SKOCPOL, 1999; FIORINA, 1999), os participantes seriam profissionais que controlam entidades que desenvolvem estratégias radicais para obter visibilidade suficiente para habilitar suas organizações a competir com outros grupos pelos contribuintes de classe média.

As trajetórias históricas da vida cívica e das instituições políticas americanas são muito diferentes daquelas encontradas em democracias recentes e, particularmente, no Brasil. Como a origem do ceticismo dos autores americanos está na dinâmica recente da vida cívica americana, que é diferente da brasileira, poderíamos supor que as razões para a desconfiança dos autores em relação aos fóruns participativos não se aplicariam às democracias recentes ou ao Brasil. Entretanto, questões que eles formulam poderiam ser relevantes também para a análise de fóruns constituídos no Brasil. Eles indagam sobre os interesses que são representados, sobre o modo de escolha dos participantes e sobre a natureza das relações entre participantes e grupos sociais supostamente representados.

A análise de Baker (2000) focaliza os pressupostos teóricos de autores de inspiração habermasiana⁵, como Cohen, Arato e Keane, não se referindo diretamente, portanto, a contextos sociais empíricos. Para o autor, uma questão relevante e pouco abordada pelos defensores da ampliação da participação da sociedade civil são as relações de poder existentes na sociedade. Para ele não é teórica ou empiricamente concebível isolar “a política” na esfera pública ou mesmo na esfera privada. Recursos desiguais – especialmente os econômicos, relacionados ao mercado capitalista, e os políticos, relacionados ao poder estatal – e o patriarcado, por exemplo, seriam problemas que afetariam profundamente as possibilidades de processos deliberativos equânimes em fóruns participativos. Baker chama atenção ainda para o paradoxo de defender a constituição de fóruns participativos, tendo como um dos principais objetivos a construção de autogoverno da sociedade civil, e condicionar tal construção à iniciativa e à ação de governantes (*top-down*). Citando Frankel (*apud* BAKER, 2000, p. 13), Baker afirma que a reconstituição de estruturas comunitárias que já não existem mais, para dar suporte ao aprofundamento da participação política, não poderá ser resultado de um projeto burocrático, por mais bem fundamentado e intencionado que ele seja.

Perspectiva semelhante é adotada por Pinto (2004). A autora analisa fóruns constituídos em países em desenvolvimento e a discussão sobre democracias participativas promovida por Young (2000). Ela duvida das potencialidades democratizantes desses fóruns e do suposto caráter mais democrático das “democracias participativas”, em

contraposição às democracias representativas e seus mecanismos tradicionais de representação de interesses. Pinto critica a ausência dos partidos políticos nos estudos de caso e nos trabalhos teóricos como o de Young. Como “esferas propriamente políticas de manifestação de vontades, interesses e perspectivas são renegados a segundo plano: nos estudos de caso aparecem ou como estorvo, ou como local de corrupção e privilégio; nos estudos teóricos, são praticamente ausentes” (PINTO, 2004, p. 111).

Para ela, os defensores das diversas formas de democracia participativa não desenvolvem a proposta de um arcabouço institucional capaz de assegurar o processo democrático. Não são criados pesos e contrapesos capazes de evitar as distorções no processo participativo, tais como “a sobreparticipação de um grupo ou uma hipertrofiada presença do Estado na organização da participação” (PINTO, 2004, p. 111). Como os autores que defendem a democracia participativa mantêm intocadas as esferas de poder das instituições representativas tradicionais, não discutem o aprimoramento possível, visando a torná-las mais democráticas, menos corruptas, mais *accountable*. Além disso, para Pinto, os contingentes populacionais mais desprovidos de condições econômicas, sociais e educacionais, que não buscam ou não encontram representação partidária, reproduzirão a mesma situação em espaços participativos. “Ou seja, quem não tiver nenhum espaço de representação tenderá a reproduzir sua exclusão, mesmo em espaços participativos” (PINTO, 2004, p. 111).

Os autores céticos (VALLA, 1998a e 1998b; VIANNA, 1998) em relação às possibilidades de fóruns participativos brasileiros da área de saúde promoverem a *responsiveness* e a *accountability* dos governos acentuam principalmente as desigualdades de recursos dos participantes e o controle de gestores e burocracias governamentais sobre participantes não-governamentais. Em geral, esses autores examinam a realidade concreta de conselhos municipais de saúde e salientam a existência de dificuldades para sua constituição como espaço público de discussão e difusão de informações, relativamente autônomo quanto às esferas executivas e legislativas do poder municipal.

Valla (1998a) argumenta que os conselhos são dependentes de secretários municipais e de profissionais de saúde. Além disso, teriam

sido criados, não por iniciativa da sociedade civil, mas pela ação de governos interessados em garantir o repasse de verbas federais. A origem de sua desconfiança é similar à de Baker (2000): ambos questionam a possibilidade de ampliar a participação política da sociedade civil por iniciativa governamental. Ao invés de promover maior *accountability*, para Valla (1998a; 1998b), os conselhos de saúde podem representar o disciplinamento das formas de o movimento popular demandar melhores serviços. Os conselhos teriam se tornado o espaço único de encaminhamento de demandas do movimento popular, forçado a apresentar ali suas reivindicações. Desse modo seria evitada a canalização dessas demandas a outras instâncias menos controláveis.

Vianna (1998) também chama atenção para as desigualdades de recursos dos participantes e para o controle dos governos sobre participantes não-governamentais. Para ela a municipalização – e o processo de descentralização da implementação de políticas públicas em geral – levou os prefeitos a se tornarem verdadeiros *policy brokers* da política local. Isso porque as secretarias de Saúde municipais se tornaram relativamente mais autônomas em relação ao prefeito. Ao administrar recursos financeiros federais transferidos diretamente para os fundos municipais de saúde, sob seu controle, os gestores de saúde municipais têm maior liberdade para contratar e dispensar recursos humanos, comprar insumos, equipamentos e medicamentos, por exemplo. Segundo Vianna (1998), se a descentralização pode tornar as secretarias municipais de Saúde mais autônomas frente às prefeituras, amplia-se a capacidade dos conselhos para influírem nos rumos da política de saúde local, aumentando, assim, a possibilidade de haver participação popular. No entanto, considerando os diferentes recursos de poder dos atores envolvidos, a autora afirma que ocorre a preponderância política de uma tríade composta por políticos, médicos e proprietários de serviços, em detrimento dos demais profissionais de saúde e de usuários de serviços.

O ceticismo desses autores em relação aos fóruns participativos e às propostas de democracia participativa está baseado na desconfiança sobre sua capacidade de democratizar o sistema político através da inclusão das demandas dos setores sociais mais frágeis econômica e socialmente. Na visão desses autores, tendo em vista o caráter

da vida cívica, a natureza da sociedade civil, o desenho institucional dos fóruns e das áreas de política pública nas quais eles se encontram, seriam limitadas as possibilidades de competição universal por participação ou de evitar a captura do processo de decisão por atores com maiores recursos de poder.

Fóruns participativos e governança: a perspectiva esperançosa

Muito mais freqüentes são os trabalhos que destacam a colaboração de fóruns participativos para a boa governança e para a democratização da gestão pública. Embora a maioria sejam estudos de casos, neste artigo são analisados trabalhos que constroem generalizações sobre fóruns participativos, com destaque para aqueles que tratam de fóruns implantados em países em desenvolvimento e na área de saúde (AZEVEDO; ABRANCHES, 2002; BARROS, 1998; BOSCHI, 1999; CARVALHO, 1998; EVANS, 2003; FEDOZZI, 1997; FUNG; WRIGHT, 2001; GOHN, 2001; JACOBI, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; NAVARRO; GODINHO, 2002; SANTOS, 2001; SANTOS; AVRITZER, 2002; SCHNEIDER; GOLDFRANK, 2002).

Um subgrupo de trabalhos esperançosos destaca a importância desses fóruns para a criação de democracias participativas e para a melhoria do funcionamento da gestão pública. Dentre eles destaca-se o trabalho de Santos e Avritzer (2002, p. 44-50: coexistindo com mecanismos tradicionais de participação políticas das democracias representativas, esses fóruns podem ser entendidos a partir de uma posição habermasiana, adotada pelos autores, que pressupõe deliberação ampla, constituição de formas de exercício coletivo do poder político, cuja base é um processo de apresentação de razões entre iguais. “Desse modo, a recuperação de um discurso argumentativo (Santos, 2000) associado ao fato básico do pluralismo e às diferentes experiências” (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 53).

As burocracias se tornariam mais responsivas, tendo em vista que o êxito de experiências participativas estaria relacionado “à capacidade dos atores sociais transferirem práticas e informações do nível social para o nível administrativo” e à instauração de uma nova determinação política baseada na criatividade dos atores sociais (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 54). Para os autores, a idéia de inevitabilidade da representação em sociedades complexas, com gran-

des populações, estaria sendo problematizada pelo aumento da diversidade étnica, cultural e de interesses envolvidos nos arranjos políticos contemporâneos. A articulação entre democracia representativa e participativa ofereceria resposta mais promissora para a defesa dos interesses das classes subalternas.

Evans (2003, p. 3) desenvolve argumento similar. Para ele, haveria uma tendência à construção de uma versão “esvaziada” de democracia nos países em desenvolvimento. Por isso, segundo o autor, existiria a necessidade de institucionalizar o debate e o intercâmbio públicos, através da construção de democracia participativa.⁶ A principal vantagem para a governança propiciada por esses fóruns seria a redução da violência e da corrupção características das relações entre governantes e governados em diversos países. Ele reconhece que fóruns participativos, por si próprios, não criariam rendas sem capital e tecnologia, mas seriam complementos essenciais para outros insumos. Auxiliariam na criação das condições subjacentes de governança para tornarem eficazes, o capital e a tecnologia. Estratégias participativas expandiriam o desenvolvimento, dando aos cidadãos a oportunidade de exercer a capacidade humana fundamental de fazer escolhas (EVANS, 2003, p. 3-4). Seria possível pensar as instituições políticas participativas como meta-instituições que provocam e agregam conhecimento local e, assim, ajudam a construir instituições melhores (RODRIK, 1999, p. 19 *apud* EVANS, 2003, p. 4).

Fung e Wright (2001, p. 5-6) também destacam o impacto positivo de mecanismos participativos sobre a governança. Para eles os governos deveriam desenvolver políticas visando a promover a participação, maior *responsiveness*, formas mais criativas e efetivas de intervenção democrática do Estado. Complexidade e tamanho das sociedades atuais não seriam razões suficientes para que a participação popular se limitasse ao fraco envolvimento em eleições competitivas regulares. O projeto da esquerda democrática deveria desenvolver estratégias que transformassem as instituições no sentido de combinar liberdades individuais com controle popular sobre decisões coletivas. A partir do exame de casos americanos e em países em desenvolvimento, afirmam que os desenhos institucionais de fóruns participativos funcionam bem e superam os resultados das formas institucionais convencionais, ao promover maior *responsiveness* e efetividade do Estado, tornando-o, ao

mesmo tempo, mais justo, participativo, deliberativo e *accountable* (FUNG; WRIGHT, 2001, p. 8).

Outros trabalhos que se referem a fóruns participativos brasileiros (AZEVEDO; ABRANCHES, 2002; BOSCHI, 1999; FEDOZZI, 1997; GOHN, 2001; NAVARRO; GODINHO, 2002; SANTOS, 2001; SCHNEIDER; GOLDFRANK, 2002) também destacam suas potencialidades para melhoria da governança. Azevedo e Abranches (2002, p. 43) observaram que a articulação entre mecanismos clássicos de representação e novas formas institucionalizadas de participação teria efeitos democratizantes sobre a gestão pública. Através das últimas haveria ampliação do direito de expressar verbalmente preferências, em contraposição à mera escolha entre candidatos a cargos legislativos ou executivos, melhorando a governança e *accountability* dos governos locais (AZEVEDO; ABRANCHES, 2002, p. 43).

Schneider e Goldfrank (2002) argumentam que mesmo defensores da democracia participativa (MANSBRIDGE, 1980; PATEMAN, 1992) consideravam possível unicamente experiências de participação em pequena escala. Os autores destacam que o caso do orçamento participativo do Rio Grande do Sul, implementado durante a administração petista, entre 1999 e 2002, seria uma demonstração da possibilidade de combinar democracia participativa com democracia representativa, promovendo a participação de grandes populações. Os autores ainda argumentam que o orçamento participativo ampliaria a eficiência do governo, tendo em vista o planejamento e as prioridades estabelecidas (SCHNEIDER; GOLDFRANK, 2002, p. 11-12).

As análises de Boschi (1999) e Santos (2001) diferem das anteriores, principalmente porque os autores não adotam pressupostos teóricos habermasianos, não defendem formas de democracia participativa em contraposição ou articuladas à democracia representativa, nem relacionam o surgimento de fóruns participativos ao surgimento dessa nova forma de democracia. No entanto, os autores consideram que os fóruns constituiriam canais neocorporativos de representação de interesses, através dos quais atores sociais, que em períodos anteriores não participavam das decisões políticas, passam a ter certa influência sobre elas.

Para Boschi, especialmente os conselhos de políticas públicas, mas não apenas eles, estariam incidindo positivamente sobre a

governança, tendendo a assegurar transparência na formulação e eficácia na implementação de políticas (BOSCHI, 1999, p. 2). O exame de mecanismos participativos remeteria às discussões sobre as relações entre instituições democráticas e associativismo e sobre a prevalência de relações clientelistas mesmo em contextos modernos, em países de democracia recente. A questão passa a ser como operam mecanismos capazes de neutralizar a tendência à instauração desse tipo de relações, “isto é, saber sob que condições seria racional, tanto para produtores de políticas quanto para sua clientela, prescindir da relação estabelecida em termos desiguais e operar num contexto mais simétrico, intermediado por instituições democráticas” (BOSCHI, 1999, p. 3).

Para o autor, as práticas de governança que simplesmente ensejam o contato entre o público e o privado ou estimulam processos de democracia direta não geram, em princípio, *accountability*. Para isso seria necessário haver condições que favorecessem a horizontalização da relação, o que dependeria da densidade e da qualidade da representação. Densidade, referindo-se ao grau de organização – ou nível de associativismo – dos interesses representados, e qualidade, em termos da legitimidade e da abrangência da representação (BOSCHI, 1999, p. 3). Com frequência, conselhos de políticas públicas e de direitos constituem núcleos neocorporativos, nos quais diferentes interesses são representados sob a supervisão de órgãos públicos ou associações locais sólidas (BOSCHI, 1999, p. 3). Nesses fóruns poderiam se estabelecer novas maneiras de articulação entre as formas tradicionais de decisão de gestores públicos e a representação dos interesses societais. Para o autor, a tendência seria estabelecer um equilíbrio entre os esforços para autonomia, por parte dos gestores, e para a aproximação e penetração, por parte das clientelas. Esse equilíbrio seria importante para entender as condições subjacentes para produção de políticas ou para a mudança ou alteração do curso de políticas existentes.

[A] possibilidade de se produzirem políticas que possam ser qualificadas como bem-sucedidas dependeria fundamentalmente de uma combinação simultânea entre, de uma lado, bases de suporte que propiciam aos decisores poder para inovar e, de outro, graus de autonomia para se implementarem, em médio prazo, as mesmas políticas (BOSCHI, 1999, p. 3).

No mesmo sentido, Santos (2001, p. 743) argumenta que a literatura que analisa a consolidação democrática pouca atenção presta aos processos de decisão que se configuram nas democracias recentes e à forma de inserção e controle exercidos pelos atores estratégicos. A autora não está se referindo a formas de democracia participativa (SANTOS, 2001, p. 745). Está chamando atenção para a hipótese de que, no Brasil, embora a arena decisória burocrática não tenha sofrido mudanças no período democrático, haveria a incorporação de atores estratégicos anteriormente excluídos, através de fóruns participativos das áreas sociais e de meio ambiente (SANTOS, 2001, p. 746). Para a autora, especialmente nas administrações Cardoso, haveria um padrão bifurcado de relacionamento com os atores sociais: as decisões sobre política econômica seriam tomadas em contextos de insulamento burocrático; em relação às políticas sociais e de meio ambiente, teriam sido construídas “estruturas de decisão, com participação institucionalizada dos grupos afetados por essas políticas” (SANTOS, 2001, p. 746). Em contextos de países em desenvolvimento, ela argumenta, com estruturas socioeconômicas acentuadamente desiguais, formas de representação de interesse, tais como as neocorporativas, podem abrir o espaço decisório para grupos sociais sem capacidade de se fazer representar adequadamente na esfera pluralista (SANTOS, 2001, p. 756).

