

REVISTA

Saúde em Redes

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernáez - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Natália Grey

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão de Língua Inglesa

João Beccon de Almeida Neto

Mayna Yaçanã Borges de Ávila

Revisão de Língua Italiana

Ardigó Martino

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2015 by Rede UNIDA

Está lançada a Revista Saúde em Redes!

Esse primeiro número representa uma etapa importante da caminhada da Associação Brasileira da Rede UNIDA, em que a diversidade da produção sobre a gestão da educação e do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) pede mais espaço para a disseminação e a problematização de conceitos e práticas. O amadurecimento dessas práticas no cotidiano dos serviços, das redes e dos sistemas locais, assim como a implementação das políticas de âmbito nacional, estadual e local, reivindica mais possibilidades de compartilhamento, para avançar nessa saúde que se faz em rede de experiências, em trocas, com trabalho vivo e intenso. Um formato de ciência que se pretende capaz de dialogar a partir de experiências locais; jamais de prescrever novas verdades.

A caminhada até aqui foi produtiva e prazerosa, sobretudo de construção coletiva. Miguel Cervantes nos antecedeu na crença de que *“quando se sonha sozinho, é apenas um sonho... Quando sonhamos juntos, é o começo da realidade”*. E este sonho, sonhado junto, vem sendo processado há alguns anos. A decisão final de editar uma revista foi tomada em uma reunião em Campo Grande/MS, em meados de agosto de 2014, com algumas combinações como a periodicidade, o *start* para pensarmos o nome e o mais desafiador, colocá-la no ar ainda nesse ano. Rapidamente o sonho se espalhou e foi acolhido por grandes vozes da Saúde Coletiva no Brasil e também do exterior. Parte do sonho foi embalada pela lembrança do “Olho Mágico”, que mobilizou a produção teórica e política para a produção de mudanças na formação das profissões da saúde no início dos anos 2000. Mas agora são novos tempos. Não se trata mais de olhar através das portas; trata-se de

produzir e renovar redes. De certa forma, trata-se de remover portas e produzir caminhos por sobre fronteiras, por sobre oceanos.

A Associação Brasileira da Rede UNIDA tem em sua história a marca da iniciativa. Não era possível ignorar esse desafio da produção de redes, a partir de redes. Foi assim durante a caminhada toda. Caminhada que se organiza a partir da criação da Rede IDA, em outubro de 1985, durante o encontro de projetos de saúde da área materno-infantil patrocinados pela OPAS e Fundação Kellogg. Naquele momento, o objetivo principal era a interação entre os projetos de Integração Docente-Assistencial e o desenvolvimento de programas de apoio. A formação em saúde dava seus primeiros passos para fora do hospital moderno e um novo paradigma se iniciava. Em 1990, o amadurecimento das experiências IDA, assim como a acumulação de reflexão sobre as suas práticas, desencadeia o Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos profissionais de Saúde, novamente com apoio da Fundação Kellogg a projetos em toda a América Latina, com o objetivo de proporcionar maior integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade. Projetos IDA e UNI, Rede UNI e IDA; eis que a Rede se torna UNIDA durante o III Congresso Nacional, em novembro de 1997, em Salvador/BA.

A história da Rede UNIDA vem sendo construída com diálogo em cada tempo. O temário dos seus Congressos e a capacidade de mobilização de agendas de âmbito nacional, envolvendo os Ministérios da Saúde e Educação, inclusive em tempos em que o diálogo pela via governamental esteve truncado, a capacidade de operar em redes de iniciativas e de apoio às experiências locais, ilustram a tradição do diálogo. Também a capacidade de atualização. A formação multiprofissional, o trabalho em

equipe, o conhecimento interdisciplinar, a troca de saberes em redes locais, o destaque para o cotidiano do trabalho; essas expressões foram amadurecendo no ideário e no discurso da Rede UNIDA, para falar da inserção de um trabalhador efetivamente capaz de mobilizar saúdes no trabalho, de fazer o SUS avançar. Da “Rede UNIDA de Desenvolvimento de Recursos Humanos”, que foi transformada em Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) no ano de 2002, à Associação Científica denominada “Associação Brasileira da Rede UNIDA”, a partir de 2010, foram cinco Congressos e muitas histórias para contar. Do Congresso da Rede UNIDA aos Congressos Internacionais, uma história de crescimento e, sobretudo, de compromisso com as saúdes de todas as gentes.

Histórias de amadurecimento de conceitos, como a desconstrução do termo *recursos humanos*, entendido como insumo a ser treinado, capacitado e inserido no mercado. Havia sempre uma aposta mais radical na Educação e, portanto, na construção de autorias, protagonismos, coletivos, movimentos políticos e sociais. Não era mais o caso de discutir a formação de *recursos humanos*, mas mobilizar os atores sociais do trabalho e da educação, construir redes de pensamento e ação, ativar linhas de energia e compartilhamento em projetos de mudança: mudança no ensino, mudança no trabalho, mudança na sociedade. Da crítica aos cardápios de ofertas para atualização cognitiva dos atores do trabalho como oferta da educação para o trabalho, tradicionais em todas as áreas, apostou-se na aprendizagem no e para o cotidiano do trabalho. Nasceu o conceito da educação permanente em saúde, que se tornou política do SUS para o desenvolvimento do trabalho.

Essa produção se mostrou potente, de tal forma que foi configurando formulações a serem apresentadas aos setores da Educação e da Saúde ao longo da sua

existência, buscando contribuir com as políticas públicas brasileiras, foi reunindo projetos e interlocutores, projetos, interlocutores e parceiros, interlocutores, interlocutores e parceiros.

Essas movimentações todas foram ampliando e fortalecendo as redes que compõem a Rede UNIDA. Nosso regimento agora nomina o movimento social Rede UNIDA, lhe dá forma e conteúdo. Assim, fomos mantendo articulações cada vez mais fortes com as Residências em Área Profissional da Saúde, Uni ou Multiprofissionais, e seus fóruns, com as entidades profissionais e científicas da área da saúde, com os coletivos de estudantes, com dispositivos de vivências e estágios, com as entidades nacionais e internacionais que articulam educação-trabalho-cidadania.

O ano de 2014 foi bastante significativo para a Rede UNIDA. Além do nosso 11º Congresso Internacional, iniciamos o 30º ano da história da Associação. Chegamos nesse momento com um grande crescimento de ideias, do movimento social e da nossa Associação, além de uma evidente expansão da relevância das agendas da educação e do trabalho na saúde, inicialmente defendidas e produzidas quase solitariamente pela Rede, e agora objeto de políticas e da iniciativa de um grande conjunto de instituições e organizações. A história da Rede UNIDA se articula e dá forma a um conjunto de dispositivos produzidos no interior do sistema de saúde brasileiro, além de um destaque crescente na agenda dos atores governamentais e da sociedade civil que atuam no campo da saúde.

Com toda certeza podemos dizer que 2014 foi um ano de muito trabalho: diversas oficinas, reuniões, comunicações virtuais, muitas horas de trabalho e construímos o 11º Congresso Internacional da Rede UNIDA, intitulado **“Girar vida, políticas e existências: a delicadeza da educação e do trabalho no cotidiano do SUS”**. O ano nem se findou e já entramos, sem escalas,

na organização do 12^a Congresso, iniciando com os Encontros Regionais em Campo Grande, em novembro.

O Congresso de 2014 consolidou o conceito de encontros regionais, que têm como objetivo a intensa mobilização das bases locais de parceiros em serviços, redes, sistemas, cursos e instituições de ensino. A principal marca da Rede UNIDA é que ela está conectada com um grande arco de atores: docentes, estudantes e cursos; trabalhadores, gestores e usuários de sistemas, serviços e redes de saúde; bem como uma grande trama de movimentos sociais. O encontro da educação com a saúde, das instituições de ensino com as instituições dos sistemas locais de saúde, do mundo da formação com o mundo do trabalho, convida e mobiliza um amplo conjunto de atores, independente de sua formação, vinculação institucional ou titulação. Sua tematização se ocupa de maneira profunda com a formação, as práticas de ensino, as aprendizagens e os desafios educacionais na área da saúde, seja de estudantes, seja de trabalhadores, seja para a inovação nas redes de gestão e atenção à saúde.

Mas 2014 também foi um ano em que nossos valores e discursos sobre a vida, sobre as políticas, sobre os equipamentos governamentais e sobre as relações entre indivíduos chegaram a um patamar muito preocupante. A campanha eleitoral mobilizou a sociedade e discursos de ódio, preconceito e diferentes outros fascismos ecoaram nas ruas e redes sociais. Políticas sociais inclusivas foram objeto de disputa, segmentos sociais amplos foram descaracterizados e um elitismo conservador se expressou no cotidiano das cidades. Torna-se evidente que redes em defesa da saúde, da qualidade da vida e da democracia são cada vez mais necessárias.

Os últimos anos também nos marcaram por partidas de membros da Rede de grande importância afetiva e

militante. Dessas partidas, me ocorre nominar três. Dulce Chiaverini, militante desde os primórdios do movimento social da Rede UNIDA e participante da coordenação nacional da Associação, partiu em outubro de 2013 para outra dimensão da existência, nos deixando mobilizados pelas suas contribuições e ideias. Maria Cristina Carvalho da Silva, que participou da Rede UNIDA e nos auxiliou a mobilizar os esforços das Residências na Saúde, inclusive na Comissão Nacional, partiu em setembro de 2012. Ambas sempre muito lembradas em cada um de nossos Encontros. Tatiana Ramminger partiu em novembro de 2014, com um protagonismo na humanização, desinstitucionalização do atendimento no SUS, e incansável militante na luta antimanicomial, deixando a obra que é uma das organizadoras finalizada e que a Editora Rede UNIDA lançou em dezembro. Partiu no mesmo dia em que nos reuníamos em Campo Grande para a largada do Congresso de 2016 e, na mesma cidade, um dia antes também partiu Manoel de Barros. A nossa Revista tem, em seu coração, a convivência com essas mulheres e a inspiração do poeta em reinterpretar a realidade cotidiano da vida, que dá potência ao imaginário e sonhos

Trabalho, crescimento, perdas, formulação de novos conceitos e o lançamento de novas iniciativas. A história da Rede é marcada pela produção de conceitos no cotidiano do trabalho, dando ênfase à emergência do campo da educação na saúde. Nessa história, também há iniciativas de fazê-los circular. Como disse anteriormente, em 2011, como movimento preparatório ao 10^o Congresso Internacional, foram constituídos também os Encontros Regionais, de escuta e produção de redes locorregionais. Foram cinco encontros e um processo intenso de fecundação de ideias e proposições, que se consolidaram em 2014. Em 2013, foi implementada a Editora da Rede UNIDA, também com o propósito de fazer

circular, em formato predominantemente digital aberto, produções no campo da Saúde Coletiva e, em particular, da gestão do trabalho e da educação na saúde. Mas a efervescência de iniciativas de circulação de conhecimentos não sedou a necessidade de mais e mais mecanismos/dispositivos. Foi necessário retomar a ideia da Revista. Ela está lançada e oferece contribuições que estão articuladas com a história da Rede.

A Revista Saúde em Redes será uma publicação trimestral. A primeira edição tem artigos de diversos autores e temas relevantes, que mobilizam, por certo, novos diálogos e ideias. A publicação está organizada em plataforma online, de acesso livre, colaborando com os objetivos da Rede UNIDA na disseminação de conhecimentos e tecnologias no campo da saúde e da educação. É mais um espaço para estabelecer parcerias, vínculos, relações com pessoas, projetos e instituições comprometidos com a renovação permanente na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania. Nesse sentido, o periódico está aberto para receber contribuições em cada uma de suas seções, devendo os originais serem submetidos no próprio site, onde inclusive as regras de submissão e aceitação dos mesmos estão claramente dispostas. Uma forma de manter a qualidade da publicação é de que os trabalhos enviados serão sempre analisados por pareceristas de forma anônima, pelo sistema de duplo cego, evitando arbitrariedades e direcionamentos.

Para a Rede UNIDA, assim é feito o aprender, assim se apreende o ensinar e destes modos se constrói o saber, com a contribuição de pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, usuários e representantes de movimentos sociais ao debate consolidamos uma agenda da educação e do trabalho no Sistema Único

de Saúde. Assim como buscamos o diálogo internacional com a experiência brasileira de Sistema Único de Saúde, sendo assim, com coragem e energia militante.

Boa leitura a todos e a todas. Esperamos contar com sua mobilização e contribuições. Obrigado aos pareceristas dessa edição. Sigamos em rede, por todas as saúdes que pedem passagem ao trabalho e à formação na saúde!

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla,
Coordenador Nacional da Associação
Brasileira da Rede Unida,
Professor da UFRGS

Janaina Collar
Comissão Executiva Editora Rede UNIDA
Especialista em Direitos Humanos e Gestão
Pública

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MOVIMENTO - UMA POLÍTICA DE RECONHECIMENTO E COOPERAÇÃO, ATIVANDO OS ENCONTROS DO COTIDIANO NO MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE, QUESTÕES PARA OS GESTORES, TRABALHADORES E QUEM MAIS QUISE SE VER NISSO

Emerson Elias Merhy

Professor Titular de Saúde Coletiva.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé.
E-mail: emerson.merhy@gmail.com

Construindo um certo problema: da imobilidade emerge a mobilidade

Tomo a liberdade de citar e refletir sobre uma fala do músico Marcelo Yuka, em outubro de 2014, que em certo momento diz que depois de muito tempo percebia que da sua imobilidade se movimentava.¹

Esse artista tinha levado 8 tiros, em uma situação de violência e roubo, que lhe causaram várias sequelas, como: paraplegia, perda do controle sobre um dos braços, além de ter ficado entre a vida e a morte após o acontecimento.

Músico e militante em Comunidades do Rio de Janeiro, logo imaginou que a vida lhe tinha escapado. Como iria subir os morros, encontrar com meninos e meninas dali e criar atividades artísticas com eles. Não seria mais capaz.

Por muitos anos ficou muito pouco ativado para criar coisas novas, não conseguia ver em si outras potências de produção de conexões existenciais e realizar práticas de si que lhe permitissem agir em coletivos com outros.

Óbvio que aquele trágico acontecimento não ficou impune, já estava desde o começo agenciando Yuka para algum lugar e parecia que o de despotencialização do viver era o mais evidente, entretanto há um momento que percebe que algo lhe acontecia para um novo campo de sensibilidades e de atividades que nunca tinha tido. Seu olhar sobre si abre novas linhas de

possibilidades, passa a ver coisas que não via, passa a falar coisas que não falava: a imobilidade me movimentava.

O seu corpo sensível estava em total construção de si, sem parar.

Antes, não era comum pensar nisso e desse modo, ou mesmo a possibilidade de admitir esse processo nas situações anteriores as sequelas que tinha tido. Viu-se positivamente afetado naquilo que era o morrer em vida.

Na sua entrevista relata que vai, então, voltando a criar desejos novos para participar dessa nova possibilidade de mundo. De novos mundos que estavam aí sendo produzidos. Volta a criar artisticamente e a se engajar em lutas sociais. Lança-se candidato a vice-prefeito na chapa do Freixo para a Prefeitura do Rio de Janeiro, em 2012.

E, aí fica uma pergunta, dentre várias: o que mudou de fato.

Sem dúvida, muitas coisas, mas o que destaque nessa história toda é o fato de que quando somos invadidos por novos regimes de visibilidades e de dizibilidades, por campo de afetações não previsíveis, em muitos casos, mas previsíveis em outros, novas possibilidades de mundos são criados, e em muitos deles uma fragilidade se potencializa; da desprodução da vida, vira-se o contrário.

Talvez isso tenha muito a ver com a Educação Permanente.²

Do que estamos falando, quando nos deslocamos para o campo da formação no mundo do trabalho

Ali, no dia a dia do fazer as práticas de saúde, pode ser que um grupo de trabalhadores esteja conversando sobre como agir com a dona Isaura ou o senhor Antônio José e troquem ideias sobre isso. Essa conversa pode estar ocorrendo ali no café, em um espaço dentro de um

estabelecimento qualquer (uma casa onde a equipe de saúde da família se reúne, uma sala de refeições em um hospital, um ambulatório, numa saleta de uma UPA, ou qualquer outro tipo de lugar, como a calçada onde uma equipe de consultório de rua se encontra).

Nessa conversa, há grande chance de alguns que estão ali se afetarem com o que está sendo falado e passarem a ver e agir de outro modo em relação aos casos. Pode-se imaginar que ainda seja necessário saber mais da vida de cada um ou que algum novo exame possa ser feito. Pode ser que alguém pense que nem problema tão grave deve ser e que talvez formar um grupo com profissionais responsáveis por eles, como uma equipe de cuidadores, possa ser uma oferta de vínculo interessante.

Muitas coisas podem acontecer ali, na roda de conversa no café, no corredor, em qualquer “espaço” inventado como tal pelo coletivo que ao se encontrar, em si inventa um arranjo.

Ainda pode ser que façam exatamente o contrário.

Podem criar barreiras para a dona Isaura e o senhor Antônio José, pois não aguentam mais vê-los. Inventam juntos, ou retiram de um repertório que já construíram para isso, várias estratégias para “eliminá-los” do serviço. Vão criando barreiras ao cuidar. É como se pudéssemos no mundo do cuidado produzir não acesso realizando acesso.³

Destaco, aqui, que essas rodas de conversa não pedem licença para nenhum organograma oficial de um serviço, nem para nenhuma hierarquia de uma organização. Vão acontecendo no agir do trabalho vivo em ato de cada um e de todos, nos espaços informais que vão inventando no entre os formais de uma organização, ou seja, os próprios trabalhadores (ou qualquer tipo de agente institucional que aí se instala, como os próprios gestores G e os usuários, de um modo geral) vão fabricando em suas ações,

conversações, encontros, novos arranjos, etc.

Ali no dia a dia, isso vai ocorrendo em acontecimentos, alguns dos quais podem ser intencionais, porém muitos outros não. Pode ser só um ir acontecendo de encontros que por si agenciam novos processos coletivos, não dados antes e nem buscados antes.

Acontece que nesse acontecer vai se produzindo novas possibilidades de conhecimentos para a ação no campo da saúde e isso impacta, sem dúvida, o mundo tecnológico do cuidado.⁴ Pode ser que uma nova vista de um ponto de vista seja introduzido, deslocando os modos de olhar para o que antes já era um regime bem instituído de se ver, enxergar. Olhar e ver novos visíveis é em si novos acionamentos de formas de conhecimentos antes não dados.⁵

Pode ser que vejam que o Sr. Antonio José e dona Isaura estabelecem uma ritualística de cuidados mútuos nunca vistos pela equipe e isso levar a uma mudança profunda na exploração de novas potências relacionais entre todos, inclusive provocando outros tipos de impactos terapêuticos sobre eles, ao se abrir um novo percurso para o campo das tecnologias leves cravadas nos atos de cuidar⁶, aliás território tecnológico bem poroso, pois abre-se para o não tecnológico dos encontros.⁷

Destaco que aí há não só produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, mas também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação ou capacitação do trabalhador para o exercício das suas funções. Ali, como uma escola permanente, o mundo do trabalho sempre implica em processos formativos⁸, e mais, necessários para a própria atualização da prática de um certo grupo de trabalhadores. Esse território formativo não se iguala ao da educação continuada que está sempre marcado pela

exposição a conhecimentos a priori para se preparar para a ação. Aqui, o agir em si é formativo conduzindo a produção de novos conhecimentos ou atualizando alguns, no ato do cuidar.

O agir em si constitui-se de um conjunto de forças que atuam sobre quem o realiza, provocando formação do próprio protagonista, individual e coletivo, ao mesmo tempo que opera a produção do cuidado, no caso da saúde. Mas, isso não é obrigatoriamente transparente e óbvio.

Nem todo olho o vê. Mas acontece que esse movimento pode ser visto por um olho que tenha sido ativado para isso e que ao vê-lo o identifica como um movimento de educação permanente, porém isso não é uma necessidade pois mesmo sem ser visto esse movimento vai acontecendo como prática e com seus efeitos. Ali no dia a dia, esse processo é constitutivo do próprio mundo do trabalho e vai ocorrendo no campo dos vários atores institucionais, sem pedir licença para ninguém e sem que precise ser denominado, como processo formativo, para ser de fato lugar de formação.

A intencionalidade não se faz necessária para a existência desse campo de práticas, ele está aí como um ir se fazendo pelas conexões em que se insere. Como se a presença dos outros e do campo do cuidado como um acontecer⁶, agenciasse sem que se precisasse pensar sobre isso. É nesse sentido um ir agindo, ir se relacionando, ir em exercício da própria prática de si.⁹

Entretanto, é interessante que possamos nos debruçar intencionalmente sobre isso tudo, pois há um modo possível de se agir nesses lugares com a intenção de aguçar a possibilidade de se reconhecer esse processo como constitutivo do mundo do trabalho, que em si já é uma escola de formação, das mais fundamentais! Podemos ambicionar a ativação desse processo na busca de novas visibilizações e dizibilidades sobre o mundo do trabalho e os processos formativos. Há vários exemplos nessa

direção.

Os médicos que o digam, pois nos últimos anos da escola médica, ao colocarem os internos para funcionarem como médicos de fato, ali no serviço, acabam dando o desenho mais efetivo do processo de fabricação do médico que sairá da escola médica, independente de toda estrutura curricular anterior que foi inventada, dos conhecimentos a priori que lhe foram inculcados e das exigências formais avaliativas que lhe impuseram. E que o digam todas as outras profissões da saúde, também, que cada vez estão mais dentro desse modelo de escola/formação.

Aliás, haja desperdício. Passa-se anos gastando vida, dinheiro e tempo para colocar alunos em salas de aula, procurando transmitir e transferir conhecimentos já estruturados para eles, sendo que lá no final só diante da prática efetiva do exercício profissional o processo formativo efetivamente se realiza. Não são poucos os relatos sobre a inutilidade da aprendizagem de nomes de segmentos do corpo anatômico, nos cursos de medicina, nas disciplinas “básicas”, que são decorados e não aprendidos, pois só se visa com isso as provas de avaliação realizadas, para se passar de um semestre a outro. Logo após a prova e a aprovação, como um passe de mágica a memória é dissolvida e todos aqueles nomes rezados mnemonicamente vão pelo ralo do pensamento representação e sistematizado.

Só, e só, se um certo aluno envereda por uma área de prática profissional que pede esse conhecimento como informação importante, retoma-se os estudos desses segmentos, agora não mais como conhecimentos representações decorados, mas como “conceitos” para serem vividos ali no agir profissional que se está implicado. Parece, que de novo como um passe de mágica, que o tal do conhecimento agora fica vivo no ato vivo da prática, como se fosse essa prática que lhe desse efetiva

acolhida e sentido e não o contrário, ou seja, a prática atualiza o conhecimento e o produz ali na produção dos sentidos no agir. O conhecimento que era representação a priori, fica em ato, vive ali no trabalho se misturando com várias outras ordens de conhecimentos que o agir pede e que não estão em campo estruturados de conhecimento, obrigatoriamente. Tema para a conversa sobre as valises tecnológicas do agir no mundo do cuidado, por exemplo¹⁰, e sobre a presença do outro em nós, no nosso modo de existir¹¹. Esse imbricamento entre o conhecimento dado a priori e a sua atualização no ato da produção é elemento chave para se compreender em profundidade a singularidade da produção do cuidado como acontecimento.

A possível ampliação do olhar permite, de modo intencional como um regime de visibilidade que se quer ter, ver coisas que não se vê regularmente nesse território do agir no mundo do trabalho: o quanto no cotidiano do fazer no campo de práticas se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde.

Isso vai acontecendo com todos que estão ali no mundo do trabalho sem nenhum privilégio para os que são formalmente chamados de trabalhadores da saúde, ou mesmo profissionais de saúde. Não há diploma que elimine esses processos com todos.

Abrir um movimento que procure reconhecer esses acontecimentos, torná-los visíveis, pode ser uma boa aposta para mudar o eixo dos processos de formação e de capacitação no campo da saúde. Pode

ser um diferencial no campo da gestão no interior de uma organização de saúde, por reconhecer que todos fazem, todos sabem e todos governam nas organizações^{10,11} e, portanto, por mais controle que se queira ter sobre a ação dos outros, de fora para dentro, o máximo que se consegue é cooperação ou clandestinidade nos atos coletivos.

Esse reconhecimento da produção viva de práticas e saberes no cotidiano do trabalho tem implicações importantes. Não adianta uma política de indução simplesmente para que se aposte na construção de uma educação permanente, como muitos pensam, porque essa prática da educação permanente ocorre como parte constitutiva do mundo do trabalho em todas suas dimensões no campo da política, da organização e do cuidado¹², com efeitos sobre o próprio trabalhador, de um modo geral.

Ativar o olhar e o dizer sobre a educação permanente em movimento, ali no mundo do trabalho, é pegar o instituído de surpresa

Essa ativação pede uma possível maquinária? Não obrigatoriamente, mas pode-se usufruir disso, pois ter ferramentas que intencionalmente procurem ativar certos processos ou mesmo dar visibilidade para eles é um elemento que enriquece a abertura do fazer cotidiano, no mundo do trabalho, para a possibilidade de produção de muitos outros sentidos que o nosso modo instituído de fazer e o nosso conhecimento já previamente organizado nem sempre consegue operar. Desacomodar, desterritorializar do identitário é uma intenção positiva nessas situações.

Desse modo, não tem sido eficiente agregar ofertas de novos conceitos para que algo de modo crítico se produza de

dentro para fora. Veja que o limite do Yuka no começo de sua vida após o acidente não era de conhecimento, mas de sensibilidade. Ou seja, era o seu corpo sensível que não “via” e, assim, não pedia novos dizeres. O que mexe com ele é o corpo sem órgãos ou melhor o seu corpo aranha, aquele que lança suas teias pelo mundo através do sensível em nós e nesse enganche com o que vem em sua direção, abre-se para o corpo de órgãos. Como diz Deleuze¹³, pensamos porque a vida nos coloca questões que nos faz pensar e aí produzimos conceitos-ferramentas em nós e para nós, indicando que “pensar” o que já sabemos não é produzir pensamento, é repetir enunciados discursivos sobrecodificados.

Poder espelhar nisso e tentar produzir uma maquinária que nos arranque do instituído ou pelo menos nos agite, pode facilitar nossa desterritorialização existencial e com isso pode nos abrir para ver o que não vemos. Pode criar em nós novos sentidos e com eles criarmos novos mundos possíveis. Onde estava imóvel, vejo mobilidade. Onde estava vítima das condições de trabalho, vejo minha potência no meu trabalho vivo em ato.

Nesse caminho, o desafio é exatamente, então, o de colocar em novas experiências o corpo sensível para que possamos intencionalmente lançar nossas teias sensíveis e colher novas afecções, ali no mundo do trabalho. Operar pelo acontecimento do outro em nós e tentar registrar isso na nossa própria língua.

Óbvio que nesse exercício há também o reconhecimento que no mundo do trabalho várias afecções não planejadas já nos mobilizam, mas no exercício tornamos-nos mais sensíveis a esses e tiramos mais proveito para não sermos os campeões do mesmismo.

Um grupo, profundamente afetado por todas essas questões, desde 2003, vêm em busca desses processos e maquinárias, entretanto desde 2012 parte dele se colocou

a tarefa de explorar esse reconhecimento da educação permanente como um movimento dali do agir cotidiano, procurando dar novas visibilidades para isso.

Nesse processo de conversação e trabalho acabou por elaborar ferramentas facilitadoras para pegar o instituído de surpresa e inventou pelo menos 3 platôs nessa maquinária: o exercício de si com o outro, o diário cartográfico de si em uma multiplicidade de expressões e uma caixa de afecções. Transformou isso em um processo formativo de pegar o instituído em nós de surpresa e organizou um processo junto com o EducaSaúde, da UFRGS, em torno de uma coordenação centrada na Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, localizada na UFRJ.

A vivência dessa experiência está em fase de registro e deverá dar lugar a uma produção bem extensiva. No momento, há milhares de trabalhadores das várias redes públicas de serviços de saúde vivenciando esse processo com uma instigante construção que já não pertence a um grupo específico.

Mas, talvez, uma das melhores formas de expressar o que essa formação tem conduzido seja a conversa sobre a noção de pesquisa interferência como um modo de conduzir uma certa capacidade de tirar potência do corpo sensível no acontecer do mundo do trabalho, com efeitos de várias ordens sobre o agir, o olho e a fala, tirando-se do encontro a força dessa experiência.

(...) a pesquisa interferência, ainda que tenha em comum muitos ou quase todos esses pressupostos da análise institucional, como produção de analisadores, etc, não tem o pressuposto de uma intervenção institucional. Mas, a colocação em funcionamento de um ruído, que cria visibilidades insuspeitadas, que cria possibilidades de expressão e de escuta.¹⁴

Explorando em todos os limites dos acontecimentos o quê o mundo do trabalho nos afeta, como uma escola permanente.¹⁵ Colocando a experiência como seu eixo e recolhendo isso como um experimentar de si, com os outros. Abrindo-se para o acontecimento como elemento de atização do que já fizemos de nós mesmos, convidando a novas formas e possibilidade do agir consigo e com o outro, conduzindo novas formas de conhecimento e atualização de outros.

O maior recolhimento que isso foi nos indicando é o reconhecimento da produção dos existires como uma Rede Viva, sempre tensa entre um repetir-se e um diferenciar-se de forma aberta e em produção, como multiplicidade. O maior recolhimento foi dar conta no acontecer de si a multidão em produção que pode nos habitar, a todos, e intencionar alguns comuns como elementos de pontes, como por exemplo, o posicionamento de que no cuidado a vida de qualquer um vale a pena, que em vez de fechar abre a todos aí inseridos uma simetria das diferenças como potência e não ameaça, podendo conduzir a ação de que a produção da vida do outro é do meu maior interesse e cumplicidade.

E, aí, apostar que se pode agir no coletivo de trabalhadores e usuários na direção de novas construções de si, nesse tipo de aposta deve implicar nos modos que temos praticados na construção de políticas governamentais na saúde.

Creio que um pouco de conversa sobre ponto de cultura e que todos governam no mundo do trabalho abre luz sobre essa implicação de um olhar, que vê no cotidiano do mundo do trabalho como uma escola, a educação permanente em movimento e o governar como um modo de ser de todos que aí estão, tornando isso um elemento constitutivo do outro e no outro.

Enfim,

Há que apostar na possibilidade de pedir emprestado para outros campos da política institucional regimes de visibilidades e dizibilidades, que permitam abrir novas janelas no âmbito das várias experiências governamentais. Nessa direção, olhamos para certas políticas governamentais no campo da cultura.

Aqui, toma-se como modelo a construção da política dos Pontos de Cultura, pelo MinC nos anos do Ministro Gilberto Gil (governo Lula) sob a batuta do Juca Ferreira. Nessas experiências, criou-se a noção de que todos fazem cultura nos seus territórios existenciais junto com seus grupos de conexão e que se pudermos criar um novo modo de enxergar a produção cultural, se a tiramos do âmbito do que o mercado diz o que é cultura, vamos ver produção cultural em um grupo de senhoras que costuram coletivamente em uma comunidade qualquer. Ou, que se juntam para cantar ou dançar. Ou, homens e mulheres que se juntam para criar um espaço comum de relações e praticam, por exemplo, capoeira ou apresentações teatrais, ou de poesias, ou, ou, ou...

Passamos a ver produção cultural onde não víamos, vemos novos modos de se fazer cultura e passamos a questionar a noção de cultura como aquilo que só ocorre por ação de especialistas em espetáculos específicos - no cinema, no teatro, na televisão, no rádio e por aí vai. Cultura e a produção da vida em si, nos coletivos e grupos, torna-se algo inseparável. O olhar sobre isso amplia nosso modo de enxergar a produção de mundos e a potência de suas diferenças.

Com isso, podemos passar a construir a possibilidade de olhar essas produções sob a ótica das práticas governamentais ao afirmar que no campo da cultura, como governo, quero reconhecer quem já está fazendo isso para apoiá-los no que precisam para se manterem nesses seus modos de agir com o recurso que for necessário, além de

abrir a possibilidade de conhecerem o que outros também estão criando, facilitando conexões em rede e trocas de experiências.

Enriquecer o meu agir na experiência do agir do outro.

Nessa política de reconhecimento e cooperação o MinC apoiou milhares de Pontos, inclusive no campo da saúde. Foram grupos de rádio, produzidos no interior do movimento antimanicomial, que reconhecidas como Ponto de Cultura, por exemplo.

Muito se inventou nesse período, intensamente instituinte no campo da prática cultural, com essa política. Ela funcionava como um dispositivo a provocar um “tirar do lugar para ir para outro, possível”, junto a muitos grupos em vários territórios existenciais, do Brasil. Quem pôde acompanhar e participar desse processo, durante seus primeiros anos de ação, sabe bem o que foi isso.

Como se apontou antes, temos nesse modelo dos Pontos de Cultura a mesma inspiração: reconhecer e cooperar no campo da Educação Permanente que é sempre em Movimento.

Hoje, há uma quantidade de recursos financeiros gastos pelos governos - federal, estadual e municipal - em capacitação, por meio da compra de cursinhos de formação, junto às universidades ou afins, que sabemos não serem capazes de mexer nos processos de intervenções no dia a dia do fazer a saúde. São muito restritos os impactos dessas formas de aprendizagem e já sabemos disso há muito tempo.

E o desafio central que procuro problematizar, aqui, nesse texto, é exatamente sobre isso: como agir então para criar novos sentidos no fazer governamental no campo da formação se o olharmos sob a perspectiva da Educação Permanente em Movimento.

Fica dessa forma a ideia que operar essas mudanças pertence ao campo de ação dos vários grupos, coletivos e governantes do campo da saúde, se isso lhes fizer sentido.