Os trabalhos que tratam de fóruns participativos brasileiros na área de saúde são, em sua maioria, esperançosos em relação às possibilidades de provocarem impactos positivos sobre a *responsiveness* e *accountability* de gestores e burocracias governamentais. Além disso, vários deles (BARROS, 1998; CARVALHO, 1998; JACOBI, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002) acentuam que eles podem favorecer a incorporação dos interesses das classes populares aos processos decisórios dos governos e estimular o empoderamento de setores sociais desfavorecidos econômica e politicamente.

Em contraste com a visão de Baker (2000), Valla (1998a; 1998b) e Vianna (1998), Carvalho (1998) não considera problemático que os fóruns participativos de saúde tenham sido criados por iniciativa governamental. Para o autor, eles seriam fruto de um processo nacional de forte indução legal e administrativa, da esfera federal, num contexto político de reforma do sistema de saúde brasileiro visando – via

descentralização e participação – a habilitá-los para a implementação de políticas sociais universalistas. Os conselhos de saúde poderiam contribuir para a democratização da gestão pública, ao induzir maior responsabilidade dos governos e favorecer a emergência de novos sujeitos políticos e identidades coletivas. Carvalho observa que os fóruns participativos agem sobre a sociedade, exercendo efeitos estimulantes para um exercício mais extensivo da cidadania.

Para Barros (1998), a principal inovação provocada pelos fóruns participativos de saúde está relacionada à democratização da gestão pública. Os governos estariam menos comprometidos com interesses oligárquicos. Administrações progressistas teriam ampliado o espaço para participação da população no processo decisório setorial. A autora afirma, citando Lenhardt e Offe (1984), que resultados positivos na implementação de políticas sociais, bem como as oportunidades para representação de interesses que possam gerar justiça social, são definidos por relações sociais de poder. Os conselhos de saúde, no Brasil, podem ser o espaço para o embate de interesses conflitantes, mas seriam sobretudo a via para a disseminação de informações que alimentariam a luta pela preservação do direito universal à saúde.

Também os trabalhos de Labra e Figueiredo (2002) e de Jacobi (2002) apresentam uma visão positiva sobre os efeitos de fóruns participativos para o fortalecimento da democracia, tanto na área de saúde como em outras áreas. O trabalho de Labra e Figueiredo (2002) analisa o perfil sociopolítico dos representantes de usuários nos conselhos de saúde do estado do Rio de Janeiro. O pressuposto teórico dos autores, reforçado pelos resultados da pesquisa empírica, é que a participação nos conselhos de saúde pode fomentar a criação de um círculo virtuoso, caracterizado pelo envolvimento dos cidadãos em questões de interesse geral, pela acumulação de capital social e pelo despertar de uma cultura cívica, que contribuiria para o fortalecimento da democracia. O artigo de Jacobi (2002) analisa os impactos de práticas participativas nas áreas de saúde, educação e meio ambiente, na cidade de São Paulo. Para ele, tais práticas poderiam instituir o cidadão como criador de direitos. Desse modo haveria o fortalecimento do espaço público, através da abertura da gestão pública à participação da sociedade civil, o que poderia provocar rupturas na dinâmica política utilitarista e clientelista predominante.

Tanto no trabalho de Labra e Figueiredo (2002) como no de Jacobi (2002), por vezes fóruns participativos são conceituados como instâncias neocorporativas de representação de interesses. Entretanto, diferentemente de Boschi (1999) e de Santos (2001), ao analisar a natureza dos fóruns, os dois trabalhos⁷ adotam a perspectiva habermasiana. Mesmo que os dois trabalhos examinem os obstáculos à constituição, através de fóruns participativos de uma esfera pública, do mesmo modo que Santos e Avritzer (2002), Evans (2003) e Fung e Wright (2001), ambos relacionam a existência de fóruns participativos à possibilidade de emergência de nova forma de democracia.

O conjunto de trabalhos mencionados acima examina como a constituição de fóruns participativos se relaciona com qualidade da governança e possibilidades de mudanças no curso da formulação e implementação de políticas. Eles ressaltam os limites intrínsecos à participação política nas democracias representativas, sobretudo dos contingentes sociais mais pobres. Ressaltam, ainda, que em democracias recentes haveria o funcionamento simultâneo de formas autoritárias e democráticas de exercício de poder, o que limitaria ainda mais as possibilidades de participação. Fóruns participativos poderiam favorecer a constituição de padrões mais democráticos de acesso a decisões e aumentar as possibilidades de acesso de grupos sociais mais frágeis – principalmente do ponto de vista econômico – a bens e serviços públicos.

A principal diferença entre as abordagens que concebem os fóruns de participação como indutores da boa governança se refere à defesa ou não de diversas formas de democracia participativa. Para uns, é uma modalidade democrática contraposta ou articulada à democracia representativa, mais democrática e mais adequada à construção da boa governança. Outros enfocam as peculiaridades das democracias recentes, tratando os mecanismos participativos como instâncias institucionais integradas ao processo geral de tomada de decisão governamental, sem considerar que indiquem a formação de um tipo novo de democracia. No entanto, admitem que tais mecanismos podem colaborar para melhorar a governança, favorecer a implementação ou a mudança de políticas, tornando-as mais adequadas e aumentando a adesão das clientelas às propostas assim elaboradas. Colaborariam, ao mesmo tempo, para a penetra-

ção no processo de decisão governamental de interesses sociais excluídos durante os regimes autoritários que antecederam os contextos democráticos atuais.

Considerações finais

Este artigo indaga como a literatura tem respondido à questão do impacto de fóruns participativos sobre a gestão e implementação de políticas públicas, principalmente no Brasil. O relativo destaque oferecido à literatura que trata mais especificamente da área de saúde se justifica pelo nível de consolidação e disseminação desses fóruns pelo país. No entanto, independentemente da área de política pública a que os estudos se refiram, o foco da sistematização da literatura que este trabalho realiza recai sobre o modo como as análises abordam a relação entre participação, que ocorre nesses fóruns, e governança, no sentido da articulação entre os gestores e burocracias governamentais e os interesses de trabalhadores, usuários e beneficiários de políticas públicas. Os trabalhos respondem à pergunta de dois modos. São céticos em relação às possibilidades de fóruns participativos favorecerem a democratização da gestão pública e aprimorarem a implementação de políticas. São esperançosos sobre a possibilidade de esses fóruns promoverem democratização, bem como o aumento da *responsiveness* e *accountability* de gestores e burocracias governamentais, e mesmo, da eficiência na implementação de políticas.

Os trabalhos que adotam a perspectiva cética compartilham a desconfiança sobre a democratização que provocariam. A natureza da vida cívica e da sociedade civil, o desenho institucional dos fóruns e o ambiente econômico e político nos quais eles se encontram não permitiriam acesso universal dos cidadãos à participação e não impediriam que os fóruns fossem controlados por atores com maiores recursos de poder.

São em maior número os trabalhos que relacionam positivamente a existência de mecanismos participativos e boa governança. Eles destacam os limites intrínsecos à participação nas democracias representativas, particularmente em países de democratização recente, como o Brasil. Alguns trabalhos concebem os fóruns participativos como indicativos de formas de democracia participativa, argumentando que esse tipo de democracia seria mais adequado à construção da boa

governança do que a democracia representativa. Outros tratam fóruns participativos como instâncias institucionais integradas ao processo geral de tomada de decisão governamental, sem considerar que indiquem a formação de um tipo novo de democracia. Ressaltam que fóruns participativos constituem canais neocorporativos que podem abrir o espaço decisório para grupos sociais sem capacidade de se fazer representar adequadamente na esfera pluralista de representação de interesses.

Da discussão sintetizada neste artigo podem derivar novas questões que o debate teórico e pesquisas empíricas poderiam buscar elucidar. Em primeiro lugar, poder-se-ia indagar quem são os participantes nesses fóruns. Em relação ao Brasil, se eles representam interesses de trabalhadores, de movimentos populares urbanos ou rurais, estaria identificada mudança, ao menos nas áreas de políticas sociais, de meio ambiente e de desenvolvimento rural, urbano e regional, nas quais eles foram constituídos. Estudos sobre o perfil de conselheiros e de participantes de orçamentos participativos (CÔRTEZ, 2002; FEDOZZI, 1999; SANTOS JUNIOR, 2001; SILVA, 2001) parecem confirmar a mudança, mas seriam necessárias pesquisas adicionais para identificar com maior precisão quem seriam os participantes. Outra questão seria se esses fóruns propiciam um tipo de participação que resulte em partilha de poder. Os estudos sobre fóruns participativos no Brasil não oferecem resposta conclusiva sobre a questão, mas a busca de resposta pode fazer parte da agenda de pesquisas sobre o tema. Ressalte-se que o viés de grande parte dos estudos sobre orçamentos participativos e sobre conselhos de políticas públicas e de direitos seleciona “casos positivos”, experiências que deram certo. Seriam relevantes, para o avanço do conhecimento sobre o tema, pesquisas com capacidade de generalização que procurassem responder a essas e outras questões.

Outra indagação diria respeito à interpretação da natureza do fenômeno constatado: proliferação e disseminação de fóruns participativos institucionalizados no Brasil. Para uns, eles são indicativos de transição para democracia participativa ou da convivência entre esta e a democracia representativa. Para outros, são instâncias institucionais integradas ao processo geral de tomada de decisão governamental, que, embora sejam inovadoras, no sentido de

incorporar, em alguma medida, os interesses de atores até então ausentes do processo, não indicariam a formação de novo tipo de democracia. A resposta à última questão, entretanto, não depende unicamente da realização de pesquisas empíricas, mas do avanço do debate teórico e das concepções teórico-epistemológicas dos pesquisadores e de suas concepções normativas de democracia.

Referências

- AZEVEDO, S.; ABRANCHES, M. Conselhos Setoriais o caso da Região Metropolitana de Belo Horizonte. *Cadernos Metrópole*, n. 7, p. 41-71, 2002.
- BAKER, G. *Civil society and republican democracy*. London: Political Studies Association Annual Conference. 10-13 April. London, 2000.
- BANDEIRA, P. Participação, articulação de atores sociais e desenvolvimento regional. *Texto para discussão*. Brasília, IPEA, n. 630, p. 1-89, 1999.
- BARROS, M. E. B. Os Conselhos de Saúde e a responsabilidade cidadã. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n 1, p. 18-19, 1998.
- BOSCHI, R. R. Decentralization, clientelism, and social capital in urban governing: comparing Belo Horizonte and Salvador. *Dados*. [on line], v. 42, n. 4 p.655-690, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581999000400002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 ago. 2004.
- BRASIL. Assembléia Nacional Constituinte. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 5 out. 1988.
- _____. Congresso Nacional. *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 da outras providências. Brasília, 1990.
- _____. Congresso Nacional. *Lei n. 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. Brasília, 1990.
- _____. 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, 1984 (mimeo).
- _____. Presidente da República. *Decreto n. 94.657 de 20 de julho de 1987*. Dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. Brasília, 1987.
- BULHÕES, M. G. P. Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador no Rio Grande do Sul/Brasil: avanços e limites na participação de atores governamentais e não-governamentais. In: MILANI, C.; ARTURI, C.; SOLINÍS, G. (Orgs.). *Democracia e governança mundial: que regulações para o século XXI?* Porto Alegre: UFRGS, 2002. p. 137-165.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 23-25, 1998.

- CÔRTEZ, S. M. V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. *Revista Humanas*, Porto Alegre, v. 24, n. 1-2, p. 115-129, 2001.
- _____. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 5-17, 1998.
- _____. Fóruns participativos e governança; uma sistematização das contribuições da literatura. In: LUBAMBO, C.; COELHO, D. B.; MELO, M. A. (Orgs.). *Desenho institucional e participação política: experiência no Brasil contemporâneo*. V. 1. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 13-32.
- _____. Governo do estado como protagonista da regionalização e da participação. *Cadernos do CRH*, n. 39, julho/dezembro. p. 83-103, 2003.
- _____. Participação de usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e de Assistência Social de Porto Alegre In: PERISSINOTTO, R.; FUKS, M. (Orgs.). *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002. .p. 167-209.
- _____. *User participation and reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre*. Tese (Doutorado) - London School of Economics and Political Science, Londres, 1995.
- DAGNINO, E. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: _____ (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 9-15.
- EVANS, P. Além da “Monocultura Institucional”: instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. *Sociologias*, n. 9, p. 20-63, jan. 2003.
- FEDOZZI, L. *Orçamento participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1997.
- FIORINA, M. P. A dark side of civic engagement. In: SKOCPOL, T.; MORRIS, P. F. (Orgs.). *Civic engagement in American democracy*. Washington, D.C.: Sage, 1999. p. 395-425.
- FUNG, A.; WRIGHT, E. O. Deepening democracy: innovations in empowered participatory governance. *Politics & Society*, v. 29, n. 1, p. 5-41, março 2001.
- GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação política*. São Paulo: Cortez, 2001.
- IBGE. Perfil dos municípios brasileiros: gestão pública 2001. IBGE [on line]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2001/default.shtm>. Acessado em 27 ago. 2004.
- JACOBI, P. R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 443-454, 2002.
- LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.
- LEE, K.; MILLS, A. *Policy-making and planning in the health sector*. London: Croom Helm, 1985.
- MANSBRIDGE, J. *Beyond adversary democracy*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- MELO, M. A. B. C. Ingovernabilidade: desagregando o argumento. In: VALLADARES, L. (Org.). *Governabilidade e pobreza*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p. 23-48.

- NAVARRO, R. G.; GODINHO, M. H. L. Movimentos sociais (populares), conselhos municipal e órgão gestor. *Cadernos Metrópole*. n. 7, p. 73-92, 2002.
- PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.
- PINTO, C. R. J. Espaços deliberativos e a questão da representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 19, n. 54, p. 97-113, 2004.
- RAICHELES, R. *Esfera pública e conselhos de assistência social*. Caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 2000.
- SANTOS JUNIOR, O. A. *Democracia e governo local*. Rio de Janeiro: Revan, 2001.
- SANTOS, B. S. *Crítica à razão indolente*. São Paulo: Cortez, 2000.
- SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a democracia*. Os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.
- SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo/Legislativo no Brasil pós-constituente. *Dados* [on line], v. 40, n. 3, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 ago. 2004.
- _____. Which democracy? A conceptual view from the developing countries perspectives. *Dados* [on line], v. 44, n. 4, p. 729-771, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582001000400003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 ago. 2004.
- SCHNEIDER, A.; GOLDFRANK, B. *Budget and ballots in Brazil*: participatory budgeting from the city to the state. Brighton: Institute of Development Studies, 2002 (*IDS Working Paper*. N. 149).
- SILVA, M. K. Construção da “participação popular”. Análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.
- SKOCPOL, T. Advocates without members: the recent transformation of American civic life. In: SKOCPOL, T.; MORRIS, P. F. (Orgs.). *Civic engagement in American democracy*. Washington, D.C.: Sage, 1999. p. 461-509.
- SOUZA, C. Participatory budgeting in Brazilian cities: limits and possibilities in building democratic institutions. *Environment & Urbanization*, v. 13, n. 1, p. 159-184, 2001.
- TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.
- VALLA, V. V. Comentários a “Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 31-32, 1998 (a).
- _____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998 (b).
- VIANNA, A. L. D. Desenho, modo de operação e representação de interesses do sistema municipal de saúde e o papel dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 20-22, 1998.
- YOUNG, I. *Inclusion and democracy*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Notas

¹ A maior parte da sistematização da literatura sobre fóruns participatórios em geral aqui apresentada, sem referência particular à área de saúde, já foi publicada como CORTES (2005). Parte do texto apresentado no subitem “Construindo fóruns participativos no Sistema Único de Saúde” já foi publicada como Córtes (2001).

² Existem experiências de orçamento participativo (DIAS, 2002; SCHNEIDER; GOLDFRANK, 2002; SILVA, 2001; SOUZA, 2001), de consulta popular (CÔRTEZ, 2003), fóruns consultivos de órgãos legislativos (CÔRTEZ, 2003; BANDEIRA, 1999) e conselhos de nas mais diversas áreas de políticas públicas. Havia, em 2001, 22.828 conselhos municipais organizados, nas áreas de saúde, assistência social, educação, direitos da criança e do adolescente, trabalho e emprego, turismo, e cultura. Nas áreas de saúde e de assistência social estavam organizados em 98% e 93% dos municípios, respectivamente (IBGE, 2002).

³ O conceito de participação está sendo empregado no sentido que Lee e Mills (1985, p. 129) lhe atribuem, como sinônimo de diferentes tipos de envolvimento dos participantes – usuários e beneficiários de políticas públicas, trabalhadores, consumidores, entre outros – no processo de decisão política. Ou seja, participação não significaria, necessariamente, partilha de poder.

⁴ O conceito de governança se refere às capacidades gerenciais dos governos, à eficácia de suas políticas e ao processo decisório envolvido na promoção de desenvolvimento socioeconômico sustentável, em contextos democráticos (SANTOS, 2001, p. 739). Boschi (1999), Azevedo e Abranches (2002) e Melo (1995), ao definirem governança, ressaltam que o conceito pressupõe a intensificação das relações entre governos e sociedade civil, que “tenderiam a assegurar a transparência na formulação e a eficácia na implementação de políticas” (BOSCHI, 1999, p. 2). O conceito envolve “questões relativas a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico” (MELO, 1995, p. 26).

⁵ A perspectiva habermasiana pode ser sucintamente – e de modo reconhecidamente incompleto – caracterizada pelo ideal utópico de participação direta dos cidadãos na esfera pública, vista como ponto de encontro e local de disputa entre princípios divergentes de organização da sociabilidade (JACOBI, 2002, p. 445).

⁶ O autor utiliza o termo “democracia deliberativa”, mas como sinônimo de democracia participativa. Para evitar confusões usa-se, neste texto, a segunda forma.

⁷ Embora trabalhem também com a perspectiva habermasiana, Labra e Figueiredo (2002) adotam principalmente o enfoque da teoria do capital social. A referência ao estudo de Cohen e Arato (1994) aparece junto a outras que discutem a natureza de fóruns participativos e da democracia brasileira.



O mapa da comunicação e a rede de sentidos da saúde¹

INESITA SOARES DE ARAÚJO

Este artigo tem por objetivo apresentar um método de pesquisa, ensino e planejamento da comunicação que procura dar concretude visual e metodológica à perspectiva teórica da produção social dos sentidos, mais especificamente ao conceito de mercado simbólico. Consiste no mapeamento das fontes e fluxos de comunicação sobre determinado tema, para um segmento específico da população, dentro de determinados parâmetros geográficos ou institucionais. Os principais conceitos teóricos considerados são polifonia, comunidade discursiva, concorrência discursiva e mercado simbólico. Ao longo do texto serão apresentados alguns exemplos de mapas, produzidos no âmbito do ensino, e aprofundados dois casos de aplicação do método: um em situação de pesquisa e outro num contexto de avaliação e planejamento da intervenção.

O fio da meada

Em 2002 apresentei, no âmbito de uma tese de doutorado (ARAÚJO, 2002), a proposta de um modelo de comunicação que pudesse ser apropriado pelas instituições que elaboram ou implementam políticas públicas junto à população e que atualizasse as concepções não só de comunicação propriamente dita, mas também dos campos específicos que se articulam com essa área do conhecimento, como é o caso da saúde. Essas instituições têm-se mostrado espaço de resistência de modelos que traduzem concepções e representações de propriedades da comunicação já amplamente problematizadas e

criticadas, tais como linearidade, bipolaridade, asseptização da cena social, noções de receptor como *tabula rasa* e de língua como conjunto de códigos cujo significado é estável e transferível. Entre as razões para a durável hegemonia desses modelos, cuja matriz encontra-se no esquema Emissor → Mensagem → Receptor, está a inexistência de outras opções que, além de corresponderem aos novos discursos teóricos e ideológicos circulantes em cada campo, sejam factíveis de implantação nos tempos e lógicas institucionais e que possibilitem sua conversão em estratégias metodológicas e/ou operacionais.

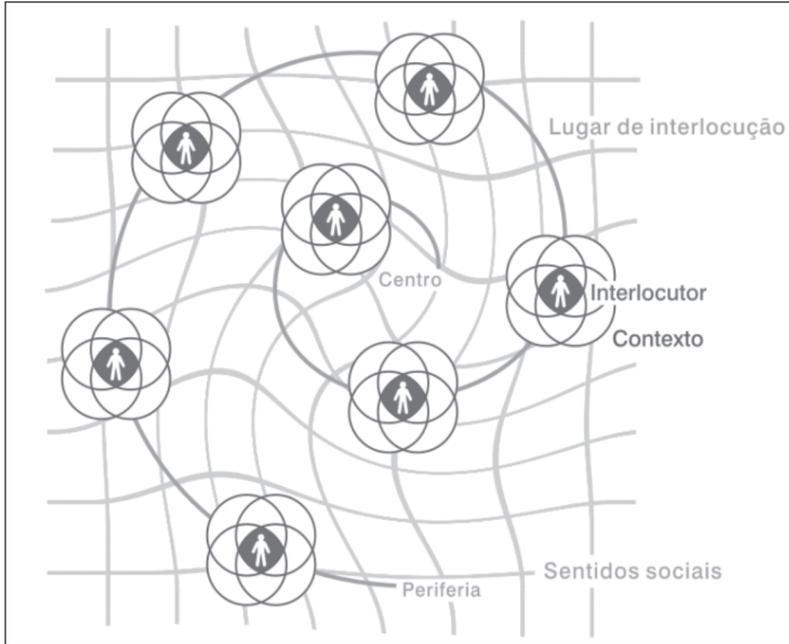
No entanto, a possibilidade de uma perspectiva teórica poder ser incorporada e passar a orientar as práticas institucionais depende, em parte, da existência de modelos, entendidos aqui como a síntese dos principais elementos, relações e processos descritos na teoria e que assumem uma expressão gráfica.

A afirmação se baseia numa longa experiência no campo das políticas públicas, que me permitiu sempre observar que modelos e suas visualizações são importantes na luta contra-hegemônica: as pessoas, na sua prática cotidiana, buscam apoio em idéias apresentadas de forma mais simplificada que lhes permita uma apropriação mais rápida e, na falta de modelos que lhes facultem operacionalizar suas idéias, recorrem ao dominante, que sempre aparece como a escolha mais “natural”. Foi dentro desse conjunto de idéias que propus o “modelo do mercado simbólico”, que se opunha à idéia dominante da comunicação como uma transferência de mensagens de um emissor para um receptor e que:

- consolidava a perspectiva teórica da produção social dos sentidos;
- reafirmava a idéia da comunicação em rede, multipolar, multidirecional;
- operava com a idéia da comunicação como o processo negociado de produção / circulação/ apropriação dos bens simbólicos;
- considerava que essa rede era operada por *interlocutores*, sempre contextualizados;
- situava esses interlocutores numa posição de poder mais central ou mais periférica, o seu *lugar de interlocução*.

O modelo tinha, além de sua formulação teórica, uma representação gráfica e uma matriz de análise dos fatores de mediação que possibilitam o trânsito dos interlocutores entre as posições de poder.

Apresentei essa proposta tanto em congressos científicos como em um artigo (ARAÚJO, 2003), portanto apenas a título de esclarecimento apresento abaixo sua versão gráfica:



O mercado simbólico como idéia central e seus problemas

Este modelo tem sido apresentado em fóruns científicos e, principalmente, nos cursos de pós-graduação e eventos acadêmicos e técnicos da área da saúde coletiva. A idéia da comunicação como um mercado simbólico tem-se mostrado de fácil compreensão e apropriação, além de despertar forte interesse. O principal obstáculo tem sido a dificuldade em lidar com a noção de mercado, provocada pela disseminação da noção pelo viés neoliberal: um encontro de iguais, para transacionar em condições de igualdade. Mas, uma vez aceita a concepção de mercado como construção social, cujas condições de acesso aos bens são desiguais e cujas relações são estruturadas pelos interesses em jogo, interesses que não são harmônicos, a negociação assume caráter de luta pela redução das desigualdades e ganha relevo outra questão: como se traduz concretamente esse mercado simbó-

lico? Como essa abstração generalizante do modelo pode ser particularizada num universo específico temático e populacional?

O mesmo pressuposto que levou à elaboração do modelo – o de que as pessoas precisam visualizar esquematicamente os elementos abstratos de uma teoria – me levou a desenvolver um método bastante simples de visualizar um mercado simbólico específico, que passei a chamar de “Mapa do mercado simbólico da(o) (tema)” ou simplesmente “mapa da comunicação sobre (tema)”. Esse método tem sido aperfeiçoado com o concurso dos alunos de pós-graduação e admite muitas variações e aplicações. Ainda não se pode considerá-lo finalizado, uma vez que algumas questões não estão suficientemente resolvidas e algumas propostas novas devem ser incorporadas. No entanto, seu atual estágio já apresenta bons resultados, alguns dos quais serão aqui apresentados.

O “mapa do mercado simbólico”: principais elementos

O diagrama que chamei de mapa consiste num desenho das fontes e fluxos de comunicação sobre um dado tema, num dado território e com foco num dado segmento populacional ou profissional. Como fontes, consideramos as *comunidades discursivas*, que são grupos de pessoas, organizados institucionalmente ou não, que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos (MAINGUENEAU, 1993; ARAÚJO, 2000). O mapa procura identificar de onde emanam e que caminhos percorrem discursos sobre um tema, até chegarem a seu destinatário. Mas seu principal objetivo é produzir um conhecimento sobre que vozes e que discursos concorrem num mesmo território pelo poder de “fazer ver e fazer crer” (BOURDIEU, 1989), permitindo visualizar de modo simplificado o que seria parte de uma rede de produção de sentidos. Esse dado, aparentemente muito simples, muda radicalmente a compreensão das pessoas sobre o cenário do qual participam e no qual devem intervir, facilitando a apropriação, por elas, da noção e do modelo do mercado simbólico.

O mapa tem-se mostrado eficaz nas situações de:

- **pesquisa** – tanto em processos de pesquisa que visam a mapear redes discursivas, buscando apreender os sentidos circulantes e seus processos produtivos, como em pesquisas de caráter partici-

pante, onde a pessoas produzem um autoconhecimento sobre sua prática num dado tema;

- **ensino** – permite aos alunos compreenderem melhor a perspectiva do mercado simbólico. Ao fazerem o mapa, passam a perceber a complexidade da prática comunicativa, descartando com mais facilidade a perspectiva instrumental e meramente informacional;
- **avaliação e planejamento estratégico** – problematizam e qualificam estratégias de intervenção num dado ambiente.

Aplicações concretas do mapa

Como afirmado antes, o método do mapa tem sido utilizado em alguns processos de pesquisa e em projetos, além de compor uma metodologia de ensino. A seguir são apresentados alguns casos de aplicação que permitirão melhor compreender a proposta, iniciando com alguns exemplos escolhidos entre os já inúmeros mapas feitos por alunos, em oficinas e cursos de pós-graduação.

O mapa como recurso de ensino

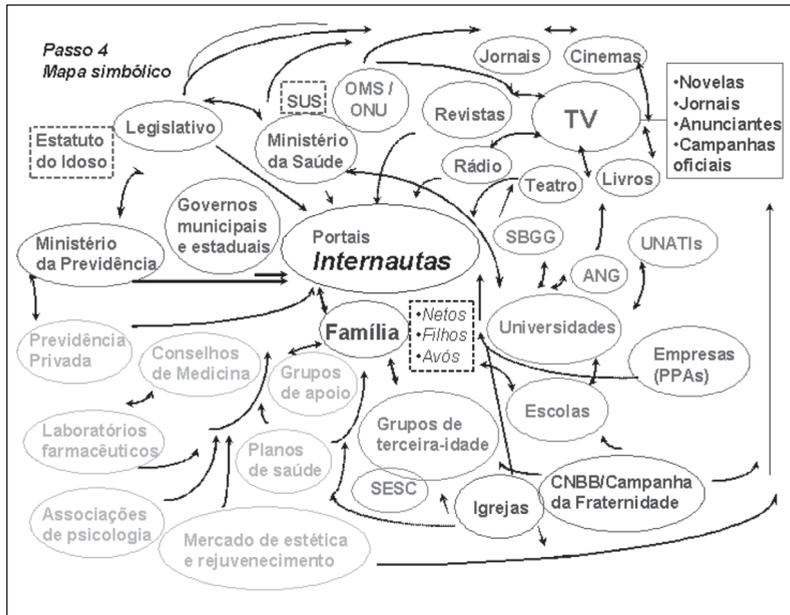
- **Mapa 1:** autoria de Simone Weissman. Produzido no Curso de Especialização em Comunicação e Saúde (CICT/Fiocruz). A autora trabalhava num *site* voltado para a terceira idade, o *Mais de Cinquenta*. Mostra de onde vem a informação sobre a saúde nessa época da vida, tomando como referência as pessoas que acessavam essa página. Com o mapa, ela pôde perceber que, ao escrever, organizar e pôr em circulação informação para os internautas, ela passava a integrar uma ampla rede de comunicação e de sentidos sobre saúde na terceira idade.
- **Mapa 2:** de autoria coletiva, esse mapa foi feito por um grupo de alunos que trabalhavam em São Gabriel da Cachoeira (AM), no âmbito de um curso de especialização em Saúde Indígena (Universidade do Amazonas/FUNASA). Evidencia quanta informação sobre saúde circula para a população indígena da região, permitindo avaliar criticamente a eficácia dessa comunicação, contraposta ao real quadro sanitário local. O mapa integra o estudo de caso da minha tese de doutorado.
- **Mapa 3:** este mapa foi feito por uma aluna da Argentina, Mariana Rolla, no curso de especialização em Comunicação e Saúde (CICT/

Fiocruz), sobre o tabagismo entre os adolescentes, em Buenos Aires, tema que estava sendo focado pelo Ministério da Saúde naquele momento. Evidenciou para ela a complexidade da cena discursiva que deveria enfrentar.

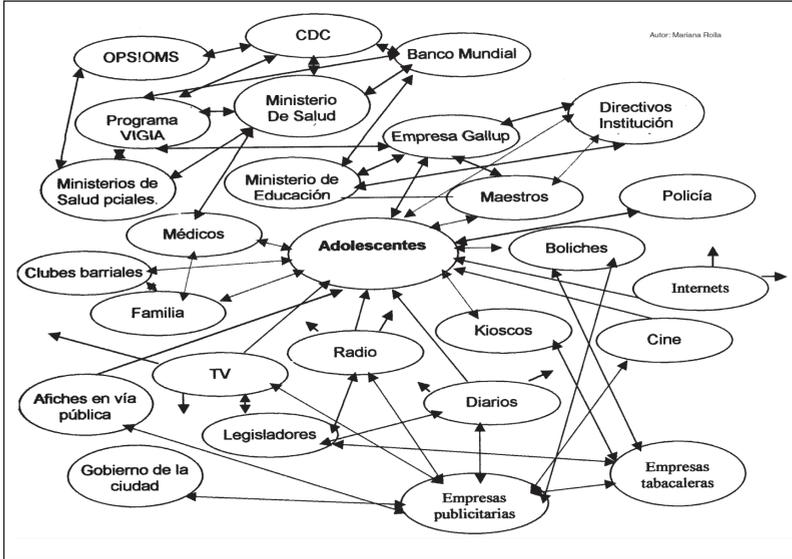
- **Mapa 4:** a autora do mapa, Maria Estela Leite, desenvolveu sua pesquisa no mestrado em Gestão da Informação e da Comunicação (Fiocruz), com foco no pesquisador do Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas. O mapa que desenhou identifica as várias fontes que integram a rede de sentidos sobre pesquisa científica, relação com pacientes, ética e temas que permeiam o trabalho do pesquisador.