Referências

- ¹ Yuka, M. Entrevista. Rev Cult. (145):16-20 Acessado em: 19 nov 2014.
- ² Merhy, EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud Colectiva. 2006;2(2):147-160.
- ³ Gomes, MPC, Merhy, EE, organizadores. Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014: 55-87.
- ⁴ Gomes, MPC, Cipriano, RC, Freire, JT, Merhy, EE, Abrahão, AL, Silva, E, Vianna, L, Tallemberg, C. Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental; Histórias de R-. In: Gomes, MPC, Merhy, EE, organizadores. Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014: 55-87.
- ⁵ Merhy, EE. Vista do ponto de vista, cuidado e formação em saúde. Vídeo aula, em Campo Grande, junho de 14. Disponível em: <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2014/06/merhy-video-aula-em-campo-grande-junho.html>. Acesso em: 19 nov 2014.
- ⁶ Franco, TB; Merhy, EE. Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
- ⁷ Merhy, EE, Feuerwerker, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino, ACS, Gomberg, E. organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristovão, Salvador: UFS e UFBA, 2009: 29-56.
- ⁸ Silva, E. As múltiplas linguagens na teatralidade circense. Tese de doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.
- ⁹ Foucault, M. Hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
- ¹⁰ MERHY, EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- ¹¹ Merhy, EE, Gomes, MPC, Silva, E, Santos, MFL, Cruz, KT, Franco, TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Sine data. Disponível em: <file:///C:/Users/becco_000/Downloads/RedesVivas,%20sinais%20que%20vem%20da%20rua.pdf>. Acessado em: 19 nov 2014.
- ¹² Merhy, EE. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: Uma Discussão do Modelo Assistencial e na Intervenção no seu modo de Trabalhar a Assistência. Disponível em: < www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc > Acessado em nov 2014.
- ¹³ Deleuze, G, Guattari, F. Mil platôs - vol. 1 Capitalismo e esquizofrenia, 2ed. São Paulo: Editora 34, 2011.
- ¹⁴ Moebus, R. Apresentação em evento. Seminário de Pesquisa do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde. Setembro 2014. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica UFRJ. Rio de Janeiro – RJ.
- ¹⁵ Silva, E. O circo sua arte e seus saberes: O circo no Brasil do final do século XIX a meados do XX: Dissertação de mestrado apresentada ao departamento de história do instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas: Universidade de Campinas. 1996.

COMENTÁRIOS AO MANIFESTO CONVIVALISTA¹

Madel Therezinha Luz

Socióloga, Professora Colaboradora.
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul.
Universidade Federal Fluminense
E-mail: madelluz@uol.com.br

Introdução

Aleiturado *Manifesto* mobiliza profundamente seu leitor, e em várias dimensões. Apresento neste texto alguns comentários resumidos, relativos a *três pontos do* manifesto que me tocaram e são, do meu ponto de vista, estratégicos para o pensar e o agir convivalista. Não me centrarei nas macro ou micro *estruturas* vigentes, ou nos processos de *ação social* existentes, temas caros ao pensamento sociológico, mas que podem permanecer, muitas vezes, exteriores aos sujeitos envolvidos. Prefiro acentuar, nestas notas sem qualquer pretensão acadêmica, o papel dos modos de agir desses sujeitos, vistos individualmente ou em grupo, isto é, através da *prática* cotidiana das *pessoas*, sob ótica singular ou grupal, seu papel na estagnação, ou, ao contrário, na capacidade de gerar *movimentos transformadores* da situação atual, vista como de impasse para a vida dos seres humanos e do planeta que povoam. Estruturas sociais e, ações sociais coletivas, sempre existiram, e as ações estão em crescimento. Porém, menos que de *coletividades*, interessa falar aqui de *singularidades*: das pessoas.

A pessoa, vista como totalidade singular poli dimensiona no texto, pode aparentar uma tomada de posição fenomenológica, com finalidade de análise hermenêutica, ou existencialista, de um suposto “sujeito”, mas não se trata desta sofisticação filosófica.

Os pontos que desejo sublinhar são: 1 - O papel atual dos seres humanos considerados como pessoas, e suas ações cotidianas, que ratificam a destruição da vida; 2 - O papel dos seres humanos pessoas e seu(s) modo(s) de agir, individual e coletivamente, na deterioração da relação com o *outro*, isto é, na perda da *alteridade* em andamento na sociedade atual, por sua implicação ativa ou permissiva nesta perda; 3 -

A necessária recuperação de uma ética do respeito à pessoa e de acolhimento da alteridade, com pleno envolvimento não apenas da *coletividade*, de *nós todos* humanos, mas de *cada um de nós*, pessoas singulares, nesta tarefa. Acredito que sem a participação de cada *pessoa* na aceitação do outro, acolhido como *nós mesmos*, uma sociedade convivalista não tem condições de se estabelecer.ⁱ (Manifesto Convivalista, p. 23-24)

Em relação à vida: humana, animal, vegetal: biológica, mais geralmente

Todos sabemos, a esta altura da história, que o complexo fenômeno conhecido como *vida*, que envolve seres humanos e as outras espécies, pode se extinguir de um momento para o outro. O futuro anunciado pela ciência chegou. O **Manifesto** (p. 11-16) o deixa claro. Muitas denúncias, da parte de movimentos civis, mais ou menos organizados, agremiações acadêmicas, incluindo renomados cientistas, setores de partidos políticos, sindicatos, e mesmo associações econômicas reunindo empresários de pequeno e médio porte, vem manifestando-se, com frequência, *na mídia física e virtual* sobre este fenômeno, de tal modo que já se pode falar em um “clamor da Terra” contra os múltiplos atentados à vida, frutos da economia mundial atualmente

ⁱ A singularidade da pessoa como totalidade poli-dimensional irreduzível pode parecer uma tomada de posição filosófica, com finalidade de análise hermenêutica, ou existencialista, mas não se trata nestas páginas, de sofisticação filosófica. A pessoa, antes vista na sociologia, e nas ciências sociais em geral, através de lentes metodológicas que a situavam como indivíduo “agente”, “ator”, “membro” de classe (burguês, proletário, etc) ou de organização (partido, sindicato, associação, corporação, etc) não se referia as *pessoas*. Neste texto quero acentuar que quem se move, quem produz movimento na vida social, quem se organiza, são as pessoas, essas singularidades sociais. Certamente fruto de culturas e sociedades distintas, mas unidades irreduzíveis a seus pertencimentos socioculturais.

hegemônica, centrada em capital financeiro especulativo, operando em oligopólio internacional.

No entanto, paradoxalmente infringimos continuamente, agindo como *indivíduos*, as mínimas regras de conservação do planeta, que estão ao nosso alcance preservar. Tomarei como exemplo a água que emana das fontes,ⁱⁱ corre pelos rios e entra através dos canos em nossas torneiras: o precioso líquido é desperdiçado em países como o Brasil de modo inconcebível na vida cotidiana, sobretudo em ambientes urbanos: são portarias de edifícios diariamente lavadas abundantemente com detergentes e água; é o lixo crescente não separado, e plásticos de todos os tipos atirados em rios e riachos, mesmos nos das florestas nem sempre abertos à visitação pública. Os rios brasileiros estão entupidos de sujeira produzida pelas pessoas. O Estado, através da força pública, deve zelar para que leis derivadas de políticas ambientais adequadas à conservação sejam cumpridas, mas não pode tomar nosso lugar nesta conservação.

As pessoas, em nosso país, há séculos considerado “reservatório do planeta”, não se veem como cidadãos responsáveis, seres vivos encarregados de zelar pela vida. Vem-se como simples *indivíduos*, agindo com indiferente incivilidade no ambiente que habitam.

Sabemos todos do debate teórico e político de mais de uma década nos países europeus, sobretudo na França,

ⁱⁱ Desde que comecei a escrever este texto, coincidentemente um conjunto de reportagens em diários de grande circulação, como “O Globo” e – sobretudo - a “Folha de São Paulo” vem acentuando os efeitos desastrosos da rarefação da água no país. Um caderno especial sobre “A crise da água” foi lançado no dia 15/09 deste ano. São fontes naturais que originam rios importantes - como o São Francisco - que seca, é, a questão da Cantareira, etc. Todas essas reportagens apontam para uma severa crise da água no país, já em andamento, com perspectivas pessimistas, se mantida a política hidrográfica.

problematizando o conceito de *cidadania* herdado dos movimentos sociais do século XVIII. Entretanto, nos países ao sul do Equador, com a emergência dos sistemas sócio políticos ditos pós coloniais, estabelecidos, em termos de regime, como Estados Republicanos durante o século XIX (o do Brasil no fim do século), marcados por desigualdade social profunda e historicamente persistente, não se pode falar da existência da *cidadania* como patamar de inserção civilizatória. Falta a esses países, ainda hoje, a tríade de valores que é a marca da República moderna. Não temos asseguradas nem igualdade, nem liberdade, nem fraternidade social. Sequer no plano jurídico, o da lei, da execução das normas, que existem. As normas certamente existem, mas não sua prática. Ou sua prática, quando exercida, beneficia uns poucos.

Uma ordem social e jurídica que reafirma constantemente a desigualdade no todo não dá origem a uma sociedade de sujeitos *voltados para o todo social*, nem sequer consciente de pertencimento a um todo: as pessoas se veem como indivíduos com interesses competitivos, voltados para si mesmos, no nível do viver para sobreviver.

No Rio de Janeiro já se pode afirmar, sem cautela, que a Bahia de Guanabara está reduzida a um charco de dejetos orgânicos e industriais. Um grande mistério encobre a enorme quantidade de dólares investidos na despoluição da Bahia. Entretanto, não há transparência do Estado para a sociedade civil do tanto que já se fez, com que quantias, do que não se fez, e o porquê de tudo. Tampouco há exigência de transparência da sociedade como um todo: *vigilância constante*, face ao poder público, concernindo os temas relativos à preservação do meio ambiente, apesar dos protestos de grupos ambientalistas face a danos causados por desmatamentos, barragens, desvios de rios etc.

Concluindo este item relativo à *vida ambiental*: estou segura que se as *pessoas*,

nós seres humanos que habitamos a Terra, continuarmos a acreditar que somos meros indivíduos isolados, elementos soltos em um ambiente “físico”, *não biológico*, muito menos *sócio psíquico*, e que estamos destinados a consumir e poluir o mundo em que vivemos, não vejo como deter o avanço da destruição da vida, no país e no planeta.

Em relação ao papel dos seres humanos e seus modos de agir face à deterioração da relação com o outro, e a consequente perda da alteridade como referência da vida social.

O convivilismo, como o entendo aqui, supõe, antes de tudo, *consciência e ação responsável de cada ser humano* como defensor ativo do viver no planeta. E não existe uma consciência clara sem uma *prática responsável*. Parodiando o clássico: “a prática é o supremo critério da verdade”. Tanto para os sujeitos individuais *pessoas*, como para as coletividades. E a prática se origina no agir de cada sujeito, de cada pessoa. Como convencer os “indivíduos” atuais de que são pessoas, e como tal, responsáveis pela vida? Aqui há um desafio de mobilização, a meu ver mais que política: mobilização humana, de nós, espécie dominante do planeta. A meu ver, todos os meios de comunicação disponíveis podem e necessitam ser veículos da mobilização de pessoas.

Deste ponto de vista, a questão mais séria, na perda da relação com o outro em curso na sociedade contemporânea é, paradoxalmente, a aceitação de que somos todos originalmente *indivíduos iguais*, como elementos de um conjunto matemático, ou átomos de uma célula, que nos diferenciamos uns dos outros por nossa capacidade maior ou menor (ou mais ou menos cara) de consumir e de produzir dejetos: o descarte de tudo o que consumimos (nosso lixo).

Fundamos hierarquias sociais a partir daí.

Mas a partir deste critério podemos descartar também, como dejetos, outros seres humanos incapazes de consumir como nós. Os iguais entre si - seres humanos - são os que podem consumir no mesmo estilo, ou na mesma quantidade, ou com a mesma qualidade, os produtos indicados pelo sistema produtivo como desejáveis. Embora os produtos sejam indefinidamente variáveis, estão, a cada momento, disponíveis na sociedade para aquisição pelos indivíduos, de acordo com sua capacidade de consumo. Este indivíduo, identificável pela marca do produto que consome, não se constitui necessariamente como *peessoa*. No limite, identificando-se com as *griffes* de seus produtos (seu carro, sua casa, sua camisa, sua comida, seja ela *gourmet* ou *fastfood*) ele não tem uma identidade de si mesmo como *sujeito*, não tem um *si mesmo de sujeito*, uma “mesmidade”. Como reconhecerá a complexa **alteridade**, nesse caso? Ele se vê, ou se imagina, um ser bidimensional, uma imagem filmada, ou uma foto digital retocada. O “aparecimento” virtual dos sujeitos nas redes sociais ratifica essa percepção de si.

A noção de *peessoa* supõe, a meu ver, pelo contrário, uma poli-dimensionalidade em que se imbricam, em conexão histórico cultural complexa: uma estrutura singular biopsicoemocional, **base original** de integração no mundo social, diferenciada através de instituições estratégicas como família, escola em todos os níveis, igrejas ou religiões as mais diversas, pertencimentos, classes sociais, etno grupos etc. A *peessoa* é esta singularidade ativa, fruto de complexos metabolismos da diversidade das formas psicossociais historicamente existentes. Mas esta singularidade irreduzível à neutralidade “bidimensional” do indivíduo/ espécie é a riqueza maior da humanidade. Dessa singularidade, que se une, por laços estáveis diversos, a outras singularidades,

nasce a cultura, e do desenvolvimento histórico da cultura, com a presença constante de variados graus de conflitos, resulta o que chamamos civilização. Certamente há muitas culturas, e várias civilizações, mas isto acentua o que desejo sublinhar aqui, isto é, que na origem das culturas e das civilizações estão as *peessoas*, está esta irreduzível singularidade do ser pessoal, pluridimensional, ao mesmo tempo produto e produtor de diferenças e similaridades sociais, que as disciplinas “psi” costumam denominar *sujeito*, sublinhando a subjetividade deste ser singular, sua “mesmidade” fruto de uma história pessoal complexa, e que a sociologia denominou *ator* ou *agente* social, sublinhando a capacidade de interagir deste ser, e sua potência para mudar o ambiente em que vive. Preferimos empregar o termo *peessoa* no texto, sublinhando seu uso instrumental, de capacidade de mobilização e transformação. Pois o que se mobiliza, com qualquer finalidade, são sempre as *peessoas*. Mesmo multidões em ação são *peessoas em movimento*, ainda que os motivos de união comum sejam provisórios, e que uma unidade psicossocial provisória se estabeleça, e com brevidade se desvaneça.

Contrariamente à tendência capitalista contemporânea, de reduzir os seres humanos a indivíduos, considero *urgente e fundamental* recuperar nossa realidade de *peessoas* e de *ação coletiva de peessoas* que dizem não à ordem individualista. Acredito que somente *peessoas* podem reconhecer a *alteridade*, isto é, o outro como *peessoa*, e acolhê-lo, ou confrontá-lo em função de valores divergentes. Em outras palavras, de divergir em relação à ética do viver. Ou a outra(s) moralidade(s) possível(eis) face à hegemônica.

E aqui chegamos ao nosso terceiro e último ponto de comentários:

A necessária recuperação de uma ética de respeito à alteridade, do respeito ao outro como pessoa, e de seu acolhimento, independente de situação social, política, racial, etc.

Aparentemente é uma tarefa social complexa, mas realizável, bastando para isto boa vontade, disposição e civilidade. Afinal, inúmeros movimentos sociais para superação do racismo, do sexismo, da discriminação ética, entre outros, estão constantemente na mídia física e virtual fazendo apelos neste sentido. Campanhas diárias nas redes sociais, movidas por organizações, pessoas jurídicas ou mesmo pessoas singulares, que se agrupam a partir de fatos significativos para reivindicar o respeito desta ou daquela situação vivida por outras pessoas, podem ser vistas no facebook, no twitter, etc.

Mas a volatilidade desses movimentos, sua “provisoriidade”, isto é, o mover-se no instante, como o vento, não cria vínculos estáveis - pelo menos até o momento. Eles não chegam a criar uma ética do respeito e acolhimento à pessoa como condição de preservação da estrutura civilizatória - que creio se degradar rapidamente - no sentido de originar uma outra, mais solidária e mais atenta à alteridade. Uma ordem civilizatória centrada no reconhecimento da realidade do outro como *outra pessoa*, capaz de dialogar - e discordar certamente - e nos ensinar, com a alteridade, a ser mais pessoa, através do diálogo, da discussão, do falar e do ouvir. Pessoas como princípio da organização social, não “estabelecimentos”, as organizações econômicas de produção ou consumo.

Finalizando, acredito que um movimento ético pela restauração das pessoas como sujeito básico da ordem social, e de uma ética do reconhecimento da alteridade, começa necessariamente pela ação das próprias, em sua singularidade,

rejeitando na sua vida cotidiana os valores dominantes do capitalismo: eu, você, meu amigo, meu colega, ou membro da família, não partilhamos e não praticamos o ethos dominante. Por nossa prática na vida diária podemos mostrar que é possível, sim é possível ser e agir de outro(s) modo(s). Sobretudo de modo mais solidário, mais humano, mais pessoal.

Referências

- ¹ *Resenha do Manifesto Convivialista*. São Paulo: Annablume, 2013.

ACOLHIMENTO SOLIDÁRIO COMO DISPOSITIVO PARA A FORMAÇÃO PELO TRABALHO: A EXPERIÊNCIA DA DISCIPLINA TRABALHO DE CAMPO II, NO CURSO DE MEDICINA DA UFF

Solidarity as host device Training at Work: the experience of work discipline Course II, the Medical Course at UFF

Túlio Bastista Franco

Doutor em Saúde Coletiva,
Professor do Instituto de Saúde
Coletiva, Universidade Federal
Fluminense.

E-mail: tuliofranco@gmail.com

Resumo

Este artigo discute a formação em saúde, em especial a formação médica, partindo do pressuposto de que a exposição aos cenários de produção do cuidado é um importante fator de aprendizagem. Por aprendizagem entende-se o processo de cognição e subjetivação ao qual a pessoa produz, ou seja, algo que acontece no campo da razão e também dos afetos. O desafio proposto é o de pensar a formação para o terceiro gênero do conhecimento, de acordo com as categorias propostas por Espinosa, ou seja, um saber que opera pela “ciência intuitiva”, onde habita a possibilidade da criatividade nos atos de trabalho em saúde. Para discutir este tema o texto relata a experiência da disciplina de TCSII, no curso de medicina da UFF, o qual utiliza do projeto “Acolhimento Solidário” como um dos dispositivos da educação médica na atenção básica.

Palavras-chave: Educação em saúde; Formação médica; Acolhimento; Trabalho em saúde.

Abstract

This article discusses the health professionals education, and the medical education in particular, assuming that exposure to the care production scenarios is an important factor in learning.

Learning, here, is comprehended as the process of cognition and subjectivation to which a person produces, in other words, it is something that happens on the field of reason and also of affections. The proposed challenge is to think about education for the third gender of knowledge, according to the categories proposed by Spinoza, that is, a knowledge that operates by “intuitive science” where the possibility of creativity in health work acts resides. To discuss this, the text reports the experience of the discipline “TCSII” in the medical undergraduate course at UFF, which uses the “Solidary user embracement” project as one of the devices of medical education in primary care.

Keywords: Health education; Medical education; User embracement; Health work.

Introdução

O desafio deste artigo é discutir um processo de educação capaz de formar pessoas para o pensamento criativo, e assim operar no campo da “ciência intuitiva”, associada ao pensamento científico, ou seja, ela compõe com a ciência, agregando novas possibilidades na produção do conhecimento. Seria uma educação capaz de articular ao mesmo tempo um processo de cognição e de subjetivação. Isso só ocorre com base na experiência, ou seja, a exposição máxima aos cenários e práticas de cuidado.

Que educação é esta, poderíamos nos perguntar, que seja capaz de produzir uma transformação nas subjetividades? Entendemos que um processo de educação na saúde só teria sentido se conseguisse operar mudanças, a formação de um novo sujeito capaz de intervir sobre o seu micro-cosmo e nele produzir um mundo conectado com os valores do humanismo, da solidariedade, necessários às práticas de cuidado.

O terceiro gênero de conhecimento¹ diz respeito àquele que opera no campo da “ciência intuitiva”, ou seja, o conhecimento que se produz por relações sócio-afetivas, e que é aprendido portanto pelo corpo afetivo. Esse tipo de saber carece de reconhecimento na atualidade, pois foi consagrado na modernidade, em especial a partir do século XVII o conhecimento científico, ou, na classificação Espinosana o segundo gênero de conhecimento. O saber que se produz ao explicar os acontecimentos com base na ciência e no exercício da razão. Resta ainda segundo o autor¹ o primeiro gênero de conhecimento, ou, o que vai chamar de “ideia inadequada”, o que tem um entendimento parcial ou equivocado dos fenômenos. O terceiro gênero é aquele que permite maiores graus de liberdade, e o pensamento criativo, livre das amarras que em geral submetem o pensamento e as ações das pessoas.

Tomando por referência a teoria de afecção do Espinosa², que atribui ao corpo e sua capacidade de afetar e ser afetado a fonte de aprendizagem. Uma aprendizagem pelos afetos toma o corpo sensível, e como resultado o aumento ou redução da sua potência de agir no mundo. Diz assim o texto:

(...) quando encontramos um corpo exterior que não convém ao nosso (isto é, cuja relação não se compõe com a nossa), tudo ocorre como se a potência desse corpo se opusesse à nossa potência, operando uma subtração, uma fixação; dizemos nesse caso que a nossa potência de agir é diminuída ou impedida, e que as paixões correspondentes são de tristeza. Mas, ao contrário, quando encontramos um corpo que convém à nossa natureza e cuja relação se compõe com a nossa, diríamos que sua potência se adiciona à nossa: as paixões que nos afetam são de alegria, nossa potência de agir é ampliada ou favorecida.^{2:33-34}

O que o autor² vai nos ofertar é a ideia de que a vida se produz por múltiplos encontros, aos quais estamos expostos diariamente, e, tomando o poder de afetar dos corpos, há um permanente efeito sobre os mesmos, que significa um contínuo e ilimitado processo de mudança nas subjetividades. Estamos, portanto, sujeitos às subjetivações, e à permanente variação do grau de potência para agir no mundo, conforme as afecções são de alegria (aumento desta potência) ou tristeza (com redução desta potência).

Ora, o que propomos na exposição do aluno aos cenários da atenção básica é a produção do efeito do seu encontro com a realidade social, a alteridade dos trabalhadores e usuários, a experimentação do estrangeirismo desta nova realidade “em nós”. É no estranhamento do encontro, e de si mesmo, que se processa a mudança da subjetividade, muitas vezes formada com base na representação social da medicina e do médico, construção imaginária de um tipo idealizado que muitas vezes não corresponde à prática cotidiana no Sistema Único de Saúde.

Com base numa ideia¹, podemos referir ao encontro como disparador de processos de subjetivação, portanto, fator de aprendizagem intensiva. Uma aprendizagem que se dá pelo corpo sensível, porque se aprende pelos afetos, associados a um suposto saber. Está se referindo a uma forma de educação com base nas vivências e exposição ao mundo da vida, à experimentação, que é capaz de atravessar o corpo modificando-o, e não apenas um aprendizado cognoscente, que se refere à representação do mundo, já modificado pelos filtros naturais da razão. Para que fique claro, o corpo sensível, ou, Corpo Sem Órgãos (CSOs)³, não substitui, ou, se coloca em oposição à ideia de Corpo com Órgãos, ou, corpo biológico, as duas dimensões estão presentes no mesmo organismo. A questão central é que o CSOs

carece de reconhecimento, e, é preciso além de reconhecê-lo entender que ele tem força operatória sobre a realidade, assim como é afetado, também produz o seu microcosmo.

Estas questões vão nos remeter ao que temos sugerido para a prática da educação permanente (EP), entendendo-a como uma ferramenta que reúne as várias pedagogias ativas, pois, a EP é antes de tudo ativada pelo encontro e a experimentação do trabalho como principal insumo do ensino e aprendizagem, e, por isto, capaz de operar um aprendizado pela razão e pelo corpo afetivo.

Não propomos uma separação ou juízo de valor sobre práticas cognitivistas ou sócio-afetivas para a educação, entendemos que práticas educacionais em geral podem operar nestas duas dimensões, elas convivem nos mesmos processos e ao mesmo tempo, sob uma tensão que se manifesta como campo de luta entre o pensamento e prática instrumental, e ao mesmo tempo outro campo que toma os afetos como problema da sua construção. Isto se materializa em pedagogias ativas, que expõe o sujeito ao mundo da vida, dispara processos de análise e autoanálise que envolve a si e sua relação com a realidade. Haverá sempre uma tensão a constituir estas relações, que podem capturar para o campo cognitivista simplesmente, o que há de liberdade e criação na função pedagógica do ensino, ou, produzir uma relação pedagógica que opera por pressupostos filosóficos que conduzem à constituição de um novo “modo de funcionamento do saber”, capaz de constituir, de formar o *pensamento criativo*. A questão central portanto está nas opções éticas, estéticas e políticas para a condução dos processos educacionais.

É com base nestas questões que vamos propor o ensino na graduação que toma por principal referência a “pedagogia do fator de exposição” proposta pelo projeto CINAEMⁱ,

ⁱ Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do

em uma aposta de que a exposição aos cenários de práticas, incluindo os próprios usuários e seus problemas de saúde, é fator de aprendizagem intensiva, capaz de operar no aluno recursos cognitivos, ou seja, formação de um saber, e ao mesmo tempo, produzindo processos de subjetivação capazes de fazer com que ele interprete a realidade com a qual está em contato, de um jeito específico, na medida em que esta experiência, como já disse, o atravessa, modificando-o, pelas afecções de que este encontro é capaz de produzir. O fator de exposição se associa à problematização⁴, à aprendizagem significativa e a todas as formas de ativismo na relação ensino-aprendizagem, que seja possível acionar com o aluno.

Com base nesses pressupostos é que propomos o uso das ferramentas da Educação Permanente, no cenário da atenção básica, para a formação nos cursos da área de saúde. Este texto pretende discutir o processo de ensino-aprendizagem com base na experiência do Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), especificamente na disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado II (TCSII), ministrada no 3º e 4º períodos. Supomos assim que o processo pedagógico tenha por objetivo não apenas o saber, mas este utilizado como ferramenta para intervenções no mundo, o que significa, operar ao mesmo tempo a produção de um conhecimento, mas também, a formação de sujeitos com uma certa ética de cuidado, através de processo de subjetivação.

Ensino Médico. Projeto de intervenção participativa e auto sustentada, que tem como objetivos gerais estimular a manutenção e ampliação do movimento social desenvolvido nas fases anteriores do Projeto CINAEM e promover a transformação da escola médica de acordo com novos paradigmas, capazes de viabilizarem a formação de um médico adequado as demandas sociais contemporâneas e competente o suficiente para influir positivamente na implantação e consolidação de políticas de saúde de relevância atual (AU). (Bireme/Lilacs-acesso em agosto de 2013).

Estamos diante de duas questões envolvendo intervenções na rede básica de saúde, quais sejam: primeira diz respeito a que ética do cuidado nos referenciamos, ou, desejamos formar os futuros profissionais. Segunda, que pedagogia devo utilizar, ou, como conduzir o processo de aprendizagem.

Produção do Aprendizado por Quem Aprende: produção de Si

A Unidade Básica de Saúde à qual nos referimos aqui, localiza-se em Niterói-RJ, e tem uma área de abrangência que confere dois setores, com duas microáreas cada um, ressaltando que essas microáreas são bastante heterogêneas. O território atendido pela unidade apresenta favelas, e cortiços, retratando condições precárias de qualidade de vida, entre casas de classe média, caracterizando forte desigualdade social.

Um grupo de 8 alunos, acompanhado pelo professor, faz sua disciplina nesta Unidade, acompanhando os trabalhos dos profissionais, incluindo visitas domiciliares. Num certo período as visitas foram interrompidas por conflito no morro entre dois grupos rivais, o que tornou as condições de segurança muito precárias. Assim os alunos ficaram sem possibilidade de acesso aos moradores no seu local de moradia. Foi diante deste impasse que fiz a seguinte reflexão com os alunos: “o morro desce na Unidade todos os dias, através dos usuários. Se conseguirmos narrativas de suas vidas, vamos entender as suas condições de existência”. Foi a partir desta conversa que propus o projeto “Acolhimento Solidário” a ser desenvolvido pelos alunos. O mesmo consiste no seguinte:

O Projeto Acolhimento Solidário

O Projeto Acolhimento Solidário foi elaborado segundo programa da disciplina TCSII, do Curso de Medicina da UFF, e tem como objetivo fazer com que os alunos de medicina apreendam sobre a organização e funcionamento da atenção básica à saúde, os processos de trabalho, condições socioeconômicas da população, principais demandas à Unidade de Saúde, práticas de cuidado centradas nas tecnologias leves, especialmente o exercício do acolhimento.

Para isto os estudantes deve ter a habilidade para a escuta qualificada do problema de saúde dos usuários, e saber iniciar e conduzir uma entrevista com estes, no cenário da Unidade de Saúde.

Diretrizes Pedagógicas

Partimos da ideia inicial das pedagogias ativas, onde o aluno vira protagonista, sujeito do seu próprio processo de aprendizagem, e associamos a esta ideia a defendida pelo projeto CINAEM que proponha a reforma da escola médica nos anos 1990, e formulou a ideia de “pedagogia do fator de exposição” para sugerir o máximo de exposição aos cenários de práticas, e adotamos também a problematização de inspiração em Paulo Freire, junto com um esforço de análise das entrevistas diariamente, e do conjunto da atividade ao final.

Preparação

Para que os alunos assumam o protagonismo desejado no acolhimento, é necessário que eles entendam o conceito e tenham treinamento suficiente para iniciar e conduzir uma entrevista, em sala de espera, estando preparado para enfrentar de forma tranquila e segura, situações inusitadas que aparecem neste cenário. A preparação dos alunos envolve:

1. *Compreender o conceito de acolhimento como uma tecnologia relacional* de cuidado, que tem como principal dispositivo a escuta qualificada, se colocar no lugar do outro, solidariedade com o que sofre, harmonia nas relações. É ofertado um texto de referência sobre o Acolhimento⁵.

2. *Treinar para a escuta qualificada em entrevista na sala de espera*, o que significa compreender antecipadamente sobre as condições socioeconômicas da clientela, como iniciar a abordagem (se apresentar, pedir para conversar, etc), como conduzir a entrevista (estar preparado para o inesperado, manter calma e segurança em situações inusitadas, compreender, ser tolerante, aconselhar dentro das ofertas da Unidade).

3. *Saber a função do roteiro como instrumento, e portanto secundário à própria relação com o usuário*, ou seja, ele é uma referência mas não deve ser entendido como recurso burocrático, é um instrumento que ajuda na conversa. Sendo assim, a primeira questão é para disparar a conversa, não necessariamente se espera uma resposta objetiva. Na conversa deve-se procurar explorar os elementos a história da pessoa, suas mazelas, sua condição de vida na comunidade, etc. Em segundo lugar vêm os dados de identificação e sócio-econômicos (evitou-se dados mais constrangedores porque os dados não são o foco).

4. *Estimular uma “narrativa de histórias de vida” do usuário*, porque é pela sua história que se vai conhecer as razões do seu problema de saúde, e dentro da sua história se encontra também a morbidade, ou, aquilo do qual padece.

Tudo isto merece um período de discussão e preparação, porque o senso comum de trabalho do médico, ainda é muito voltado aos procedimentos, com baixo reconhecimento para as tecnologias leves (relacionais). O projeto Acolhimento

Solidário tenta justamente fazer o inverso, demonstrar que a relação é a chave para um cuidado resolutivo, eficaz e satisfatório.

Fazendo o Acolhimento Solidário

Aqui reafirmamos a ideia de que o aluno assume uma posição de sujeito do cuidado, protagonista quando assume a relação com o usuário, e por isto ele além de treinamento vai estar sob supervisão do preceptor. Ele nessa posição é aluno-trabalhador, dentro da competência adquirida até aqui.

Local: Sala de espera da Unidade de Saúde.

Quem acolhe os usuários: os alunos em duplas. O preceptor mantém uma distância vigiada, ou seja, não fica junto da dupla mas fica na retaguarda.

Início e desenvolvimento: o ideal é que alguém da própria Unidade apresente os alunos e diz aos usuários que estes vão conversar com eles. Em seguida os alunos em duplas vão até os usuários e se apresentam, pergunta se podem conversar, sendo autorizados iniciam com a questão disparadora, e, escuta atenta. Anotação dos dados.

Após as entrevistas: Após as entrevistas em cada dia se reúnem em roda onde cada dupla relata os casos que entrevistou. O preceptor precisa ficar atento para o relator, que às vezes tendem a ser sucintos e resumir ao problema clínico, e, interrogar a dupla sobre a história do usuário, puxar mais conversa, que, geralmente os alunos vão ter mais elementos da própria entrevista que servem para a discussão e análise do seu conteúdo.

Resultados esperados

A experimentação do trabalho é a grande fonte de conhecimento, e é esta aposta do Acolhimento Solidário, ao propor

que o aluno seja ativo, um ator na cena de cuidado na Unidade de Saúde. Sendo ele o condutor da relação com o usuário, se expondo ao risco “de não conseguir”, tendo que “encontrar saídas para situações inesperadas”, exercendo o raciocínio, sua capacidade relacional, e o conhecimento intuitivo para manejar as situações, sendo cada uma delas, uma novidade. Estas questões operam fortemente no aprendizado. Por exemplo em uma destas situações a aluna fez a pergunta disparadora “por quê a senhora veio na Unidade hoje?” – “Para matar a médica”, responde a usuária de serviço de saúde mental, em situação de surto. Neste caso a dupla então treinada, manteve a conversa, deixou que a usuária conduzisse a entrevista, e ao final esta foi atendida e encaminhada. A entrevista foi analisada ao final do dia, assim como a brilhante condução dos alunos à situação. Esta usuária foi escolhida para o estudo de caso a ser feito no próximo período pelo grupo.

Espera-se portanto que os alunos após sua participação no projeto:

- *entendam sobre o território no qual estes usuários vivem.* A experiência conduzida no Morro do Palácio (Niterói) mostrou que, mesmo não podendo ir até o território porque as facções de tráfico estavam conflagradas, o território veio até os alunos através dos relatos dos próprios usuários;

- *adquiram conhecimento da história de vida dos usuários,* e se tornem sensíveis às suas questões, reconhecendo que ao chegar à Unidade é um problema de saúde e merece atenção e cuidado;

- *tenham entendimento do processo de trabalho da equipe da Unidade,* compreendendo que as tecnologias relacionais são fundamentais para o cuidado;

- *constatem a necessidade de vigilância e promoção da saúde,* como dispositivos de cuidado complementares à clínica;

- *compreendam que o cuidado se produz em rede, seja dentro da Unidade entre os trabalhadores, e da Unidade com as outras complementando os serviços. “Uma andorinha só não faz verão”;*

Enfim...que se tornem acolhedores no seu exercício profissional.

O projeto foi desenvolvido pelos alunos com grande desenvoltura. É o momento em que eles se veem como profissionais, e ao mesmo tempo são aprendizes, mas sob os mestres usuários, pois há o reconhecimento de que estes têm um conhecimento importante a ser considerado, da vida e as condições de existência na sua própria comunidade. E com isto a saúde e a necessidade de cuidado.

No Projeto Acolhimento Solidário são escolhidos alguns usuários para um “estudo de caso” de acompanhamento mais sistemático, para percepção da produção do cuidado. Retratamos aqui um destes estudos realizado com a usuária JMA:

1º. Movimento, elegendo um caso para o estudo:

Eleger um usuário para estudo e acompanhamento pelo grupo de alunos é um primeiro exercício importante. Um primeiro critério discutido é o de que interessaria um usuário que tencionava o serviço de saúde, ou seja, não necessariamente alguém que tenha um problema clínico difícil, mas um caso que por alguma razão incomoda os trabalhadores, e sua análise portanto coloca em questão a produção do cuidado nas suas múltiplas dimensões: o processo de trabalho e suas tecnologias, as práticas de cuidado, as redes que se formam entre os trabalhadores e destes com os usuários, etc. Foi por este critério que chegamos à usuária JMA.

A usuária J.M.A reside em uma casa pequena, em um tipo de vila, com pouca iluminação e condições de higiene precárias. Ela tem 22 anos, mora com sua mãe e seus dois filhos, sua primeira gestação foi

aos 15 anos. Vida sexual com múltiplos parceiros, e patologia cervical. A usuária possui dificuldade em aderir e responder aos projetos terapêuticos apresentados pela equipe multiprofissional de saúde que a acolhe na unidade.

2º. Movimento, a definição das necessidades de saúde:

Segundo a taxonomia das necessidades de saúde, elas podem ser divididas em quatro conjuntos: O primeiro conjunto consiste em se ter “boas condições de vida”. Outro conjunto representa o acolhimento e a capacidade de se ter acesso aos serviços de saúde e poder, com isso, conquistar uma vida mais prolongada. O terceiro conjunto representa a criação de vínculos afetivos e efetivos entre cada usuário e uma equipe profissional, reconhecendo que esses vínculos significam o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades. O quarto de conjuntos de necessidades diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida⁶. As necessidades apontadas pelo autor representam a base para se alcançar a integralidade e a equidade na atenção em saúde o que, conseqüentemente, representa significativas melhoras no quadro de cuidado do usuário. A integralidade é essencial para que seja possível atender as diferentes necessidades que o usuário apresenta. Assim, a classificação destas necessidades é de extrema importância para que existam focos no atendimento em saúde que supram essas necessidades. Esses focos seriam trabalhados por equipes multiprofissionais, buscando uma maior especificidade no cuidado do usuário no que se diz respeito à demanda de suas necessidades quando busca o serviço de saúde.

3º. Movimento, a narrativa:

A narrativa pode ser obtida livremente

ou através do fluxograma analisador dos processos de trabalho^{7,8,9}. Importa que haja dados da inserção do usuário na rede de saúde, e sobre o seu mundo. A narrativa não dispensa o esforço em estabelecer uma relação com o usuário, escuta qualificada do seu problema e com ele estabelecer um vínculo que permita a confiança, espaços de escuta e fala.

4º. Movimento, a definição das fontes e produção dos dados:

A produção de dados se dá sobretudo com base em fontes primárias, quais sejam: i) o prontuário. Primeira fonte pesquisada, importa fazer uma discussão com os alunos sobre o seu uso, sua importância e a necessária anotação detalhada de dados. O prontuário atual em geral traz dados muito resumidos, servindo para uma primeira aproximação do caso, mas mantém grandes limites para sua compreensão. ii) entrevistas. Instrumento para obter as narrativas conforme relatado anteriormente. Importa levantar para além do problema clínico propriamente dito, a vivência cotidiana, relações sociais e de família, os estressores do cotidiano, se há um cuidador ou se o mesmo está desamparado. A perspectiva de vida e como esta se produz. iii) visita domiciliar. O lugar de moradia do usuário é sempre muito importante, para conhecimento das suas condições de conforto e segurança no domicílio, quanto para entender as relações de família, fator importante no processo de condução do projeto terapêutico.

Através das fontes de dados, fizemos a análise da produção do cuidado para elaborar o fluxograma descritor. Para este caso, o fluxograma não foi concretizado da forma mais convencional, devido ao fluxo irregular da usuária. Para tanto, descrevemos as diversas interrupções da usuária em forma de diferentes fluxogramas, ressaltando que, diversas vezes, a usuária interrompeu o projeto terapêutico apresentado.

A Linha de Cuidado percorrida por JMA

A usuária J.M.A consta como cadastrada na Unidade de Saúde, desde 2001. No entanto, a partir do dia 13 de fevereiro de 2007, a usuária buscou o posto pedindo orientações sobre métodos contraceptivos, dando início ao seu histórico direcionado para doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada. Consta em seu prontuário que sua menarca foi aos 12 anos, e que a sua primeira gravidez foi aos 15 anos. Em fevereiro de 2007, a usuária apresentava seu primeiro filho com 8 meses e estava amamentando-o. A usuária nega tabagismo e não possui histórico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMEG). Nesse estágio, a usuária foi direcionada ao uso do contraceptivo depoprovera. Não consta no prontuário que a usuária retornou ao posto para dar continuidade ao seu tratamento contraceptivo.

A partir deste momento a história da usuária é caracterizada por sucessivas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), combinadas com co-morbidades, associadas às precárias condições de vida, exposição a ambiente insalubre, alto consumo de álcool. Há sucessivos esforços de convencimento da usuária para adesão ao tratamento sugerido pelo médico, incluindo de tuberculose, sendo que a usuária tem se negado a comparecer à Unidade de Saúde, se permitindo o cuidado apenas quando o problema se torna agudo.

A visita domiciliar forneceu a imagem de condições precárias de higiene e, em conversa com a mãe, esta informa uso constante e exagerado de álcool pela usuária, sendo que o pai de um de seus filhos estaria envolvido com o tráfico de drogas. A mãe demonstrou gratidão pela preocupação do médico com a filha e afirmou ser realmente difícil convencê-la de ir a unidade cumprir com seu projeto terapêutico, evidenciando a complexidade do caso.

Discussão da experiência

O que se expressa no caso a partir da experiência é o Trabalho e Educação como instâncias do cuidado e da aprendizagem, imanescentes entre si e inseparáveis, este é o pressuposto que buscamos como base para as discussões relacionadas à educação médica e para as outras profissões de saúde. Em “O Nascimento da Clínica”¹⁰, é retratada com clareza a busca do conhecimento pelos médicos, na época sobretudo os cirurgiões e patologistas, através da abertura dos corpos e o ato de “debruçar-se sobre” os mesmos, o exercício clínico, que vem da palavra grega *Kliné* que significa leito, sendo o médico clínico aquele que se debruça sobre o leito para observar o doente. Foucault deu o nome de “clínica do olhar” a essa primeira perspectiva do trabalho médico. O que tiramos dessa primeira experiência é o aprendizado pela prática, pela experimentação, algo que age sobre o aprendiz com toda intensidade. A educação médica segue esse preceito, ou seja, se os primeiros médicos aprenderam a clínica do olhar sobre os órgãos no corpo então aberto, os aprendizes fizeram os mesmos gestos seguidos pelos seus mestres e assim sucessivamente. O aprendizado é sempre associado a uma prática, sob tutela de um mais experimentado. Mas o que fica de nobre é o aprendizado em ato, em que trabalho e educação estão absolutamente agregados um ao outro.

Como podemos analisar, a narrativa evidencia como J.M.A teve acesso à unidade e como o seu caso foi elaborado pela equipe profissional. A principal dificuldade encontrada é a de que a usuária não colabora com o projeto terapêutico apresentado para seu processo de cuidado. Não é possível afirmar as causas para essa dificuldade mas, se tratando de uma usuária jovem, com dificuldades sociais e econômicas, é possível compreender as barreiras que a impedem de promover o auto-cuidado.

A Unidade Básica de Saúde consegue responder bem às necessidades da usuária, visto que, os medicamentos estiveram sempre disponíveis para ela; as referências, quando necessárias, foram dadas, ainda que a usuária não tenha respondido a isso; a equipe da unidade criou vínculo com a mesma, conhecendo-a bem, assim como o seu contexto familiar e de vida; a usuária teve acesso aos exames que lhes foram pedidos, ainda que a mesma não os tenha realizado por vontade própria todas as vezes que eles foram necessários.

De acordo com os relatos do médico, J.M.A estava ciente da importância de seguir seu projeto terapêutico para a sua saúde. Ainda assim, a mesma permanecia em comportamento difícil, o que dificultou muito a execução desse projeto.

Os relacionamentos da usuária mostraram uma vida conturbada, mediada por perdas e carência econômica, o que pode contribuir muito para seu temperamento difícil, para a falta de perspectiva de vida e, conseqüentemente, para a dificuldade da promoção do auto-cuidado.

Podemos perceber a importância do vínculo entre o médico e a usuária, e as extensas conversas que o mesmo buscou, almejando encontrar solução para o caso. A usuária obteve total acolhimento na unidade, desde que deu entrada nela, o que é percebido pelo conhecimento que a equipe tem de seu histórico, além da preocupação pela usuária.

Dessa forma, o conteúdo desse caso ressalta o tema integralidade como fator preponderante na construção do histórico da usuária, para melhor compreensão do mesmo. E, sendo assim, retorno ao autor⁶ com a seguinte frase: “A busca da integralidade, se levada às últimas conseqüências, revelaria as diferentes iniquidades vividas por cada um que busca os serviços de saúde.” O caso J.M.A nos revelou peculiaridades intrínsecas ao indivíduo estudado que dificulta que os

serviços de saúde concluem o processo de cuidado.

Especificamente à aprendizagem, a prática de ensino nesta disciplina demonstra que uma Unidade de Produção do Cuidado é ao mesmo tempo uma Unidade de Produção Pedagógica¹¹, tomando por referência a ideia de que trabalho e educação são indissociáveis, pois, a atividade produtiva, prática, o trabalho em si, produzem um conhecimento com base na experimentação, capaz de transformar os sujeitos que dela participam.

Foram importantes o contato com o domicílio da usuária, a sua família e percepção do meio social em que vive. Isto fez com que se compreendesse o fato de que, embora ela tenha sido acolhida na Unidade, e os profissionais tenham encaminhado um projeto terapêutico para seu cuidado, as ferramentas disponibilizadas até então não conseguiram produzir nela uma adesão consistente ao cuidado. Este é o principal desafio.

Os alunos perceberam com clareza o processo de trabalho de cada profissional, e os fluxos assistenciais da Unidade de Saúde. Esses foram bem demonstrados ao estudarem a linha de cuidado da usuária, ficando claro que havia uma disponibilidade em atendê-la e conduzir seu projeto terapêutico, contudo, não se conseguiu atuar sobre sua condição afetiva e social a fim de produzir nela uma vontade de se cuidar. Suas escolhas para a condução da sua vida envolvida um modo de vida de alta exposição ao risco de adoecimento, agravo, e abandono dos filhos. Tudo isto combinado com o abandono de si, por outros e por ela mesma. Estes aspectos que embora entendidos não tiveram uma condução que fosse capaz de alterar o modo como caminhava na vida.

Puderam perceber a importância dos cenários de vida e a compreensão sobre as opções para certos modos de vida das pessoas, entendendo que a intervenção

sobre o corpo embora importante tem limites, e o conhecimento da saúde requer a ideia de uma “clínica dos afetos”¹² como dispositivo do cuidado.

A clínica dos afetos reconhece o encontro como dispositivo do cuidado, e a potência dos corpos como uma força que opera fortemente para o cuidado em saúde. Estes afetos são circulantes também nas relações entre os alunos e os trabalhadores, usuários, as ideias com as quais os alunos se veem expostos no processo de aprendizagem.

Considerações finais

Podemos concluir afirmando que este processo de aprendizagem se inicia com o dispositivo do encontro, opera no corpo-aprendiz e gera efeitos interminavelmente. Por isto qualquer tentativa de concluir pode se frustrar, porque o dispositivo encontro continua agindo indefinidamente nos corpos, e produzindo seus efeitos na mesma intensidade.

A aprendizagem sócio-afetiva é um tipo de educação inconclusa, porque infinita na dimensão temporal, algo que perdura enquanto houver trabalho sendo efetuado pelos que se encontram na cena de produção do cuidado, e, como sugerimos, é também uma cena de produção de saber. Podemos perceber que a dimensão sócio-afetiva do trabalho e educação é inseparável da dimensão mais técnica e instrumental, tal como sugerimos o acoplamento do conhecimento de terceiro gênero com o de segundo gênero, ou seja, a “ciência intuitiva” ao “conhecimento científico”¹. Cabe aos operadores da educação e do cuidado utilizar destas tecnologias na sua prática com a dimensão que lhes cabe, ou seja, sugerimos sempre que a dimensão instrumental da formação e do trabalho esteja subsumida pelo campo cuidador e a implicação dos trabalhadores com seu próprio fazer⁷, e ao mesmo tempo ao campo

dos afetos.

Não há um tipo de trabalho que se qualifica a priori, na saúde ele acontece em ato, na própria relação-encontro com o usuário, por isto os processos educacionais de formação das profissões de saúde, podem resultar em um trabalhador que vai conduzir seu trabalho de forma meramente instrumental, ou, outro que poderá operar as dimensões sociais e afetivas nas relações de trabalho e cuidado. O que virá a ser depende dos aspectos formativos e as subjetividades resultantes dele. Entender esta questão é fundamental para pensar as metodologias de ensino das profissões de saúde.

O Acolhimento⁵ aparece no cenário

como um importante dispositivo através do projeto “Acolhimento Solidário”, momento em que os estudantes aparecem mais como profissionais, tendo desde já a responsabilidade de estabelecer relações, e operar o exercício da escuta, fala, olhares, e todos aspectos relacionais com o usuário. É no interstício estudante e usuário, no “entre” eles, acontece o cuidado e a aprendizagem, operando assim o processo de formação, mesclado pelo saber já dado, e a “ciência intuitiva”, que opera em ato, um conhecimento inusitado, criativo, afetivo, mas igualmente forte na produção de realidade. Esta é a síntese de um processo de formação que ainda procuramos alcançar no campo da educação em saúde.

Referências

- ¹ Spinoza, B. *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica; 2008.
- ² Deleuze, G. *Espinoza filosofia prática*. São Paulo: Escuta; 2002.
- ³ Deleuze, G. *O Anti-édipo*. Lisboa: Sítio & Alvim; 1972.
- ⁴ FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- ⁵ Franco, TB; Bueno, WS; Merhy, EE. O Acolhimento e os Processos de Trabalho: o caso de Betim-MG. *Cad. Saúde Pública*. 1999 abr-jun; 15(2):345-353.
- ⁶ Cecílio, LC de, Oliveira, MHJ Necessidades de saúde das pessoas como eixo a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: Linhares, A L. *Saúde e Humanização: a experiência de Chapecó*. São Paulo: Hucitec; 2000.
- ⁷ Merhy, EE. Em Busca do Tempo Perdido, a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, EE, Onocko, R. *Agir em saúde, desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997: 04-30.
- ⁸ Franco, T B. O Uso do 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; 2003.
- ⁹ Franco, T B, Merhy, EE. O uso de Ferramentas Analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). In: *O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- ¹⁰ Foucault, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense - Universitária; 1980.
- ¹¹ Franco, TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, 2007 sept-dec; 11(23): 427-438.
- ¹² Franco, TB, Galavote, HS. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: Franco, TB, Ramos, VC *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.

APONTAMENTOS SOBRE ÉTICA NA PESQUISA: TENSÕES DA EDUCAÇÃO NO ENCONTRO COM A SAÚDE

Notes about research ethics: tensions of education in the encounter with the health

Ricardo Burg Ceccim

Pós-doutor em antropologia médica, Programa de Pós-Graduação em Educação e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, professor de saúde coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: ricardo@ceccim.com.br

Daniele Noal Gai

Doutoranda em Educação, Faculdade de Educação e Programa de Pós-Graduação em Educação, professora de educação especial na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: daninoal@gmail.com

Resumo

Esta escritura foi disparada com o seminário avançado sobre Ética na pesquisa, que envolvia questões e proposições para a Educação e para a Saúde Coletiva, realizado no primeiro semestre letivo de 2014, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - uma promoção dos Programas de Pós-Graduação em Educação e em Saúde Coletiva. Trouxemos, neste artigo, apontamentos sobre a vida e os encontros, tomando-os como tarefa ética quando se investiga em ciência e na produção de conhecimento em saúde. Pensamos, aí, uma Ética “da educação” no cuidado em saúde. Sugerimos a potência de permanentemente aprender, durante a pesquisa, porque se pesquisa. Pesquisar é aceitar o imprevisível, é se deixar ser afetado, é a capacidade de suportar o que não para de diferir. Pesquisar exige Ética para com o que pede passagem, com a densidade da vida e com a labilidade das formas. Propomos que “parafernália do encontro” - e não as tralhas tecnológicas - sejam disparadoras de potência para a afirmação da vida.

Palavras-Chave: Ética em pesquisa; Pesquisa-educação; Pesquisa-saúde; Vida-saúde; Vida-educação.

Abstract

This writing was triggered by the advanced seminar on Ethics in research involving issues and propositions for Education and Collective Health. The seminar was held in the first semester of 2014,

in the Federal University of Rio Grande do Sul, promoted by the programs of Graduate Studies in Education and Collective Health. We brought, in this article, notes on life and encounters, taking them as an ethical task when investigating in science and in knowledge production in health. We think, there, an “education” Ethics in health care. We suggest the potency of learning permanently, during the research, why we research. Researching is accepting the unpredictable; is to letting yourself be affected; it is the ability to endure what does not stop from differ. Researching requires Ethics to what asks for passage, to the density of life and to the lability of the forms. We propose that “paraphernalia of encounter” – and not the technological junk - be the trigger of the potency to the affirmation of life.

Keywords: Research ethics; research-education; research-health; life-health; life-education.

Introdução

O presente documento de escrita reúne argumentos acerca da Ética na pesquisa, envolvendo questões da Educação para com a Saúde. Trazemos para a cena, neste artigo, apontamentos sobre a Vida e os Encontros, tomando-os como tarefa Ética quando se investiga em ciência e na produção de conhecimento. Sugerimos a potência de permanentemente aprender, durante a pesquisa, porque se pesquisa. Pesquisar é aceitar o imprevisível, é a capacidade de suportar o que não para de diferir. Pesquisar exige Ética para com o que pede passagem, com a densidade da vida e com a labilidade das formas. É importante indicar que os apontamentos que se seguem nos foram evocados por um seminário avançado sobre Ética na pesquisa, envolvendo questões e proposições para a Educação e para a Saúde Coletiva, realizado no primeiro semestre

letivo de 2014, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, uma promoção dos Programas de Pós-Graduação em Educação e em Saúde Coletiva. No decurso de debates sobre pesquisa, ciência e produção do conhecimento, o tema da Ética nos surgiu com relevo singular às interfaces entre a Educação e a Saúde Coletiva. O pano de fundo era o de uma pergunta: como propor uma Ética na produção de conhecimento *do* e *no* contemporâneo? Dito de outra forma: como propor uma Ética em meio à vida e aos encontros? Pergunta que nos temos feito em meio às pesquisas que orientamos na graduação e na pós-graduação em Educação e na Saúde Coletiva, que colhem o humano, a vida ou as redes, na sociedade, em seus movimentos intensivos, abertos, em ato.

Trata-se, no nosso caso, do tema da *produção de conhecimento* como “estudo-ação” ou “pesquisa-formação”, o tema da *pesquisa* como “pesquisa-ação” ou “pesquisa-intervenção”, o tema da *ciência* como “comunidades ampliadas de pesquisa” ou “comunidades científicas ampliadas”¹ Nossos esforços de estudo e pesquisa atravessam a tematização de uma Ética da educação (do aprender) instaurada no campo da saúde (do atender), onde se cruzam questões do aprender/ensinar e do atender/tratar, tendo em vista o rigor com que se deve operar dados, informações e conhecimentos sobre alunos, pacientes, professores, usuários de serviços de saúde, etc. Nossos temas envolvem educação em saúde, educação especial, saúde mental coletiva, humanização do cuidado em saúde, educação e promoção da saúde, formação de professores e de profissionais de saúde.

Foram feitas inúmeras propostas de estudo, ao longo do Seminário, que alongavam as intenções de *escavação* e refinamento sobre o tema da pesquisa científica e as múltiplas formas de produção de conhecimento que envolvem, em maior ou menor grau, práticas científicas, filosóficas ou artísticas. Os plenários foram

contribuidores, sobretudo as conversações que se deram no debate que acontecia quando estávamos juntos em torno de um texto, um exemplo, um modelo ou um desafio. Parece-nos que olhar por todos os lados é a principal reivindicação do contemporâneo. O contemporâneo nos interessa, sua prospecção de futuros ou a projeção de mundo que nossos atos geram na pesquisa, ciência e produção do conhecimento. Forma e resultados não se dissociam, a forma delinea a vigília e a organização dos resultados. Nova pergunta: o que se inclui e o que se exclui por força dos limites que impomos pela forma e pelo estilo de vigília? Vasculhamos, então, em Seminário, aspectos relacionados às exigências, normativas e falsas proposições no que se refere à Ética nas ciências humanas, na área de humanidades como um todo ou nas chamadas ciências sociais e humanas na saúde.

Tratou-se, em aulas abertas aos mestrandos, doutorandos, professores, pesquisadores e à comunidade interessada, sobre o que é da ordem legal, moral ou processual em ciência. Sugerimos à análise os direitos autorais, o plágio em pesquisa, os trâmites e burocracias na pesquisa universitária, as comissões científicas e suas exigências internas de trabalho, os interesses de agência e grupos de interesse, as comunidades de citação recíproca e as coautorias estratégicas. Conhecer as linhas de pesquisa, a vulnerabilidade de todos e de cada um em meio à investigação científica e à produção do conhecimento não adquire patamar de diálogo, posto que normas antecedentes ou “culturas” científicas cercam as margens de conversação, interação ou composição. Conhecer internamente as intenções dos comitês e comissões na aproximação viva com a Ética ou como relacionam a Ética com a vida não nos parece imediato. Essas questões e perturbações-proposições tornaram-se argumentos para um certo *pensar* da ação

científica, intelectual e investigativa.

Por quais agências nossa busca, por quais grupos nossas reivindicações, por qual *socius*, ambiente e subjetividade nossa produção de mundo *do* e *no* conhecimento? Por qual Ética nossa busca, as nossas reivindicações e a nossa ação? Como interlocutores, numa abertura para conversa, inventariamos percursos e autorizamos alguns rumos. Em grupo, num coletivo, num esforço intelectual rigoroso legitimam-se acepções para as coisas que são da ordem dos coletivos, da ordem do humano, da ordem da vida. Na ordem/ordenamento das pesquisas tudo isso se considera?

Por quais percursos investimos pesquisa? Por quantos paradoxos, uma pesquisa? Pesquisas em meio ao contrassenso, confrontadas na experimentação com o dissenso, com a diferença, são emergências no contemporâneo! Como estabelecer protocolos, preâmbulos, procedimentos de pesquisa frente à multiplicidade ou a pluralidade da Ética? Sob diferentes perspectivas, perante diferentes filiações e diante da multiplicidade dos processos de pesquisar e perceber, certamente não encontramos uma única e mesma ou permanente Ética. Porém, se sabendo do perspectivismo, das inscrições teóricas e da multiplicidade, se assinalam e se exigem responsabilidade, rigor e seriedade com matérias e métodos de saber. A construção dos modos de pensar-sentir-querer por si só indica a Ética em ciência ou das relações, a função ou disfunção da introdução de protocolos e termos de proteção de quem pesquisa e de quem é (ou daquilo que é) pesquisado.

Perante o plural e o impermanente, assim como de forma distante da Verdade, da prova e do controle, quais percursos seguir? O que fazer com sutilezas, delicadezas, invisíveis ou incorporais? Informes somente acessados em meio à vida “no lugar”, no

lugar da alteridade, no lugar do encontro, no lugar em mutação, inclusive do pesquisador *quando* pesquisa, *durante* a pesquisa e *porque* pesquisa.

Como mobilizadores de pensamento e de mudanças, enunciamos a autorização e a legitimação como pontos para nos pensarmos, num processo de aprendizado de si, ou seja, em lugar de um Termo de Consentimento remetido ao outro, a diligência de si, não um proteger-se de risco gerado ao outro, mas um confrontar-se com sua autorização e legitimidade aos encontros, à produção da vida, em meio à pesquisa.

Quanto à autorização:

- a) autorização da pesquisa - oportuna ao autor;
- b) autorização do tema - constructo processual do autor;
- c) autorização do campo - intervenção conforme os vínculos possíveis ao autor;
- d) autorização das análises - com expectativa de compromisso autoral;
- e) autorização da publicação - com expectativa de atualização da pesquisa por redes de conversação.

Quanto à legitimação:

- a) legitimação da pesquisa - oportuna a um programa de pesquisa e seus pesquisadores;
- b) legitimação do tema - constructo processual de uma linha de pesquisa;
- c) legitimação do campo - intervenção conforme as demandas da contemporaneidade da pesquisa;
- d) legitimação das análises - com expectativa de convocação social entre os interessados;
- e) legitimação da publicação - com expectativa de interação no *socius*, no ambiente e na subjetividade em causa.

Poderíamos dizer de outro modo tudo isso, já que em diferentes perspectivas da ciência e da vida é possível uma Ética da

educação (do aprendizado), como uma Ética da atenção (do cuidado). No que se refere à educação e à saúde, na deficiência, no transtorno mental ou na convalescença, pode-se perguntar: quais as matrizes de experiência ou para a interferência na deficiência, na doença, na ineficiência, no adoecimento, na invisibilidade/inviabilidade, no silenciamento/supressões?

Como, na deficiência, no sofrimento, na doença e supostas doenças, tornar-se “sujeito de si”?^{2,3} Consigo mesmo, por si mesmo e para si mesmo? Compondo-se d’outros? Com-vivendo? Acompanhado do mundo, dos seus cacarecos e de outras coisas? Comparado aos processos de desenvolvimento de intensidades? Avaliado sob a multiplicidade da potência e do devir? Avaliado sob as medidas dos encontros alegres? Avaliado sob as medidas do que está à flor da pele, do que se faz com simplicidade, enfrentamentos, risco e riso? Como construir-se em meio à vida? Experimentando a deficiência, o transtorno ou a doença como potência para a vida?

Como inventar espaços escolares ou de saúde em que o cuidado, o afeto e a vida sejam aprendidos em meio à experiência do que se transforma em meio à vida? Como abrir as possibilidades de vida-aluno-com-deficiência, vida-pessoa-em-sofrimento ou vida-“paciente”-convivendo-com-vírus ou isso ou aquilo na contemporaneidade? Como desassujeitar naturalizações de outros tempos e construir práticas de convívio com o que se é, com o que um aluno é, com o que um usuário de serviço de saúde é, com o que ele traz nos bolsos, com o que seus olhos caçam do entorno ou seus corpos compõem em mosaicos e bricolagens, com o histórico de vida que ele porta?

Como construir práticas de vida no dissenso, na multiplicidade, na efervescência do sem sentido? Como construir práticas de vida paradoxais, inelegíveis, não classificáveis, ilegíveis, de difícil tradução, descrentes de preconceitos e com puro

rigor no que se concebe como encontro? Como pensarmos-produzirmos corpos-rabo-de-lagartixa plenos em plasticidade? Como produzir um corpo sempre prestes a epifanizar-se?^{4,5}

Pensar possibilidades

Pensar possibilidades de moldar, remodelar, aliterar, inverter e fazer verter em pesquisa requer questões de pensamento. Reivindica-se práticas de contemporâneo, exige-se uma ética viva e atenta, em devir, em ato. De modo que o que se contrata em meio à alteridade valha naquilo que se faz ali, em ato. De modo que piscar o olho e fazer combinações valha tanto quanto contrato, pois que naquilo que se agencia há acontecimento. Naquilo que se acha, nos achadouros de escola e serviços de saúde, por exemplo, sob combinação daqueles que procuram algo, juntos, perfaz-se uma Ética.

Termos conversado sobre uma possível Ética contemporânea da alteridade, nos trouxe questões desdobradas do contemporâneo: Ética da alteridade, Ética do viver junto, Ética do compartilhamento, Ética da conectividade, Ética do deslocamento, Ética viva, Ética da amorosidade, Ética do brincar, Ética do riso. Éticas caçadas pelos protocolos de pesquisa e termos de consentimento livre e esclarecido? Esclarecimento iluminista ou esclarecimento em desmanchamento e recomposição singular e viva de corpos de afeto? O que fazer com a ética-atenção que espraia-se como ética do viver junto, ética das intensidades?

Interessa provocar tal suscitação em educação ou em saúde? Especialmente em educação especial, em saúde mental ou em saúde coletiva, onde se quer transpassar a lógica da habilitação e reabilitação, do diagnóstico e da cura, onde se quer a possibilidade do ritmo da vida, a vida que possa se dar no comunitário, sob coletivos e em meio ao *socius*, ambiente

e subjetividade? Conquanto aquele com existência fragilizada, com corpo adoecido, queira um pouco de ar para não sufocar⁶, um pouco de ar puro⁷, outro. A quem se dedica um cuidado privativo, se requer a proximidade com o humano, não com o prevenível ou, exatamente, com o não prevenível. Aquele que recebe o cuidado privativo quer aquilo que é da ordem do humano, quer viver junto (habitar um tempo com outros¹), mesmo que a dois em troços, quer a intensidade, o desafio.

Nietzsche, ao reivindicar “ar puro!, ar puro!”, dirá mais: “em todo caso, (...) longe dos perniciosos miasmas da putrefação interior (...)”. Esse pensamento sem idealismo levaria ao conhecimento. Esse conhecer, ele chamou de “conhecimento trágico”⁸: uma nova forma de conhecimento – discrepante da racionalidade clássica – e que resulta de olhar o “inesclarecível”, isto é, de ver o que está fora da rede de impenetrabilidade tecida pelo saber lógico-explicativo e de entrar em contato com a necessidade de reconfigurar o saber em uma nova estética da existência. Está mais próximo da arte (metafísica artística) que daquilo que chamamos ciência (metafísica racional).

É certo que não existe só uma prática do ensinar, e tampouco só uma prática do cuidar. Estar preparado para trabalhar com uma vida fragilizada em sua existência é poder colocar-se no lugar de quem aprende, de quem é atendido, é poder lançar o olhar para além do que está posto, tocar o incorporal, ver o invisível, sentir o impalpável. É implicar-se, é querer e fazer parte do processo, é lembrar-se das redes transeitoriais, é *encontrar-se* com aqueles a serem cuidados com uma Ética,⁹ aumentando sua potência de querer e de

¹ Habitar um tempo com outros se refere ao compartilhar compreensões, a vida. Isso pode ocorrer pelo contato com a literatura, o teatro, a dança, por exemplo. Então, não se trata de uma noção romântica do gregário, mas da produção humana em meio à vida

agir. Propor-se ao encontro. Encontro que só pode ser único.

Diante do encontro, quantas antecipações posso ofertar? Quantas antecipações posso consentir? Quantas emoções/afecções posso prevenir? Em que medida antecipações, consentimentos e prevenções impedem ou favorecem o encontro ético? Há necessidade da ética viva, processual *in actu*? Pensar possíveis para um encontro que seja específico, ativo, efetivo, pontual, um movimento, uma aproximação, um deslocamento, uma atenção, uma escuta, um sentido, uma voz: antecipações, consentimentos, prevenções são possíveis? Fazem sentido?

O encontro se faz na potência do estar junto, na potência das intensidades, na potência das disrupturas a que se busca ou precisa. O encontro se faz na atração de sensibilidades. O *encontro* pode ser a Ética? O encontro pode ser a condução? Encontro como atenção? Encontro singular? Encontro como aprendizado? Encontro caseiro? Encontro morada? Encontro estada? Encontro residente? Encontro que reside? Encontro que mora nalgum lugar?

Há necessidade de um “polo cognitivo de singularização, de particularização da pesquisa”¹⁰ (no outro polo estaria a racionalidade da ciência) para afirmar a criação processual e, em lugar do paradigma da Verdade, estaria uma modelização localizada, encarnada em um corpo social cujo destino está em causa. Os enunciados de pesquisa, numa mudança de atitude do pesquisador em relação a seus interlocutores, podem ser chamados de agenciamento coletivo de enunciação. “A elaboração cognitiva, neste caso, é inseparável do engajamento humano e da escolha de valores em que implica”.

Propõe-se que “parafernálias do encontro”, não astralhas tecnológicas, sejam disparadores de potência para a afirmação da vida. O encontro, como a produção em ato do cuidado em saúde, “é um momento

intensamente intercessor”. Encontro onde, “de um jeito ou de outro, dele esperam seus agentes a mesma coisa: que seja eficaz para resolver ou aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde”¹¹. Pode-se dizer do aprender em educação a mesma coisa. Encontro desde o qual esperam seus agentes o aprendizado: de si, do mundo, dos entornos. Ou a atenção: para si, para suas inserções/inscrições, para com os possíveis e a recuperação da potência. Letramento da vida que se sucede, acontece em nós, conosco, por nossos atos de mundo.