Visualizemos a seguir os mapas que, assim como os demais aqui apresentados, foram originalmente elaborados com o recurso de cores para distinguir núcleos discursivos distintos, não sendo possível aqui reproduzi-los desta forma.

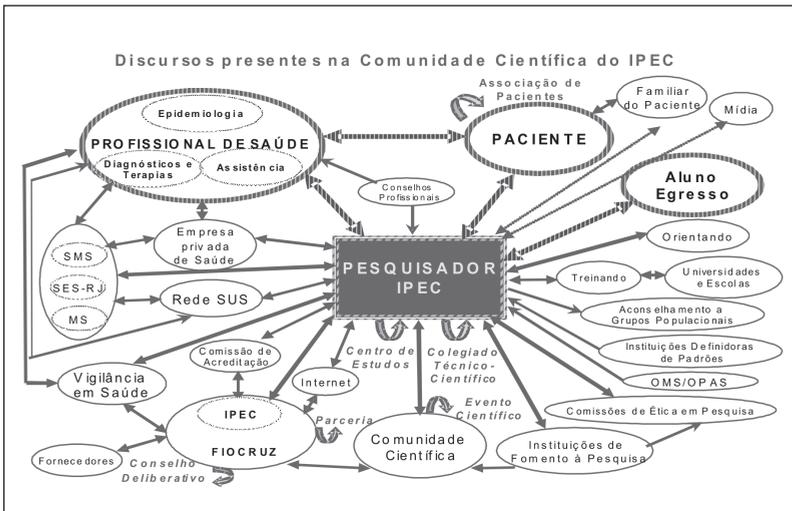
Mapa 1



Mapa 3



Mapa 4



Ao produzirem seus mapas, os alunos consolidam a percepção de aspectos que são antagônicos nos modelos que se pretende superar (transferencial, desenvolvimentista) e no que se pretende introduzir (modelo do mercado simbólico). Contra uma comunicação linear, uma em rede; oposta a uma relação bipolar, outra multipolar; ao invés de uma idéia da comunicação centrada no par emissor/receptor, a idéia de uma cena comunicativa polifônica, formada por muitas vozes; substituindo a idéia de que sua instituição (pública ou privada) é o único emissor, o ponto de partida e o centro do processo, a percepção de que a instituição é apenas uma das muitas vozes fazendo circular seus discursos. Desaparece também a noção de que a comunicação perfeita supõe a ausência de ruídos, em favor da compreensão de que todos os chamados ruídos são vozes a serem consideradas. Por fim, o mapa auxilia o entendimento de que não há transferência de significados, mas um processo de produção social dos sentidos.

O mapa como instrumento de pesquisa

No período de 2002/2003, realizamos no CICT/Fiocruz uma pesquisa entre adolescentes pobres do Rio de Janeiro, com o objetivo de desenvolver e experimentar um método de avaliação da comunicação, tomando o caso da prevenção da Aids.² Utilizamos o mapa do mercado simbólico como forma de cartografar, em conjunto com os participantes, os diversos discursos sobre o tema que circulavam entre os jovens. Num dos bairros, na primeira sessão de trabalho com a equipe do posto de saúde, diante da questão: “quem faz comunicação sobre prevenção da Aids para os jovens do bairro?”, a resposta produziu o seguinte esquema: **Posto de Saúde** → **Jovens**, que corresponde evidentemente ao modelo **Emissor** → **Receptor**, próprio do modelo informacional, dominante no campo da saúde. Ao final do processo, depois de várias sessões de trabalho, incluindo os jovens participantes da pesquisa, finalizamos com o seguinte mapa:

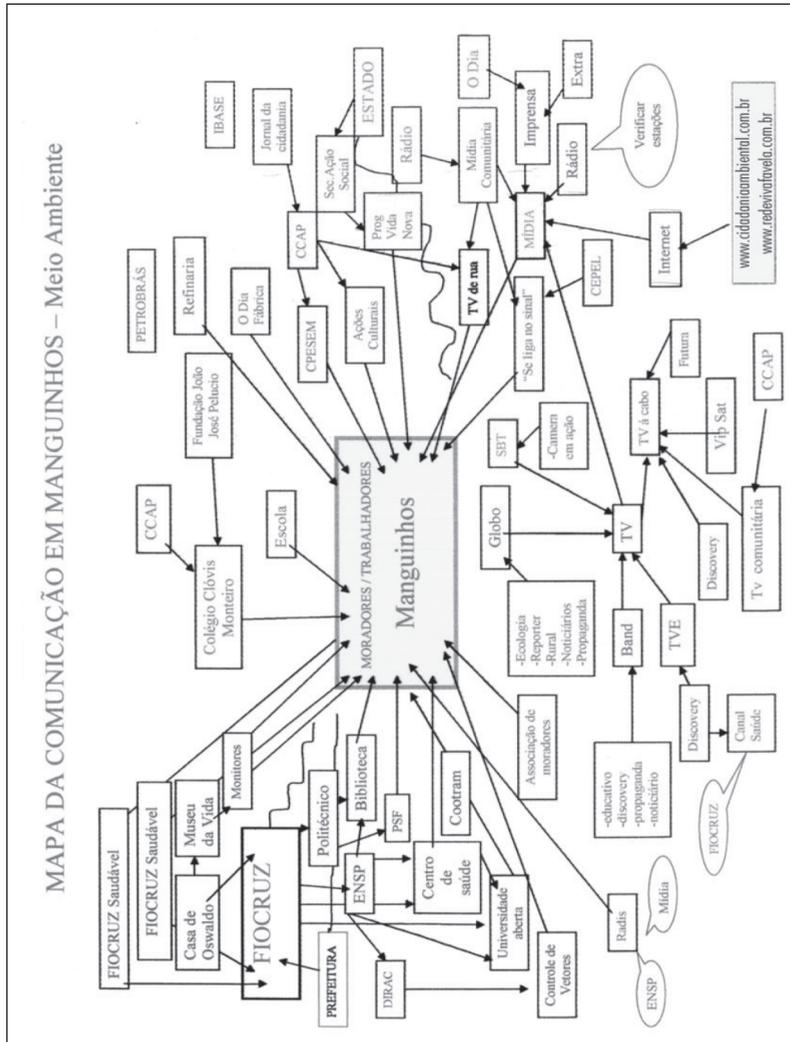
A diferença é flagrante: a verdadeira “parafernália” discursiva que molda o cenário da comunicação na prevenção da Aids joga por terra a pretensão da equipe de saúde de ser o único interlocutor dos jovens (que são, na verdade, “bombardeados” por informação) e exige mudança radical em relação às estratégias preventivas: alguns desses discursos são concorrentes com o das instituições da saúde (o religioso e o do movimento *funk*, p. ex.) e outros são sinérgicos, cooperativos (o de ONG locais, p. ex.) e todos participam da rede de produção dos sentidos, com mais ou menos força. O mapa mostrou também que os discursos dos organismos públicos se formam além das fronteiras nacionais, nos organismos internacionais de financiamento. Esta é uma das vantagens do método: ele permite que dados que normalmente não são evidentes (ou são ocultados pela força dos modelos dominantes), ou que não são considerados relevantes, apareçam com força e se imponham à análise.

No momento, seis pesquisas em curso utilizam o método em seus procedimentos, sendo duas de doutorado e quatro de mestrado.

O mapa na avaliação e planejamento estratégico

O trabalho relatado a seguir, embora tenha forte componente de pesquisa, fica mais bem caracterizado como de avaliação de um cenário, com vistas ao planejamento de uma ação. Trata-se do mapeamento da comunicação sobre meio ambiente num complexo de favelas no Rio de Janeiro (o Complexo de Manguinhos), desenvolvido no âmbito de um projeto intersetorial da Fundação Oswaldo Cruz denominado Laboratório Territorial de Manguinhos.³ O projeto opera com a metodologia de mapas e objetiva a construção compartilhada de um conhecimento sobre meio ambiente. O trabalho inclui a formação para a atividade científica de jovens moradores do Complexo, que participam de todas as atividades cartográficas.

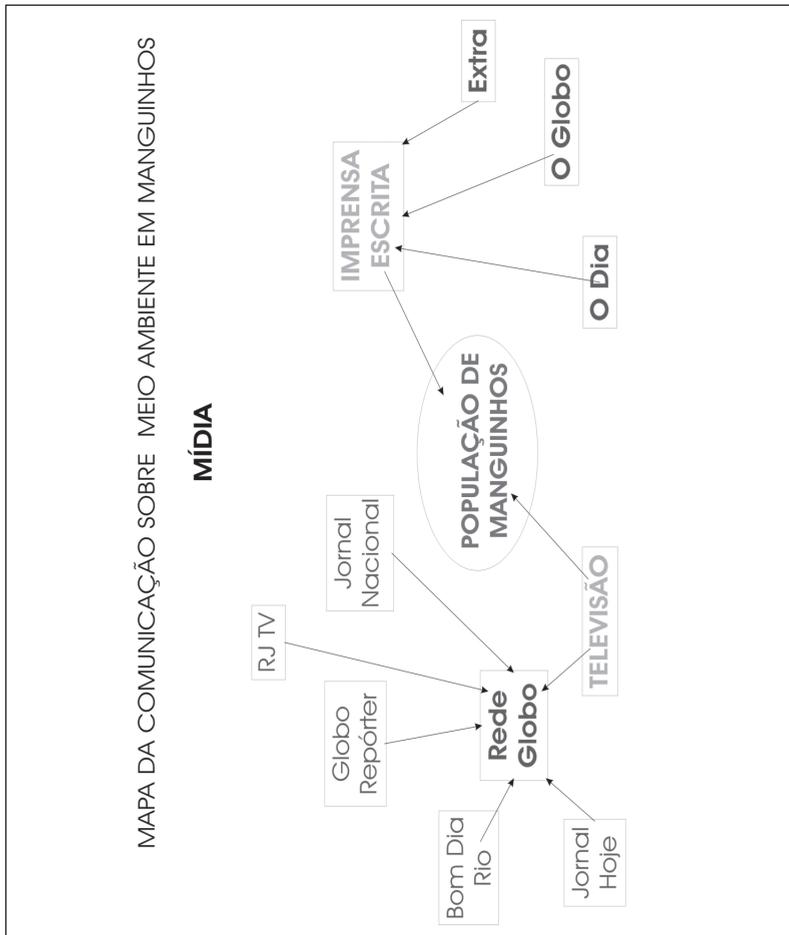
Os participantes do projeto – técnicos, pesquisadores, membros das organizações locais de Manguinhos – produziram inicialmente um mapa da comunicação sobre meio ambiente, a partir do que eles supunham que fosse a realidade. Diante da pergunta “quem produz e/ou faz circular informação sobre meio ambiente para a população moradora de Manguinhos?”, foi surgindo o mapa a seguir:



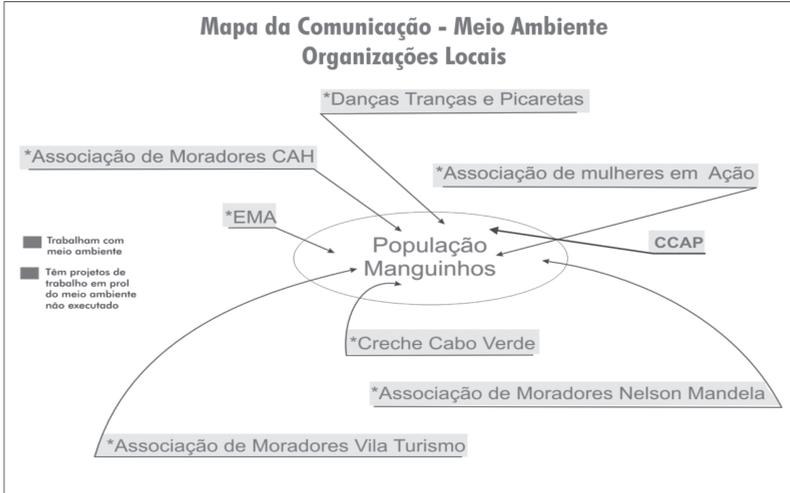
O mapa apresentava nitidamente três tipos de comunidades discursivas: os meios de comunicação, comerciais e comunitários / militantes; as organizações locais de Manguinhos; e os núcleos da Fundação Oswaldo Cruz. O passo seguinte foi conferir a pertinência dessa construção, através de pesquisa de campo, construindo mapas setoriais.

Começamos pelo mapa da mídia. O mapa original afirmava uma ação intensa dos meios de comunicação, principalmente os comunitários e os produzidos pelas instituições de saúde. Mas a realidade era bem outra e apenas quem se afirmava como comunidade discursiva na área era a grande mídia, especificamente programas da Rede Globo e grandes três jornais impressos. Não foi registrada a presença de discursos de nenhuma mídia comunitária; não havia registro nenhum de outras fontes.

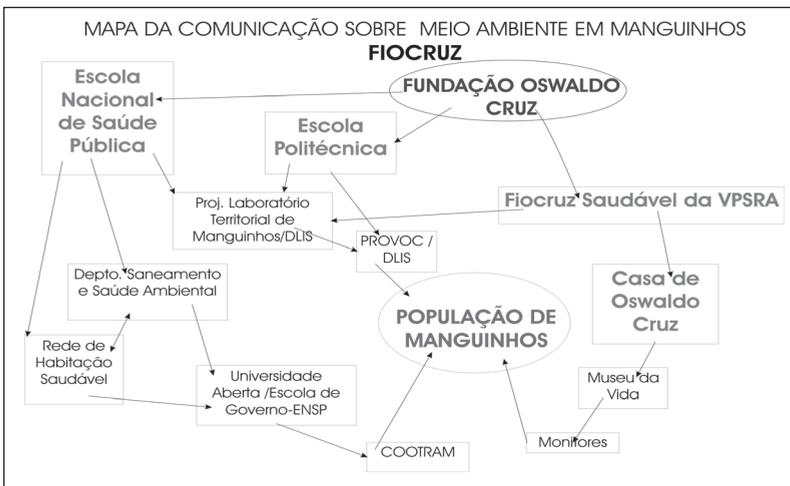
O mapa parcial dos meios de comunicação ficou com esta configuração:



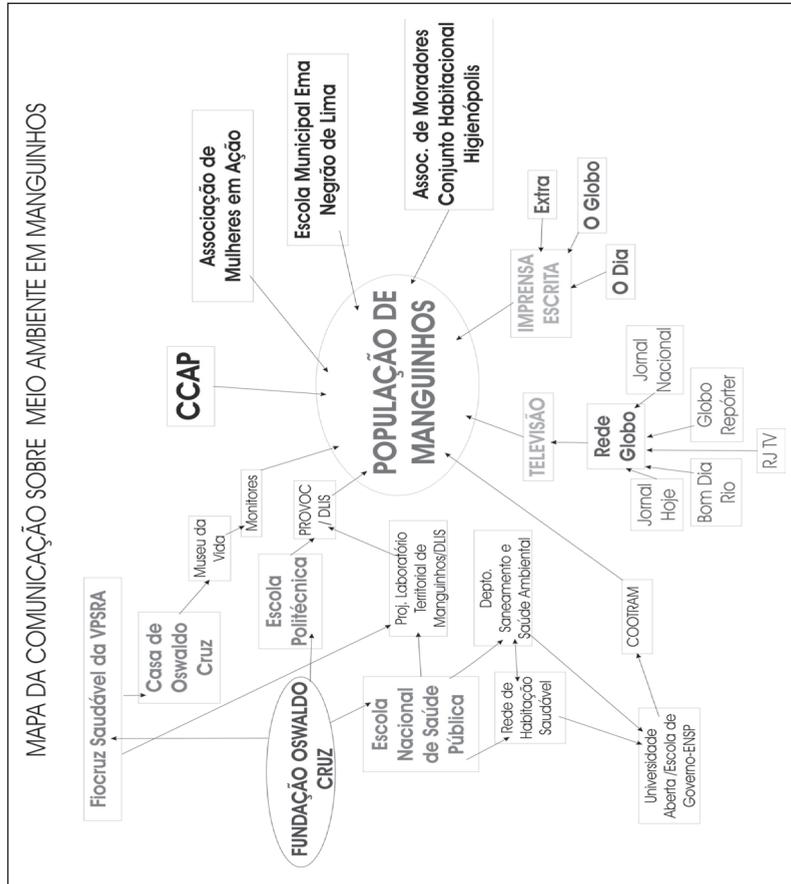
Na seqüência, as organizações locais foram visitadas e, de todas as que foram mapeadas inicialmente, restaram apenas quatro, configurando uma realidade bem distinta da imaginada:



Por fim, foram procurados os núcleos da Fundação Oswaldo Cruz, que ocupavam toda a área esquerda do mapa original e que, a exemplo dos anteriores, não se confirmaram como comunidades discursivas. O mapa parcial desses núcleos ficou assim configurado:



Finalmente, reunindo os mapas parciais, obtivemos o mapa que corresponderia ao mercado simbólico dos discursos sobre meio ambiente no âmbito do Complexo de Manguinhos:



Este mapa é muito menos “habitado” do que o primeiro, elaborado com base na suposição dos participantes do projeto. Podemos observar um efeito inverso do produzido pelo uso da metodologia na pesquisa sobre Aids: lá, a percepção inicial da equipe de saúde, reduzida a dois pólos da comunicação, foi muito ampliada, dando lugar a uma impressionante polifonia. Aqui a idealização da equipe do projeto imaginou um cenário polifônico que não existia naquela

intensidade e o mapa final resultou bem mais modesto que o original, evidenciando que talvez o tema do meio ambiente não esteja sendo adequadamente trabalhado pelas instituições no local e obrigue os técnicos a um planejamento estratégico mais consoante com a realidade.