Uma das competências necessárias do pesquisador é a de estar atento à realidade, mas realidades são moventes e reagem à presença do pesquisador. Como estar atento (em vigília de pesquisa) e “negociar” com a realidade, acolhendo-a, não a rechaçando em nada? A negociação é entendida como um diálogo ou “saldo” da rede de conversações entre os referenciais técnicos, experiências vividas, definições e distinções de necessidades de saúde, necessidades do aprender (necessidades do saber em saúde ou educação). Defende-se a entredisciplinaridade para que se reconfigurem as relações em equipe permanentemente ante a complexidade do enfrentamento do mundo real das necessidades em saúde disputando serem reconhecidas e cuidadas. A entredisciplinaridade, entendida como forma de compreender o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, tem valor na educação e na saúde. Ceccim fala de “um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável”¹². Pode-se dizer de uma prática, um estado-ação onde emerge o mestiço, o híbrido, o nômade; em que todos os potenciais seguem se atualizando e o equilíbrio não pode ser outro que não a transformação permanente.

Conclusão

As anotações neste texto trazem nuances de uma educação e uma atenção que podem ser eficazes desde que abertas à alteridade. Cuidado querencoso. Ensino querencoso. Cuidado amoroso, dedicado ao frágil da saúde, como presente na convalescença, no transtorno, na deficiência. Alteridade/encontro, enlace *in actu*. Enlace como zona de experimentação, zona de singularização.

Desejosas são as zonas de experimentação entre intuição, cuidado, saúde e educação. Na perspectiva Deleuzeana, desejar será sempre um ato construtivista. Diz que “não há desejo que não corra para um agenciamento”. Desejo, dirá, “é construtivismo”. Ainda: “é construir um agenciamento, construir uma região”. Desejar é “realmente agenciar”, pois que “o desejo é construtivismo”¹³. Quem e como regula *esta* Ética. Trabalha-se, nesta noção de pesquisa, não com o que junta, mas com o que separa juntando: operadores-conectores-disjuntores. São proposições disjuntivas e compartilháveis, tal o contemporâneo que se vive! Habitar um mesmo tempo, habitar uma conversação: eis aí a Ética do encontro. Só descoberto nesta hora e somente porque aí, sob um encontro ético.

Bem, falar de uma produção de conhecimento que é “girar por cima do assunto (*viver-junto*)”¹⁴, de uma pesquisa que segue em vias de se fazer. Diz acreditar que, para haver de fato uma relação de ensino que funcione, “é preciso que aquele que fala saiba só um pouco mais do que aquele que escuta (às vezes, mesmo, sobre certos pontos, menos: são *vais-evens*)”. Assim, mesmo a construção do conhecimento é pesquisa, não aula¹⁴. A pesquisa: científica ou construção do conhecimento? A ciência: protocolar ou margens à construção do conhecimento

e suas inovações?ⁱⁱ A produção do conhecimento: repetição, reconhecimento ou construcionismo, conversação de saberes e suas disrupturas?

Afirma a transgressão, marcar a decomposição e a desocupação dos territórios identitários, abrindo-os à raridade e ao inusitado. Como compor uma pesquisa do quase nada? Como compor uma pesquisa com a junção de restos de corpos debilitados, enlouquecidos, frágeis, vitais? Desde a filosofia, a arte, a saúde, a ciência, as pedagogias do corpo e da saúde? Como se fazer entender com intercessores surtados, epiléticos, sufocados, suicidas? Como compor um Corpo sem Órgãos¹⁵ e fazê-lo produzir sentidos em uma escavação de pesquisa? O que se pode com um corpo nada de corpo? Com um vazio que se preenche por dentro? Como *afectar* sem avessos? Como, aos moldes de Lygia Clark, promover abertura na subjetividade para um além do humano: o autêntico bicho (o vivo)? Como fazer outras dobras toda vez que um novo feixe de sensações assim existir/exigir? Como fazer outras perguntas sempre que o contemporâneo nos afrontar? Pesquisar! Pois que vivemos, fazemos vida. A ciência humana é feita dessa matéria, enfim.

Trouxemos apontamentos, apontamentos sobre a vida e os encontros, tomando-os como tarefa ética quando se investiga em ciência e produção de conhecimento em saúde. Pensamos aí uma Ética “da educação” na atenção em saúde: permanentemente aprender quando em pesquisa, durante a pesquisa, porque se pesquisa. Pesquisa não pode ser antecipação, se for educação, se for aprender, se for ensinar e aprender.

ⁱⁱ Construção e produção do conhecimento: práticas diversas. Enquanto a construção é o aprendizado do conhecimento acumulado pela humanidade, um fazer de escola, a produção é ensaístico-investigativa, um fazer da comunidade científica. Construção e produção, entretanto, são pesquisa. O que fazer com a não ou difícil distinção. Por ventura desejá-la?

Sabemos de saúde e de educação por seus lugares de exigência pela radical Ética da vida: educação especial, saúde mental, saúde coletiva, formação de professores e formação de profissionais do cuidado em saúde. Pesquisar é aprender e adquirir um

poder de ser afetado, é a capacidade de suportar o que não para de diferir, aceitar o imprevisível. Pesquisar exige Ética para com o que pede passagem, com a densidade da vida e a labilidade das formas.

Referências

- ¹ Ceccim RB, Müller GS, Maia LP, Cataluña RV. A proposta de pesquisa-formação em saúde: construção do método de Círculos em Redes. RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, 2013 dez;7(4).
- ² Foucault M. A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982). 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
- ³ Foucault M. A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II, Curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: Martins Fontes; 2011.
- ⁴ Noal Gai D, Ferraz W (Org.). Parafernalias: diferenças, artes, educação. Porto Alegre: INDEPIn; 2012.
- ⁵ Noal Gai D, Kersting AB, Martins I, Soares O, Ferraz W. Notas do idiotismo: Arthur Bispo do Rosário e Manoel de Barros. In: Gonçalves C. (Org). Caderno de notas 5: oficinas de escrituras - arte, educação e filosofia. Oficinas produzidas em 2011. Pelotas: Editora Universitária/UFPel; 2013:65-67.
- ⁶ Woolf VV Woolf: contos completos. São Paulo: Cosac Naify; 2005.
- ⁷ Nietzsche FW. La genealogia de la moral: un escrito polémico. Madrid: Alianza Editorial; 1995.
- ⁸ Nietzsche FW. O nascimento da tragédia ou Helenismo e pessimismo. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.
- ⁹ Spinoza B. Ética. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
- ¹⁰ Guattari, F. Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. Revista Tempo Brasileiro, 1992;(108): 19-25.
- ¹¹ Ceccim RBC. O que é saúde? O que é doença? In: Meyer DE E (Org.). Saúde e sexualidade na escola. Porto Alegre: Mediação; 2012:37-50.
- ¹² Ceccim RBC. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006:259-278.
- ¹³ Deleuze G. O abecedário de Gilles Deleuze. Transcrição de entrevista realizada por Claire Parnet, direção de Pierre-André Boutang, 1988-1989. Disponível em: <www.oestrangeiro.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=67>. Acessado em 17/08/2014.
- ¹⁴ Barthes R. Como viver junto: simulações romanescas de alguns espaços cotidianos; cursos e seminários no Collège de France, 1976-1977. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- ¹⁵ Deleuze G. Francis Bacon: lógica da sensação. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.

CURRÍCULO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA: REFLEXÕES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA MODULAR INTEGRADA COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA

Medical curriculum at the Federal University of Paraíba: reflections about an integrated modular experience with emphasis on primary care

Luciano Bezerra Gomes

Médico Sanitarista, Mestre em Clínica Médica e Professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: lucianobgomes@gmail.com

Juliana Sampaio

Psicóloga, Doutora em Saúde Pública e Professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: julianasmp@hotmail.com

Tiago Salessi Lins

Médico de Família e Comunidade, Mestre em Ensino na Saúde e Professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: tiagosal@yahoo.com.br

Resumo

Diante da necessidade de revisão da formação dos médicos, a Universidade Federal da Paraíba realizou sua reforma curricular, implantada a partir de 2007. Destacam-se duas grandes influências neste processo: a experiência de diversas escolas médicas e a forte tradição dos projetos de extensão universitária desenvolvidos em nossa instituição. O desenho final do Projeto Pedagógico do Curso ficou constituído por uma estrutura curricular modular integrada, seguida de dois anos de internato. Os maiores avanços se devem: à inserção dos estudantes na rede básica desde o início do curso; à diversificação dos campos de aprendizagem com o grande aumento das atividades na Atenção Básica; à manutenção dos estudantes nas mesmas unidades por mais períodos por mais tempo; e à contratação de novos professores com experiências práticas nos serviços e forte implicação com processos de transformação do ensino em saúde e com o SUS. Como desafios, destacam-se: o envolvimento de poucos docentes nas atividades da Atenção Básica; manutenção do formato tradicional de ensino nos módulos centrados em conhecimentos das subespecialidades médicas; e necessidade de maior integração ensino-serviço através da gestão local e no cotidiano das equipes de Saúde da Família.

Palavras-chave: Educação Médica; Atenção Básica à Saúde; Currículo.

Abstract

Given the need to review the medical education, the Federal University of Paraíba held its curricular reform, which was implemented since 2007. There were two major influences in this process: the experience of several medical schools and the strong tradition of university extension projects developed at our institution. The final draft of the Course Pedagogical Project was comprised of an integrated modular curriculum structure, followed by two years of internship. The greatest advances were due to: the insertion of students in the primary health care services since the beginning of the course; the diversification of learning fields with the large increase of activities in Primary Care; the maintenance of students in the same health care units for longer periods; and the hiring of new teachers with practical experience in health services and strongly involved with the transformation processes in health education and with the Public Health System. We highlight as challenges: the involvement of few teachers in the activities in Primary Care; the persistence of the traditional teaching format in many modules focused on knowledges of medical subspecialties; and the need for greater integration between teaching and health service through the local management teams and in the daily reality of Family Health Services.

Keywords: Medical Education; Primary Health; Care; Curriculum.

Introdução

Desde os anos 1990, os processos de reforma curricular passaram a integrar fortemente a agenda das escolas médicas. Analisando¹ as iniciativas de mudanças na educação médica ocorridos na América

Latina e no Brasil, naquela década, destaca os seguintes: *Changing Medical Education: an agenda for action; Network*; Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM; e o Programa UNI. Baseando-se nas proposições destes movimentos, ocorreram ações como a revisão das diretrizes curriculares nacionais, articuladas por entidades como a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM e a Rede UNIDA. Além disso, uma grande quantidade de instituições encarou o desafio de transformar a formação, com mudanças que variaram tanto em relação aos métodos pedagógicos priorizados, quanto ao perfil do profissional graduado que se desejava forjar.

A mudança curricular na Universidade Federal da Paraíba - UFPB apresentou um longo transcurso. Embora membros do movimento estudantil e docentes tenham se integrado nos movimentos desencadeados pela CINAEM, ou de articulações da ABEM, as discussões iniciadas no final da década de 1990 somente se consolidaram em 2007, quando entrou em vigor o currículo novo do curso².

Para a elaboração da proposta de reforma curricular na UFPB e sua implementação, alguns fatores locais foram extremamente importantes. Por um lado, o movimento estudantil teve um papel ativo relevante, a partir de membros do Centro Acadêmico e de sua parceria com a DENEM. Por outro, apenas uma pequena quantidade de professores se mobilizou, mas esses poucos conseguiram se manter unidos e conduzir o processo de modo relativamente homogêneo através de um fórum denominado Comissão Permanente de Pesquisa em Educação Médica - COPPEM, que integrava estudantes e professores.

Para a formulação deste currículo, diversas referências foram utilizadas, dentre as quais se destacam duas grandes fontes: 1.

a experiência de diversas escolas médicas, que foram analisadas ao longo dos anos pelos membros da COPPEM; 2. os projetos de extensão universitária desenvolvidos na própria UFPB, que têm uma história de forte influência da educação popular em saúde^{2,3}.

O desenho final do Projeto Pedagógico do Curso - PPC ficou constituído de oito semestres de módulos, seguidos de dois anos de internato. O período inicial, de quatro anos, se estruturou em três conjuntos modulares: 1. os módulos interdisciplinares verticais, que envolvem disciplinas anteriormente distribuídas entre os ciclos básico e profissional, tentando abordar os vários sistemas do corpo humano em seus aspectos morfofuncionais e suas patologias mais comuns, com reflexões sobre suas terapêuticas clínicas e cirúrgicas; 2. os módulos horizontais técnico-reflexivos, que ocorrem durante os oito semestres iniciais, tendo como foco a relação médico-paciente e a formação ética e bioética; e 3. os módulos horizontais prático-integrativos, que têm como eixo pedagógico a problematização da vivência dos estudantes que se inserem em serviços de saúde ao longo dos oito primeiros semestres².

Nos registros da UFPB, cada módulo acima citado recebeu um código, a partir do qual são comumente conhecidos pela comunidade acadêmica: os módulos horizontais práticos-integrativos receberam a sigla MHA; os módulos horizontais técnico-reflexivos, de MHB; e os módulos interdisciplinares verticais, de MIV. Neste artigo, refletimos sobre os sete primeiros anos de experiência de implantação dos módulos horizontais prático-integrativos - MHA. Para tanto, tomamos como referência: 1. documentos produzidos pela Coordenação do Curso e COPPEM durante o processo de implementação do currículo (como relatórios de oficinas de planejamento e momentos de reflexão coletiva sobre os desafios do novo currículo); 2. estudos elaborados sobre a reforma curricular na

UFPB; 3. e nossa própria inserção como docentes em vários módulos e em outras atividades de formação como o internato e a residência médica, tendo nossa implicação impactado nas reflexões aqui apresentadas⁴.

Da implementação do Módulo Prático-Integrativo

A proposição dos módulos prático-integrativos teve como dispositivo o desafio de consolidar os conhecimentos apresentados nos demais módulos do curso (MIV e MHB), a partir da inserção dos estudantes nos serviços do SUS, tendo como principal estratégia pedagógica a problematização da realidade vivenciada no cotidiano. Buscou-se, contudo, a realização não de um módulo pontual de integração ensino-serviço, mas a estruturação de todo um eixo que se desenvolvesse ao longo do curso, vinculando toda a formação acadêmica, na prática em serviço, o que demandou formulações específicas para a estruturação dos vários módulos, que vão do MHA-1 ao MHA-8^{2,5}.

Para dar conta de sua intencionalidade, os módulos foram desenhados da seguinte forma: das seis horas semanais previstas para cada MHA, quatro horas seriam destinadas a atividades práticas, realizadas em turnos fixos nos serviços de saúde ou em espaços comunitários, e duas horas de tutoria para a problematização da experiência vivida, realizadas na universidade.

Um diferencial fundamental para viabilizar este desenho de aprendizagem baseada na vivência em território e em tutoria foi a divisão das turmas (que atualmente têm em média 60 estudantes) em grupos de cerca de 12 estudantes. Cada grupo está sob a tutela de um professor que se responsabiliza tanto pelas atividades práticas, quanto de tutoria, já que os mesmos estão intimamente correlacionados.

Para organização das atividades práticas, deliberou-se que a inserção dos

estudantes se daria desde os primeiros momentos do curso, em intensa integração com a comunidade. A partir do primeiro semestre, os estudantes são inseridos em diversos cenários da periferia urbana da cidade de João Pessoa - PB, nos quais são desenvolvidas diferentes atividades em cada semestre, de acordo com os objetivos de aprendizagem pretendidos para aquele período letivo, ou seja, que integre e consolide os demais conteúdos vistos no curso.

Assim, no primeiro semestre, os estudantes se envolvem na produção de cuidado a algumas famílias, o que lhes demanda o desenvolvimento de tecnologias relacionais⁶. A seleção dessas famílias é feita em parceria com as Unidades de Saúde da Família-USF ou com movimentos sociais locais. Procuramos identificar famílias com situações de vida complexas, que demandam apoio nos mais variados âmbitos: saúde, social, afetivo, etc. Os estudantes, em duplas, se responsabilizam pelo acompanhamento dessas pessoas, as quais passam a ser visitadas semanalmente. Nesses encontros, os estudantes passam a compreender a dinâmica de vida das pessoas, a maneira como elas lidam com suas necessidades, bem como as relações que se estabelecem entre as famílias e os demais atores no território em que vivem, inclusive com os serviços de saúde. Nesse momento, diversos conhecimentos das ciências sociais e humanas, que são ofertados no demais módulos do período (MIV e MHB), são incorporados à vivência dos estudantes, a partir das reflexões em tutoria.

No segundo semestre, os estudantes se aproximam, então, do cotidiano das equipes de saúde às quais as famílias acompanhadas no primeiro semestre estão vinculadas. Ainda sem conhecimentos que permitam uma atuação clínica individual mais intensa, eles se dedicam a compreender o modo como os serviços se organizam,

suas ofertas de cuidado, a maneira como os usuários os acessam, suas relações com outros equipamentos do território, as relações entre os profissionais das equipes, etc. Neste processo, conhecimentos adquiridos no período, como informática, se integram com novos conhecimentos como educação em saúde, que surgem a partir da experiência vivenciada nos serviços de saúde.

No terceiro semestre, os estudantes são levados a conhecer serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Nestes novos cenários, os estudantes podem compreender melhor a relação entre a atenção básica e as demais redes de atenção do sistema de saúde. Neste momento, os estudantes se deparam com debates sobre gestão em saúde, como financiamento, planejamento, avaliação e sistemas de informação, articulando-os com conhecimentos produzidos ao longo dos demais módulos.

Nos quarto e quinto semestres, os estudantes voltam a atuar prioritariamente nas mesmas unidades básicas de saúde em que se inseriram no primeiro e segundo períodos. Nesse retorno, entretanto, já se iniciam as atividades clínicas em atenção primária, articulando abordagens individuais e coletivas, com a construção de projetos terapêuticos em parceria com os profissionais das equipes de saúde, atendimentos individuais nos consultórios; abordagem a grupos; ações educativas coletivas; visitas domiciliares, entre outras. Assim, os estudantes podem integralizar o conteúdo da clínica médica e da relação médico-usuário adquiridos no curso, articulando-os com a atenção básica e seus pressupostos de cuidado longitudinal, vínculo, entre outros.

Nos sexto, sétimo e oitavo períodos os MHA passam a problematizar a atenção a populações específicas, como atenção à saúde da mulher, da criança, do adulto e no atendimento às urgências e emergências.

Contudo, diferentemente dos módulos anteriores, estes são prioritariamente ofertados na rede hospitalar, em especial no Hospital Universitário, o que tende a afastar os estudantes da realidade do sistema de saúde local. Apenas no internato os estudantes voltam a ter uma inserção maior na rede básica, quando permanecem cerca de 16 semanas em tempo integral atuando em unidades de saúde da família, alguns deles, nos mesmos serviços em que se inseriram desde o primeiro semestre.

Para todas essas ações, ao longo do tempo, os estudantes manejam conhecimentos agregados em outras ofertas do curso, além de seus saberes prévios. Em muitas ocasiões, as intervenções demandam conhecimentos aos quais os estudantes apenas serão expostos em períodos posteriores, mas que precisam ser compreendidos para o manejo de situações específicas que estão lidando, o que os mobiliza a serem ainda mais ativos no seu aprendizado.

Além disso, a busca por manter os estudantes nas mesmas unidades tem como objetivo tornar o conhecimento o mais significativo possível, na medida em que eles podem criar vínculos de pertencimento com a equipe de saúde e responsabilização pelo cuidado aos usuários, fundamentais para a co-responsabilização com os trabalhadores pelos processos terapêuticos junto à comunidade. A intensa inserção da universidade nos serviços públicos de saúde tem fortalecido a integração ensino-serviço e a formação em saúde comprometida com e contextualizada nas demandas reais do SUS.

Se tomamos apenas as USF, em boa parte das que atuamos, temos professores e estudantes em mais de quatro turnos semanais, além da presença dos médicos residentes de medicina de família e comunidade, seus preceptores de campo e dos internos do rodízio de saúde coletiva. Neste contexto, ainda mais do que os

estudantes, os professores e preceptores passam a se reconhecer e serem reconhecidos pela equipe de saúde como parceiros, atores envolvidos na qualificação dos processos de trabalho e de cuidado dos profissionais. Aos poucos, vamos nos envolvendo com o planejamento e a execução de ações de saúde, ou mesmo na avaliação e readequação dos processos de trabalho da equipe. Além disso, produzimos coletivamente processos de formação específica, com oferta de cursos ou oficinas e de estratégias de Educação Permanente em Saúde, a partir da análise dos processos vivenciados na e pela equipe.

Destaca-se que, para a efetivação desta proposta, tem sido relevante o perfil dos professores nela envolvidos. Nos cinco semestres iniciais, os MHA ficam a cargo do Departamento de Promoção da Saúde, que agrega professores da saúde coletiva e da saúde da família de vários núcleos disciplinares, com médicos sanitaristas, médicos de família e comunidade além de profissionais da psicologia, enfermagem e nutrição. Mas o que parece mais importante nesse grupo é o fato de atuar de forma integrada, com professores transitando entre os diversos núcleos específicos de conhecimentos, produzindo e compartilhando campos de saberes interdisciplinares. Além disso, o intenso processo de renovação de professores ocorrido nos últimos anos se deu com a contratação de docentes não com o perfil de pesquisadores com trajetória acadêmica consolidada, e sim de pessoas com experiências práticas nos serviços e forte implicação com processos de transformação do ensino em saúde e com o SUS.

Dos dilemas e desafios para os MHA

Embora consideremos que o atual modelo de formação apresenta inúmeros avanços em relação à estrutura curricular anterior, temos clareza que não

solucionamos diversos problemas existentes anteriormente. Ainda, sabemos que novas necessidades surgem; sendo assim, temos muitos dilemas e desafios a serem superados. Alguns são mais pedagógicos, outros, políticos e institucionais^{5,7}. Tentaremos, de forma breve, abordar alguns dos que consideramos mais relevantes.

Uma das principais limitações que identificamos se deve à dificuldade dos vários professores envolvidos em cada módulo de formularem conjuntamente e compartilharem o cotidiano de suas ações pedagógicas. Como dissemos, para que consigamos desenvolver adequadamente nossas atividades, cada turma é dividida em grupos menores, com diferentes professores responsáveis por um grupo de estudantes, articulando as atividades práticas e de tutoria nos diferentes territórios/unidades de saúde. Entretanto, os docentes dos MHA-1 ao MHA-5 apresentam uma carga horária média em torno de 16h de atividades em ensino em graduação, sem contar as atividades de pesquisa, extensão, gestão e pós-graduação. Assim, temos dificuldades para nos encontrarmos de maneira mais sistemática e os momentos reservados para planejamento e avaliação acabam sendo insuficientes para lidarmos com todas as pautas acumuladas, gerando frustração e sensação de isolamento.

Como consequência, podemos identificar a necessidade de aprofundarmos alguns debates e revermos certos aspectos pedagógicos do módulo, dentre os quais, se destacam as estratégias de avaliação do aprendizado dos estudantes. Temos utilizado várias ferramentas avaliativas: portfólios, avaliação pelos trabalhadores dos serviços, autoavaliação pelos estudantes, provas teóricas, avaliações atitudinais, entre outras. Entretanto, acumulam-se percepções (ou mesmo tensões) entre estudantes e professores em relação à inadequada utilização de alguns desses instrumentos, bem como reconhecemos a

necessidade de revermos periodicamente os processos avaliativos.

Ainda no rol dos dilemas a serem enfrentados, destacamos a necessidade de refletirmos coletivamente sobre os temas mais relevantes e os conteúdos mínimos a serem trabalhados em cada período, assim como a real potencialidade do módulo em integralizar conteúdos apresentados nos demais módulos oferecidos em cada semestre letivo. Se temos dificuldades na integração entre os professores de um mesmo módulo (MHA), isto se amplifica quando pensamos na relação dos três módulos que estruturam cada período letivo (MHA, MHB e MIV), limitando o caráter integrativo do curso e intensificando divergências políticas já existentes entre os professores dos diferentes módulos, que operam com conteúdos e, principalmente, com propostas pedagógicas muito diversas⁵.

Estas divergências refletem não apenas posições teórico-pedagógicas diferentes; elas também são efeitos das distintas inserções ocorridas no processo de problematização do ensino e de construção da reforma curricular. A maioria dos professores, como vimos, não participou ativamente do processo de reflexão que desembocou na nova estrutura curricular. Além disso, por concepção dos envolvidos e, também, para se adequar às diretrizes curriculares e às políticas do SUS, o perfil de egresso do curso médico vem passando por intensas modificações. Isso tem gerado dois problemas. Por um lado, temos professores que resistem diretamente às transformações desencadeadas pelo novo currículo; e por outro, e como efeito do anterior, vemos se intensificar, em algumas áreas, o desencontro entre o que se propõe no “currículo formal”, e o que efetivamente se executa no “currículo real”. Ou seja, parte dos professores utiliza seu trabalho vivo para desconstruir, no cotidiano, as proposições com as quais não concorda⁷.

Este é um dos motivos que fizeram

com que os módulos MHA-6, MHA-7 e MHA-8, que estão sob a responsabilidade de grandes áreas - Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica e Cirurgia - tenham avançado muito pouco em relação às antigas disciplinas já existentes no currículo anterior. Especialmente, quando pensamos em marcadores como a preponderância do aprendizado baseado na problematização e na inserção nos serviços da rede básica e do SUS como um todo.

Por outro lado, a diversificação dos campos de aprendizagem e inserção dos graduandos nas comunidades nos MHA 1, 2, 3, 4 e 5, somando-se à diretriz dos serviços assumindo a co-responsabilidade pela formação profissional, tornaram a integração ensino-serviço um eixo estruturante e essencial para o desenvolvimento do curso e do perfil do médico a ser formado. Sendo assim, acentua-se a necessidade do aprofundamento das discussões sobre o papel dos profissionais da rede e da gestão no processo de formação na saúde. Por sua vez, fica evidenciada a importância de decisões da gestão local e dos trabalhadores dos serviços em valorizar as atividades de ensino que, muitas vezes, são tensionadas pela pressão cotidiana por atendimento.

Um último dilema que apontamos se remete à necessidade de ampliarmos a relação da formação médica com outros cursos da saúde. As diretrizes curriculares determinam que o trabalho em saúde seja produzido em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, na medida em que deve ter como foco a atenção às necessidades de saúde da população, que são indiscutivelmente complexas e transbordam qualquer núcleo de saber disciplinar. Infelizmente, continuamos a formar os estudantes de maneira “uniprofissional”, disciplinar e com ofertas fragmentadas de saberes, que muitas vezes intensificam a hierarquização da produção do conhecimento entre as diferentes áreas profissionais. Embora tenhamos apontado

que há professores de outras categorias profissionais para além da medicina envolvidas nos MHA, consideramos que ainda temos muito a avançar para nos relacionarmos de modo mais intenso com professores e estudantes de outras áreas. Felizmente, se as estruturas curriculares ainda são rígidas, por outro lado, tem sido possível desenvolver projetos de extensão e outras atividades tutoriais (como o PET-Saúde) que têm permitido esses encontros interdisciplinares, mas ainda de forma pontual e envolvendo poucos estudantes e professores, sendo fundamental ampliarmos tais ofertas para a qualificação da formação em saúde⁸.

Considerações finais

Os aspectos ressaltados acima estão longe de esgotar todos os dilemas colocados no processo de reforma curricular em curso na UFPB. Mesmo nos restringindo apenas ao módulo prático-integrativo (MHA), consideramos que ainda temos muito a refletir para continuar melhorando. Os desafios ora apontados refletem e se articulam com discussões mais amplas sobre o perfil do egresso que queremos forjar, além da própria compreensão sobre os processos educacionais e as propostas político-pedagógicas para a formação em saúde.

Entretanto, acreditamos que esta aposta de reforma curricular tem nos possibilitado dar passos importantes na proposição deste debate junto à comunidade acadêmica (envolvendo gestores, professores e estudantes), e ao SUS (envolvendo gestores, profissionais e usuários), no sentido de termos uma formação médica mais adequada aos desafios postos pelo atual contexto da saúde e às necessidades de cuidado da população.

Referências

- ¹ Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ² UFPB. Coordenação do Curso de Graduação em Medicina. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. João Pessoa: UFPB/CCS/COPPEM; 2007.
- ³ Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2011.
- ⁴ Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco BT, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M, organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; Chapecó, Prefeitura Municipal; 2004: 21-45.
- ⁵ Simon E. Saúde e educação: o projeto político pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. [Dissertação] João Pessoa: Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba; 2012.
- ⁶ Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ⁷ Sassi AP. Formação identitária dos estudantes de medicina: novo currículo, novas identidades? [Dissertação] João Pessoa: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba; 2012.
- ⁸ Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

INTENÇÕES ENTRE TENSÕES: AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE COMO *LOCUS* PRIVILEGIADO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Understanding between stresses: the multidisciplinary residences in health as a privileged *locus* to the permanent health education

Paula Lopes Gomide Haubrich

Mestranda em Saúde Coletiva
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Tutora da Residência
Integrada em Saúde da Escola de
Saúde Pública do Rio Grande do Sul.
E-mail: plgomidehau@gmail.com

Cristiane Trivisio da Silva

Doutoranda em Enfermagem Pós-
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, Bolsista Capes.
E-mail: cris.trivisio@gmail.com

Maria Henriqueta Luce Kruse

Doutora em Educação, Professora
Associada da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.
E-mail: kruse@uol.com.br

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação, Professora
Adjunta da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.
E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

Resumo

O texto tem como objetivo analisar e refletir a respeito das Residências Multiprofissionais em Saúde enquanto espaço privilegiado para a aplicação dos princípios da Educação Permanente em Saúde no Brasil. Trata-se de uma revisão narrativa, em que foram consultados artigos e capítulos de livros, publicados no Brasil e no exterior, nos últimos dez anos, a fim de se construir uma análise que permita compreender as facilidades e as dificuldades para a efetivação do quanto preconizado pelas políticas públicas nacionais sobre a formação em serviço em saúde. As reflexões, de maneira geral, apontam para a potência das Residências Multiprofissionais como processos de formação em serviço em consonância com o arcabouço teórico da Educação Permanente em Saúde. No entanto, outras destacam as fragilidades existentes na consolidação das Residências, decorrentes do arcabouço legal, da baixa representatividade dos diversos atores que dela participam e da dificuldade de superar as tensões e binarismos existentes entre educação e(m) serviço no campo da saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Residência Multiprofissional em Saúde; Educação em Saúde.

Riassunto

Il testo analizza e riflettere sui corsi di Specializzazione Multiprofessionale in Salute brasiliani, quali spazi privilegiati per l'applicazione dei principi dell'Educazione Permanente in Salute. Il lavoro è il risultato di una recensione narrativa, per la quale sono stati consultati articoli e capitoli di libro pubblicati nell'arco degli ultimi 10 anni in Brasile e all'estero. L'analisi si è focalizzata sulla comprensione dei punti di forza e sulle difficoltà dell'applicazione delle politiche pubbliche e delle raccomandazioni a riguardo della formazione in servizio. In generale, le riflessioni raccolte, indicano da un lato l'appropriatezza delle Specializzazioni Multiprofessionali quali processi di formazione in servizio ed in consonanza con il quadro teorico dell'Educazione Permanente in Salute; e dall'altro individuano nel quadro giuridico, nella scarsa rappresentatività dei diversi attori che partecipano al processo, e nelle difficoltà nel superare le tensioni e binarismi tra formazione e formazione in servizio nel campo della salute i punti deboli che ostacolano il consolidamento delle Specializzazioni.

Parole chiave: Educazione Permanente in Salute; Specializzazione Multiprofessionale in Salute; Educazione Sanitaria.

Um pouco da história da Educação Permanente em Saúde

Muito se tem falado e escrito sobre a Educação Permanente em Saúde no Brasil, na última década. Porém, enquanto estratégia para qualificação dos recursos humanos, no campo da saúde, a Educação Permanente não é uma ideia nova. Foi assumida como prioridade pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) na década de 1980. Esta iniciativa passou a ser difundida como "Educação Permanente do Pessoal da Saúde", com vistas ao desenvolvimento

dos sistemas de saúde na América Latina, considerando a complexidade dos serviços de saúde e a aprendizagem significativa, para se obter a adesão dos trabalhadores de saúde¹.

Diversos países latino-americanos, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru desenvolveram programas e algumas políticas na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde de acordo com os pressupostos estabelecidos pela OPAS, com financiamento de organismos internacionais².

A OPAS tem, como linha orientadora de trabalho, a Educação Permanente em Saúde (EPS) desde o ano de 1984. A fim de desenvolver o vínculo entre as dimensões do trabalho e da educação, nos serviços de saúde, tomou como preocupação "o trabalhador, seu trabalho e sua contribuição para a saúde da população e a educação permanente de trabalhadores como um instrumento essencial para o desenvolvimento"^{2:34}. No documento "*Educación Permanente de Personal de Salud*",² diferentes autores analisam os esforços realizados, ao longo de quase uma década, para fortalecer os princípios da Educação Permanente, assim como apresentam suas conceituações, metodologias, propostas de trabalho, referenciais teóricos e divulgação de experiências.

No Brasil, a trajetória da Educação Permanente em Saúde se apresenta em consonância com a da Constituição Federal, quando é criada a Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos de 1998³, reeditada em 2000, com o objetivo de subsidiar a gestão do trabalho e a política de desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). No intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e, considerando a importância que o tema da força de trabalho em saúde vai tomando ao longo dos anos de 1990 em todo o mundo, aliado

à necessidade de cumprir o art. 200 da Constituição Federal, investe-se na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)⁴.