Para aprofundamento do diagnóstico

Embora a construção do mapa em si já apresente ganhos, é possível aplicar um roteiro de questões sobre as comunidades discursivas mapeadas, ampliando seu potencial de diagnóstico das redes de produção dos sentidos e de orientação do planejamento da ação. São exemplos de questões:

- Qual é o discurso dessa comunidade discursiva (pessoa/grupo/instituição)?
- A quem ela se dirige diretamente? A quem pretende influenciar?
- E quais são suas redes de mediação?
- Qual o peso que ela tem no conjunto do universo? Ela tem influência sobre as outras comunidades? Quais? Que tipo de influência?
- Quais seriam as razões possíveis para esse peso (negativo ou positivo)? Aqui devem ser incluídas também as de ordem afetiva, as relacionais etc.
- Qual a semelhança do discurso dessa comunidade com o nosso? Qual a diferença?
- Qual a possibilidade de torná-lo nosso aliado?

Um método em construção, um debate em aberto

As várias modalidades desenvolvidas principalmente por alunos de pós-graduação sugerem que suas possibilidades de aplicação são imensas. Os principais desafios no momento são: 1) aperfeiçoar a idéia de aplicar na organização visual do mapa a espiral representativa dos lugares de interlocução, do modelo do mercado simbólico, determinando espacialmente quais os discursos são mais centrais e quais os que estão mais à periferia; 2) aplicar o mapa do mercado simbólico ao mapa físico de uma área determinada, com auxílio de um Sistema de Informações Geográficas. Isto permitiria, por exemplo, comparar a disseminação de uma epidemia com a comunicação para a prevenção da mesma; 3) desenvolver um *software* que permita

a elaboração do mapa de forma mais rápida e eficaz, tornando mais fácil sua apropriação.

Aids, tabagismo, tuberculose, hanseníase, nutrição, convergência tecnológica, controle social, SUS e saúde de um modo geral são alguns dos temas que já foram abordados nos mapas. População carcerária, meninos em situação de rua, profissionais da saúde, radialistas, pesquisadores, população de bairros, adolescentes, idosos, população atendida pelo PSF, agentes comunitários de saúde são alguns dos segmentos já considerados. As possibilidades são muitas, os caminhos idem. O mapa pede colaboração; quanto mais participativo for, mais se aproximará das redes de produção dos sentidos e mais poderá contribuir para o conhecimento das pessoas sobre sua própria realidade.

Referências

- ARAÚJO, I. S. *A reconversão do olhar*. São Leopoldo: Unisinos, 2000.
- _____. *Mercado simbólico: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas*. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) - Escola de Comunicação Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- _____. *Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu, v. 8 n. 14, p. 165-178, set. 2003-fev/2004.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes, 1993.

Notas

¹ Uma versão modificada deste texto foi apresentada em evento promovido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e será publicada por sua Comissão de Cultura e Extensão, em coletânea coordenada por Ana e Fernando Lefèvre, intitulada *O conhecimento da intersecção. Uma nova proposta para as relações entre a academia e a sociedade*.

² *Promoção da Saúde e prevenção do HIV/Aids no município do Rio de Janeiro*: uma metodologia de avaliação para políticas públicas e estratégias de comunicação. O relatório encontra-se disponível em versões impressa e virtual.

³ O projeto surgiu no contexto do DELIS (Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável), em parceria com o Instituto Politécnico/PROVOC (Programa de Vocação Científica) e tem a coordenação geral de Fátima Pivetta.



As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença

ALDA LACERDA
VICTOR VINCENT VALLA
MARIA BEATRIZ GUIMARÃES
CARLA MOURA LIMA

Introdução

A importância das redes de apoio social como estratégia da população no enfrentamento dos problemas de saúde-doença e dos impasses do cotidiano vem sendo apontada por diversos autores (MINKLER, 1992; LACERDA; VALLA, 2003). São redes que muitas vezes se tecem a partir da sociedade civil organizada e mantêm sua vitalidade em função dos vínculos de solidariedade, de troca e reciprocidade que se estabelecem entre os diversos sujeitos. Tendo em vista que os sujeitos estão expostos a diferentes tipos de situações estressantes e impasses na sua vida diária, a forma como sua rede social está estruturada vai influenciar diretamente os recursos de apoio social que fluem por meio da rede e os ajudam a lidar com as oportunidades e contingências do sistema social (PEARLIN, 1985).

Mais do que um simples agrupamento de pessoas, a rede social é uma teia de relações na qual os sujeitos estão conectados pelos laços ou vínculos sociais. O conceito de rede social tem sido utilizado em diferentes situações e contextos, seja na descrição e análise de processos políticos (BARNES, 1987); como instrumento metodológico (HALL; WELMAN, 1985); como ferramenta clínica a ser utilizada nas práticas de saúde, por meio do modelo de rede social (SLUZKI, 1997); ou como uma estratégia de ação coletiva (SCHERER-WARREN, 1999; LACERDA; VALLA, 2003). É a abordagem da rede como uma ação coletiva, isto é, como uma estratégia de enfrentamento da população, que nos interessa desenvolver neste artigo.

As redes muitas vezes se configuram de tal modo que os vínculos que unem os membros da rede fornecem apoio social, constituindo, assim, as redes de apoio social ou apoio mútuo. Apoio social é entendido aqui como um conjunto de recursos emocionais e tangíveis que os sujeitos recebem por meio de relações sociais sistemáticas, e que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, com conseqüentes benefícios à saúde física e mental (MINKLER, 1992; LACERDA; VALLA, 2003). Nas redes de apoio social, mais do que “interesses comuns”, os sujeitos compartilham “interesses em comum” (ZIMERMAN *et al.*, 1997) que os ajudam a ter maior controle das situações estressantes e enfrentar melhor os problemas de saúde-doença e as adversidades do cotidiano.

O apoio social envolve o dar e receber das relações humanas e não deve ser visto como ato isolado, mas como um processo ativo de troca e reciprocidade em que todos participam e têm seu papel. Embora a reciprocidade não seja necessariamente do mesmo tipo de apoio, é condição fundamental para que de fato o apoio social aconteça (PEARLIN, 1985).

As implicações do apoio social como promotor da saúde física e mental indicam que as pessoas necessitam uma das outras, e que algumas soluções dos impasses podem passar pelo apoio mútuo e pelas redes de solidariedade. Os vínculos de solidariedade mobilizam os recursos de apoio social e geram ações coletivas que propiciam maior participação dos sujeitos nas tomadas de decisão, na reivindicação dos seus direitos e suprimento de suas necessidades básicas. A discussão ganha destaque em face do crescente adoecimento e sofrimento dos sujeitos e grupos sociais imersos na conjuntura atual de isolamento, precariedade e falta de perspectiva diante dos impasses e condições adversas de vida.

A baixa resolutividade de propostas oferecidas pelo Estado para melhorar as condições de vida das classes populares e solucionar os problemas de saúde-doença, por um lado, e os limites de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde, por outro, revelam alguns dos impasses que as classes populares convivem no seu dia-a-dia. Tendo em vista que o governo não assume seu papel e responsabilidade de executar e oferecer serviços básicos, que atendam de forma adequada a demandas e problemas enfrentados pela popula-

ção, nosso pressuposto é que a sociedade civil se organiza em redes como uma estratégia de enfrentamento para superar os impasses do cotidiano e resistir às condições de precariedade.

Embora existam diversas redes sociais na sociedade, nossa discussão se volta para as redes de apoio social não-institucionalizadas que se configuram como redes participativas da sociedade civil. Os objetivos deste artigo são discutir as redes participativas a partir do olhar da sociedade civil e identificar alguns limites e possibilidades desse novo tipo de configuração das relações de solidariedade para se pensar as práticas de integralidade em saúde.

Participação popular: o duplo caminho como estratégia de enfrentamento dos impasses

A conjuntura socioeconômica e política atual evoca um pessimismo diante das precárias condições de vida, do crescente adoecimento e sofrimento por problemas psicossociais, e da falta de perspectiva em eliminar a pobreza, o que torna difícil superar os problemas do cotidiano, principalmente para quem trilha o que Chauí (1990) denomina de “caminho estreito”, isto é, uma vida de pouco dinheiro, espaço e tempo livre. Como existe uma “distribuição desigual de riqueza, poder e *status* nas sociedades, a extensão e os recursos das redes sociais serão desigualmente distribuídos também” (PEARLIN, 1985, p. 44), levando as classes populares, e até mesmo uma parcela da classe média, a terem um alcance e acesso restrito a esses recursos. É nessa perspectiva que as estratégias de organização da sociedade civil, construídas por meio de relações solidárias entre os sujeitos, são relevantes como possibilidade de acesso a outras fontes de recursos disponíveis.

A participação da população, organizada em redes de apoio social, é relevante na luta pela garantia dos direitos à saúde e cidadania. Diante desse caminho estreito, as redes participativas da sociedade civil podem ser vistas como estratégias e táticas de enfrentamento dos problemas de saúde, e até mesmo como estratégia de sobrevivência das classes populares para lidar com o individualismo excludente que permeia nossa sociedade capitalista e que cada vez mais insere os sujeitos de forma desigual, configurando os vulneráveis e desfiliaados do sistema social (CASTEL, 1993).

É freqüente evidenciarmos um tipo de participação na qual o convite para a realização de tarefas parte dos governos, grupos políticos ou até mesmo de grupos religiosos (VALLA; STOTZ, 1991). Um exemplo é o mutirão, que é uma forma de participação social na qual a população se reúne para realizar “com seu próprio trabalho, tempo de lazer e, às vezes, dinheiro, ações e obras da responsabilidade do governo” (VALLA, 1998, p. 9). Os estudiosos das classes populares fazem diversas críticas ao mutirão, já que entendem que os governos costumam agir de forma autoritária com a população, decidindo sobre a quantidade e qualidade dos serviços básicos a serem oferecidos, mas quando percebem que não são capazes de resolver determinados problemas solicitam que a população participe.

Apesar das críticas existentes, a insistência das classes populares em praticar o mutirão, principalmente em obras em prol da comunidade – como construção de habitações, escadarias e equipamentos de saneamento básico – parece indicar que esse segmento da população não confia nas promessas dos governos, e se não aceitar o convite para executar essas tarefas, o governo, muitas vezes, também não as executa e a população sai perdendo. Além disso, ressalta Valla (1998, p. 10), “é possível também que o mutirão nos locais de moradias esteja espelhando valores comuns de solidariedade e reciprocidade”.

Em contrapartida, queremos chamar atenção para a participação popular na qual existe interferência direta da população. Ou seja, a sociedade civil se organiza para atuar no enfrentamento dos problemas e pressionar as autoridades para cumprir seu papel e fornecer serviços básicos que atendam a suas reivindicações e direitos. Esse tipo de mobilização da sociedade produz resultados efetivos em determinadas conjunturas, como o que ocorreu na epidemia de cólera no Peru na década de 70. Os grupos populares organizados, de forma surpreendente, iam diretamente às casas para localizar os doentes e encaminhá-los ao hospital, ao mesmo tempo em que cobravam uma ação direta das autoridades. O resultado desse esforço coletivo, conhecido como “duplo caminho peruano”, foi uma baixa taxa de mortalidade da doença.

O duplo caminho tem grande significado no contexto de precariedade em que vive grande parte da população, pois a resolução dos problemas de saúde e das precárias condições de vida não pode ser

atribuição exclusiva da população, mas deve incluir o papel do Estado. A participação popular não exclui a responsabilidade do Estado, mas inverte a lógica do controle, ao se organizar as ações a partir das necessidades e reivindicações que são direitos da população, ao invés de partir das demandas governamentais.

A participação popular com uma proposta voltada para os interesses coletivos vai-se concretizar por meio das estratégias de organização em redes de apoio social, o que, por sua vez, permite fortalecer o controle social. Para discutir essas redes de apoio social, enquanto redes participativas organizadas pela sociedade civil, vamos trazer duas experiências. A primeira, a Ouvidoria Coletiva, constitui um tipo de rede participativa em saúde que tem atuação no âmbito da micropolítica e permite dar visibilidade a práticas participativas da sociedade civil que acontecem no nível local. Já a segunda experiência é sobre a Auditoria Cidadã, cuja atuação nas redes é no nível da macropolítica, voltada para questões concernentes ao pagamento da dívida externa.

A experiência inovadora da Ouvidoria Coletiva como rede participativa em saúde

A Ouvidoria Coletiva configura uma nova metodologia de trabalho que envolve uma escuta ativa da população e conjuga elementos de ouvidoria com pesquisa social qualitativa. Ao contrário de serviços como *call-centers*, disque-denúncias e ouvidorias tradicionais institucionalizadas, em geral unipessoais – onde todas as denúncias/reclamações se concentram na figura do ouvidor e ficam sob sua responsabilidade –, a Ouvidoria Coletiva foi estruturada de forma autônoma, isto é, não vinculada a um órgão público específico,¹ e com a participação ativa de diferentes atores sociais. A proposta é promover a participação popular num processo de construção compartilhada do conhecimento, o que pressupõe o respeito pelos diferentes saberes e favorece o protagonismo coletivo (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).²

A experiência da Ouvidoria Coletiva foi realizada numa região da cidade do Rio de Janeiro durante o ano de 2004³, onde profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos – ouvidores naturais das condições de vida da população –, reunidos em fóruns mensais,

interagiram para apresentar e discutir as condições de vida e saúde percebidas nas comunidades em que atuam, e os recursos utilizados na tentativa de superar os problemas encontrados. Reunir diferentes atores sociais num mesmo fórum de escuta propicia um espaço privilegiado de diálogo e respeito entre os saberes científicos e os advindos da experiência prática. Desse modo, a ouvidoria pode ser pensada como uma forma de rede participativa em saúde, em que cada ator social constitui um nó da rede.

O novo modelo de ouvidoria vai além da escuta passiva, no sentido de promover a busca de informações aprofundadas sobre as condições de vida das comunidades, por meio da incorporação do olhar de atores sociais locais, que, além de vivenciarem e/ou compartilharem com os moradores alguns dos problemas do dia-a-dia, também são porta-vozes dos grupos que representam. Trata-se de uma concepção que amplia a visão tradicional de vigilância à saúde, o que se torna relevante diante do adoecimento e sofrimento crescente da população e das dificuldades de acesso e resolutividade dos serviços públicos.