A partir dessa Secretaria, em 2003, o Ministério da Saúde assume o papel e a responsabilidade de formular as políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde⁴. Nesse cenário, foi aprovada a Resolução Nº 335, de 27 de novembro de 2003 que dispõe sobre a *Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*, a qual culminou posteriormente na Portaria Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 que instituiu a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Tal Política foi alicerçada na responsabilização dos serviços de saúde, com vistas à transformação das práticas profissionais, configurando-se por meio de espaços de construção de conhecimento comprometido com a realidade social da população⁴. Esses espaços foram criados a fim de desenvolver novos processos de produção de saúde através de novas relações e conceitos⁵.

Dessa forma, a EPS está baseada na aprendizagem significativa, propondo que a capacitação dos profissionais seja pautada na metodologia da problematização do processo e da qualidade do trabalho ofertado em cada serviço de saúde. Essa proposta se define com o intuito de preencher as lacunas existentes na área de formação em saúde, transformando, assim, as práticas profissionais e a organização do trabalho⁶. Com isso, tal Política se propõe a transformar a prática dos profissionais de saúde e a da organização do trabalho, tendo como metas a descentralização, a multiprofissionalidade, sensibilizando universidades e gestores a avaliarem sua capacidade de articulação através da

democratização de suas instituições⁷.

Além disso, a Educação Permanente em Saúde é definida como um conceito pedagógico empregado para expressar as relações entre ensino, ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde⁸ com o uso de novas metodologias de ensino e aprendizagem, sobretudo para a problematização⁹, a qual é compreendida como a aprendizagem que se realiza na ação-reflexão-ação¹⁰.

A Educação Permanente em Saúde, na PNEPS, em 2004, é conceituada como uma “ação estratégica que prevê que a transformação das práticas esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais”^{4:10}. A concepção da EPS foi compreendida não apenas pela finalidade de produção de resultados ou com objetivos pré-estabelecidos, mas também como espaços de problematizações, reflexões, e diálogos entre os profissionais de saúde para, desse modo, oportunizarem estratégias para promover mudanças nos serviços de saúde.

Conforme as diretrizes e estratégias que constam na Política, destaca-se que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS não sejam decididas somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta de uma instituição de ensino, mas que atendam às necessidades de saúde e à organização do trabalho no SUS¹¹.

Em 2007, a Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto¹², dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* e revoga a anterior. Nessa Portaria¹², é reafirmado que a criação da PNEPS visa contribuir com a transformação e qualificação das práticas de saúde, com a organização das ações e dos serviços, com os processos formativos e ainda com as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Dentre as várias iniciativas propostas

e realizadas no âmbito da implementação da EPS no Brasil, ao longo da última década, destacamos a experiência das Residências Multiprofissionais em Saúde^{13, 14}, sobre as quais nos deteremos a seguir.

Breve história das Residências Multiprofissionais em Saúde

Quando nos deparamos com os significados da palavra Residência, encontramos pistas das origens desta modalidade de ensino pós-graduada *lato sensu*. Consultando dicionários da língua portuguesa^{15, 16, 17}, localizamos a definição básica de *casa ou lugar onde se reside*, no sentido de morar, habitar. Modalidade de ensino e moradia se mesclam historicamente, desde os primeiros Programas de Residência até os dias atuais, se levamos em consideração que uma das principais condições para o desenvolvimento desta atividade de ensino-aprendizagem, pelo residente, é a dedicação em tempo integral, traduzida nas sessenta horas semanais. Assim, a lógica pedagógica da imersão e intensividade perpetua-se até o momento presente.

De acordo com alguns autores^{18:24} “os primeiros programas de Residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato”, destinada à qualificação dos profissionais médicos. Ao longo dos anos, a corporação médica passou a considerar esta formação como indispensável ao profissional médico, instituindo, legitimando e reconhecendo esta prática de ensino como “padrão ouro”. Justifica-se então a popularidade da expressão *Residência Médica*, evidenciada nos dicionários da língua portuguesa, como apontam as autoras¹⁸. Além do significado de moradia, estes dicionários apresentam, na definição de Residência, o tempo que o médico recém-formado fica em um hospital para adquirir experiência. Neste caso, a noção de Residência está atrelada apenas

à categoria médica, pois estas publicações não apresentam nenhuma menção às outras profissões.

A Residência Médica surgiu em 1879, nos Estados Unidos, no Hospital John Hopkins, idealizada pelos professores Osler e Hausted, como uma programação destinada ao treinamento dos médicos após a graduação. Conforme Lázaro da Silva,^{18:24} “em 1889, o Programa criado por Hausted passou a ser considerada a primeira Residência Médica, direcionada ao treinamento na área cirúrgica. Osler, seguindo esse modelo, implementou, no mesmo hospital, a Residência na Clínica Médica, em 1900”. Esta modalidade de ensino, a partir dessa experiência, espalhou-se pelos Estados Unidos da América e, posteriormente para outros países, atingindo amplo reconhecimento e sendo considerada indispensável para a formação do médico.

É importante ressaltar também a importância da publicação do Relatório Flexner¹⁹, em 1910, e o quanto este fato influenciou a formação e as práticas médicas no mundo ocidental, centrando as noções de saúde em torno de práticas medicalizadoras no cuidado intra-hospitalar e, posteriormente, na formação dos demais profissionais da saúde²⁰. Este Relatório consistiu em uma avaliação da situação do ensino nas 155 escolas médicas existentes nestes países, realizada por Flexner, a convite da *Carnegie Foundation*. Ele visitou as escolas pessoalmente e de forma solitária, sem a utilização de um instrumento padronizado, durante seis meses. Um dos motivos para a encomenda deste estudo foi o grande número de escolas de Medicina com abordagens terapêuticas diferentes entre si, abertas de forma indiscriminada e sem nenhum registro, vinculadas a instituições universitárias ou não, com critérios de admissão e currículos diferenciados.

A origem do Relatório também está atrelada à associação entre a corporação

médica e a crescente indústria farmacêutica da época, que passam a exercer forte pressão sobre as instituições educacionais e os governos para a implantação e extensão de um modelo de “medicina científica”²¹.

Como resultado, o Relatório Flexner¹⁹ considerou inadequada a maioria das escolas e produziu uma redução drástica no número de estabelecimentos, que passaram a se organizar e a serem credenciados a partir dos aportes deste documento. Por um lado, o trabalho de Flexner possibilitou a reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas. Mas, por outro, produziu um processo de exclusão de todas as outras propostas de atenção à saúde e centrou na excelência da educação médica o fator determinante para se qualificar a prática profissional e os serviços de saúde.

No Brasil, a Residência Médica surgiu em 1940, marcada pelo modelo americano, da clínica tradicional e hegemônica na área da Saúde e centrada no treino de técnicas e procedimentos desenvolvidos basicamente em ambiente hospitalar. Os primeiros programas iniciaram na Universidade de São Paulo (USP) em 1945, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947, atingindo a sua consolidação na década de 90.

Na década de 1970, no Brasil, a Residência Médica passa a ser reconhecida legalmente e é instituída como modalidade de ensino de pós-graduação através do Decreto Nº 80.281 de setembro de 1977, após um parecer favorável do Conselho Federal de Educação (CFE). Este mesmo Decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A Lei Nº 6.932, de 7 de junho de 1981, estabelece, entre outras providências, que todos os programas devem oferecer titulação de especialista e que a terminologia Residência Médica só pode ser utilizada após aprovação e credenciamento junto à CNRM²².

Nesta mesma década, ao lado deste

movimento de regulação, surgem as primeiras Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), no Brasil. O Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) é considerado pioneiro, pois, em 1977, já apresentava uma configuração que incluía mais de uma categoria profissional. Despontam-se ainda, neste período, as Residências da Escola de Administração/Fundação Getúlio Vargas (1975) e da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (1975) e da Coordenadoria de Aperfeiçoamento das Equipes de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS (1976).²³

[...] essas experiências teriam sido importantes para a conformação de certa massa crítica que teria contribuído, em seus espaços locais, e ao lado das representações profissionais e movimentos sociais nacionais, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).^{23:19}

Essa primeira experiência singular do Programa de Residência da SES/RS, embrião das RMS e que serviu de modelo para diferentes programas, em todo o território nacional, com caráter multiprofissional, tem aspectos importantes que podem ser considerados. Ela inicia-se, historicamente, antes da Conferência de Alma-Ata, que é considerada um marco histórico no debate em torno da Atenção Primária à Saúde (APS) e da ideia de visão ampliada de saúde²⁴. Além disso, esta experiência inovadora valorizava o trabalho em equipe multiprofissional no desenvolvimento do cuidado na rede básica de saúde, ultrapassando uma concepção biomédica, fragmentada e biologicista. Os idealizadores desta proposta são três médicos,ⁱ dois deles, ao retornarem de um

ⁱ Os três médicos foram: Ellis D'Arrigo Busnelo, Sérgio Pacheco Ruschel e Carlos Groisman. Os dois

período de estudos nos Estados Unidos, trazem um modelo de atenção nomeado de “médico de quarteirão”.²⁵

Porém, no início da década de 1990, o Programa de Residência em Saúde Comunitária, com caráter multiprofissional, da Unidade Sanitária São José do Murialdo foi extinto, por motivos políticos e econômicos, permanecendo somente a Residência Médica. Entre os fatos que desencadearam o fechamento, está a discrepância entre a remuneração e carga horária dos residentes médicos em relação às demais profissões²⁶.

Apesar da extinção do Programa, o acúmulo histórico e a experiência pedagógica possibilitaram à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), alguns anos mais tarde, acrescentar ao Programa de Residência Médica o Programa de Aperfeiçoamento Especializado, dando origem a uma das primeiras Residências Integradas em Saúde (RIS) do Brasil, instituída em âmbito estadual, através da Portaria Nº 16, de 1º de agosto de 1999, publicada pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul²⁷.

No Brasil, no entanto, as Residências Multiprofissionais e/ou Integradas em Saúde só começaram a ser regulamentadas em 2005, quando foi promulgada a Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)¹³.

Neste período, década de 1970 e o final dos anos 90 e início dos anos 2000, cabe apontar outras experiências em RMS, anteriores à regulamentação pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação: a do Instituto Philippe Pinel, da cidade do Rio de Janeiro (1994), a do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1995), a da Fundação Hospitalar do Distrito Federal/Secretaria Estadual da Saúde do Distrito Federal (1997),

primeiros foram os que estiveram em formação nos Estados Unidos, no início dos anos de 1970.

a da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia e Universidade Federal da Bahia (1997), a do Ministério da Saúde, por meio de convênio com instituições formadoras (2001-2002), a da Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciência e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2003) e a do Grupo Hospitalar Conceição (2003)²⁸.

As experiências de RMS, anteriores à promulgação da Lei de 2005, demonstram a diversidade dos serviços e órgãos que promoviam e/ou promovem os programas, tanto de forma individual como conveniada. São universidades, secretarias estaduais ou municipais de saúde, hospitais, Ministério da Saúde, etc. Por isto,²⁸ após a Lei, a regulamentação que a sucedeu teria muito mais a aprender e ouvir, do que primeiramente a propor. São estes, talvez, alguns dos motivos, que nos fazem pensar em tensões nas intenções...

Questões para pensar: sobre intenções e tensões...

A Educação Permanente em Saúde [é definida] como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população.^{29:70} (tradução livre)

Seguindo o quanto preconizado, acima,²⁹ é inegável a aposta do Ministério da Saúde nas RMS como uma modalidade de formação sintonizada com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No entanto, o arcabouço legal das Residências (leis portarias, resoluções) irá revelar os embates, as disputas, as pactuações, os enfrentamentos, os tensionamentos e os discursos dos diferentes atores sociais, diretamente envolvidos com o desenvolvimento das Residências Multiprofissionais no país.

Por um lado, percebe-se que o entendimento compartilhado, pelos atores implicados na composição de diferentes

programas, é de que as Residências em Saúde, quando articulam atenção, gestão e participação social, obrigatoriamente engendram um movimento criativo de produção de conhecimentos que estabelece uma nova lógica de cuidado, de acordo com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS.

De outro lado, também é possível perceber que distintos atores (dentre eles, destacam-se os representantes das corporações profissionais) buscam imprimir, na institucionalidade e na conformação das Residências, o “especialismo” e a regulação tradicional da Residência Médica, delimitando saberes e reservando o lugar do ensino às instituições de ensino superior, retirando o componente educação dos serviços e das práticas em saúde. Além disso, ao que parece, não reconhecem os movimentos sociais enquanto atores importantes para a formulação, condução, discussão e implementação das RMS.

Para entendermos tais contradições talvez tenhamos que pensar, de forma mais crítica, como a Educação na Saúde acompanha o próprio processo de desenvolvimento do SUS. Desde o início da implementação do SUS, tem-se mobilizado recursos e esforços em processos educacionais, sem que tenham ocorrido mudanças significativas e com impactos visíveis nos serviços. A questão que se coloca é porque, apesar desse investimento para a formação em saúde, as práticas assistenciais permanecem atreladas ao modelo flexneriano, hierárquicas do ponto de vista dos saberes profissionais, sem capacidade de organizar um processo de trabalho em equipe e de produzir um cuidado integral ao usuário?

São apontadas³⁰ algumas respostas para esta questão e localizadas no percurso da estruturação da Reforma Sanitária Brasileira. As políticas educacionais implementadas no início da implantação do SUS apresentaram, nas suas propostas, processos de gestão excessivamente

normativos, pois revelavam um ambiente organizacional, já vigente, impregnado de um

(...) imaginário de que a cadeia de mando do sistema de saúde ocupa o lugar do ‘saber’ e este deve ser repassado para o nível da produção que, supostamente, não tem o conhecimento necessário para operar os processos disparados a partir da sua direção.^{30: 428}

Há aí um não reconhecimento dos saberes gerados a partir das experiências do cotidiano do processo de trabalho. Ou seja, a ideia de um grupo que pensa e direciona (gestão) e outro que executa e produz (trabalhadores da atenção em saúde). Este pensamento gerou propostas educacionais onde o principal objetivo é a transmissão de conhecimentos, na forma de educação continuada, preenchendo lacunas da formação supostamente deficitária dos trabalhadores. O resultado deste modelo educativo leva à “formação de sujeitos heterônomos (grupos de assujeitados ao invés de sujeitos), fazendo com que os trabalhadores fiquem reduzidos, submetidos a uma ‘pedagogia da dependência’”^{30: 429}.

Apresenta³¹ outros elementos para se discutir a questão da formação em saúde, pois problematiza a construção conceitual utilizada para a formulação de políticas nesta área, inspirada nos estudos científicos de administração dos anos 1970, que é a dos “Recursos Humanos na Saúde”. Nesta lógica, os trabalhadores sofreriam os mesmos processos que um recurso financeiro, logístico ou material. Entre esses processos, estaria a atualização, compreendida como uma reciclagem. A formação em saúde se apresentaria neste modelo e resultaria em um assujeitamento dos atores, capturados nas suas subjetividades, nos seus desejos, nas suas possibilidades criadoras de vida e de mundo. O autor³¹ propõe que os trabalhadores em saúde sejam considerados tal qual o arcabouço legal do SUS propõe,

ou seja,

após a formulação do SUS, os trabalhadores deveriam ganhar um lugar *finalístico* e não mais de *atividade-meio* no setor. O artigo 200 da Constituição Federal colocou como atribuição do SUS *ordenar a formação e incrementar o desenvolvimento técnico e científico da força de trabalho com atuação setorial* (incisos III e IV), prescrição legal que constitui evidência de *geração de uma demanda* ou *construção de uma competência* ao SUS relativa aos seus trabalhadores: a singularização dos trabalhadores da saúde na reformulação permanente das práticas de trabalho, a implicação com os trabalhadores na implementação da reforma sanitária e a revisão da teoria do trabalho em saúde, em especial no tocante ao exercício e coordenação das práticas atribuídas ao setor.^{31: 163}

O “ordenamento da formação” seria a produção de novas relações entre as instituições formadoras e o SUS, com o intuito de gerar novos perfis profissionais e novos paradigmas organizacionais. E como seriam estes novos perfis? Seriam³¹ os de atores sociais implicados na produção de saúde. Haveria uma “transmutação da noção de recursos humanos da saúde para a de coletivos organizados da produção de saúde”^{31: 169}.

Ao mesmo tempo em que há uma crítica com relação ao baixo impacto das primeiras políticas educacionais nos primórdios da configuração do SUS, há o reconhecimento de experiências inovadoras, que possuíam e possuem as premissas de mudança nos serviços e sistemas de saúde. Estas experiências demonstram que os trabalhadores, envolvidos em uma nova forma de produzir o cuidado, criam um novo significado para o trabalho em saúde, pois produzem também a si, enquanto sujeitos. “Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção

da saúde como processos de *cognição e subjetivação* e acontecem simultaneamente como expressão da realidade”^{30:429}. A cognição seria a capacidade de transmissão e produção do conhecimento técnico em saúde, aplicado às experiências do cotidiano do mundo do trabalho e a subjetivação seria a dimensão da produção sócio-histórica dos sujeitos-atores, inerente a qualquer experiência. Essas duas dimensões implicam-se mutuamente, cognição e subjetivação, e os processos educacionais só terão êxito se levarem em consideração essas duas dimensões e, considerarem como premissa, que a produção de cuidado revela-se produção pedagógica e vice-versa.

Na potência de produzir atos terapêuticos e educativos em território, a RMS nos permite visualizar a permeabilidade dos atos educativos no cotidiano dos serviços de saúde e às possibilidades que engendra na formação dos profissionais, na criação de novas práticas, na análise das experiências locais, nas mudanças institucionais e, em cada equipe, na introdução de mecanismos de autogestão e na formulação de novas abordagens, potentes na desconstituição de entendimentos dicotômicos sobre a realidade.

Ela nos permite também superar as lógicas binárias que pretendem dar conta de explicar a totalidade do real, transformando-o. Afinal, individual x coletivo, clínica x saúde pública, teoria x prática, sujeito x objeto, são exemplos das posições binárias presentes no cotidiano da formação e do trabalho em saúde. Lógicas que deveremos superar se desejamos construir um sistema de saúde mais equânime e acessível, um cuidado mais integral e um processo de educação em saúde que permita que os conteúdos emergjam das necessidades/demandas da vida cotidiana, possibilitando a nomeação do que já vem sendo feito pelos atores implicados nesse processo e com o apoio pedagógico que permita superar a dicotomia entre sujeitos e entre tipos de saberes.

Referências

- ¹ Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunic. Saúde Educ*, 2005, 9(16): 161-77.
- ² Haddad JQ, Roschke, MAC, Davini MC. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: Haddad J Q, Roschke MAC. Davini, MC (Org.). *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington (DC): OPS; 1994: 1-30.
- ³ Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- ⁴ Ministério da Saúde(BR). Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- ⁵ Andrade SR, Meirelles BHS, Lanzoni GMM Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. *O Mundo da Saúde*, 2011, 35(4): 373-381.
- ⁶ Batista KBC, Gonçalves OS. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*. 2011, 20(4): 884-899.
- ⁷ Ministério da Saúde(BR). O CNS e a construção do SUS: referenciais estratégicos para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- ⁸ Silva TAM, Fracolli, LA, Chiesa, AM. Professional Trajectory in the Family Health Strategy: Focus on the Contribution of Specialization Programs. *Rev Latino-Am Enferm*, 2011, 19(1): 148-155.
- ⁹ Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005 10(4): 56-65.
- ¹⁰ Peduzzi MD Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface Comun Saude Educ*. 2009 30(13): 121-34.
- ¹¹ Ministério da Educação (BR) Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério de Educação; 2001.
- ¹² Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde(BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- ¹³ Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2005 30 jun.
- ¹⁴ Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2005 4 nov.

- ¹⁵ Houaiss. Dicionário da Língua Portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2010.
- ¹⁶ Luft CP. Minidicionário Luft. 20ed. São Paulo: Ática.
- ¹⁷ Michaelis. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
- ¹⁸ Ferreira, SR, Olschowsky, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini, VL. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010: 23-34.
- ¹⁹ Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
- ²⁰ Ceccim RB. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: Meyer, Dagmar Esterman (Org.). Saúde e Sexualidade na Escola. Porto Alegre: Mediação; 1998: 37-51.
- ²¹ Pagliosa FLDa Ros M. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica, 2008, 32(4): 492-499.
- ²² Lei nº 6932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981.
- ²³ Ceccim, RB. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Fajardo AP, Rocha CM F, Pasini VL. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010: 17-22.
- ²⁴ Uebel AC, Rocha CM, Mello VRC. Resgate da Memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). Bol. Saúde, 2003, 17(1): 117-123.
- ²⁵ Busnello, ED. A Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Gazeta Médica da Bahia, 2010, 80(1): 93-100. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/1088/1045>>. Acesso em 5 dez. 2014.
- ²⁶ Ceccim, RB, Armani TB. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Saúde para Debate, 2001 (23): 30-56.
- ²⁷ Secretaria da Saúde (RS). Portaria nº 16/99, de 1 de outubro de 1999. Institui a Residência Integrada em Saúde. Porto Alegre, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 1999.
- ²⁸ Ceccim RB, Kreutz JA, Mayer MJr. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: Pinheiro, R Silva Junior, A GS. (Orgs.). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2011. p. 257-292.
- ²⁹ Rovere, MR. Gestión estratégica de la Educación Permanente en Salud. In: Haddad, JQ, Roschke MAC, Davini MC (Org.). Educación Permanente de Personal de Salud. Washington (DC): OPS; 1994: 63-106.
- ³⁰ Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no brasil. Interface: Com, Saúde e Educ, 2007, 11(23): 427-38.
- ³¹ Ceccim R B. Onde se lê “recursos humanos em saúde” leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos, RA. (Orgs.). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005: 161-180.

PERCURSOS DA REDUÇÃO DE DANOS NO RIO GRANDE DO SUL

The pathways of Harm Reduction in Rio Grande do Sul

Ana Carolina Rios Simoni

Psicóloga, Doutora em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Coordenadora da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.
E-mail: anacarolrs@hotmail.com

Elissandra Siqueira

Terapeuta Ocupacional, Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.
E-mail: elis.perai@gmail.com

Jaqueline Soares

Coordenadora da Política Estadual de DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.
E-mail: jaqueline-oliveira@saude.rs.gov.br

Karol Veiga Cabral

Psicóloga, Doutora em Antropologia, Diretora do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.
E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Resumo

Este texto trata de um relato de experiência sobre os percursos da Redução de Danos no Rio Grande do Sul (RS) desde o seu início no campo da AIDS, nos anos 90, e a transversalização para os campos da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e Atenção Básica como diretriz ética do cuidado para pessoas que usam álcool e outras drogas. Essa transversalização aproximou a Política de DST/AIDS com seu acúmulo de experiência e construção com a sociedade civil; dos percursos da Redução de Danos por dentro da Saúde Mental por estar em consonância com a Reforma Psiquiátrica; e da Atenção Básica com sua vocação essencialmente territorial, longitudinal e integral. O texto também descreve a construção da Secretaria Estadual da Saúde do RS, que priorizou o fortalecimento do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, tratando da importância do trabalho e do apoio institucional aos trabalhadores de saúde para ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial a partir dessa ética do cuidado no território.

Palavras-chave: Redução do dano; Síndrome de Imunodeficiência adquirida; Atenção primária à saúde; Saúde mental.

Abstract

This text is an experience report on the pathways of Harm Reduction in Rio Grande do Sul (RS) since its beginning in the AIDS field, in the 90s, and the mainstreaming into the fields of Mental Health, Alcohol and other Drugs and Primary Health Care as ethical guideline for care of people

Paula Emilia Adamy

Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Assessora Técnica da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.

E-mail: paula-admy@saude.rs.gov.br

Ricardo Brasil Charão

Antropólogo, Diretor Adjunto do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.

E-mail: ricardo-charao@saude.rs.gov.br

Ricardo Heinzelmann

Médico, Mestre em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Coordenador Estadual de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.

E-mail: ricardo.dab@gmail.com

Simone Alves Almeida

Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva, Consultora UNESCO da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.

E-mail: simone.smcoletiva@gmail.com

who use alcohol and other drugs. This mainstreaming approximated the DST/AIDS policy with its accumulated experience and construction with civil society; the paths of Harm Reduction within the Mental Health because of its consonance with the Psychiatric Reform; and primary health care with its vocation essentially territorial, longitudinal and comprehensive. The text also describes the construction of the RS Health State Department, which prioritized the strengthening of care in Mental Health in Primary Health Care, addressing the importance of work and institutional support for health workers to expand and strengthen the Psychosocial Care Network on this ethic of care in the territory.

Keywords: Harm reduction; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Primary health care; Mental health.

Primeiros percursos

A Redução de Danos (RD) iniciou no Rio Grande do Sul (RS) nos anos 90 como uma estratégia de prevenção a AIDS. Através de editais lançados anualmente pelo Programa Nacional de DST/AIDS, surgiram as primeiras experiências de Programas de Redução de Danos em algumas regiões do Estado. Esses Programas foram importantes não só como forma de possibilitar o cuidado em saúde a uma população com dificuldades de acesso aos serviços, mas principalmente, ao apontar um novo paradigma ético na atenção as pessoas que usam álcool e outras drogas.

A primeira experiência como Programa de Redução de Danos (PRD) no RS ocorreu em Porto Alegre. Antes disso, vários municípios do Estado recebiam recursos do Ministério da Saúde (MS) ou da Secretaria Estadual de Saúde/RS (SES/RS) para realização de trocas de seringas. O projeto em Porto Alegre para o trabalho em redução de danos iniciou em 1995, voltado à prevenção do contágio de DST/Aids por usuários de drogas injetáveis. Foi implantado, primeiramente, em uma Unidade Básica de Saúde, onde havia um grande número de usuários de drogas injetáveis e uma equipe sensível

para trabalhar essas questões com outra forma de abordagem.

Neste bairro, foram colocadas algumas caixas coletadoras de seringas em locais estratégicos – pontos de ônibus, domicílios e bares. Além disso, os redutores realizavam trabalho de campo à tarde e sua presença na comunidade fazia com que as pessoas os procurassem para trazer questões para além do uso de drogas, sobre a saúde como um todo, tendo grande adesão a esse trabalho por parte dos usuários¹. Porém, a regulamentação deste projeto aconteceu somente três anos depois do seu início, através da aprovação do Projeto de Lei nº 69/99².

No decorrer dos anos, no Rio Grande do Sul, vários outros municípios acabaram implantando Programas de Redução de Danos com recursos do Plano de Ações e Metas (PAM) do Programa Nacional de DST/AIDS. Como esse financiamento era realizado através de editais anuais, incorria-se em muitas descontinuidades. Em virtude disso, os Programas de Redução de Danos foram diminuindo ao longo do tempo. No mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Rio Grande do Sul, realizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/RS em 2011, foram identificados 11 Programas de Redução de Danos, sendo que, destes, 5 eram municipais e 6 de Organizações Não-Governamentais. Os PRD que se mantiveram ao longo do tempo sofriam com a precarização do trabalho e com a incerteza da continuidade dos recursos no ano seguinte.

O Rio Grande do Sul tem uma história de pioneirismo na Reforma Psiquiátrica, sendo o primeiro Estado a aprovar uma Lei de Reforma: Lei n. 9.716, de 7 de agosto de 1992.³ No entanto, a Política de Saúde Mental tardou a aproximar-se das experiências de redução de danos e a tomar para si certos compromissos em relação às práticas existentes no Estado, as quais,

apesar de terem iniciado como estratégia preventiva no campo da Política de DST/AIDS, já mostrava, desde sempre, sua potência como tecnologia de cuidado em saúde mental.

Um dos principais atores envolvidos no apoio aos PRD, além da Coordenação Estadual de DST/AIDS – que financiava as ações através de recursos da PAM –, foi o Centro de Referência de Redução de Danos (CRRD) da Escola de Saúde Pública. O CRRD teve início em 1999 e desenvolveu ao longo dos anos cursos, encontros, grupos de estudo e assessorias, sendo, como o nome diz, referência no assunto para os atores envolvidos, em especial, redutores de danos, trabalhadores e gestores que apostavam na RD. O Grupo de Estudos sobre Redução de Danos, criado em 2000 pelo CRRD, se mantém até hoje.

Até 2010, o RS era um dos estados brasileiros que destinava menos recursos do orçamento próprio para a saúde. Na Saúde Mental, todo o recurso estadual era destinado a duas únicas estratégias escolhidas como prioritárias para atender a demanda decorrente do uso de álcool e outras drogas: o custeio de leitos em hospitais gerais e de vagas em comunidades terapêuticas. A Redução de Danos tinha um lugar periférico no cenário da gestão estadual da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, cercada de mal-entendidos, preconceitos e restrições de entrada nos serviços da rede. Pressionada pelo discurso midiático da “epidemia do Crack”, a então Seção Estadual de Saúde Mental e Neurológica (SSMN) respondia de forma direta ao apelo por mais formas de internação, sem problematizar a construção dessa demanda e suas motivações econômicas. Eram tempos e caminhos difíceis para a Redução de Danos; ruas perigosas para os usuários de álcool e outras drogas.

Transversalização

Em 2011, com a nova gestão, inicia-se um processo de avaliação dessa realidade, que resulta no estabelecimento de novas prioridades para a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e num incremento significativo de seu financiamento. A partir de 2011, o financiamento estadual para saúde mental seguiu a diretriz da diversificação das ofertas de cuidado e da articulação em rede para garantir o acesso universal, a equidade e a integralidade da atenção. Passou-se a cofinanciar os serviços da RAPS, criados pelo Ministério da Saúde, além de se criar desenhos de serviços adaptados à realidade dos territórios e demandas locais. Em três anos, os recursos destinados pelo governo estadual para a Política de Saúde Mental triplicaram, alavancando um processo de ampliação dos pontos de atenção em todos os componentes da RAPS.

Entre as novas prioridades elencadas pela equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas foi incluir na Reforma Psiquiátrica do RS o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, buscando garantir o acesso à cidadania e o direito ao cuidado integral em liberdade. Para tal, seria preciso superar o modelo de atenção que se restringe a prescrever internação, desintoxicação e manutenção da abstinência, e que leva os hospitais ao fenômeno da “porta giratória”; constituir uma rede sólida de serviços de saúde, em articulação com outras redes como assistência social, direito, cultura, esporte e trabalho; ofertar cuidado no território, inclusive nas cenas de usos de drogas, acionando os pontos de atenção da rede, organizados em linha de cuidado, tendo a Atenção Básica como ordenadora para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares; e principalmente, efetivar a RD como diretriz do cuidado usuário-centrado.

O fortalecimento do cuidado em saúde mental na Atenção Básica foi priorizado e,

assim, foi destinado recursos financeiros do tesouro do Estado, o que contribuiu principalmente para que os municípios de pequeno porte (80% dos municípios gaúchos), que dependem exclusivamente da atenção básica, pudessem garantir o acesso ao cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. Destaca-se, em 2011, a criação de financiamento estadual para Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e para Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica. Os NAAB foram pensados para o apoio matricial das equipes de Atenção Básica em municípios com menos de 16 mil habitantes (Resolução CIB 403/2011). Hoje há 118 equipes de NAAB trabalhando em 118 municípios do Estado⁴. Já as Oficinas Terapêuticas, são espaços de convivência e de promoção de saúde na Atenção Básica, cujo financiamento pode ser acessado por todos os municípios do Estado (Resolução CIB 404/2011)⁵. Atualmente, há 297 oficinas financiadas nos municípios gaúchos.

Para a qualificação do cuidado, ampliou-se as ações de monitoramento e avaliação em hospitais gerais prestadores de serviços, assim como redefiniram-se os critérios para acesso ao financiamento estadual de leitos, na direção de inserir os hospitais na lógica do trabalho em rede (CIB 402/2011, substituída pela CIB 562/12)⁶.

Também no sentido da qualificação do cuidado e da garantia dos direitos humanos, ainda em 2011, foram realizadas vistorias em todas as comunidades terapêuticas que recebiam recurso estadual para o atendimento pelo SUS. Nesse processo, foram encontradas diversas irregularidades, que geraram desde a solicitação de adequações, passando pela suspensão de contratos e do envio de recursos até o encaminhamento de relatórios ao Ministério Público. Uma dessas instituições, contratualizada pelo Estado em 2009, além de perder seu contrato com o Estado teve seu fechamento decretado pela justiça. Em 2013, constrói-se, em diálogo com os proprietários e trabalhadores das Comunidades Terapêuticas que continuaram

tendo contratos com o Estado uma nova Portaria que estabelece critérios para o funcionamento destas instituições (Portaria 591/2013)⁷.

Com o desafio de assumir seu papel diante da construção da Redução de Danos no Estado e fortalecer o cuidado para pessoas que usam álcool e outras drogas no território, em diálogo com a Coordenação de DST/AIDS e com o Centro de Referência de Redução de Danos, a equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas passou a construir uma proposta de Resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite), que visava destinar recursos da saúde mental para equipes de RD. Após alguns meses de grupo de trabalho entre estes atores, foi publicada a Resolução CIB 38/2012, que estabelecia recursos financeiros estaduais para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, tendo como função o Trabalho de Campo nas cenas de uso de drogas e Apoio Matricial sobre o cuidado em álcool e outras drogas na Atenção Básica⁸.

Essa Resolução viria subsidiar tanto equipes já existentes, mas com dificuldades de manutenção, como, por exemplo, os PRDs de Santana do Livramento e Pelotas, vinculados ao Programa de DST/AIDS; quanto possibilitar a abertura de novas equipes, como aconteceu nos municípios de São Lourenço do Sul e Rio Pardo. Nesse sentido, essa primeira proposta de financiamento da Redução de Danos pela Saúde Mental, por um lado, legitimou os movimentos em curso, nos municípios com PRD, de transversalização entre a Política de AIDS e a de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, fortalecendo as aproximações da RD com a Atenção Básica. Por outro lado, criou as condições para a inserção da RD na RAPS de municípios que nunca tinham tido esta experiência, contribuindo muito para a rede pensar a Redução de Danos junto à Reforma Psiquiátrica.