Nas discussões realizadas nos fóruns prevaleceu o sentimento coletivo de que as classes populares vivem um verdadeiro impasse proveniente de dificuldades aparentemente insuperáveis. O impasse sintetiza uma série de fatos cotidianos que culminam na inação, advinda da própria ineficácia das soluções encaminhadas ou da impossibilidade de agir diante das circunstâncias apresentadas. Isso fica evidente no relato de um dos profissionais de saúde, ao discutir as condições de acesso aos alimentos e as moradias insalubres:

Outro dia, um paciente meu falou que só tinha o arroz. De madrugada ele acordou com a tampa da panela, que caiu. [...] quando ele foi ver, era um rato dentro da panela [...], eu falei: Como é que você fez? [...] “Eu espantei o rato e tampei a panela e guardei o meu arroz, eu só tinha aquele”.

Os impasses da população se agravam na conjuntura atual de políticas neoliberais no Brasil que contribuem para aumentar a desigualdade social, o desemprego, a violência, a pobreza, a crise na área da saúde, entre outros, além da ineficácia das ações governamentais para solucionar os problemas e oferecer serviços básicos adequados. A idéia de que uma imensa parcela da população não será integrada de forma satisfatória na economia moderna e de que a distribuição

de alguns benefícios pelos governos pode não resolver a situação dessas pessoas (SCHWARTZMAN, 2004) fica evidente nos debates. Os representantes dos fóruns, moradores da comunidade, referem que a proposta de oferecer programas como Bolsa-Família, Cheque-Cidadão, entre outros, é insuficiente no contexto em que vivem, e esse tipo de ajuda é percebido como esmola e humilhação para muitos sujeitos das classes populares que lutam para conseguir se inserir no mercado de trabalho.

O impasse provocado pela situação de pobreza absoluta de uma parcela significativa da população que vive nos complexos de favelas e bairros populares revela um caminho estreito (CHAUÍ, 1990), em que a superação dos seus problemas de saúde parece impossível. É nesse sentido que as falas dos atores sociais participantes dos fóruns apontam para uma relação direta entre a pobreza e o adoecimento das classes populares:

É a miséria que causa aquele tipo de doença. Não tem o que comer, ela fica fraca, fica fraca com depressão, da depressão aparece outra coisa, é tudo muito ligado. As pessoas assim, em miséria extrema, a doença, vem tudo de uma vez.

O sistema médico, por sua vez, não consegue dar conta da complexidade dos problemas de saúde da população, uma vez que a resolução desses problemas extrapola as ações empreendidas no âmbito dos serviços de saúde.

Essas questões fogem da resolução no sistema de saúde. A questão é até apreciada, não é? Mas não é resolvida, não tem como resolver. Foge. Ontem, ela comeu água com pé de galinha. Hoje, de repente não tem nem isso, não tem nada para comer, entendeu? [...] Então o problema é que a pessoa está doente, vai ao médico, o médico passa os medicamentos, mas tem o problema da alimentação, como é que você vai tratar disso? Você não trata. Como é que você vai resolver? Não resolve.

Diante das condições de vida e precariedade de grande parte da população, os problemas de saúde-doença ultrapassam os limites da medicina e apontam para a importância da integralidade na atenção e no cuidado no âmbito dos serviços de saúde e de um trabalho interdisciplinar e intersetorial. Algumas estratégias de trabalho em rede foram sugeridas pelos diferentes atores sociais, cuja proposta consiste em desenvolver ações articuladas e integradas entre os pos-

tos de saúde, PSF, igrejas, ONG, associações de moradores, empresas públicas e privadas, com o objetivo de ampliar a dimensão do cuidado oferecida às classes populares e tornar as ações mais resolutivas.

Para enfrentar alguns dos impasses, a sociedade civil tece estratégias e táticas de redes e práticas de apoio social, que permitem aumentar a autonomia diante da vida e enfrentar os problemas de saúde-doença (LACERDA; VALLA, 2003). Nos fóruns foram apontadas algumas práticas participativas organizadas pelas classes populares, na tentativa de solucionar ou pelo menos amenizar algumas situações, como a compra coletiva de botijão de gás por diversas famílias para preparar os alimentos; a participação de mulheres que se oferecem para cuidar das crianças de creches comunitárias; os grupos de auto-ajuda para enfrentar o problema da dependência química, entre outras.

Outro caminho apontado para enfrentar os problemas de saúde-doença e minimizar as condições adversas é tecido pelas redes que se formam nas igrejas e centros religiosos. Alguns grupos religiosos são espaços de apoio social no qual a dimensão do cuidado se faz presente (LACERDA; VALLA, 2003), pois as pessoas vão para desabafar seus problemas, se sentem acolhidas e saem de lá com a esperança de resolver as dificuldades do cotidiano. Os religiosos procuram fortalecer a auto-estima dos fiéis com palavras de conforto e estímulo. Ademais, possuem uma visão ampla de saúde, pois incorporam os aspectos psíquicos, sociais e culturais do adoecimento, e todos esses aspectos são levados em conta no processo de restabelecimento da saúde, conforme se evidencia na fala de uma das lideranças religiosas:

Lá na igreja, a gente vê muito caso de depressão [...]. Foi porque ela perdeu o emprego, não consegue mais sustentar a sua família, tem alguém doente em casa, não é? Então ele precisa desabafar até melhorar aparentemente, mas é isso a gente vê muito, é uma melhora rápida, depois volta. Precisa do acompanhamento de um profissional. Entendeu? Você não é psicólogo, você não sabe os caminhos, não é? [...] Mas, puxa, uma multidão com problemas!

A Ouvidoria Coletiva permite dar visibilidade a práticas participativas, tecidas pela sociedade civil, que se encontram invisíveis para grande parte dos profissionais e gestores. Isso se tornou possível devido à participação de sujeitos pertencentes às camadas populares que não

somente vivenciam as situações de impasse, mas também são portavozes da população, revelando, assim, o saber local.

A Ouvidoria Coletiva tem-se mostrado eficaz diante da possibilidade de construção de novas redes participativas, pois as lideranças comunitárias, religiosas e os profissionais de saúde têm avaliado a ouvidoria como espaço de participação, aprendizado e articulação de novas redes de apoio social. Para os gestores, as informações sistematizadas e as discussões desencadeadas nesse processo têm contribuído para a reflexão acerca das políticas públicas de saúde na região e têm ajudado a repensar a gestão dos serviços públicos de saúde, de tal modo que possam se organizar práticas de integralidade em saúde.

Auditoria Cidadã

Outro exemplo de rede participativa da sociedade civil é a Auditoria Cidadã da dívida⁴, cujo objetivo é lutar para realização da auditoria oficial das dívidas públicas, principalmente a dívida externa, pois apesar de a auditoria estar prevista na Constituição como um direito do cidadão, este não tem sido cumprido. No ano de 2000, uma rede formada por diversos movimentos sociais, organizações populares e religiosas, denominada “Campanha Jubileu Sul”, organizou o Plebiscito da Dívida Externa,⁵ com a participação de diversas entidades da sociedade civil e mais de seis milhões de votos de cidadãos que exigiram a realização da auditoria prevista na Constituição Federal Brasileira. Após o plebiscito foi organizado o movimento da Auditoria Cidadã, tecido a partir da sociedade civil, que conta com o trabalho voluntário de diversos atores coletivos, com o objetivo de mobilizar a população e discutir o processo de endividamento e as estratégias a serem tomadas.

A discussão da dívida externa traz à tona o modo como essa questão vem sendo conduzida pelas autoridades governamentais. Assim como ocorre na área da saúde, as ações governamentais são insuficientes e não se oferecem soluções para resolver os problemas da dívida pública. Nesse sentido, nosso interesse não é focar as questões específicas da dívida, mas chamar atenção para os caminhos trilhados pela sociedade civil diante do impasse que a dívida apresenta.

A dívida afeta as condições de vida e saúde das classes e contribui para a precariedade dos serviços públicos de saúde, pois o dinheiro

destinado ao pagamento do endividamento público deixa de ser investido em gastos sociais, afetando algumas áreas, como saúde e educação (CARNEIRO, 2006). Devido à necessidade de se honrar o pagamento dos juros da dívida com os bancos credores, está sendo implementado um ajuste estrutural em todos os setores da sociedade brasileira, com conseqüente crescimento do desemprego e subemprego nos últimos anos. Esse círculo vicioso favorece o desemprego e a precarização do trabalho, contribuindo para alguns dos impasses que a população vivencia no seu dia-a-dia.

A dívida externa tem sido apontada como determinante da situação de pobreza (SOARES, 2003) e os empréstimos, cujo propósito era tirar os países da pobreza, estão desaparecendo cada vez mais na dívida. A forma como as autoridades e os grandes meios de comunicação tratam a dívida tendem reforçar uma cultura despolitizante, na qual se ressalta nossa impotência diante da dívida que se encerra como “impagável” e se convence a sociedade de que a dívida externa não tem saída, é inevitável.

Em face dessa situação de impasse, é relevante o fortalecimento dos mecanismos de participação popular, inclusive ocupando espaços muitas vezes restritos ao poder público. A população precisa ser esclarecida para poder fazer escolhas e participar das decisões. Nesse sentido, a rede de Auditoria Cidadã vem produzindo materiais para divulgar os principais mecanismos que influenciaram o crescimento da dívida externa e como o dinheiro público vem sendo gasto.

O grande questionamento é: de quem é a responsabilidade e a quem cabe a decisão sobre a dívida? A tendência do cidadão brasileiro é dirigir seu olhar para o governo e perguntar: vai pagar? Pode pagar? A magnitude do desafio não deve gerar paralisia, mas fomentar a reflexão da urgência de agregar novas forças para alimentar a discussão sobre a necessidade de os cidadãos terem acesso ao real endividamento brasileiro, e aí sim poderem pressionar a tomada de decisões que contribuam para a diminuição das desigualdades sociais existentes no país.

A rede de auditoria cidadãs constitui uma força social que pode fazer pressão pela correta investigação da dívida pelas auditorias oficiais, e denunciar eventuais desvios de rumo da investigação. A auditoria pode ser entendida como uma “ferramenta política para

consolidar a luta conjunta contra a dominação exercida pela dívida; uma estratégia-chave para a fundamentação e argumentação sobre a ilegitimidade da dívida” (CARNEIRO, 2006). Nessa perspectiva, a auditoria cidadã é um exemplo do duplo caminho, pois ao mesmo tempo em que a sociedade se organiza para investigar a dívida e esclarecer a população, também cobra do Estado a realização de uma auditoria oficial e o cumprimento de seus deveres.

Esse modo de articulação da sociedade civil por meio das redes participativas favorece o empoderamento individual e coletivo e o controle sobre os orçamentos e as políticas públicas, o que permite fornecer subsídios para discutir a má utilização dos recursos destinados à saúde e à educação, as precárias condições dos serviços públicos de saúde e os limites e possibilidades de se avançar nas práticas de integralidade em saúde

Considerações finais

Em geral partimos da premissa de que a dívida externa é imensa e que não temos o que fazer. Cria-se uma situação de impasse semelhante a que nos deparamos com a crise da saúde, o que leva a sociedade civil a se organizar e se mobilizar para tomar as iniciativas diante da impotência de se fazer uma auditoria externa ou minimizar as precárias condições de vida e os problemas de saúde. Esse maior controle da sociedade civil em detrimento do controle exclusivo do Estado pode fortalecer o controle social e ampliar a democracia participativa na gestão do SUS.

Entre os possíveis caminhos trilhados pelos atores coletivos diante dos impasses do cotidiano, destacamos a participação popular por meio das redes participativas da sociedade civil como uma estratégia de enfrentamento e como forma de pressionar o Estado cumprir seu papel e garantir os direitos básicos dos cidadãos. Tanto na Ouvidoria Coletiva como na Auditoria Cidadã, os atores sociais têm papel ativo diante dos impasses, pois as demandas e reivindicações partem da sociedade civil organizada e não das instâncias governamentais. Esse tipo de articulação da sociedade civil em redes participativas favorece a tomada de decisões e propicia o empoderamento individual e coletivo, além de permitir que os recursos de apoio social circulem com conseqüentes benefícios à saúde física e mental (MINKLER, 1992).

As redes participativas de Auditoria Coletiva e de Auditoria Cidadã pressupõem uma participação de atores coletivos por meio de relações mais horizontalizadas, apesar de assimétricas, mantendo-se, assim, relações de autonomia e complementaridade. São essas relações de solidariedade e apoio mútuo que ajudam a população a se fortalecer e se organizar politicamente e, desse modo, criar novas perspectivas para reconstruir a vida de forma mais justa e garantir seus direitos enquanto cidadãos.

A mobilização da sociedade civil para a construção de redes participativas nem sempre é um processo fácil, seja pela descrença de que a participação pode trazer resultados ou até mesmo pela constatação de que alguns espaços institucionais – por exemplo, os Conselhos de Saúde – não são de fato representativos. Por sua vez, as redes participativas costumam ser tecidas quando os sujeitos se mobilizam em torno de uma utopia que os incentiva a lutar por seus sonhos e anseios.

A proximidade dessas redes com os serviços públicos de saúde, como no caso da Ouvidoria Coletiva, que tem profissionais de saúde participando dos fóruns, pode tornar esses serviços mais dinâmicos e mais receptivos, para incorporar novas práticas que atendam às demandas dos sujeitos. Nesse sentido, as redes participativas podem fornecer subsídios para se repensar a gestão dos serviços e fomentar as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde.

Referências

- BARNES, J. A., 1987. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas: métodos*. São Paulo: Global Universitária, 1987. p. 159-193.
- CARNEIRO, M. L. F. *Dívidas externa e interna: auditoria e a luta por justiça*. 2006. Disponível em: www.jubileubrasil.org.br/artigos/malucia.doc. Acessado em junho 2006.
- CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.
- CASTEL, R. Da indignância à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura 4*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993. p. 21-48.
- CHAUÍ, M. Notas sobre cultura popular. In: CHAUÍ, M. (Org.). *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez, 1990. p. 61-85.
- HALL, A.; WELLMAN, B. Social network and social support. In: COHEN, S.; SYME, S. L. (Orgs.). *Social Support and Health*. London: Academic Press, 1985. p. 21-48.

- LACERDA, A.; VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 169-196.
- MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *International Journal of Health Services*, v. 22, p. 303-316, 1992.
- PEARLIN L. I., Social structure and process of social support. In: COHEN, S.; SYME, S. L. (Orgs.). *Social Support and Health*. London: Academic Press, 1985. p. 43-60.
- SCHERER-WARREN, I. *Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era da globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SCHWARTZMAN, S. *As causas da pobreza*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SOARES, L. T. *O desastre social*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Participação popular e saúde*. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1991.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 7-18, 1998.
- ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. (Orgs.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a. p. 25-31.

Notas

¹ Embora o processo se realize no interior de uma instituição pública, a Ouvidoria Coletiva não se destina a avaliar os serviços prestados por essa instituição e nem tampouco os serviços públicos de saúde da região.

² A construção compartilhada do conhecimento é um conceito construído no decorrer de uma experiência, na qual a teoria é desenvolvida a partir da prática. Implica a interação comunicacional em que sujeitos com saberes diferentes se relacionam a partir de interesses comuns. Baseia-se no construtivismo, em como construímos o conhecimento a partir de nossas experiências, estruturas mentais e crenças, e no método Paulo Freire, baseado em experiências estimuladoras de autonomia e decisão, no diálogo e na reflexão crítica.

³ A Ouvidoria Coletiva foi realizada na região da Leopoldina, cidade do Rio de Janeiro. A primeira fase ocorreu durante o ano de 2004 e a segunda fase está em curso. Para mais informações sobre essa pesquisa, vide o relatório final denominado "Os impasses da pobreza absoluta", disponível no site <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/pesquisa2.pdf>

⁴ www.divida-auditoriacidada.org.br

⁵ Mais de 95% dos cidadãos votaram contra a manutenção do acordo com o FMI; a continuidade do pagamento da dívida externa sem a realização da auditoria da dívida prevista na Constituição Federal de 1988; e à destinação de grande parte dos recursos orçamentários ao pagamento da dívida interna.



As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde

TÚLIO BATISTA FRANCO

Nós, os investigadores do conhecimento, desconhecemo-nos. E é claro: pois se nunca nos procuramos', como nos havíamos de nos 'encontrar'
Nietzsche

Introdução

É comum observarmos nas discussões e oficinas de planejamento a proposição de que a gestão estratégica da organização deve se dar por projetos, e sua condução, por coletivos de sujeitos, muito comumente chamados de “colegiados gestores”. Uma leitura que pode ser feita desse inovador arranjo organizacional é o da ineficácia das estruturas do organograma e o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra. Podemos observar, portanto, que na sugestão ofertada pelas propostas de planejamento que fogem da matriz normativa há o reconhecimento de que a formação de microrredes no interior da organização é eficaz para a condução dos projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização.

Imagino que as redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, especialmente nos cenários de produção do cuidado, radicalizam sobre a primeira idéia de trabalho em redes dentro de uma organização. Assim, quando iniciei a reflexão sobre as redes nos serviços de saúde, fui buscar no texto que Deleuze e Guattari escre-

veram como introdução ao livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 1 (1996), que tem o título de *Rizoma*¹, subsídios para pensar a questão. Os autores se utilizam dessa figura da botânica para se referir a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais vai-se construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido. Nessa perspectiva, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade.

O processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob uma certa hegemonia do trabalho vivo, vai-nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Nesse campo, Emerson Merhy discute o “trabalho vivo em ato”, que nos fala da potência instituinte do trabalho em saúde, do seu alto grau de governar a produção do cuidado e expõe dezessete teses sobre a teoria do trabalho e as tecnologias de produção do cuidado, onde o trabalho vivo é o elemento central nessa abordagem (MERHY, 1997; MERHY, 2002, p. 46-52).

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.

Para ilustrar um pouco essa afirmação, gostaria de lembrar que a organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada; o Programa de Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede

opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos – enfim, a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constringidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários.

Por outro lado, imaginemos que o trabalho vivo em ato é autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma. É de certa forma comum trabalhadores que, por atuarem assim, tornam-se “inadaptados” aos serviços e se tornam nômades na rede de saúde, começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas, como se fossem perseguidos por um fantasma que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho. Esse fantasma é a instituição da norma sob a qual o trabalho vivo perde sua potência resolutive.

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Vamos percebendo que a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções. Isso lhe dá essa extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte. (FRANCO, 2003a). “Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 21). Pretendemos discutir essas redes na sua constitucionalidade. Procuramos didaticamente diferenciar três níveis de organização das mesmas, sabendo que elas se confundem no plano da realidade.

Uma primeira reflexão que sugerimos é sobre a imanência das redes no processo de trabalho em saúde – isto é, elas são constitutivas dos sistemas produtivos, firmando a posição de que a questão em foco é: que tipo de rede há operando em certos processos de traba-

lho? Ou seja, não questionamos sua existência e, portanto, vamos ao ponto seguinte, que é o de analisar e caracterizar as redes.

A segunda questão colocada diz respeito ao caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho. Nesse ponto faço a opção por um certo tipo de rede que adoto como parâmetro para discuti-la sob o foco da micropolítica, e essa escolha tem a ver com a idéia de uma rede não modelar e que não serializa as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento novos fluxos de competência. Procuo significar a rede que opera com base no trabalho vivo em ato e as múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção.

A terceira questão discutida aqui diz respeito ao caráter auto-analítico e autogestionário presente na rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho. Esse caráter não está dado *a priori*, é colocado como possibilidade e vai depender dos sujeitos que operam a rede e suas singularidades. O conceito de singularidade é central, pois se refere ao fato de não reconhecer um sujeito e um objeto *uno*, mas multiplicidades. Como isso se dá? Partimos da idéia de que o sujeito acessa diferentes campos semióticos, quando organiza sua ação no mundo e, dependendo das representações simbólicas acessadas por ele, ele assume diferentes atitudes. É como se essas representações organizassem no sujeito trabalhador um modo específico de ver o mundo e de nele atuar. Isso faz com que os trabalhadores atuem de forma singular, compondo sua atitude, uma certa subjetividade, as representações simbólicas do mundo do trabalho em saúde e os diversos vetores de formação da realidade presentes no seu cotidiano. Não há um sujeito, mas singularidades, algo parecido com a idéia de que “um” são “vários”. Esse tema será mais bem discutido à frente.

A imanência das redes na micropolítica do processo de trabalho

Ao observarmos o funcionamento das redes de cuidado do SUS, verificamos que, entre as diversas unidades, seja da equipe de saúde da família, unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar e mesmo o atendimento pré-hospitalar, trabalham comunicando-se mutuamente, num processo que de longe pode-se verificar que

é um funcionamento em rede. O mesmo se repete em uma unidade de saúde, onde as diversas microunidades de produção têm por sua vez uma inter-relação quando produzem procedimentos que são consumidos pelos diversos usuários que transitam naquele estabelecimento buscando resolutividade para seu problema. Em outro nível, o das equipes e/ou trabalhadores de saúde, quando em atividade, processam também uma rede entre si, que tem grande intensidade na busca da produção do cuidado.

Pela descrição, inferimos que o cuidado se produz sempre em rede e poderíamos dizer de início que há no mínimo três níveis em que estas se articulam intensamente, conforme anunciado acima. Vai-se tornando evidente que as redes são imanentes ao modo de produção do cuidado, seja em que nível ele se articula.

Essa idéia de imanência é particularmente importante, pois nos fala de que sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize. “Para o institucionalismo (imanência) expressa a não-separação entre os processos econômicos, políticos, culturais (sociais em sentido amplo), os naturais e os desejantes. Todos eles são coextensivos, intrínsecos e só separáveis com finalidades semânticas ou pedagógicas” (BAREMBLITT, 1992, p. 176).

É relativamente fácil observar que as redes são imanentes aos processos produtivos da saúde. No nível da relação entre as diversas unidades, há a todo momento uma grande articulação entre elas. Existe até mesmo uma cultura de encaminhamento, que se expressa pela normativa da *referência* e *contra-referência*, expressões de larga utilização no SUS. O grau de interdependência é sempre alto também no espaço de trabalho interno a uma unidade de saúde, ou mesmo em uma equipe de PSF.

Eventualmente, um ou outro profissional pode imaginariamente pensar que seu saber e fazer se sobrepõe aos dos outros trabalhadores da saúde, cultura essa construída pela tradição das corporações e sua forma amesquinhada de ver o mundo da produção da saúde. Mas essas impressões ilusórias sobre o trabalho em saúde não resistem a um pequeno exercício de observação no espaço da micropolítica, onde é fácil verificar que ali se processa uma rede de

relações, auto-referenciada nos próprios trabalhadores, que entre si vão definindo os atos necessários à produção do cuidado, a cada usuário que chega, em movimentos que se repetem no dia-a-dia dos serviços de saúde. Dessa rede não estão excluídos nem mesmo os trabalhadores das áreas de “apoio” como, por exemplo, da higienização, onde todos sem exceção são “dependentes” do trabalho que é executado com o fim de manter uma unidade de saúde em condições de biossegurança adequadas.

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A imanência das redes nesse processo traz a idéia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário.

Para verificarmos essa afirmativa, basta observarmos o trabalho de qualquer profissional em um serviço de saúde, tomando como exemplo uma equipe de saúde da família (ESF), verificamos que há conexões em diferentes direções, que podem vir do agente comunitário de saúde no domicílio, que faz vínculo com a família e fluxos com entidades da comunidade e ainda se conecta à equipe de saúde; assim como podem vir de qualquer trabalhador da equipe ou mesmo dos usuários. Se o profissional da equipe identifica um problema de saúde, ele tem condições de disparar um projeto terapêutico, e vai a partir dele multiplicar sua rede rizomática nos processos de trabalho que virão em seguida, com outros profissionais ou mesmo outros serviços de saúde, sendo essas relações locais ou à distância, pactuadas ou não é fato que elas existem e operam para a produção do cuidado. Em uma UBS ou ESF que tenha o acolhimento como diretriz do processo de trabalho, a equipe de acolhimento faz rizoma com todos os trabalhadores da unidade de saúde, isto é, ela opera múltiplas conexões nas micro-unidades de cuidado, onde há o encontro entre o usuário e o trabalhador, formam-se redes com alta

capacidade conectiva entre si mesmo e para outras instâncias do amplo cenário de produção.

A idéia de integralidade nos serviços de saúde, amplamente discutida nas coletâneas organizadas por Pinheiro e Mattos (2001 e 2003), pressupõe processos em rede para sua efetivação. Pinheiro sugere que a integralidade se realiza como produto da ação social, em dois planos, a saber: “plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços” (PINHEIRO, 2001, p. 65). Concordando com a afirmativa, entendemos que pode haver uma rede que integra os diversos serviços de saúde e uma outra operando na atenção individual. Esta, quando vista sob o critério da micropolítica do processo de trabalho, revela atos sincronizados de trabalhadores em relação entre si e com o usuário, configurando nesse cenário uma microrrede de alta potência para o cuidado.

A análise que aqui se faz, da imanência das redes nos processos de trabalho em saúde, supera a polarização do discurso que sugere haver um serviço, que organiza seu processo de trabalho sem redes *versus* um outro que produz o cuidado a partir de processos de trabalho que funcionam em redes. Observamos que todo processo de trabalho em saúde opera em redes, mesmo que este venha a sofrer interdições e capturas de modelos tayloristas, tragicamente normativos na organização do trabalho. A questão central é pensar o perfil que assumem as redes constituídas no cenário de produção da saúde. Há aquelas que se organizam nesses cenários, com práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado. Essas redes são modelares, capturadas por sistemas normativos de significação da realidade, serializam as práticas de cuidado quebrando a lógica das singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário. Há outras que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado, onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado serviço de saúde. Essas redes compõem um mapa que se vai formando como se suas linhas navegassem sobre a realidade, em alta intensidade de fluxos. Têm alta potência de constituição do novo, um devir para os serviços de saúde, associados ao cuidado e centrado nos campos de necessidades dos usuários.

Redes são conexões e fluxos: as redes rizomáticas no trabalho em saúde

Já mencionei no início deste texto o conceito de rizoma e sua aplicação à idéia de redes. Os trabalhadores da saúde em atividade, através do trabalho vivo em ato, fazem rizoma, operando com base em fortes conexões entre si, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa. Há um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e é a partir desta configuração do trabalho, como um amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado.

Pelo fato de os trabalhadores de saúde em atividade abrirem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando seu processo de trabalho. Revelam para nós que “estabelecer relações” é um saber intrínseco à atividade laboral. É como se não existisse uma auto-suficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros – o processo produtivo é altamente relacional. As relações se dão a partir de pactuações que ocorrem entre as equipes de saúde, que podem ser explícitas ou não, e são resultado de tensões e conflitos que se produzem no ato de constituição da gestão do cuidado ou podem se formar a partir de acordos constituídos harmoniosamente; o fato é que não há um pressuposto de como o pacto relacional é dado. Admitimos a idéia de que os fluxos-conectivos nas relações que operam a micropolítica do processo de trabalho podem se dar até mesmo sem um pacto, mas apenas por fluxos de alta densidade capazes de operar vias comunicacionais na dimensão do simbólico e subjetivo, e não necessariamente verbais e cognitivas.

Essa alta densidade relacional se organiza como intrínseca à micropolítica do processo produtivo da saúde, sendo portanto constitutiva do mesmo. Na composição técnica do trabalho, uma menor densidade de tecnologias duras, associada a uma maior presença das tecnologias mais relacionais, abre inúmeros espaços relacionais que são dados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque,

em que os sentidos operam junto com os saberes. Isso sem dúvida impacta o grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado.

Para a intervenção sobre o mundo das necessidades dos usuários, será sempre necessário o trabalho de vários profissionais operando em rede, para resolver os problemas que surgem no cotidiano dos serviços de saúde. As idéias que associam a densidade tecnológica (tecnologias duras) à alta complexidade dos serviços de saúde, e ao mesmo tempo o uso dessas tecnologias nos projetos terapêuticos, à qualidade do cuidado que se oferece ao usuário, o fazem porque têm um pensamento centrado em uma certa “produção imaginária da demanda”, isto é, na representação simbólica de que essas tecnologias atuam sobre os “campos de necessidades”²² dos usuários com alta resolutividade. Mas observamos que, na verdade, esse tipo de pensamento cria uma ilusória imagem dos processos produtivos (FRANCO; MERHY, 2005). Visto de um outro ângulo, o trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais, tratam de conexões que fazem entre si os trabalhadores, é de alta sofisticação e exige uma grande energia a operação deste processo de trabalho. Aqui o trabalho em saúde assume grande complexidade, porque cruza ao mesmo tempo os saberes-fazeres de diversos profissionais, atravessados por singularidades, em permanente processo de subjetivação. Tudo isto impacta as práticas cotidianas e o modo de se produzir saúde.

As redes que constituem a micropolítica do processo de trabalho se estruturam a partir de determinado território de saberes, práticas, semiótico e subjetivo. Em certas situações é possível perceber redes em que estão presentes cenários de práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos; e ao mesmo tempo, no mesmo cenário, redes rizomáticas operando subjetividades desejantes em alta potência com o trabalho vivo em ato. Por essa constatação, pode-se perceber o quanto é diverso o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa. Isso é particularmente mais forte em momentos de mudança, que sugerem sempre períodos de transição entre *o velho* e *o novo*, quando os cenários se confundem na sua conformação. Mesmo em situações de aparente estabilidade institucional, é possível perceber movimentos de mudanças no interior do processo de trabalho, que

podem mexer com perfil das conexões e fluxos exercidos em certa rede de cuidados.

Imaginar as redes que operam na micropolítica dos processos de trabalho como rizomáticas significa pensá-las como algo que opera através de linhas de cuidado que dão seguimento a inúmeros itinerários terapêuticos, que atravessam determinada equipe ou unidade de saúde. Essa imagem expressa a idéia geral de múltiplas conexões, realizadas fora de um eixo estruturante. Assim imaginamos que as redes rizomáticas combinam com a idéia de um serviço de saúde centrado na ética do cuidado, operando as tecnologias relacionais como o centro nevrálgico da atividade produtiva.

Auto-análise e autogestão na configuração das redes de cuidado

O processo de trabalho em saúde tem como uma de suas principais características o alto grau de autonomia que os trabalhadores exercem sobre seu próprio trabalho. Estes operam a partir de certa singularidade, isto é, um modo específico de ser e atuar no mundo. Assim a singularidade revela a atuação dos sujeitos que conduzem os sistemas produtivos em determinados lugares na saúde. Singularidade na idéia articulada pela esquizoanálise vem dizer respeito ao fato de que o sujeito não é *uno* – melhor dizendo, não há sujeito, mas sujeitos singulares, porque cada um atua conforme representações simbólicas que definem o modo de agir em determinado tempo e lugar específicos.

“Escrevemos o Anti-Édipo a dois. Como cada um de nós era vários, já era muita gente” dizem Deleuze e Guattari na abertura do livro já citado, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (1996). Quando os autores falam “cada um de nós era vários”, dizem da inexorável desventura de acessarem campos simbólicos diferentes, como referenciais na construção da sua atuação no “mundo da vida”. Cada pessoa, no caso o sujeito trabalhador, pode ser vários. A singularidade pode fazer com que certos sujeitos trabalhadores atuem de forma solidária e harmônica com certas equipes; mas por outro lado, podem atuar de forma diferente e até antagônica em outras. Ou seja, simbolicamente as equipes têm representações diversas que fazem com que ele acione certas atitudes, conforme esse referencial simbólico.

A gestão das redes que constituem a produção da saúde é feita por seus próprios protagonistas, o que lhes dá um caráter autogestionário. A autogestão é possível no caso da saúde, justamente porque aqui o trabalho vivo em ato tem forte presença nos processos produtivos, operando sobre altos graus de liberdade (MERHY, 2002). Isso faz com que qualquer membro de uma equipe possa fazer suas conexões com outros trabalhadores e disparar “linhas de cuidado” em diferentes direções, promovendo um autocontrole da rede de cuidados que vai se esboçando a partir daí. A possibilidade de captura dessa rede depende do grau de sujeição que os próprios trabalhadores se impõem, pois o trabalho vivo em ato lhes dá grande possibilidade de criação e invenção na ação cotidiana de produção do cuidado.