A definição de dois enfoques de atuação para as Composições de RD –

trabalho de campo e apoio matricial – visa potencializar o trabalho do redutor de danos, transversalizando seu conhecimento na rede de saúde, pelo compartilhamento com os demais atores do cuidado. Conhecimento este que tem a especificidade de se produzir na aproximação às cenas de uso de drogas, através do vínculo e do acompanhamento de usuários para a promoção de saúde. Trabalhar com esses dois enfoques também visa potencializar a articulação das ações de RD nas Políticas e Serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e DST/AIDS.

No entanto, mais do que destinar recursos, era necessário assessorar as equipes no trabalho, possibilitar encontros entre os sujeitos – alguns com acúmulo de experiência no assunto e outros se aproximando pela primeira vez. Pensando nisso, antes de se iniciar o trabalho das composições de equipe nos municípios, foi realizada uma oficina de implantação para as mesmas. Participaram deste momento, trabalhadores de 25 municípios que trouxeram questões sobre como se aproximar das cenas de uso de drogas no trabalho de campo, demonstrando a importância e a potência destes momentos de encontro e educação permanente para a implementação das estratégias de cuidado em saúde.

Sabia-se, no entanto, que era necessário o apoio contínuo, não só para essas equipes, mas para a rede como um todo. Ampliava-se a rede de saúde mental, significativamente, mas somente a existência de uma rede não garantiria a superação da lógica manicomial, especialmente, quando o que está em jogo é o cuidado em álcool e outras drogas – campo historicamente tão carregado de preceitos morais. Era preciso capilarizar a redução de danos na rede, não somente como estratégia de cuidado de redutores de danos, mas como diretriz ética do SUS para a atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas. O desafio era criar as condições para que a RD se fizesse presente

como ética e como estratégia na prática de qualquer profissional do SUS, onde quer que ele estivesse.

A presença intensificada do trabalho de apoio institucional georreferenciado em todas as regiões do RS possibilitou a ampliação de encontros, rodas de conversa e assessorias junto as coordenadorias regionais de saúde e municípios. Em todos esses espaços, a temática álcool e outras drogas esteve presente, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde⁹ foi divulgada e a ética da redução de danos ganhou centralidade nos debates sobre o cuidado.

No ano de 2012, as prioridades foram nas agendas de apoio, o que ampliou a demanda dos municípios pela implantação da rede e, em especial, a demanda por mais conversas sobre a redução de danos. Em muitos desses lugares, nunca se tinha ouvido falar em redução de danos; em outros, havia um entendimento equivocado acerca do assunto; em outros, ainda, encontrava-se interessante acúmulo de experiência. Em todos esses contextos, havia muito que discutir e aprender.

O trabalho de apoio institucional às equipes também exige uma escuta clínica dos trabalhadores, pois cada profissional é atravessado por suas questões morais, as quais precisam estar em suspensão no momento da escuta dos usuários. Não há garantia de que essa suspensão da moral ocorra, a não ser a aposta de que, através de apoio, acompanhamento e educação permanente, possa haver um processo constante de colocação do próprio trabalho em análise e de deslocamento da posição moral. Em cada agenda da assessoria, visita técnica ou educação permanente, a redução de danos é tema debatido como ética a ser trabalhada. Obviamente houve e ainda há resistência, mas já se verifica uma ampliação significativa do interesse das pessoas pelo tema.

Em 2013, foi dada continuidade

às agendas permanentes de apoio, bem como se priorizou a realização de encontros macrorregionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O número de CAPS ampliou no RS de 139 em 2010 para 186 em 2014 e os CAPS de funcionamento 24 horas passaram de zero para 12 implantados neste período. Para estimular a implantação de CAPS com funcionamento 24 horas, a Secretaria Estadual de Saúde/RS estabeleceu em 2013, através da Resolução CIB 242, repasse de recursos para complementação do valor de custeio repassado pelo Ministério da Saúde. Foi feito o mesmo com as Unidades de Acolhimento e os Serviços Residenciais Terapêuticos – serviços que ainda precisam ser estimulados e expandidos no RS¹⁰.

Avaliou-se que estes equipamentos estavam com muitas dificuldades para empreender seu trabalho territorial, sendo que muitos deles operavam na lógica da abstinência e da centralidade da internação. Foram realizados então, ao longo de 2013, encontros de CAPS nas 7 macrorregiões de saúde do RS e, em todos os encontros, a redução de danos foi um dos temas priorizados, ao lado do apoio matricial, da atenção à crise e da infância e adolescência. Esses temas foram escolhidos a partir das demandas dos territórios, que apontavam estas questões como sendo os maiores impasses do trabalho dos CAPS.

Construção da Política

Já no último ano desta gestão, havia a preocupação em dar mais consistência aos diversos, potentes, mas ainda insipientes encontros da RAPS com a redução de danos. Sabemos do quanto esse trabalho está na contracorrente, na medida em que há muito mais acesso aos discursos antidrogas e a informações que estimulam a discriminação e a exclusão do que à redução de danos como ética de cuidado. Considerando este cenário, no planejamento de 2014 a equipe da Coordenação Estadual de Saúde

Mental Álcool e outras Drogas definiu tais ações: 1) publicar uma nova Resolução CIB que ampliasse os recursos para as equipes de redução danos; 2) criar uma Portaria Estadual que estabelecesse a Redução de Danos como Política Pública, dando diretrizes para sua inserção como prática e como ética no SUS e 3) realizar Encontros Macrorregionais de Redução de Danos em todas as regiões. O objetivo foi fortalecer a redução de danos como diretriz de cuidado, possibilitar encontro entre os atores interessados, produzir rede de pessoas que pudessem continuar dialogando e se encontrando independente da existência de apoio da gestão estadual.

A aproximação da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas com a Atenção Básica e DST/AIDS se intensificou ainda mais, o que possibilitou uma articulação importante para a construção não só destes documentos, mas também do apoio compartilhado no território. Esse triângulo aproximou o acúmulo de experiência e a construção com a sociedade civil da Política de DST/AIDS, dos percursos da RD por dentro da Saúde Mental, ao promover ações de saúde mental de fato, mesmo que não por direito, pois não havia um posicionamento claro na Reforma Psiquiátrica e nem suporte financeiro na Política da Atenção Básica e sua vocação essencialmente territorial, pelo cuidado em liberdade, longitudinal e integral. A substituição da Resolução CIB 038/2012 pela Resolução CIB 234/2014¹¹ é resultado dessa potente triangulação, que fez ajustes e ampliou os recursos, agora não são só oriundos da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, mas também da Atenção Básica e DST/AIDS. Atualmente, existem 40 composições de equipe de Redução de Danos no Estado.

A intensividade do caminho que se percorria nesse ano de 2014 convocava cada vez mais à transversalidade entre as Políticas. Na construção da Política Estadual de Redução de Danos, através da Portaria SES RS n. 503/2014¹², tal articulação entre

as Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e DST/AIDS se fortalece, somada à participação da Política Estadual de Saúde da População Negra.

A Portaria, que institui a Política de Redução de Danos em âmbito estadual, faz um resgate do trabalho da Redução de Danos no Rio Grande do Sul integrado entre as três políticas, com a compreensão da RD como diretriz para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, para qualquer trabalhador em todos os serviços de saúde onde houver essa demanda. Aparecem como diretrizes da Política a promoção e prevenção de DST/HIV/AIDS na perspectiva da integralidade; a educação sobre drogas, na perspectiva da promoção da autonomia; articulação com outros equipamentos sociais e de produção de saúde; e o enfrentamento ao racismo institucional como determinante social em saúde.

A Portaria foi aprovada por unanimidade pelo Conselho Estadual de Saúde, cabendo a cada um e a todos dar-lhe vida a ela, como tentamos fazer com a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas nos territórios. Tanto a Política Estadual de Redução de Danos do RS quanto a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do MS são documentos que podem servir como ferramentas para pensar o cuidado, tendo como principais diretrizes o protagonismo e autonomia dos usuários.

Já os Encontros Macrorregionais de Redução de Danos foram acontecimentos históricos importantes, pois rompe com um tempo em que a redução de danos era “censurada” no RS. Esses encontros foram extremamente intensos, reunindo muitas pessoas, atores históricos e recém-chegados na redução de danos. O compartilhamento de experiências, o debate sobre as políticas de drogas e, principalmente, o encontro entre pessoas foram seus aspectos fundamentais.

É importante ressaltar que a

programação e organização dos encontros se construíram com os atores de cada território, na aposta de servir como dispositivo para disparar processos de educação permanente na micropolítica. Essa potencialização da RD nos territórios foi mesmo produzida a partir dos Encontros Macrorregionais: alguns municípios reativaram Fóruns de Redução de Danos e outros os fortaleceram. Consideramos também que os Encontros serviram como espaços de educação permanente para os próprios redutores e como catalizador da rede, nutrindo-a com espaços de encontros e trocas.

As Resoluções CIB/RS e Política Estadual de Redução de Danos aprovadas são marcos importantes para legitimar o cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas, afirmado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Porém, apenas políticas instituídas pelo Estado não garantem sustentabilidade como política pública. A Redução de Danos historicamente tem se sustentado a partir do encontro entre pessoas, não dependendo exclusivamente do apoio de um governo. É assim que se mantém há 14 anos, por exemplo, o Grupo de Estudos de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública coordenado pelo Centro de Referência de Redução de Danos. Por isso, a aposta é de potencializar a construção da Redução de Danos nos territórios, nos encontros singulares em que se opera a ética do cuidado e o investimento em processos de educação permanente em saúde.

Espera-se que estas ações tenham constituído certa institucionalidade, de modo que possam servir de ferramentas para os atores envolvidos continuarem trabalhando. Espera-se que estes encontros tenham nos fortalecido para os desafios adiante, que são muitos. Por fim, ficam os desafios a todos que, como nós, *pensam que a rua é a parte principal da cidade* e o cuidado só é cuidado se for em liberdade.

Mocidade das Dores.

*Nós redutores
De danos,
Nos identificamos
Com as dores.
Com seres humanos
Que antes dos planos
São acolhedores.
Foi diferente
A hospitalidade
Da mocidade
Independente.
Não rolou bateria,
Mas tanta simpatia
Vinculou a gente
Como a gente quer,
Sem nariz em pé,
Um amor não exigente.
Com tanto carinho
E tanta amizade,
A gente é mocidade
Desde pequeninho.
Captou a nossa essência
Em uma feliz convergência
No acaso de um caminho.
Um astral bem mentaleiro,
Que com o nosso corrobora,
Até a tranca do banheiro
Fica do lado de fora!*

Carlinhos Guarnieri

(Poema escrito durante o Encontro de Redução de Danos da Macrorregião Centro-Oeste, em Santa Maria, em 17 e 18 de julho de 2014).

Agradecimentos

A todos que constroem a redução de danos no Rio Grande do Sul ao longo da história e aos que estiveram conosco nestes 4 anos, seja nos aconselhando ou correndo a maratona lado a lado, agradecemos essa intensa e afetiva rede de ensino-aprendizagem, militância e amizade.

Referências

- ¹ Lancetti A. A clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2012.
- ² Rio Grande do Sul. 1999.
- ³ Lei n. 9.716, de 7 de agosto de 1992 (RS). [Internet] Porto Alegre: 1992. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/dirhum/legislacao/id326.htm>
- ⁴ Comissão Intergestores Bipartite (RS). Resolução CIB nº 403 de 03 de novembro de 2011. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. [Internet] Porto Alegre: 2011. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
- ⁵ Comissão Intergestores Bipartite (RS) Resolução CIB nº 404 de 03 de novembro de 2011. Institui o Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas. [Internet] Porto Alegre: 2011. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
- ⁶ Comissão Intergestores Bipartite (RS) Resolução CIB nº 562 de 19 de setembro de 2012. Institui normas para organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral em Saúde Mental nos Hospitais Gerais do Estado do Rio Grande do Sul. [Internet] Porto Alegre: 2012. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
- ⁷ Secretaria da Saúde (RS). Portaria RS/SES Nº 591 DE 19/12/2013; Regulamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Rio Grande do Sul. [Internet] Porto Alegre: 2013. Disponível em: <http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=263302>
- ⁸ Comissão Intergestores Bipartite (RS) Resolução CIB nº 038, de 1 de março de 2012. Institui, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, álcool e outras drogas, Incentivo Financeiro Estadual para a Redução de Danos em âmbito municipal. [Internet] Porto Alegre: 2012. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
- ⁹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- ¹⁰ Comissão Intergestores Bipartite (RS). Resolução CIB nº 242/13 – CIB/RS, que institui, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, incentivo financeiro para custeio dos CAPS ad III, CAPS III, UA, UAi e SRT tipo I e II, em complementação ao financiamento federal [Internet] Porto Alegre: 2013b. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1372963874_cibr242_13.pdf
- ¹¹ Comissão Intergestores Bipartite (RS) Resolução CIB nº 234, de 12 de maio de 2014. Instituir recurso financeiro Estadual para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, nas modalidades Intersetorial e de Equipe. [Internet] Porto Alegre: 2014. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1400262787_cibr234_14.pdf
- ¹² Secretaria da Saúde (RS). Portaria SES/RS nº 503, de 01 de julho de 2014. Institui a Política de Redução de Danos em âmbito estadual. [Internet] Porto Alegre: 2014b. Disponível em: http://cosemsrs.org.br/imagens/portarias/por_g1b2.pdf

CRISE ECONÔMICA, DESIGUALDADES, DIREITOS HUMANOS E ÉTICA DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO CONTEXTO GLOBALIZADOⁱ

Economic crisis, inequality, human rights and healthcare ethics in the global context

Ardigó Martino

PhD em Políticas cooperação e políticas para o desenvolvimento sustentável International Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale
E-mail: ardigó.martino@unibo.it

Angelo Stefanini

Pesquisador do Departamento de Medicina e Saúde Pública da Universidade de Bolonha e diretor científico do Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche. Università degli Studi di Bologna Alma Mater Studiorum
E-mail: angelo.stefanini@unibo.it

Resumo

As escolhas relacionadas a alocação de recursos na Saúde Pública são constantemente pontos críticos, tanto em períodos de expansão econômica, quanto em períodos de crise. Em ambos os casos, as escolhas por racionamentos escondem numerosos perigos para a saúde da população, especialmente, quando são realizadas por meio de uma abordagem técnico-racional e sem reflexões éticas específicas. O racionamento feito a partir de decisões políticas raramente levam em consideração as reflexões estruturais do tipo ético sanitário, que deveriam ser utilizadas na organização, gestão e avaliação das políticas e serviços de Saúde. Este artigo visa fomentar o debate entre os profissionais de saúde, aos gestores e aos estudantes, demonstrando os riscos implicados na alocação dos recursos em saúde, por meio de um processo técnico-racional. Foram analisados referenciais teóricos e estudos de casos internacionais, relativos ao período pós Segunda Guerra Mundial até os dias atuais. A análise se constitui a partir da experiência e formação dos autores, bem como na capacitação dos profissionais de saúde tanto no contexto europeu, quanto no contexto brasileiro. O artigo reflete sobre a necessidade e a importância do “fazer ética”, do ser sensível a diversidade moral em um mundo globalizado, procurando trazer potência na compreensão e mediação dos conflitos relacionados ao financiamento em saúde.

ⁱ Texto originalmente escrito em italiano publicado em 1999, Revista Sanità Pubblica, volume 3 sob o título Ética dei Sistemi Sanitari, em que os autores traduziram para o português, atualizaram e revisaram para esta publicação.

Palavras chave: Ética; Alocação de recursos; Sistemas de saúde; Saúde global; Globalização.

Riassunto

Le scelte allocative rappresentano una criticità costante in salute pubblica sia in periodi di crescita economica sia in periodi di crisi. In tutti i casi le scelte di «razionamento» nascondono numerose insidie per la salute della popolazione, specialmente quando sono realizzate attraverso un approccio tecnico razionale e senza il supporto di specifiche riflessioni di natura etica. Infatti anche se il «razionamento» viene frequentemente presentato dai decisori politici e dai gestori come uno strumento per la promozione della salute quale diritto umano fondamentale, raramente riflessioni strutturate di tipo etico sanitario sono utilizzate nell'organizzazione, gestione e valutazione delle politiche sanitarie e dei servizi di salute. L'articolo tenta di fornire ai professionisti sanitari, ai gestori e agli studenti stimoli al ragionamento rispetto ai rischi insiti nell'allocazione delle risorse in salute eseguite solo attraverso processi tecnico-razionali. Sono stati quindi raccolti e riassunti i principali contributi teorici ed alcuni case studies internazionali relativi al periodo che va dal secondo dopoguerra ad oggi utilizzati dagli autori nella formazione rivolta ai professionisti sanitari sia nel contesto europeo sia nel contesto brasiliano. L'articolo dopo una riflessione estesa ed articolata conclude riaffermando la necessità e l'importanza del "fare etica" e dell'essere sensibili alle diversità morali, nel contesto pluralista del mondo globalizzato, soprattutto come strumento per la comprensione e la gestione dei conflitti che le scelte allocative in salute producono nel campo sociale.

Parole Chiave: Etica; Allocazione delle risorse; Sistemi sanitari; Salute globale; Globalizzazione.

Abstract

Allocation decisions are a critical constant in public health both in periods of economic growth and in times of crisis. In all cases "rationing" choices hide many dangers to the health of the population, especially when they are made through a rational, technical approach and without the support of unambiguous ethical considerations. In fact, even if "rationing" is frequently presented by policy makers and managers as a tool for the promotion of health as a fundamental human right, well-thought-out, ethical reflections on health are rarely used in the organization, management and evaluation of health policies and health services. The article aims at encouraging health professionals, managers and students to reflect on the risks inherent in resource allocation in health driven only by technical-rational processes. A number of significant, theoretical contributions are presented, together with international case studies from World War II to the present, utilised by the authors to train health professionals both in Europe and in the Brazilian context. After an extensive and articulated discussion, the article concludes reaffirming the need and importance of "doing ethics" and being sensitive to moral diversity, in the pluralist context of the globalized world, as a tool for understanding and managing conflicts generated in society by health-related allocation decisions.

Keywords: Ethics Resource allocation; Health systems; Global health; Globalization.

Introdução

A maturação do processo de globalização, onde a economia liberal está produzindo em larga escala o aumento das desigualdades sociais seja entre os países ou dentro destes¹, intensificado pela crise econômica europeia,² o declínio das nações de modelo do século XX e o surgimento de novas formas de agregação de poder econômico do tipo trans-nacionais^{3,4} contribuiu para a erosão do conceito de bem-estar, redimensionando os mecanismos de redistribuição dentro das nações, agravando ainda mais as desigualdades. Todos esses fatores colaboraram para uma transformação radical do quadro simbólico, político, econômico e cultural em relação aos direitos humanos.

Neste cenário, o agravamento da crise econômica internacional potencializa o risco da substituição progressiva da ética pela lógica técnico-racional do capital dentro dos serviços de saúde. Os sistemas sanitários de moldes igualitários são forçados a realizar uma progressiva reestruturação em nome da eficiência e da redução dos gastos^{5,6,7}. Economias, racionalização de gastos, eficácia e eficiência, são conceitos muito traiçoeiros, exigidos pelo mercado e pelo liberalismo, já que estes geram facilidades em se ocultar os processos de exclusão, discriminação social e produção de desigualdades⁸. Entre eles, a Itália, pela sua história de um sistema de saúde equitativo com molde Beveridgiano e o Brasil por seu modelo integrado e participativo de cuidados primários em saúde.

Desta forma, realizar escolhas de financiamento no âmbito do setor de saúde não significa simplesmente reduzir ou aumentar inequidades, mas sim decidir quem obterá qual serviço e qual serviço será mais ou menos priorizado. Este discurso vale para países em expansão econômica, como o Brasil, ou em crise econômica, como a Itália, nos quais em cada caso é desafiador

estabelecer quais necessidades devem ser prioritariamente inclusas ou exclusas dentro do painel dos serviços públicos. Seja no corte de gastos ou na expansão dos serviços, a decisão sobre a distribuição dos recursos se configura inevitavelmente em um exercício de racionamento⁹.

É consolidada a ideia que existe uma divisão entre a lógica de gestão do sistema sanitário baseado no mercado e a lógica de gestão baseada no estado de bem estar social, e que basta escolher um sistema em detrimento do outro para obter os resultados coerentes com a premissa em virtude dos quadros teóricos de referência.

Em um sistema de saúde privado, com base no mercado, o acesso aos serviços e “quem obtém o que” é determinado pela vontade e pela capacidade de pagar que cada indivíduo tem. Os prestadores dos serviços respondem então à demanda dos consumidores, mas impulsionados por uma vontade de lucro. Em uma situação de concorrências, o equilíbrio é mantido mais ou menos por ajustes automáticos dos preços.

Em um sistema de saúde público, o acesso é teoricamente determinado pelas necessidades, as quais os prestadores de serviços respondem guiados por um motivo sócio-humanitário. O equilíbrio, neste caso, é mantido por um programa baseado nas necessidades da população. Essas necessidades podem naturalmente assumir significados muito diferentes, segundo quem as define. Por exemplo, existem necessidades perceptíveis à comunidade que não correspondem àquelas identificadas pelos profissionais de Saúde. As demandas podem ser diversas em base da sua prevalência, em relação à severidade, de acordo com as pessoas afetadas (em termos de número e de importância social) e em relação ao nível de interesses políticos que elas geram.

Em um sistema de saúde privado, nenhuma pessoa em particular, a não ser o

próprio mercado, decide como os recursos devem ser aplicados. Já em um sistema público, baseado em uma programação, alguém deve ter a vontade – optar pela escolha, ou pela escolha de não escolher –, deve possuir o poder de legitimar o controle sobre políticas sociais, econômicas e sua capacidade de decisão – isto é, possuir informações, saberes, valores e mecanismos adequados.

Isto cria um contexto em que a política é construída e declarada, em continuidade com um mundo de valores, que na prática apresenta uma série de implicações produtivas, mas não só produtos de valor. Como no caso italiano, a importância da lógica da gestão dos sistemas de saúde, no âmbito do sistema de *welfare* (Estado de Bem Estar), motivou-se pela contenção dos resíduos da ineficiência. Com a reforma sanitária de 1992,¹⁰ impôs um orçamento baseado nos serviços de saúde em nome do Direito à Saúde mas sem adotar instrumentos de competência de avaliação e gestão do impacto sobre a produção da assistência dentro do serviço, senão aqueles próprios da administração em saúde que são operacionalizados e discutidos entre o nível político e a gestão.

Ao invés disso, na vida cotidiana, as decisões sobre como gerir os recursos de um sistema de saúde, ocorrem em todos os níveis¹¹. Começando pelo ambulatório, onde o paciente aguarda para ser atendido em uma sala de espera lotada e desconfortável, em que sua consulta pode ser adiada por alguns dias (racionamento por dissuasão ou por retardo). Continuando quando o paciente chega encaminhado de outra clínica ou laboratório por razões de competência (racionamento por deflexão), quando o médico examina o paciente e decide qual o caminho a seguir, isto é quantos exames e quantos medicamentos prescrever, se envia o paciente a um especialista ou deve hospitalizá-lo (racionamento por diluição). Finalmente, hospitalizado, alguém deve

decidir quando liberá-lo do hospital ou por quanto tempo mantê-lo ali (racionamento por interrupção). Essas são as micro-decisões, em nível de primeira linha de cuidado em saúde, em exemplo, a medicina de base especialista ou hospitalar.

No nível superior da pirâmide, as macro-decisões são tomadas pelo governo (por exemplo, a quantidade de recursos destinados à Saúde, em relação a outros setores), dentro de um órgão executivo, como um Ministério da Saúde (por exemplo, a prioridade dada à prevenção, ao cuidado e à reabilitação)¹². Este processo de escolhas de prioridades ocorre por meio de um processo de racionalização da quantidade e dos tipos de serviços prestados aos diversos grupos da população, representados pela demanda diária, mesmo que tudo não seja assim tão explícito e consciente. Cada decisão desse gênero tem ainda sua racionalidade, no sentido que a ação (isto é, o meio) escolhida deve ser coerente com a norma (isto é, com a finalidade) pela qual é dirigida. E que para um mesmo problema podem ser aplicadas diferentes formas de racionalidades.

No debate em saúde é possível emergir a dimensão ética inevitável das escolhas racionais. Um profissional da saúde, por exemplo, é perfeitamente racional se decide que, já que as doenças infecciosas são combatidas e erradicadas, a presença da tuberculose em uma comunidade deve ser, o quanto possível, reduzida tecnicamente à zero. Um economista pode, em vez disso, chegar à conclusão que uma vez que o empenho para controlar a doença condiz com um aumento significativo no custo unitário do programa, é aconselhável chegar a uma redução mais modesta, ou até mesmo não intervir e usar os recursos disponíveis para melhorar a condição econômica da população. Um político, por outro lado, pode decidir não interferir diretamente sobre a tuberculose, porque a tuberculose não ocupa uma grande

importância ao nível da opinião pública. Portanto, uma intervenção para combater este problema traria apenas modestas vantagens para o próprio partido. Se aceita a validade das respectivas normas, qualquer uma dessas escolhas é perfeitamente racional, na medida em que os meios escolhidos condizem com os critérios que as sustentam. Isto significa que a racionalidade para uma pessoa pode corresponder a irracionalidade, desonestidade, ou falta de realismo para outra pessoa. Uma prioridade pode ser correta ou errada em relação à norma e ao processo utilizado, mas não em sentido universal e abstrato.

É possível pensar, por exemplo, no conceito de aparência paradoxal, de racionalidade emocional, segundo o qual, certas decisões, ligadas não só à esfera pessoal, mas também ao comportamento e ao sentimento coletivo dentro de uma organização, parecem possuir tal componente de norma emotiva que, se fosse baseada somente em cálculos exclusivamente intelectuais, poderiam adquirir resultados irracionais. Enfim, é possível individualizar uma lógica de organização que poderia ser denominada racionalidade superior ou de gestão que representa uma síntese de modos diferentes de se tomar decisões e fazer escolhas.

Tal síntese acomoda diferenças óbvias e conflitos que existem entre as várias racionalidades, produzindo explícitos critérios de relevância e deixando à disposição informações justas e pertinentes para qualquer problema, de modo que sejam utilizados os métodos mais apropriados para tomada de decisões¹³. Infelizmente, na realidade, a seleção dos critérios de escolha de prioridades, ao invés de ser parte de um processo analítico de decisão e realizado “à luz do dia” (no qual existe uma ampla oportunidade para que todos participem, que em razões diversas possam confrontar a evidência dos fatos e em que os conflitos de valores e preferências possam ser

plenamente explorados) são extremamente deixados ao acaso, às tendências do momento.

Duas coisas devem ser enfatizadas no processo de racionamento descrito até agora: em primeiro lugar, as micro-decisões sobre prioridades ao nível de base são, geralmente, condicionadas pelas macro-decisões relacionadas à aplicação de recursos nos níveis superiores da hierarquia organizadora.

Em segundo lugar, em qualquer nível de tomada de decisão, as escolhas devem ser realizadas de acordo com as necessidades. Entretanto, tudo depende de como essas necessidades são identificadas, isto é, pelas diversas racionalidades que prevalecem particularmente naquele momento. Quando se fala de escolha de prioridades, em efeito, discute-se uma complexa interação de múltiplas decisões sobre como aplicar os recursos, guiando-se por diferentes critérios e por vários níveis organizacionais.

Como as diversas racionalidades são moldadas inevitavelmente pelos valores e critérios, é comum se perguntar quais destes devem ser utilizados. Por exemplo, a prioridade a ser dada nos planos de saúde tanto em âmbito nacional como local, por quem distribui as reservas, deve respeitar a individualidade dos grupos da população. Esta definição pode ser feita com base em áreas geográficas; com base nos grupos populacionais (grupos ocupacionais, sociais, de diversas classes, variedade dos grupos em riscos, etc); com base nos grupos de pacientes e/ou tipos de interdependência (HIV-soro positivos, idosos, toxicodependentes, mães e filhos, etc); com base em atividades e serviços diferentes (decidir a prioridade entre os serviços primários, secundários ou terciários, com particular resguardo à quantidade, qualidade, eficácia e eficiência); com base nas diversas formas de intervenção (prevenção ou cura); com base nas diversas agências e organizações (seja

no setor público ou privado).

Tais dimensões são obviamente interdependentes: dar prioridades a serviços de nível secundário (hospitais) tenderá a beneficiar particularmente a alguns grupos sociais (classe urbana) e algumas doenças particulares (aquelas que necessitam de hospitalização). O pacote de cuidados essenciais foi à estratégia proposta nos anos noventa pelo Banco Mundial aos países em desenvolvimento e é proposta agora também para a Europa devido à crise econômica¹⁴. Esse pacote consistia na limitação do número e dos tipos de intervenções, privilegiando aqueles com maior relação custo/benefício, os quais os governos desses países deveriam financiar, devido ao corte de gastos no setor de Saúde.

Isto representa um típico exemplo do racionamento assistencial em saúde por exclusão, e foi promovido como a resposta mais racional e científica aos limitados recursos disponíveis. Porém, na realidade, seria possível utilizar muitas outras estratégias.

Por sorte, apesar dos economistas, seja em período de crise econômica, seja durante a expansão, a comunidade (ou pelo menos uma parte dela) pede satisfação aos profissionais da área da saúde sobre quais são as considerações não apenas de ordem econômica, mas também político, filosófico e ético que guiam as escolhas organizativas.

Uma das dificuldades na utilização da ética por parte dos profissionais da área da saúde é a expectativa de que esta forneça respostas objetivas a partir de um processo de decisão racional, através de um algoritmo imutável. Ao contrário, as reflexões éticas são desnaturalizantes, ou seja, elas necessitam de uma escolha entre teorias ou princípios morais, tendo-os em contraste. O raciocínio sobre ética pode iluminar o problema, mas não pode fornecer uma modalidade incontestável de escolha entre modelos morais, portanto, necessita de um posicionamento definitivo dos profissionais,

abandonando a sua presumida posição de observadores neutrais da realidade. Liberando o debate em relação à alocação de recursos na sua dimensão da imparcialidade, porém, se permite a reimersão em seus conteúdos sociais, culturais, políticos e com eles a participação comunitária e a riqueza da subjetividade que animam a sociedade¹⁵.

A desnaturalização e a subjetivação não significam o abandono do rigor científico em favor do relativismo indiscriminado, mas ao contrário, desviam as atenções das “normas éticas” à ética dos processos. Forçar os profissionais à autorreflexão e à avaliação contínua das produções sociais das próprias práticas. Por exemplo, a partir do quadro conceitual da liberdade individual em relação à liberdade coletiva, nós podemos enunciar 4 princípios ou indicações processuais (definidas *prima facie*, ou seja, vinculadas a menos que, em determinadas circunstâncias, elas não entrem em conflito com obrigações de força igual ou maior. Nesse caso deverá ser feita uma escolha entre eles.) que direcionam as escolhas dos profissionais da área da saúde sem representar prescrições normativas. Estes princípios são:

1. Respeito pela autonomia

Representa a tentativa de tornar-se efetiva a autodeterminação do sujeito, a partir do pressuposto que os indivíduos devam ser colocados em condições de alcançar o seu bem estar mas que este não pode ser alcançado sem a sua participação. É o princípio mais consistente entre os quatro e equivale ao imperativo categórico de Kant “trate os outros como fins em si mesmos e nunca como meios”. Em termos de saúde indica, por exemplo, a necessidade de compartilhar com o paciente as informações oportunas não para induzi-lo a alcançar os resultados que imaginamos serem os melhores para ele, mas para que ele possa refletir sobre que coisas são melhores para si próprio;

2. Não-maleficência

É um princípio que se antepõe ao benefício, porque reflete sobre a normalidade do benefício sem o outro. A nossa tensão como profissionais da saúde é aquela de agir sem limitar as liberdades do indivíduo (não prejudicá-lo exatamente), além de não efetuar ações que possam prejudicá-lo diretamente, pesquisar a sua emancipação para que possa participar plenamente das ações benéficas que o tornem ativamente consciente;

3. Beneficência

A pesquisa do bem do paciente pode, portanto, ocorrer de maneira participativa, envolvendo o paciente a partir das suas trajetórias de vida e da sua subjetividade;

4. Justiça

*Iustitia est ad alterum, neminem laedere, suum cuique tribuere.*ⁱⁱ É talvez o princípio mais problemático entre todos, porque a questão da justiça é aquela que mais coloca em questionamento os horizontes simbólicos e os sistemas morais de quem os observa. Em relação à alteridade nós podemos assim resumir duas grandes macros áreas da justiça:

a) Comutativa (linear, horizontal/direta, bilateral, indivíduo-indivíduo, aritmética, igualitária, reparadora).

b) Distributiva (triangular/tripolar, vertical/direta, horizontal/indireta, distribuição segundo proporcionalidade).

A reflexão sobre justiça, alteridade e equidade torna-se então outro elemento central na construção da ética no momento que cada um de nós é a favor da justiça mas nem todos faremos a mesma interpretação. A esquerda do “espectro político” tende a dar prioridade à “justiça social” com a intenção de reformar a sociedade na direção a uma maior igualdade, eliminando a pobreza. A direita por sua vez prefere concentrar-

ⁱⁱ Justiça é para outra pessoa, para não ferir ninguém, para dar a cada um seu direito.

se sobre a força da lei e da ordem, da estabilidade e da adequada recompensa à iniciativa privada e ao mérito individual. Uma primeira importante formulação do princípio de justiça virtualmente aceita por todos é aquela de Aristóteles segundo o qual “os iguais devem ser tratados de modo igual, enquanto os diferentes devem ser tratados de modo diferente, proporcionalmente às suas relevantes desigualdades”. A aceitação deste princípio de qualquer modo nos assegura pelo fato que as decisões terão uma justificativa ética e não estarão sujeitas a algum arbítrio ou parcialidade. O problema que se encontra na definição aristotélica, entretanto, é que é exclusivamente formal, não nos diz nada do conteúdo e da substância com o qual, por exemplo, se pode definir e medir a igualdade ou a desigualdade de dois ou mais indivíduos. Portanto, necessitamos de uma série de princípios que funcionem com critérios para uma justa distribuição dos recursos. São os chamados princípios “materiais de justiça”. Qualquer formulação de uma política ou de um endereço público deriva da aceitação (ou da recusa) de um ou mais dos tais princípios materiais de justiça distributiva.

São eles¹⁶:

A cada um, segundo uma subdivisão em partes iguais;

A cada um, segundo a necessidade;

A cada um, segundo a própria contribuição;

A cada um, segundo o empenho e o esforço realizado;

A cada um, segundo o mérito;

A cada um, segundo as leis do mercado.

Ao formular as próprias políticas sociais a maior parte da sociedade recorre, de modo geral, contemporaneamente, a mais de um destes princípios. Por exemplo, pelo menos em teoria os subsídios são atribuídos aos pobres e aos desempregados (necessidade), os postos de trabalho com

base em títulos e concursos (mérito), os níveis dos salários com base nas forças do mercado, enquanto a instrução pública primária é aberta igualmente a todos os cidadãos (partes iguais). É também óbvio que cada um dos princípios acima elencados ocupe uma posição mais ou menos privilegiada segundo a tendência política dominante naquela sociedade. Não obstante as diversas teorias concordam sobre o dito latino *“unicuique suum”* (a cada um o seu), onde falta o acordo é na definição de que coisa concretamente seja esse “seu”. Aquilo que fazem, entretanto, é estabelecer as bases sobre as quais se deve distribuir benefícios e encargos. A um extremo está então a máxima “a cada um segundo a própria necessidade, a cada um segundo as próprias possibilidades” (teoria igualitária/socialista) enquanto em outro encontramos “a cada um segundo quanto honestamente adquirido em uma livre economia de mercado” (teoria libertária/liberal).

Teorias da justiça

As teorias mais importantes que tratam de coisas que se pode dizer certa ou errada são aquelas deontológica e aquela teleológica (ou consequencialista). A primeira se baseia em princípios que estabelecem coisas que sejam justas ou injustas independentemente das suas consequências. Tais princípios são frequentemente evidentes por si mesmos e tratam dos deveres (ser justo com os outros, beneficência, não maleficência, etc) e dos direitos (de autonomia, de liberdade e de igualdade). Uma ação particular é então correta quando se conforma a tais princípios. O problema desta proposta é que ela não dá indicação de como comportar-se quando dois ou mais destes princípios entram em conflito entre si (por exemplo, autonomia e beneficência). A proposta teleológica afirma responder a

esta dificuldade propondo que a bondade de uma ação deva ser julgada pelos efeitos, resultados e consequências que produz. São fundamentalmente três as teorias da justiça que influenciaram, em tempos e modos diferentes, a política de saúde do governo e organizações internacionais: a libertária, a igualitária e a utilitária. As duas primeiras são do tipo deontológico, a terceira teoria é do tipo teleológico.

Teoria libertária

Segundo a teoria libertária para justiça se deve, sobretudo, entender a defesa da autonomia e da liberdade (prevalentemente econômica) do indivíduo. O conceito de justiça distributiva, que permite retirar quaisquer bens adquiridos honestamente para dá-los a outros necessitados (por exemplo, através de uma tributação progressiva) é de fato estranho a este pensamento que vê no mercado de livre concorrência o único mecanismo permitido (e certo) para redistribuir as riquezas. As desigualdades que deste modo podem ser criadas não são injustas porque o mercado termina por recompensar “quem se dá a fazer e trabalha duro”. Também no setor de saúde é preconizada a intervenção do mercado e a expansão do privado para consentir a livre concorrência entre os fornecedores e eventualmente também entre os financiadores dos serviços de saúde. Intrínseco a esta teoria está o conceito de mérito, segundo o qual uma pessoa ou um grupo “mereça” ou não prioridade na alocação dos recursos sanitários com base no próprio estilo de vida. Tal interpretação da justiça distributiva coloca evidentemente uma ênfase toda particular sobre a escolha individual considerada livre e que se faz a cargo das próprias responsabilidades. As causas sociais que poderiam estar na base da doença e colocar em discussão a efetiva liberdade de escolha do indivíduo não são considerados neste caso.

Teoria Igualitária

Na teoria igualitária justiça significa equidade. Mas no setor de saúde existem pelo menos quatro diferentes definições de equidade¹⁷. A primeira (igualdade de despesas em saúde per capita) está na base de certos métodos de alocação regional dos recursos segundo determinadas fórmulas (população, mortalidade, etc) usados em alguns países. (Se percebe que a diferença entre “igualdade” e “equidade”, onde a primeira resguarda a distribuição dos recursos de modo igual para todos independentemente das necessidades individuais e que então pode produzir êxitos diversos em termos de saúde). A segunda definição (distribuição segundo a necessidade), de aparência simples e clara, é porém complicada pela dificuldade de definir o conceito de “necessidade”. Tal princípio se apresenta, invocando a definição aristotélica de justiça, em duas versões: uma, a chamamos “horizontal” (pessoas com as mesmas necessidades deveriam ser tratadas do mesmo modo) e uma “vertical” (pessoas com necessidades maiores deveriam receber maiores considerações que aquelas com necessidades menores). A mesma necessidade pode ser vista como “nível inicial de saúde” ou doença, no sentido que pessoas que são mais doentes que as outras têm mais necessidade. Mas necessidade de que? De assistência sanitária? O que dizer se não existe uma cura eficaz para a minha doença? Talvez então terei necessidade de outros benefícios alternativos. Além disso, a eficácia de uma intervenção é uma condição necessária, mas não suficiente para satisfazer uma necessidade: poderiam realmente existir outras tecnologias mais econômicas ou mais produtivas que alcancem o propósito de modo mais eficiente (isto é, satisfazendo a mesma quantidade de necessidade mas com um menor uso de recursos). Em conclusão, um indivíduo pode então

ter necessidade de assistência em saúde apesar de não estar doente (necessidade de medidas preventivas), ou estar doente, mas não ter necessidade de assistência em saúde (onde nenhuma intervenção pode ser eficaz), ou ser doente e ter necessidade de uma cura tipo X (com uma boa relação custo-eficácia) mas não da cura do tipo Y (que é extremamente dispendiosa). A terceira definição considera a equidade como igualdade de acesso. A necessidade no campo da saúde vem sempre identificada também como acesso (expressão da oferta aos serviços) ou como utilização (expressão das demandas). O uso comum que se faz dos termos parece adaptar-se melhor à definição de acesso como “o consumo máximo alcançável” do produto ou serviço em questão. Podem realmente existir diversos graus de acesso a tais serviços e assim também um limite máximo ao seu consumo. Acesso (ou melhor, a falta de acesso) pode também ser entendido como “uma utilidade falha” medindo os custos em termos de utilidade ao invés que em dinheiro. Assim uma vez que a utilidade marginal da renda (o benefício/utilidade adicional baseado em uma unidade de renda superior) é maior para o pobre que para o rico, também o “custo de acesso” será mais alto (e então o acesso menor) para o pobre também se este deve pagar o mesmo preço em dinheiro. Para usar certa quantidade de assistência a pessoa mais pobre deve sacrificar mais, isto é, deve se privar de algo que para ele tem um valor maior do que para quem é rico. A outra metade consiste na qualidade (*output*) e no êxito final (*outcome*) do serviço oferecido.

Teoria Igualitarista

A última definição descreve a equidade no setor sanitário como igualdade no nível de saúde. O igualitário é movido por espírito altruístico, quase religioso, para superar a dimensão fortuita e acidental

da distribuição das riquezas e eliminar as desigualdades naturais (herdadas no nascimento) e sociais (sofridas durante a vida). Reconhecendo os limites dos recursos à disposição frente a uma demanda em saúde praticamente ilimitada, o pensamento igualitário propõe que tais recursos escassos não sejam deixados à mercê do mercado mas que sejam empregados onde há uma maior necessidade e que isso esteja bem definido. O problema desta concepção é que justamente onde existe uma maior necessidade (pensemos no doente terminal) que frequentemente é menos eficiente intervir enquanto se corre o risco de utilizar quantidades enormes de recursos em um poço sem fundo (*bottomless pit*) à custa de outras intervenções com maiores probabilidades de sucesso.

Teoria Utilitarista ou utilitarismo social

A teoria utilitarista, ao contrário das duas precedentes, coloca uma preocupação do tipo gerencial e eficiente sobre os efeitos e sobre as consequências das ações humanas. Como visto acima, os utilitaristas acreditam que justiça seja não tanto prender-se a certos princípios (visão deontológica) que muito frequentemente entram em conflito entre si, mas ao contrário, produzir resultados desejáveis (visão teleológica) e minimizar aqueles indesejáveis. O ideal é alcançar o bem máximo e a felicidade para a maior parte da população (ou seja, obter aquela que é chamada utilidade máxima). No setor de saúde, entre recursos finitos e demandas sem limites, é então necessário alcançar compromissos que maximizem os benefícios e minimizem os custos em favor do maior número de pessoas (que não são necessariamente as mais necessitadas). Disponibilidade econômica do Estado e pressões políticas devem então ser os fatores determinantes para decidir se promove ou não um nível mínimo de serviços de saúde para todos: “os argumentos para justificar

o direito à saúde e à assistência sanitária devem verter sobre a legitimidade das despesas sociais ao invés de uma noção de direitos naturais, inalienáveis e pré-existentes.”¹⁸. Típico da visão utilitarista é o uso das análises econométricas (custo/benefício, custo/eficácia e custo/utilidade) e de índices como os QALYs (*Quality Adjusted Life Years*)¹⁹ e DALYs (*Disability Adjusted Life Years*)²⁰ que representam uma medida aparentemente objetiva do ganho em saúde (*health gain*) obtido através de intervenções clínicas diferentes.

Os QALYs em particular, são produzidos através da correlação entre o impacto sobre a mortalidade e morbidade (definida com base na mobilidade e na dor) dos tratamentos específicos e a qualidade de vida, esta última definida por meio de pesquisa de opinião em amostras de usuários. Diversos tratamentos serão, evidentemente, associados com diferentes valores destas variáveis e pode, assim, serem catalogados de acordo com maior ou menor número de produtos QALYs. O problema principal desta teoria, então, é que a maximização da utilidade não significa necessariamente justiça. Pelo contrário, em certos casos o raciocínio utilitarista apresenta conclusões bastante desconcertantes como quando o bem da maioria conduz a legitimação da injustiça em detrimento das minorias. É evidente que a “a utilidade medida segundo o método custo/benefício não pode trazer a negação do princípio da equidade ao ponto de alguém permanecer sem algum tipo de assistência sanitária”.²¹ É necessário, do ponto de vista ético (ainda que nem sempre a partir do econômico), que o princípio da igualdade de acesso de todos os cidadãos a um nível mínimo aceitável aos serviços de saúde, acompanhe sempre cada consideração de utilidade. Então as consequências não anulam os princípios, mas sim os ordenam por importância.^{22, 23}

A proposta contratualista

Uma proposta interessante²⁴, a qual afirma que uma sociedade justa deveria ser orientada por dois princípios: liberdade e igualdade. Questiona quais definições de justiça seria dada por uma pessoa racional que fosse colocada atrás do que ele chama de um “véu de ignorância”, ou seja, sem conhecer a sua posição dentro da sociedade em que vive. Partindo desta situação imaginária, como conceber uma sociedade justa? Muito provavelmente ele optaria por uma sociedade a qual ele não devesse sacrificar sua liberdade, mas ignorando a condição de ser pobre ou rico, as desigualdades fossem minimizadas, sendo permitida somente se fossem beneficiados os menos favorecidos. Em tal sociedade, o sistema de saúde deveria retirar todos os obstáculos, seja financeiro ou social, racial ou geográfico, para o acesso a um determinado nível de serviços de saúde. Sem um mínimo de serviços de saúde para todos, de fato, qualquer ideia de liberdade e igualdade de oportunidades para todos não se sustentará. Isto só é permitido apenas por um planejamento adequado que regula e orienta o mercado. Como visto anteriormente, o conceito de equidade deriva naturalmente daquele da justiça, em particular da justiça distributiva. Assim, esclarece sua posição: “Todos os bens sociais primários (liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases de auto-respeito) devem ser distribuídos igualmente, a menos que uma distribuição desigual, de qualquer ou de todos estes bens, seja para o benefício dos menos favorecidos.”^{24:303} O que, aplicado ao setor da saúde, poderia ler-se: qualquer serviço de saúde prestado deveria ser disponibilizado para todos igualmente, a menos que uma distribuição desigual seja realizada em benefício dos menos favorecidos. A experiência dos países que estão reformando seu sistema de saúde vai nesta direção. O exemplo de Oregon²⁵

foi, em alguns aspectos, *sui generis*, em que o objetivo do experimento de “priorização” de combinações de condição/tratamento era estender a cobertura dos serviços a um número maior de pessoas não seguradas e, logo, totalmente fora do sistema. O resultado foi a introdução de um tipo de racionamento (a redução do número de serviços de suporte, a fim de alcançar, com aquela escolha, um maior número de pacientes) no lugar do até então existente (com a exclusão de um setor da população, os não segurados, do financiamento). Neste processo de racionamento de serviços para exclusão do pressuposto de partida, segundo o qual a lista de intervenções prioritárias foi determinada por instrumentos técnicos (análise custo-eficácia), mostrou-se claramente inadequado, levando às vezes a resultados paradoxais (como dar prioridade a revestimentos odontológicos em relação à apendicectomia), sendo imediatamente abandonado. Neste sentido, a experiência de Oregon foi útil para países como a Holanda²⁶, Suécia²⁷ e Nova Zelândia²⁸ para decidir o que não fazer: não produzir um conjunto limitado de intervenções com a exclusão de outros. Mesmo no caso de tratamentos comumente considerados de baixa prioridade poderia de fato surgirem circunstâncias individuais (como a cirurgia plástica para uma bailarina) que oferecem argumentos suficientemente fortes a favor da sua importância e da necessidade do seu financiamento.

Ética e alocação de recursos

A abordagem ética representa a base inevitável de partida, o último elemento que condicionará a escolha e que deverá caracterizar todo o quadro conceitual de referência. Seja qual for a decisão, esta deverá ser eticamente defensável. O critério que eventualmente resultará mais satisfatório dependerá, de modo determinante, dos

valores e da ideologia inspiradora de quem toma a decisão. Parece bastante evidente como a tendência igualitária e o apelo ao conceito de necessidade são típicos de uma visão solidária (social-democrata) da vida política enquanto o individualismo, o conceito de mérito e de mercado como último regulador da vida social e econômica são parte de uma visão neoliberal da sociedade. Esta última posição considera a prestação de serviços de saúde para os pobres como uma questão de caridade e não de justiça, mesmo em uma sociedade que apresenta esta concepção, deveria garantir mínimos e decentes cuidados de saúde para todos²⁹. Uma proposta alternativa, como vimos, é aquela²⁴ que, partindo do pressuposto que a assistência em saúde e, sobretudo, a estado de saúde estão condicionadas às oportunidades de disposição de cada um, sugere uma distribuição de recursos (incluindo cuidados de saúde) exatamente a permitir que todos tenham acesso à igualdade de oportunidades. Qualquer que seja a posição tomada e os critérios adotados para a escolha, haverá sempre a necessidade de se referir ao aspecto econômico, os limitados recursos disponíveis, para os custos que as escolhas feitas envolverem. A decisão de financiar uma determinada intervenção implica ao mesmo tempo a escolha de não financiar outro, logo, subtrair-se de alguém um provável benefício. Daí, a enorme dificuldade encontrada na pesquisa de uma teoria da justiça aplicada ao setor da saúde, dificuldade que se expressa na necessidade de articular a escolha sobre dois momentos essenciais: o momento deontológico, feito de princípios e de imperativos categóricos (satisfazer a necessidade ou premiar o mérito) que não consideram as consequências como moralmente relevantes e o momento teleológico que está nas consequências das ações que tem seu significado moral - a justiça então consistiria principalmente na maximização dos resultados positivos³⁰.

Nasce, assim, o dualismo equidade (momento deontológico) – eficiência (momento teleológico), cuja resolução representa provavelmente o maior desafio que uma comunidade moral enfrenta no processo de alocação de recursos limitados.

Prós e contras da abordagem utilitária

A teoria utilitarista, que se refere aos princípios formulados pelo filósofo Jeremy Bentham³¹ (1748-1832), segundo a qual “a maior felicidade para o maior número é a medida de certo e do errado”, apela ao momento teleológico da dicotomia descrita acima. As prioridades, argumenta, deveriam ser determinadas de modo a conduzir ao melhor resultado possível. Tal êxito consiste no maior número de resultados desejáveis e no menor número de resultados indesejáveis: esta é a chamada máxima utilidade. Para obter este resultado ocorre maximizar os benefícios e minimizar os custos a fim de alcançar a maior parte da população (a mais numerosa, não necessariamente a mais necessitada). Esta abordagem tende a se concentrar em técnicas econométricas tais como: a análise de custo-eficácia e a análise custo-utilidade. No primeiro caso, uma vez calculado o custo unitário de um resultado favorável (por exemplo, a cura de uma veia varicosa que não necessita de outras intervenções por pelo menos três anos) obtida através de intervenções alternativas (cintas, injeções esclerosantes, etc.), podemos, ao nível micro, escolher a intervenção (ou o paciente) menos dispendioso. No nível macro, no entanto, a escolha é entre tratamentos diversos de diferentes doenças e, portanto, é muito mais difícil definir qual seja a eficácia final sobre o paciente. Daí o conceito de utilidade em potenciais pacientes como medida em termos de resultados finais e avaliada com base na medida da qualidade

de vida; o número de anos de vida ganhos ou fórmulas que juntas combinam vários critérios, tais como SIP (*Sickness Impact Profile*), o NHP (*Nottingham Perfil de Saúde*), o QALY (*Quality Adjusted Life Years*) ou DALYs (*Disability Adjusted Life Years*). Estas medidas levantam diversas questões éticas que estão relacionadas com o valor da vida de um indivíduo, um valor que só pode ser estimado pelo próprio sujeito em questão e não, por exemplo, pela sua contribuição para a produção global da sociedade em que ele vive.

Além disso, com esta abordagem, os pacientes jovens terão prioridade sobre os aqueles idosos, as doenças agudas sobre aquelas crônicas e debilitantes, e assim por diante. Minorias com doenças de alto custo para se chegar à cura e com moderada probabilidade de expectativa de vida serão, assim, inexoravelmente excluídos em favor dos demais. É fácil vislumbrar como emergente o princípio do mérito no argumento de alguns para a sustentação de que um ano de vida saudável de uma mãe de três filhos vale mais, por exemplo, que um ano a vida de uma mulher solteira. As vidas de indivíduos diferentes são de valor imensurável, valor que não pode ser reduzido pela multiplicação de cada um deles por um fator QALY. Quem pode dizer se a senhora idosa X considera os poucos anos que lhe restam para viver mais ou menos do que o jovem Y avalia a sua (provavelmente muito mais longa) existência? Além disso, a maximização da utilidade total não nos diz absolutamente nada sobre a sua efetiva distribuição dentro da sociedade³². O julgamento utilitarista sobre as ações, como vimos, baseia-se unicamente nos resultados e não em seu conteúdo moral intrínseco. De acordo com tal atitude, o bem da maioria pode levar à legitimação de injustiça para com as minorias que possuem como única culpa, serem portadores de condições muito custosas. O que resulta evidente é que a equidade e a eficiência podem estar em

conflito entre si, enquanto a maximização dos benefícios não conduz necessariamente à sua distribuição equitativa.

Conclusão

Nos últimos anos desenvolveu-se um debate internacional muito vivo sobre vários tipos de racionamento de recursos da saúde. Vários países enfrentaram explicitamente o problema, cada um em sua própria especificidade, propondo estratégias e possíveis soluções. Em geral, se pode dizer que são dois fundamentalmente os caminhos percorridos que refletem na prática a dicotomia tradicional entre utilitarismo, em seu aspecto radical (Oregon) ou mais atenuado (Holanda), e igualitarismo, seja esse eticamente fundado (Suécia) do que alcançado com a ajuda da ciência sob a forma de “medicina de evidência” (Reino Unido e Nova Zelândia). Obviamente, as escolhas feitas pelos diferentes países não podem deixar de refletir as diferenças, específicos contextos culturais, políticos, econômicos e sociais dentre os quais foram realizadas e em particular o tipo de sistema de saúde existente. Se, de fato, a decisão do Estado de Oregon (e, em alguns aspectos, semelhante, Holanda) para um tipo de racionamento por exclusão, onde somente uma determinada lista explícita de procedimentos (e não outros) é financiada com dinheiro público, nascia a partir da necessidade de ampliar o acesso aos serviços para a população indigente dentro programa federal de assistência *MEDICAID*. A introdução no Reino Unido e Nova Zelândia de um mercado interno ao sistema de saúde incidiu, de modo determinante, sobre a escolha desses países por um mecanismo de racionamento que podemos assimilar ao supracitado, chamado para a seleção, aquele que indicaremos como racionamento para diretrizes. Não está claro sobre qual base ética se fundamentará o processo de escolha de prioridades. Isto pode não ser importante

para a abordagem pluralista, uma vez que é baseado sobre bases éticas híbridas de seus participantes. O que é requerido é o reconhecimento da complexidade ética, combinada com a mudança do estilo e da natureza do debate. A força e a importância do “fazer ética” está em se fazer sensível à diversidade moral, ao pluralismo de nossa sociedade, à necessidade de respeito pelos outros e por seus valores, e, na maior parte dos casos, à necessidade de tolerância ativa. Em muitas das discussões sobre a

escolha das prioridades falta a consciência da estrutura ética em que está referenciada. Cada grupo é provável que ocupe os seus próprios nichos éticos inconsciente do panorama circundante. As diferenças entre as diversas perspectivas sobre o todo, tendem a ser exageradas, especialmente quando a retórica suplanta a razão e o debate público. Reconhecendo o valor da abordagem multidisciplinar na escolha das prioridades se contribui para atenuar o que ainda continua a prevalecer: o conflito.

Referências

- ¹ Martino A, Bodini C. La salute negata: da Alma Ata ai Millenium Development Goals, e ritorno. In: Pellecchia U, Zanotelli F. La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale, v3., Editpress; 2010: 45-67.
- ² IMF World Economic Outlook Reports [Internet] Disponível em: <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=29>
- ³ Hobsbawm EJ. Il secolo breve. 1914-1991: l'era dei grandi cataclismi. Milano, Rizzoli; 1995.
- ⁴ Wacquant L. Punire i poveri: il nuovo governo dell'insicurezza sociale. DeriveApprodi; 2006.
- ⁵ Karanikolos M et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. The Lancet 2013 381(9874): 1323-1331.
- ⁶ Kentikelenis A et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. The Lancet 2011 378(9801): 1457-1458.
- ⁷ Stuckler D, et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. The Lancet 2009 374(9686): 315-323.
- ⁸ Schrecker T. Denaturalizing scarcity: a strategy of enquiry for public-health ethics. Bulletin of the World Health Organization 2008 86(8):600-605.
- ⁹ Stefanini a Criteri e soggetti delle scelte nell'allocatione delle risorse in sanita. Teoria pratica ed esperineze straniera. In: Geddes M, Berlinquer G. La salute in Italia. Ediesse; 1998: 179-205
- ¹⁰ Decreto Legislativo L. 502/92 e Decreto Legislativo 571/93 [internet] Disponível em: <http://www.normattiva.it/>
- ¹¹ Franco TB, Wanderlei SB, Merhy E E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. saúde pública 1999 15(2): 345-353.
- ¹² Hunter, DJ. Rationing dilemmas in health care. Birmingham: National Association of Health Authorities and Trusts; 1993.
- ¹³ Schaefer M. Evaluation/decision-making in health planning and administration. Department of Health Administration, School of Public Health and Program in Health Services Evaluation, University of North Carolina at Chapel Hill; 1973.

- ¹⁴ World Bank. World Development Report 1993, Investing in Health. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- ¹⁵ Gillon R. Philosophical Medical Ethics. Chichester: John Wiley; 1985.
- ¹⁶ Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 1994. Ch. 6: Justice: 326-394.
- ¹⁷ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promotion Int. 1991; 6(3): 217-227.
- ¹⁸ Beauchamp TL, Faden RR. The Right to Health and the Right to Health Care. The Journal of Med and Philosophy 1979 4:118-131.
- ¹⁹ Gudex C. QALYs and their use by the health service. Discussion Paper no. 20. York: University of York, Centre for Health Economics; 1986.
- ²⁰ Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. Bulletin of the World Health Organization 1994 72(3): 429-445.
- ²¹ Gracia D. Fondamenti di bio-etica. Sviluppo storico e metodo. Milano: Edizioni S.Paolo; 1993.
- ²² The Hastings Center, Appendix D: Values, Ethics and CBA in Health Care. In: Office of Technology Assessment, The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology, Washington U.S. Government Printing Office, 1980: 168-182.
- ²³ Galbraith JK. The culture of contentment. London: Penguin; 1992.
- ²⁴ Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge (MA), Harvard University Press; 1971.
- ²⁵ Oregon Health Services Commission. Prioritization of health services: a report to the governor and legislator. Salem, Oregon: State of Oregon; 1991.
- ²⁶ Dunning AJ. Choices in health care: a report by the government committee on choices in health care. Rijswijk, Netherlands: Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs; 1992.
- ²⁷ Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in health care: Ethics, economy, implementation. Stockholm, Regeringskansliets; 1995.
- ²⁸ Cummings J. Core services and priority setting: the New Zealand experience. Health Policy 1994 29: 41-60.
- ²⁹ Engelhardt HT Jr. Foundations of bio-ethics. Oxford, Oxford University Press; 1986.
- ³⁰ Gracia D (1990), What constitutes a just health services system and how should scarce resources be allocated? Bulletin of the Pan American Health Organization 24(4): 550-565.
- ³¹ Bentham J (1776). A Fragment on Government. London., Preface (2nd para.) [Internet] Disponível em: <http://www.efm.bris.ac.uk/het/bentham/government.htm>
- ³² Carr-Hill R. Allocating resources to health care: is the QALY a technical solution to a political problem? Int Journal of Health Services 1991 21(2): 351-363.

FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS COMO PEDAGOGIAS PARA A GESTÃO: UM ENSAIO A PARTIR DE TRÊS CASOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Development and implementation of policies as pedagogies for management: a test case a three from the public health system

Heider Aurélio Pinto

Mestre em Saúde Coletiva.
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Brasil.
E-mail: heider.aurelio.pinto@gmail.com

Alcindo Antonio Ferla

Doutor em Educação. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Resumo

A análise da etapa de implementação de políticas públicas tem tido destaque recente e permite compreender os processos e resultados alcançados e, mais do que isso, fortalece a ideia de monitoramento e avaliação para seu acompanhamento. O artigo, no formato ensaístico, analisa a implementação de três políticas na perspectiva da inovação, considerando atributos de descentralização com autonomia local e inovação institucional. Trata-se das Políticas Nacionais de Humanização e Educação Permanente em Saúde e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Para efeitos da análise, considera-se que as duas primeiras constituíram uma influência prévia para a viabilidade do PMAQ, conforme modelo de análise da ciência política. Entretanto, também é necessário ultrapassar esse modelo para compreender o PMAQ, em que parece ter incidido o que alguns atores denominam de influência das ideias. Descentralização e autonomia local são ideias fortes para o contexto da reforma sanitária e a existência de propostas nacionais com radicalidade no eixo político da implementação dessas ideias também constitui condição para a viabilidade da formação de políticas. O PMAQ parece ter sua formação atravessada por essas ideias. A partir dessa análise, o ensaio aponta alguns desafios para as próximas etapas, incluindo a necessidade de que o processo nacional tenha capacidade de fazer avançar o reconhecimento das

singularidades locais, que a implementação desse programa constitua crescentemente a participação dos diferentes atores para sua sustentação e aprimoramento e que seja fortalecida a produção de conhecimentos e tecnologias para avançarmos na ampliação do acesso e da qualidade, mas que também se forme um campo discursivo em torno dessas ideias. Trata-se de uma oportunidade de, a partir da iniciativa de uma política nacional, operar um movimento com efeito pedagógico de fortalecer a gestão local e de constituí-la para além da capacidade de utilizar normas e técnicas, como gestão viva e criativa.

Palavras-Chave: Educação Permanente em saúde; atenção básica, humanização, PMAQ, análise de políticas.

Abstract

The implementation analysis of public policies has stepped forward and allows us to understand the processes and results achieved and, more than that, has reinforced the monitoring and evaluation idea to follow-up. The article, in essay format, analyzes the implementation of three policies from the perspective of innovation, considering decentralization attributes with local autonomy and institutional innovation. These are The Humanization of National Policies and Permanent Education in Health and the National Access Improvement Program and Quality of Primary Care (PMAQ). For the purposes of analysis, it is considered that the first two were a prior influence for the viability of PMAQ as analysis model of political science. However, it is also necessary to overcome this model to understand the PMAQ, which seems to have focused on what some authors call influence of ideas. Decentralization and local autonomy are strong ideas to the

context of sanitary reform and the existence of national proposals with radicalness in the political axis of the implementation of these ideas are also in condition for the viability of training of policies. The PMAQ seems to have its formation traversed by these ideas. From this analysis, the essay points out some challenges for the next steps, including the need for the national process to have capacity of advancing the recognition of local singularities, and the implementation of this program increasingly constitutes the participation of different stakeholders for their support and upgrading, and has strengthened the production of knowledge and technologies advance in the expansion of access and the quality, but that also form a discursive field around these ideas. This is an opportunity to, at the initiative of a national policy, operate a movement with educational effect of strengthening local management and constitute it beyond capacity to use standards and techniques, as a living and creative management.

Keywords: Continuing Education Health; Primary Health Care; Humanization of Assistance; PMAQ; Policy Analysis.

Introdução

A análise de políticas públicas considera diferentes dimensões do processo a partir do qual uma questão se torna visível no cotidiano de um território determinado, mobiliza um conjunto de atores e seus interesses, constitui certos consensos em torno de caminhos possíveis no contexto de atores sociais e governamentais e recebe um certo formato, tendo ainda uma etapa de implementação, monitoramento e avaliação. Esse processo, denominado *ciclo das políticas públicas*, tem recebido, mais contemporaneamente, um destaque para a etapa de implementação, uma vez que, ao

contrário de abordagens mais funcionalistas que pretendiam um processo quase decorrente da sua formulação, entende-se atualmente, que a implementação tem grande autonomia em relação às fases anteriores.¹ Conforme a bibliografia, é possível, inclusive, que o conteúdo do que é implementado, divirja significativamente do que foi formulado como política, devido ao fato de que os atores e seus interesses retornam à cena novamente nessa etapa, disputando os rumos do processo à medida em que segue o jogo da implementação.^{1,2}

Estudos já consolidados como referências para o entendimento da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política setorial nos auxiliam na compreensão dos jogos e dos principais atores no ciclo da política nacional de saúde.^{1,2,3}

Neste artigo, pretendemos analisar, a partir de três casos de políticas específicas, recentes e voltadas para diferentes aspectos do sistema de saúde brasileiro, o processo de implementação, refletindo sobre a possibilidade de inovação, considerando a capacidade de avançar na tensão centralização-descentralização e na inclusão de atores ou estratégias de implementação que não são frequentes, quando tomadas as iniciativas do Ministério da Saúde para a solução de problemas no cotidiano do SUS. A capacidade de inovação é caracterizada, neste artigo, como a superação de uma certa tendência centralizadora e de reciclagem de conteúdos que pertencem à razão biomédica.ⁱ A análise de conteúdos e estratégias de implementação procura evidenciar como são constituídos os atores locais, como eles podem dar ênfase a certos aspectos da política e, sobretudo, constituir

i Madel Luz⁴, analisando as políticas de saúde no Brasil, identifica uma grande coincidência entre conteúdos e formas da razão biomédica e as políticas de saúde, permitindo-lhe construir uma categoria teórica de instituições médicas, para referir-se às organizações governamentais que tomam o discurso da biomedicina para orientar sua formulação.

aprendizagens para a gestão. Nesse caso, a implementação de uma política também poderia ter caráter de constituir atores, discursos e modos de fazer a gestão.

O tema da inovação nas políticas públicas tem algumas questões teóricas importantes, uma vez que a literatura da ciência política constata uma certa lógica predominante de reciclagem de soluções para a formação de políticas. Menicucci e Brasil² empreenderam um esforço teórico para construção de uma matriz analítica que permite compreender os processos decisórios de políticas também por influência de ideias, não apenas de atores e interesses, colocando o processo político em análise também “na sua dimensão simbólica e enquanto instrumento de ordem interpretativa.”^{2:370} Assim, novas ideias que sejam tematizadas em uma esfera pública num “contexto favorável a desequilíbrios institucionais podem se tornar influentes e configurarem uma agenda alternativa capaz de levar a alterações institucionais a partir da mobilização de redes de políticas públicas.”^{2:370} Assim, há uma ênfase no caráter simbólico, considerando a contribuição de ideologias e a visão de mundo dos diferentes atores, assim como um plano de interação dialógica entre elas para constituir condições de inovação.

Com o objetivo de evidenciar diferenças no formato centralizador de algumas políticas nacionais, escolhemos fazer uma breve análise da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essas duas políticas nacionais foram escolhidas como exemplos que, objetivando mudanças no modo como se organiza o trabalho em saúde, apostaram em diversas estratégias de interação não só com os gestores estaduais e municipais, mas também com trabalhadores e usuários, enfocando o processo de trabalho. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) é também

uma política que faz estas apostas, mas o analisaremos adiante em maior profundidade nesse aspecto. Iniciar a análise pelas duas iniciativas anteriores traduz nossa convicção de que elas constituem visibilidade para destacar dimensões ainda pouco visíveis do PMAQ. No contexto da análise de políticas, a influência de políticas anteriores é um eixo de análise frequente, entretanto normalmente tem a potência de explicar certas permanências. Nesse caso, nos parece mais adequado considerá-las como pertencentes a um certo modo de visualizar a gestão e a relação entre as diferentes esferas de governo que diferem do padrão existente na gestão federal. A existência de políticas prévias poderia tornar visível um conjunto de ideias que são retomadas. Refletir sobre o PMAQ no contexto dessa matriz analítica e a partir de suas potencialidades compõe uma aposta desse ensaio.