O conceito de *autogestão* está associado a um outro, de auto-análise, que significa o “processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites” (BAREMBLITT, 1996, p. 156). Esse conhecimento de si, contextualizado na realidade na qual o sujeito está inserido, dá a ele a potência de intervir sobre o mundo para a realização dos seus desejos, que podem estar associados à construção de uma realidade, que seja de produção de serviços solidários, acolhedores, que estabeleçam vínculos e se responsabilizam pelos usuários.

A *auto-análise* pode exercer a função de inibir a captura dos coletivos-equipes, valorizando seu próprio conhecimento, suas iniciativas e capacidade criativa, retornando a esses coletivos uma capacidade que geralmente lhes é tirada pelo aprisionamento que a normatização do mundo do trabalho lhes impõe. O pior das amarras normativas é a anulação do desejo. O desejo é visto aqui não como a energia que provém da libido e tem por objetivo a realização de uma falta, conforme nos informa Freud, ao discutir a tese do “complexo de Édipo”. Significa uma energia originária do inconsciente com alta potência produtiva, que coloca os sujeitos aptos para a construção do novo, em processos instituintes. “O desejo é o que anima um processo que não é próprio de uma instância, sistema ou território do sujeito, senão da realidade mesma e de sua realização” (DELEUZE; GUATTARI *apud* BAREMBLITT, 1998). O autor vem nos dizer que

o desejo pertence ao campo de produção da realidade, responsável pela criação do novo, isto é, os processos de mudança se inscrevem em uma produção desejante, que é ao mesmo tempo movida por um desejo produtivo. Desejo e produção são imanentes um ao outro (BAREMBLITT, 2004).

Estimular os coletivos, isto é, as milhares de equipes de saúde, é procurar torná-los, nesse processo, sujeitos desejantes, capazes de atuar no mundo conforme os preceitos de um projeto de mudança, pautado pela ética do cuidado, em condições de revolucionar o que se impõe atualmente, como uma realidade que vive na repetição. Os grupos e coletivos-equipes têm potência para mudar a realidade, desde que adquiram capacidade auto-analítica e autogestionária. As redes que operam centradas no trabalho vivo são autogestionárias, ou seja, têm seus fluxos conduzidos pelos próprios sujeitos que fazem as conexões para o seu funcionamento.

Conclusões

A conclusão vem ao encontro da caracterização de uma rede na saúde, de caráter rizomático como a que foi discutida neste texto, uma rede que opera na micropolítica do processo de trabalho em saúde, tendo o trabalho vivo em ato como elemento central nessa atividade produtiva. Ela teria as seguintes características.

1ª. Conexões multidirecionais e fluxos contínuos

Qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, isto é, a lógica da rede não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, mas acontece pela ação dos trabalhadores no cotidiano, quando se colocam em relação com os outros, operando a todo tempo na alteridade. Esse agir na micropolítica do processo de trabalho pode estar sintonizado na idéia de produção do “cuidado cuidador” e está articulado a uma forma de trabalho centrada sobre o mundo das necessidades dos usuários. As redes se formam em certos sentidos sobre uma suposta linha de cuidado, que é expressão de projetos terapêuticos, isto é, do conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário (FRANCO, 2003b).

Os campos simbólicos, acessados pelo sujeito trabalhador, podemos assim dizer, são um primeiro vetor de organização da ação do

mesmo para a produção do cuidado. Outro vetor é a subjetividade que se manifesta na ação desejante de cada um, que opera sobre o mundo do trabalho em saúde. O plano simbólico e da subjetividade aplicados à produção do cuidado são constitutivos das tecnologias mais relacionais.

O simbólico pertence ao mundo do *conhecer*, isto é, saberes, cultura, valores, história, artes, linguagem e às *n* expressões da realidade, difíceis de enumerar tal sua magnitude. A subjetividade pertence ao mundo do *ser*, o que não é necessariamente sabido, mas extremamente expressivo na produção do *socius*, que no caso da saúde é expressão do meio social de trabalho e produção que para o sujeito trabalhador é repleto de significações.

2ª. Heterogeneidade

Uma rede rizomática pressupõe conexões com os diferentes, pois o mundo que articula o campo da saúde é por si só heterogêneo, permeado por relações de poder, sistemas sociais de produção de subjetivações, e essa complexidade do “mundo da vida” se expressa em diferentes modos de compreender a realidade e de nela atuar.

A heterogeneidade pressupõe capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de auto-análise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual. Esse esforço é importante para a rede não operar na antiprodução, mas manter-se ativa na superfície de produção em relação à realidade.

3ª. Multiplicidade

As redes rompem com a idéia de uno, ou seja, uma direção, um sujeito, uma diretriz, etc., articulam a de múltiplo. Isso pressupõe suportar diversas lógicas, podendo operar sobre lógicas que são determinadas pelas representações simbólicas e a subjetividade que determinam as singularidades dos sujeitos.

O princípio da multiplicidade é associado à idéia geral de não-exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e muitos outros sujeitos que estão também operando no interior desses fluxos. A diversidade multiplica as possibilidades de fluxos-conectivos, o que permite a linha de cuidado se realizar.

4º. Ruptura e não-ruptura

A rede, quando se rompe, consegue se recompor em outro lugar, refazendo-se. Uma rede pode se romper, mas se encontra com outras conexões ou mesmo é capaz de produzir novas, como se tivesse vida própria que lhe garantisse atuação suficiente para sua auto-realização. Uma ruptura em certo lugar pode significar abertura de linhas de fuga para outros sentidos não previstos anteriormente. Isso significa uma alta capacidade de produzir a si mesmo, que é próprio das redes rizomáticas.

5º. Princípio da cartografia

As conexões vão produzindo mapas através dos fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que aí atuam. “O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 22).

A cartografia que se produz é aquela do trabalho vivo em ato, que é como um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade.

Referências

- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- _____. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998.
- _____. *Psicoanálisis y esquizoanálisis: um ensayo de comparación crítica*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo, 2004.
- CECÍLIO, L.C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (v. 1). Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- _____. *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1966.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: _____. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 161-198.

_____. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003b.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p.103-120.

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

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

_____. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

Notas

¹ “Rizoma é um vegetal de tipo tubérculo, que cresce subterrâneo (horizontalmente), mas muito próximo à superfície, e que se compõe essencialmente de uma raiz. Quando o exemplar alcança grandes proporções, é difícil saber quais são seus limites externos; No seu interior, o complexo, digamos, radicular, está composto por células que não têm membrana, e que só podem ser supostas como unidades porque têm núcleos ao redor dos quais se distribuem trocas metabólicas e áreas energéticas. Então, pelo menos no sentido tradicional, o rizoma não tem limites internos que o compartimentalizem. Aquilo que circula nesse interior circula em ‘toda e qualquer’ direção, sem obstáculos morfológicamente materiais que o impeçam” (BAREMBLITT, 1998, p. 58).

² Sobre necessidades de saúde, ver Cecílio (2001).



SOBRE OS AUTORES

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

Diretora Executiva da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); professora no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá; pesquisadora no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Endereço eletrônico: adrianaaguiar@openlink.com.br.

ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Sanitarista; doutor em Educação; professor de Saúde Coletiva na Universidade de Caxias do Sul (UCS). Endereço eletrônico: alcindoferla@uol.com.br.

ALDA LACERDA

Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz; pesquisadora na Linha de Pesquisa Educação, Saúde e Cidadania do CNPq; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: alda@ensp.fiocruz.br.

ALUÍSIO GOMES DA SILVA JÚNIOR

Doutor em Saúde Pública, professor no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC-UFF); pesquisador e coordenador do Grupo de Estudos de Gestão e Ensino em Saúde (GEGES/ISC-PROPP-UFF/CNPq); integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: agsilvaj@uninet.com.br.

ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA

Professora adjunta no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM/USP). Endereço eletrônico: anaviana@usp.br.

ANA PAULA GULJOR

Psiquiatra; mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq; preceptora da residência médica em psiquiatria e de saúde mental da FMS-Niterói/UFF; assessora da Coordenação de Programas de Saúde Mental da SMS-RJ. Endereço eletrônico: guljor@uninet.com.br.

CARLA MOURA LIMA

Mestre em Ensino de Ciências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz, da Fiocruz; pesquisadora colaboradora na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz. Endereço eletrônico: carlamourax@uol.com.br.

CESAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO

Professor assistente no Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; doutorando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS-UERJ. Endereço eletrônico: cesarfavoreto@globocom.com.

CLARICE CRISTINA ANDRADE BENITES

Psicóloga; mestre em Psicologia Social e da Saúde pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); professora no Curso de Psicologia da UNIDERP. Endereço eletrônico: cgmattje@hotmail.com.

ELYSÂNGELA DITZ DUARTE

Enfermeira; doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais; coordenadora de Enfermagem da Unidade Neonatal do Hospital Sofia Feldman (HSF); membro coordenador da Linha de Cuidado Perinatal do HSF. Endereço eletrônico: ditzduarte@ig.com.br.

ERIKA DA SILVA DITZ

Terapeuta ocupacional; mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais; coordenadora do Serviço de Terapia Ocupacional do HSF. Endereço eletrônico: ekdz@ig.com.br.

ESTELA MÁRCIA SARAIVA CAMPOS

Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; integrante da equipe técnica do Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora (NATES-UJFJ). Endereço eletrônico: estela@nates.uff.br.

FÁTIMA REGINA GOMES TAVARES

Doutora em Antropologia; professora no Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião e do Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Endereço eletrônico: fattavares@uol.com.br.

FRANCINI LUBE GUIZARDI

Psicóloga; mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: flguizardi@hotmail.com.

GILSON SAIPPA OLIVEIRA

Cientista social; mestre em Saúde Pública; professor no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; membro do LUPA-Saúde; doutorando em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz, integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: gilsonsaippa@vm.uff.br

HUDSON PACÍFICO

Doutorando no Programa de Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INESITA SOARES DE ARAÚJO

Doutora em Comunicação e Saúde; pesquisadora no Núcleo de Pesquisa e Ensino em Comunicação e Saúde / Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz. Endereço eletrônico: inesita@cict.fiocruz.br.

ISABEL PEREIRA BRASIL

Professora e pesquisadora na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz; professora adjunta na Faculdade de Educação da Baixada Fluminense, da UERJ. Endereço eletrônico: ibrasil@fiocruz.br.

JAIRNILSON SILVA PAIM

Professor titular de Política de Saúde, no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA); pesquisador 1-A do CNPq. Endereço eletrônico: jairnil@ufba.br.

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JUNIOR

Médico; Pós-Doutorado na McGill University, Montreal, Canadá; professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: kenneth@uerj.br.

Sobre os autores

LÉLIA MARIA MADEIRA

Enfermeira; doutora em Enfermagem pela USP; docente aposentada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; coordenadora da Linha de Ensino e Pesquisa do HSF. Endereço eletrônico: lelia.bhe@terra.com.br.

LÍGIA MARIA VIEIRA DA SILVA

Professora adjunta no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA); pesquisadora 1-A do CNPq. Endereço eletrônico: ligiamvs@ufba.br.

LILIAN KOIFMAN

Pedagoga; doutora em Saúde Pública; professora no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; coordenadora do LUPA-Saúde; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: lilian@vm.uff.br.

LUÍS CLÁUDIO DE CARVALHO

Médico; especialista em Medicina Social e Preventiva; pesquisador na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, no Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço eletrônico: lucacarv@oi.com.br.

MADEL THEREZINHA LUZ

Professora titular no Departamento de Planejamento e Administração de Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ; coordenadora do Grupo de Pesquisa CNPq Racionalidades Médicas. Endereço eletrônico: madelluz@superig.com.br.

MÁRCIA GUIMARÃES DE MELLO ALVES

Doutora em Saúde Pública; pesquisadora associada no Grupo de Estudos de Gestão e Ensino em Saúde (GEGES/ISC-PROPP-UFF/CNPq). Endereço eletrônico: marciagmalves@gmail.com.

MARIA BEATRIZ GUIMARÃES

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisadora visitante na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz; pesquisadora da linha de pesquisa Educação, Saúde e Cidadania do CNPq; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: beatriz.guima@ensp.fiocruz.br.

MARIA CÉLIA ESGAIB KAYAT LACOSKI

Psicóloga; mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); professora no Curso de Psicologia da UNIDERP. Endereço eletrônico: mcelialacoski@bol.com.br.

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Professora no Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Educação, na Universidade Federal do Espírito Santo. Endereço eletrônico: betebarros@uol.com.br.

MARIA HELENA MAGALHÃES DE MENDONÇA

Socióloga; doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisadora titular na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Fiocruz. Endereço eletrônico: mhelenam@ensp.fiocruz.br.

MARIA TERESA BUSTAMANTE TEIXEIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; coordenadora do Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora (NATES-UFJF). Endereço eletrônico: teita@nates.ufjf.br.

MARIANA BERTOL LEAL

Graduada em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UFRGS); trabalha no Grupo Hospitalar Conceição. Endereço eletrônico: marianabertolleal@gmail.com.

MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS

Doutora em Saúde Pública; professora no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; pesquisadora associada ao Grupo de Estudos de Gestão e Ensino em Saúde (GEGES/ISC-PROPP-UFF/CNPq); integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: monicatereza@terra.com.br.

NEUZA MARINA MAUAD

Mestre em Ciências Médicas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; integrante da equipe técnica do Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora (NATES-UFJF). Endereço eletrônico: neuza@nates.ufjf.br.

Sobre os autores

OCTAVIO BONET

Doutor em Antropologia Social; professor no Departamento de Ciências Sociais e no Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF-MG). Endereço eletrônico: octbon@alternex.com.br.

OSVALDO LEAL

Médico; especialista em Clínica Médica; mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia; professor assistente no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq Sítio Avançado Norte. Endereço eletrônico: ms.osvaldo@uol.com.br.

REGINA FARIA

Doutoranda no Programa de Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

REGINA LUGARINHO

Diretora Executiva da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); professora na Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO); membro da Secretaria Executiva do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Saúde (FNEPAS).

RICARDO BURG CECCIM

Sanitarista; professor doutor de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Endereço eletrônico: burg.ceccim@ufrgs.br.

RODRIGO SILVEIRA

Médico de família e comunidade; mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia; professor assistente no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre; integra o grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq Sítio Avançado Norte. Endereço eletrônico: ropsil@uol.com.br.

ROSENI PINHEIRO

Enfermeira; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ. Coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

RUBEN ARAUJO DE MATTOS

Médico; doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; professor adjunto no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ. Endereço eletrônico: ruben@ims.uerj.br.

SORAYA VARGAS CÔRTEZ

Doutora em Ciência Política e Administração, na London School of Economics and Political Science; professora no Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço eletrônico: scortes@via-rs.net.

TATIANA COELHO LOPES

Fisioterapeuta; mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais; coordenadora do Serviço de Fisioterapia do HSF. Endereço eletrônico: tatianacoelho@lattes.inct.gov.br.

TÚLIO BATISTA FRANCO

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas; professor no Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; pesquisador colaborador do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: tuliofranco@uol.com.br.

VALÉRIA MARINHO NASCIMENTO SILVA

Publicitária; especialista em Autogestão em Saúde e em Marketing; pesquisadora associada ao Grupo de Estudos de Gestão e Ensino em Saúde (GEGES/ISC-PROPP-UFF/CNPq).

VERA LÚCIA KODJAOGLANIAN

Psicóloga; mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); coordenadora do Curso de Psicologia da UNIDERP. Endereço eletrônico: ccps@uniderp.br.

VERA NICE ASSUMPÇÃO NASCIMENTO

Psicóloga; mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); professora no Curso de Psicologia da UNIDERP. Endereço eletrônico: Vn.nascimento@bol.com.br.

Sobre os autores

VICTOR VINCENT VALLA

Doutor em História pela Universidade de São Paulo; pesquisador titular na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz; professor na Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense; coordenador da Linha de Pesquisa Educação, Saúde e Cidadania do CNPq; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: valla@ensp.fiocruz.br.

WALCYMAR LEONEL ESTRÊLA

Médica homeopata; mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; doutoranda em Saúde Coletiva no IMS-UERJ; integrante do grupo de pesquisa LAPPIS-CNPq. Endereço eletrônico: westrela@terra.com.br.