Políticas de Humanização e Educação Permanente: avanços conceituais e operacionais para a gestão local

A PNH almeja ser uma política transversal com o objetivo de transformar o cotidiano dos serviços, apostando que gestores, trabalhadores e usuários sejam capazes de transformar realidades e a si próprios.^{5,6} Propõe uma compreensão complexa e robusta da realidade e busca enfrentar os modos hegemônicos de administrar os serviços de saúde e as pessoas, de cuidar da saúde e de organizar os serviços fazendo forte afirmação de princípios e conceitos-ferramentas tais como a cogestão, a clínica ampliada, a defesa dos direitos do usuário, o acolhimento, o fomento das grupalidades, etc. As práticas concretas informadas por estes conceitos seriam desenvolvidas nos serviços com a introdução e funcionamento de diversos

dispositivos, tais como: o acolhimento com classificação de risco, o grupo de trabalho de humanização, os colegiados gestores, os contratos de gestão, os sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, o direito à acompanhante, a equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial, os projetos cogeados de ambiência, o acolhimento com classificação de riscos, o projeto terapêutico singular, o projeto memória do SUS que dá certo, o apoio institucional, etc.⁷ Os documentos orientadores dessa política destacam aspectos da organização do trabalho, quer seja entre a equipe, quer seja na relação com o usuário e a administração de suas demandas. Não se portam como protocolos, pretendendo prescrever o trabalho que deve ser realizado, mas, ao contrário, buscam colocar o trabalho em análise à luz da afirmação de certos princípios e ideias-força e da oferta de conceitos-ferramenta. Traçam vetores entre os diferentes serviços e a gestão, mobilizando “fluxos” que pretendem conectar diferentes pontos das redes de atenção.

A política de humanização parte do suposto de que o trabalho em saúde está envolto em situações de grande complexidade, necessitando de graus de autonomia importante dos trabalhadores e fluxos de apoio. O “sistema” não estaria apenas constituído por serviços com características diversas, mas mediado pelo trabalho concreto que se desenvolve no seu interior.

Já a PNEPS se anunciou em sua criação como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no contexto do trabalho.⁸ Nela, o gestor federal, entendido com o responsável por orientar esta ação no setor, deveria articular os componentes gestão, atenção e participação popular com o componente educação dos profissionais de saúde, objetivando a qualificação de todas estas práticas. A PNEPS fez forte afirmação

do conceito de EPS compreendido como um processo educativo que “coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.” A EPS envolveria também a “construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde.”^{9:161}

Resumidamente, a política formal, analisada a partir de sua Portaria de criação, definiu as regras de distribuição de recursos para as ações de educação para a saúde no SUS (um escopo mais amplo que a EPS propriamente dita); o fluxo e processo para que projetos pudessem ser analisados e “acreditados” pelo governo federal, “de acordo com as diretrizes e orientações” da política, e assim poderem contar com o recurso previsto; a constituição de um novo espaço loco-regional, os Polos de Educação Permanente, que tinham a atribuição de identificar as demandas do território, processá-las à luz das diretrizes da política e decidir o que seria submetido à avaliação para acreditação do Governo Federal.⁸

Podemos dizer que a PNEPS, em sua implantação, substituiu um modo mais discricionário e conveniente do MS decidir e financiar projetos de educação para a saúde por um que previa: recurso previsto a priori para cada unidade da federação e um rito que estabelecia o modo de governos estaduais, municipais e instituições de ensino alcançarem este recurso. Neste rito a PNEPS buscou ampliar os atores que participavam até então destas decisões quando definiu que o Polo de EPS seria o novo local formal para estas negociações e decisões e quando apontou sua composição propondo atores - dentre eles as representações de trabalhadores, usuários, educadores e estudantes - cujo fortalecimento dos

interesses e perspectiva seriam estratégicos para a mudança almejada pela política.

A política, nesse caso, recoloca a dimensão do trabalho em evidência, considerando-a, na sua constituição complexa, como potencialidade para a aprendizagem. A Educação Permanente em Saúde, conceito-chave da política, é também um modo de organizar as aprendizagens.¹⁰ Assim, o trabalho adquire uma textura que envolve atenção, gestão, ensino e participação, conforme a conhecida figura-metáfora do “quadrilátero da formação”.¹⁰ O desenvolvimento do trabalho é proposto como aprendizagem no cotidiano do trabalho, a partir de questões que emergem no mesmo, constituindo-se como “aprendizagem significativa”.¹⁰ Se os problemas do cotidiano do trabalho são de natureza complexa, não há que prescrever soluções; elas precisam ser engendradas localmente, com aportes do conhecimento sistematizado, com os saberes disponíveis no entorno, com redes de apoio e com a participação possível. Não é uma idealização romântica que retira dos diferentes atores seus distintos interesses, mas uma aposta na cogestão do trabalho e na capacidade local de negociação. O desenvolvimento do trabalho, assim compreendido, constitui-se numa “travessia de fronteiras”¹⁰, já que desloca o limite da possibilidade de sua realização para o campo do “trabalho vivo em ato”.¹²

O conteúdo da mudança de ambas as políticas está menos no “o que fazer” e mais no “como fazer” e “para que fazer”. Propõem modos contra hegemônicos de fazer coisas que os sujeitos já fazem: as práticas de atenção, gestão, educação e participação. Assim, ganha lugar destacado nas duas a promoção da reflexão crítica e interrogação do sentido do trabalho, a promoção de subjetivações inovadoras e a oferta de conceitos-ferramenta que buscam abrir as práticas dos sujeitos, suas relações e os próprios sujeitos à ação instituinte.¹³ Um ação instituinte para a qual se almeja

algumas direções uma vez que, seja nos conceitos ofertados, nos dispositivos propostos ou em resultados esperados, ambas as políticas propõem alguns modos de olhar, refletir e agir e algumas coisas a se conquistar e não outras dentre as várias possíveis.

A interação de ambas as políticas não se resume aos gestores do SUS, nem aos atores dos Polos de Educação Permanente, nominados como estrutura de articulação local dos distintos sujeitos que gerem as iniciativas locorregionais, ou aos grupos de trabalho de humanização. Buscam estender aos agentes das práticas nos locais – gerentes de serviços, trabalhadores, usuários, educandos e educadores - almejando envolvê-los para a importância e sentido da mudança. Para promover essa mobilização e assunção de agenda, a PNEPS contava com o apoio dos novos financiamentos, rito e espaços regionais propostos por ela, mas o âmbito mais local, onde de fato se pretendia mudar as práticas, poderia sofrer pouca ou nenhuma influência do decidido no Polo de Educação Permanente se os sujeitos que lá estavam não atuassem especificamente no âmbito dos serviços e dos coletivos de gestão. Assim, tanto a PNEPS como a PNH apostam suas fichas nos diversos modos de mobilização, afecção e produção de redes de reconhecimento, apoio e intervenção entre os atores. Soma nesta linha os processos de mobilização-formação, os espaços virtuais de interação, os eventos de reconhecimento e fortalecimento dos coletivos, modos de divulgação e reflexão de experiências, etc. Precisamente, por tentar mudar práticas para alguns sentidos e modos desejáveis e por buscar interagir também com os agentes das práticas, as duas políticas se ocuparam muito com a disputa simbólica e tecnológica. A ideia-força da integralidade opera fortemente em ambas, entendida não como modelo ideal, mas como dispositivo do âmbito das práticas comprometidas com novos padrões de qualidade da saúde.

É importante destacar também que as duas políticas apostam muito nos dispositivos do apoio institucional e matricial: seja um apoiador do Ministério da Saúde (MS) atuando junto a coletivos das secretarias estaduais ou municipais, em ambos os casos; seja atuando junto ao processo de produção e decisão dos Polos, no caso da PNEPS; junto a equipes de trabalhadores e gerentes em alguns serviços priorizados, no caso da PNH; seja em ambas propondo que os gestores dos outros níveis implantem também seus próprios apoios inovando no modo de fazer gestão, cuidado e educação.

Muito ainda poderia ser discutido sobre estas políticas, mas nossa intenção neste ensaio não é empreender uma análise geral das mesmas e sim identificar nelas modos de formulação de políticas nacionais que escapam de um certo modo fortemente vigente de formular políticas centrado numa hierarquia piramidal (gestão federal - gestão estadual - gestão municipal - gestão local - gestão do serviço - equipe no cotidiano do trabalho), e ambas ousaram. E teriam que ousar, pois uma modelagem mais tradicional - centralizada, piramidal, focada na introdução e atualização de procedimentos e conhecimentos ao processo de trabalho -, bem comum em nossas políticas de saúde, não daria conta dos objetivos e características dos problemas e desafios que essas duas políticas buscaram enfrentar. Essa fuga do hegemônico não ocorre sem dificuldades. Seja por não contar com “tradição” numa organização, no caso o MS, que não está a princípio preparada para sua execução (recursos especiais, desenho da organização, características do pessoal, etc.) seja por ter dificuldades de legitimação e reconhecimento na cadeia de decisões. Ambas as políticas, por exemplo, apresentaram dificuldades de serem monitoradas e avaliadas, de maneira mais global e permanente, tanto em termos de implantação quanto em relação aos seus

avanços e resultados, seja por ter muitos objetivos cuja mudança só se evidencia na micropolítica dos serviços, seja por não serem facilmente “enquadráveis” nos modos instituídos e tradicionais de informação e avaliação ou por não ter instituído estratégias mais específicas e sistemáticas de monitoramento e avaliação.

A nosso ver é fundamental que se promovam, *pari passu*, mudanças na organização da máquina governamental para que ela tenha melhores condições de desenvolver também políticas com estas características. Sem mecanismo importantes à sua execução (como planejamento e desenvolvimento de pessoal, monitoramento e avaliação, capacidade de operação descentralizada, etc.) a máquina em seu formato tradicional pode condicionar seu desenvolvimento.

Outra questão importante é que políticas que tratam dos modos de fazer e sentidos micropolíticos das ações, necessariamente precisam estar articuladas às políticas que estruturam e organizam as redes de serviços, que buscam induzir o modelo de atenção, que induzem e apontam prioridades para a ação nos serviços. Em termos de financiamento, por exemplo, dez anos de PNEPS e PNH envolveram a execução de menos recursos do que dois meses do financiamento da média e alta complexidade. São as políticas nacionais de atenção básica, de atenção especializada, de urgências, de saúde mental e etc. que reúnem a maior quantidade de recursos financeiros e dispõem de outros tantos meios de mobilização dos gestores municipais, agentes econômicos e também dos trabalhadores na tentativa de capturar, induzir, estimular ou apoiar que ajam de um certo modo. Assim, políticas como a PNH e PNEPS precisam “transversalizar” estas outras, todas se transformando no processo e ampliando exponencialmente a potência de suas ações combinadas. E essa é uma imagem que a própria PNH constrói para si

e objetiva não só para o nível federal.⁶

Entendemos que o PMAQ foi beneficiado por ter sido uma política construída após estas duas e ter bebido nesta fonte e nascido num momento em que se buscou construir transversalidades no MS. Discutiremos isso na próxima seção.

O PMAQ como política, como encontro de políticas e como oportunizador de agires

O PMAQ, tal como a PNH e a PNEPS, é uma política nacional que, para avançar em alguns de seus objetivos, busca produzir mudanças no cotidiano do trabalho em saúde, mobilizando sua dimensão micropolítica e apostando em diversas interações com gestores locais e de serviços, trabalhadores, usuários, instituições de formação, instâncias do controle social e de controle externo e até meios de comunicação.

O PMAQ foi criado em 2011 como a principal estratégia de produção de mudanças nas práticas de gestão, atenção, educação e participação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), num contexto de fortalecimento da AB, de criação das Redes de Atenção à Saúde, de instituição do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e de normatização de mudanças nos modos de contratualização, planejamento e financiamento do SUS.¹⁴

Nasceu com a tarefa de ser uma estratégia que, em si e na articulação com diversas outras, enfrentasse condicionantes do desenvolvimento da AB brasileira identificados em espaços tripartites e de controle social do SUS.¹⁴ Para isso o PMAQ se encontrou com diversas outras políticas e programas: hora incorporou/ressignificou instrumentos e reforçou estratégias, modos de fazer e dispositivos das mesmas (como a autoavaliação da política de avaliação e monitoramento da AB, os contratos de gestão, apoio institucional e acolhimento da PNH,

a certificação da política contratualização dos hospitais, os planos de EPS da PNEPS, o fortalecimento da participação dos usuários do ParticipaSUS, etc.); hora induziu e fortaleceu ações e buscou resultados dessas políticas (como das políticas de urgência, de saúde mental, de doenças transmissíveis, da Rede Cegonha, etc.); hora se propôs a levantar informações, avaliar e acompanhar produtos para elas (como o censo de UBS para o Requalifica UBS, as práticas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, implantação e uso dos pontos do Telessaúde, etc.).¹⁵

Com isso, uma primeira reflexão necessária é que, a depender do elemento que se escolha analisar, o PMAQ deve necessariamente ser estudado em conjunto com outras políticas e programas com os quais ele se articula. Como mostramos em trabalho anterior,¹⁵ ele expressa em seus instrumentos a síntese no contexto nacional do que era prioritário que acontecesse na AB, estivesse previsto nele mesmo, na PNAB ou em outras políticas de várias áreas do MS. Ele também avalia resultados para os quais não propõe diretamente outras ações de indução além da própria avaliação, precisamente porque as mais importantes ações de indução e as de investimento, custeio e orientação de implantação estão previstas em outras políticas. Assim, se de um lado é papel também do PMAQ construir um diagnóstico mais amplo que sua intervenção, justamente para orientar a intervenção de outras políticas permitindo aos formuladores nacionais realizar correções de trajetórias, de outro, o Programa não pode ser confundido com toda a política de AB ou como o modo de implantar tudo aquilo que ele avalia e tenta provocar.

O PMAQ, por exemplo, avalia e induz mudanças na estrutura das UBS, mas o programa que financia e dirige essas ações é o “Requalifica UBS”; valoriza e acompanha mudanças nos vínculos de trabalho e

nos modos de qualificação da gestão do trabalho, mas são os Protocolos da Mesa de Negociação, o InovaSUS, a Política de Carreiras para o SUS, os indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública que atuam nessa direção; propõe a implantação de diversos dispositivos que devem ser analisados em conjunto com as Políticas das Redes e a PNH, outras com a PNEPS e outras ações de participação junto com o ParticipaSUS, e assim poderíamos multiplicar os exemplos.

O Programa mostrou possuir grande poder de mobilização dos gestores municipais¹⁶ até pelo importante papel que cumpre na mudança qualitativa e quantitativa do financiamento federal da AB.¹⁵ Mas, além disso, seja baseando em questionários do MS respondidos por gestores responsáveis pelo programa nos municípios e trabalhadores de equipes participantes, seja reunindo um conjunto de evidências identificadas na própria avaliação do programa, o PMAQ mostrou ter potência também na mobilização de equipes da atenção, da gestão dos serviços e da gestão municipal.¹⁵

E, de fato, esta é uma aposta central do programa: a produção de movimento dos atores locais e o desenvolvimento de uma “dinâmica de atuação, negociação e gestão” que impulsionaria a ação local “permanentemente para a mudança buscando induzir a atuação de um coletivo que, mobilizado pela participação no programa, tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas.”¹⁶ Vale destacar que a mudança almejada combina transformações no “o que fazer”, no “como fazer”, no “pra quê fazer” e “nas condições nas quais se faz”.

Para que entendamos como o programa busca produzir esse movimento de mudança é fundamental estar atento a alguns aspectos. Um primeiro é que, nacionalmente, o PMAQ busca dinamizar

um ciclo composto por quatro fases que se inter-relacionam.¹⁴ Nacionalmente, as que chamam mais atenção são as de adesão e de avaliação externa e certificação, talvez por acontecerem no mesmo período e usarem os mesmos instrumentos em todo o país, por demandarem muita comunicação institucional do MS com todos participantes e por serem as mais marcantes no rito do financiamento do PMAQ. Por tudo que debatemos neste ensaio, sabemos o poder de captura-mobilização que estas fases têm nos olhares dos atores que estão em ação e até dos que analisam esta ação. Podemos dizer que é a face mais visível e identificável do programa.

Contudo, a fase mais importante do PMAQ é a de Desenvolvimento,¹⁴ na qual os sujeitos locais analisariam a realidade, negociariam e pactuariam prioridades e objetivos para a ação de mudança e promoveriam a mudança das práticas de atenção, gestão, educação e participação. Falamos de um território no qual são necessárias mudanças dos modos de gerir e organizar não só os serviços mas o processo de trabalho em saúde, no campo da micropolítica do trabalho em saúde, das tensões, possibilidades e dificuldades das relações que aqueles coletivos organizados para a produção constroem. São processos eminentemente locais disparados, desenhados e geridos no âmbito da atuação de equipes de atenção e gestão nos serviços, com maior ou menor participação e influência de gestores distritais ou do município. Não é a toa que aqui o PMAQ se assemelha muito na proposição e indução das ações à PNH e PNEPS compartilhando não só dispositivos, mas fortalecendo ações, princípios, conceitos-ferramenta e buscando também alguns resultados em conjunto com essas políticas.

Para facilitar uma discussão que poderia ser longa ofertaremos um mosaico que tenta ilustrar a característica rizomática¹⁷ do modo como o PMAQ busca oportunizar

movimentações e interações dos atores do território.

Podemos imaginar que nos diversos municípios que aderiram, o PMAQ pode: ter dado ao coordenador de AB argumento e a oportunidade de colocar a AB como prioridade da secretaria e da prefeitura, seja pela possibilidade do maior aporte de recursos ou pela maior presença da AB no diálogo, direto ou indireto, com a secretaria de estado e o MS; ter sido pautado pela imprensa, pelo Ministério Público ou pelos sindicatos; ter dado um empurrão para ampliar a equipe de gestão e quiçá, instituir apoio institucional e gerência em algumas UBS; ter ajudado a equipe de gestão a construir o norte de um necessário projeto municipal de desenvolvimento da AB composto por estratégias que produzem maior ou menor singularização e reinvenção do programa; ter significado para a equipe no serviço oportunidades de negociar e conseguir melhores condições de trabalho, instituir fórum regular de negociação e gestão, incremento nos equipamentos e medicamentos disponíveis, a realização de medidas há algum tempo demandadas, mas não priorizadas; ter fortalecido discursos ou ações de sujeitos que antes contavam com pouca referência, norte ou suporte; ter representado para equipes de atenção mais reconhecimento e valorização (pecuniária ou não) para o que é feito; ter intensificado a comunicação e encontros (presenciais e virtuais) com outras equipes e a proximidade com a gestão estimulando a crítica sobre o feito e trocas e reflexões sobre como poderia ser; ter representado para a associação de moradores, provocada pelo conselho municipal, a oportunidade de ir à UBS, tendo ou não conselho local, e pleitear que algumas demandas sejam incluídas no plano de ação do programa; ter chamado a atenção dos usuários que passaram a cobrar na UBS hora marcada para atendimento, escuta qualificada, marcação e recebimento de exames na mesma e

direito a vinculação de uma maternidade e serviços de referência; ter provocado ou facilitado algumas destas situações ou diversas outras possíveis.

O fundamental do mosaico é compreender que esses agires singulares e com possibilidades de diversas combinações são justamente o que a articulação entre as fases do programa e um amplo leque de ações do mesmo tenta oportunizar e fortalecer.^{14,16} Mas sem incorrer no erro de supor a realidade mais simples do que realmente é e roteirizar ações que “induziriam” cada uma dessas coisas. Em alguns casos o pessoal da gestão buscará ser o disparador, em outros profissionais podem agir e produzir mudanças, porque muitas coisas estão em seu espaço de governabilidade, até mesmo com pouco apoio da gestão e importante e crescente cobrança dos usuários, por exemplo.

A proposta de ação social do programa reconhece que há um território vivo com atores com graus importantes de autonomia no qual instrumentos, ações, proposições e conceitos de diferentes políticas nacionais, estaduais, municipais e dos próprios serviços perdem suas filiações e se misturam podendo simplesmente serem ignoradas por estes atores ou compor uma reinvenção feita por eles que resulta em alguma mudança de seus agires. Está claro que o programa não se realiza sem a ação dos atores locais¹⁶ e é justamente por isso que ele pressupõe e aposta na ação dos atores motivados pela realização de interesses e projetos, pela possibilidade de avanços e ganhos concretos ainda que de diversas naturezas e com variadas perspectivas. Daí a busca da contaminação dos grupos e da produção de subjetivações favoráveis à qualificação do processo de trabalho.

Por tudo isso entendemos que, necessariamente, as análises sobre o PMAQ precisam superar o erro de isolá-lo das demais políticas em curso e, por outro lado, de aprisioná-lo das suas dimensões

mais visíveis: a avaliação e a certificação. Esses limitadores analíticos teriam como efeito inevitável, multiplicar insuficiências do PMAQ.

Vale observar que as dimensões mais visíveis, agregadas, regulares, uniformes e normalizadas do PMAQ tem capturado não só o foco de algumas análise acadêmicas, mas também a ação das gestões municipais, estaduais e federal em diversas circunstâncias. Ante a possibilidade de adaptar, singularizar e reinventar as ações do programa - ainda que alguns de seus ritos, instrumentos e processos sejam os mesmos em todo o país - muitas equipes de gestão tem apenas buscado implantar burocraticamente a maioria de seus instrumentos e ações.

A nosso ver a ação do próprio Departamento de Atenção Básica (DAB) tem ficado excessivamente mobilizada pela operacionalização de etapas como a adesão, monitoramento de indicadores, ofertas de instrumento para auto-avaliação, avaliação externa, certificação das equipes e o repasse do incentivo financeiro. Diversas ações debatidas neste ensaio e importantes para promover a ação da gestão municipal e local, para provocar a mobilização dos demais atores do território e que ocupou a maior parte da ação governamental federal no caso da PNH e PNEPS tem ocupado pouco o MS. Não se pode dizer, por exemplo, que o modo de agir das referências descentralizadas do MS esteja pautado também com esses objetivos. Talvez porque o *modus operandi* do MS seja o de ofertar orientações sobre suas políticas e aquilo que ele oferece ou normatiza, mas, mesmo quando consegue relacionar a oferta com a demanda específica, talvez faça menos que o necessário para o fortalecimento do nível local no sentido de que crie, implante e faça a gestão de políticas próprias que adequem e reiventem as ofertas nacionais à sua realidade e necessidade.

A importante relação do PMAQ com

a PNEPS, por exemplo, ainda não têm resultado em ações de EPS estimuladas pelo MS que busquem sinergia com o PMAQ nem que tenham ao menos buscado aproveitar as oportunidades abertas por ele. Um caso bem ilustrativo disso é que, até há bem pouco tempo, os processos de educação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, embora dirigido a profissionais que atuam na AB e cujas equipes em sua maioria participam do PMAQ, não buscavam sinergia e nem sequer tematizavam ações e dispositivos propostos pelo PMAQ, era como se ele não existisse.

Para nós isso mostra as dificuldades concretas do MS de operacionalizar uma proposta inovadora que, tendo aproveitado um contexto oportuno, conseguiu na formulação combinar: ações e instrumentos de programas vigentes, com os aprendizados da formulação, implantação e avaliação de políticas ousadas como a PNH e PNEPS, com a normatividade vigente e os modos mais institucionalmente aceitos de financiamento e monitoramento. Dificuldades que se expressam na acomodação da ação do MS naquilo que ele tradicionalmente faz com mais facilidade, sem precisar produzir real transversalidade entre as políticas ou ação singular nos territórios. Porém, é preciso considerar que essa é uma iniciativa recente e que produz estranhamentos no institucionalizado em vários âmbitos, inclusive no Ministério da Saúde. A fase inicial de implementação dá visibilidade às contradições, mas também dá visibilidade às quebras. Uma arena mais ampliada, envolvendo os atores governamentais e a sociedade civil, em particular um enorme conjunto de universidades e de estudos, por certo terá influência no seguimento da sua implementação. Há um marcador relevante em relação a essa potencialidade, que é o surgimento do debate sobre o PMAQ na mídia e nos veículos de divulgação científica. Mas há que se avançar e a análise contextual da iniciativa aponta caminhos.

Apontamentos sobre aprendizagens da gestão para o caminho da implementação do PMAQ

A perspectiva de análise do PMAQ atravessado por questões das políticas de Humanização e Educação Permanente nos permitem fazer quatro últimos apontamentos que julgamos importantes para considerar nos próximos passos do programa. O primeiro se refere à importância do PMAQ de operacionalizar o que anunciou desde sua formulação: um caminhar progressivo para o reconhecimento e apoio à singularidade dos locais. Para nós é importante um duplo e combinado movimento. De um lado, possibilitar que municípios e mesmo equipes possam recortar os instrumentos e priorizar temas e problemas conforme suas necessidades, potencialidades e interesses. Permitir e, mais do que isso, estimular mais fortemente que os municípios possam, como alguns já fazem, reinventar o programa no âmbito municipal e local, combinando com suas políticas de desenvolvimento do sistema local e, particularmente, da atenção básica. De outro lado, constituir e comunicar melhor um foco nacional para a intervenção estratégica do programa. Diferenciar o foco da ação do foco do olhar de avaliação e diagnóstico. A mistura entre esses dois focos hoje faz com que o programa se caracterize por uma excessiva dispersão de resultados esperados. Com foco nacional mais enxuto haveria mais espaço para recortes específicos dos locais. Poderia constituir um dispositivo de Educação Permanente para a gestão local, não apenas municipal, como também locorregional. Um percurso com destaque para essas questões pode fortalecer o efeito da formação do programa que pode ser compreendida por meio do contexto criado pelas políticas de Humanização e Educação Permanente em Saúde, mas também pela potência política de um conjunto de ideias que são fortes no

PMAQ.

O segundo se refere às participações dos diferentes atores do cotidiano no Programa. A participação de gestores, trabalhadores e usuários é afirmada como essencial pelo próprio Programa, em especial nas fases de contratualização e desenvolvimento.¹⁴ Contudo, ofertar ações que provoquem e apoiem os territórios para que isso ocorra é uma das dimensões que ainda não foram adequadamente operacionalizadas pelo MS. Aqui a questão é fomentar a emergência de comunidades epistêmicas e movimentos políticos para a sustentação do caráter inovador da mesma.

Com relação aos usuários organizados, por exemplo, as normas do programa recomendam que a adesão/contratualização e a apresentação dos resultados das avaliações sejam discutidas com o conselho de saúde do município em questão. O PMAQ oferta aos conselhos acesso virtual aos resultados da avaliação e ainda estimula que sejam implantadas ações de fortalecimento do controle social e da participação da comunidade na gestão dos serviços, valorizando esses elementos nas avaliações e certificação do Programa. Mas essas ações, todas oportunas e necessárias, têm tido muita dificuldade de se traduzir em participação concreta. Ainda que em alguns municípios o PMAQ esteja presente nos debates do conselho municipal de saúde e sua ação seja fortalecida pela atuação de conselhos locais que ele mesmo ajuda a consolidar, podemos dizer que na maioria das cidades não é isso que ocorre. É necessário um esforço nacional que envolva, por exemplo: articulação política com as instâncias organizadas do controle social compondo objetivos comuns e plano de ações compartilhadas; a transversalização desse “comum” em políticas como o ParticipaSUS e na agenda do Conselho Nacional de Saúde, Fórum de Conselhos de Saúde e de várias áreas do MS; o desenvolvimento de uma

ação mais próxima dos territórios e com maior presença nos campos simbólicos e micropolíticos, a exemplo do que discutimos ao longo do ensaio; forte investimento em comunicação social para alcançar esse público; além, é claro, da possibilidade de todos os atores poderem dar também sua cara ao programa, como foi dito acima. Fazer rodar o vértice da participação, como na metáfora da Educação Permanente em Saúde, pode fortalecer a gestão local no sentido de ampliar a capacidade de organizar processos mais resolutivos e compatíveis com a realidade do trabalho.

O terceiro está relacionado com a necessidade de um esforço massivo para mobilizar e fortalecer atores multiplicadores e ativadores do movimento de mudança. Assim além de iniciativas como a formação de apoiadores e comunidades de práticas, é central um investimento em comunicação - moderno, criativo multimídias e reconhecedor e divulgador das experiências -, combinado com gestão do conhecimento acerca do que têm se aprendido com as experiências e investimento em estratégias de formação de rede horizontais de cooperação e apoio: entre trabalhadores, entre municípios, entre instituições de ensino, etc. Afinal, o conhecimento significativo dos processos de Educação Permanente também é sistematizável e compartilhável. O envolvimento direto de universidades de grande porte, responsáveis pela formação de parte considerável dos trabalhadores mas, sobretudo, de grande parte do conhecimento que circula e atravessa a formação superior, parece uma aposta adequada e, sobretudo, uma oportunidade de avançar na qualificação das tecnologias de gestão para a saúde.

O último se refere à importância do PMAQ buscar maximizar o seu potencial de comunicação de objetivos, pactos, andamento das ações e resultados. Isso passa por utilizar massivamente a tecnologia de informação para que

gestores nos diversos níveis, universidades e pesquisadores, equipes da gestão e da atenção, controle social e controle externo, imprensa e cidadãos em geral tenham acesso às informações ainda que com perfis de acesso adequados aos interesses e usos que cada um desses atores possa fazer da mesma. Por exemplo, parte da atitude de não reconhecimento de si no programa que as equipes de atenção apresentam hoje passa por não conseguirem dar sua cara ao programa (como já reforçamos diversas vezes), não perceberem os pares envolvidos nem contarem com apoio suficiente e também por não terem acesso do modo adequado e em tempo oportuno ao andamento das ações do programa e aos resultados das diversas avaliações. O PMAQ hoje “contamina” e informa muito menos do que poderia o cotidiano da gestão do processo de trabalho das equipes no território. Assim, como comentamos a importância dessa informação para os trabalhadores, poderíamos analisar também benefícios de uma comunicação/participação ampliada dos demais atores como usuários organizados, cidadão e universidades, cuja mobilização e esforço à produção de conhecimentos e desenvolvimento de tecnologias para a qualificação dos sistemas locais de saúde parece ser uma aposta relevante no sentido de ampliar o papel das mesmas não só nos processos de avaliação e certificação do programa e sim na direção de um movimento que avance em termos de acesso e qualidade.

Para finalizar, vale destacar que, a despeito das críticas e apontamentos que apresentamos nesse ensaio, consideramos que o PMAQ é um programa oportuno, bastante exitoso e com um potencial de produção de mudanças ainda maior do que o que já pôde ser verificado.^{15,16}

O objetivo do ensaio foi justamente chamar a atenção e fomentar o aprendizado com políticas que ousaram sair do tradicional.

Que arriscaram desafiar o *modus operandi* regular da máquina de governo e inovaram em seus formatos porque apostaram que seria possível produzir mudanças na micropolítica do trabalho em saúde a partir de um processo disparado nacionalmente. Inovaram por apostar que uma política nacional molar¹⁸ pode sim mobilizar transformações moleculares quando os diversos atores nos diversos níveis tomam parte no movimento.

Neste ensaio apostamos que analisar essas políticas, as teorias que lhes informam, os formatos e modelagens que assumem, as dificuldades pelas quais passam, os desafios de sua formulação, operacionalização, gestão, monitoramento, avaliação e renovação, sem dúvida alguma, pode enriquecer muito a caixa de ferramentas do analista, do gestor e do militante. Fortalecendo a caixa de ferramentas, destaca uma capacidade relevante para a gestão da saúde, nem sempre visível no cotidiano: a capacidade de tomar decisões com informações capturadas no cotidiano do trabalho. A gestão assim constituída transborda a capacidade de uso de instrumentos e tecnologias e torna-se também exercício de pensamento vivo e criativo. O gestor como operador de trabalho vivo e não apenas um ator constrangido por limites contextuais e por jogos de interesse. Não apenas um jogador, mas um pesquisador-inventor que também tem a capacidade da artesanaria criativa de produzir jogos que deixem a vida fluir e as saúdes aflorarem. Afinal, a saúde que compõe o escopo da Reforma Sanitária brasileira não é apenas relativa ao processo de adoecimento ou do bom funcionamento do sistema sanitário. Ela é a vida vivida como democracia radical, como expressão de diversidades e o combate às injustiças. Para essa ação setorial, as políticas necessitam de pedagogias voltadas para a inovação. Esse diálogo precisa seguir!

Referências

- ¹ Menicucci, TMG. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*, 2006 mai-ago; 15(2): 72-87.
- ² Menicucci, TMG; Brasil, FPD. Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da reforma sanitária e da reforma urbana. *Estud. Sociol.*, 2010; 15(29): 369-396.
- ³ Cortes, SMV. Atores, mecanismos e dinâmicas participativas. Em: Cortes, SMV (Orgs.). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009: 19-39.
- ⁴ Luz, MT. *As instituições médicas no Brasil*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
- ⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- ⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- ⁷ Menezes, ELC. *O que dá certo no SUS que dá certo? Histórias de inovação na produção da saúde na atenção básica presentes na Rede HumanizaSUS*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília; 2013.
- ⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 198, 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; 2004.
- ⁹ Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunicação, saúde, educação*. set. 2004/fev. 2005. São Paulo; 9(16): 161-77.
- ¹⁰ Ceccim, RB; Ferla, AA. A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, nov.2008/fev.2009; 6(3): 443-456.
- ¹¹ Ceccim, RB; Feuerwerker, LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; 2004; 14(1): 41- 65.
- ¹² Merhy, EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ¹³ Lourau, R. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes; 1995.
- ¹⁴ Pinto, HA; Sousa, A; Florêncio, AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde*. Ago., 2012. Rio de Janeiro; 6(2): Sup.
- ¹⁵ Pinto, HA. *Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade*. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS; 2014.
- ¹⁶ Pinto, HA; Sousa, A; Ferla, AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2014; Número especial sobre avaliação da atenção básica.
- ¹⁷ Deleuze, G; Guatarri, F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 1v.. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.
- ¹⁸ Guatarri, F. *As três ecologias*. Campinas: Papirus; 1990.