

CADERNO DE TEXTOS



COLEÇÃO VER-SUS/BRASIL

1ª EDIÇÃO - 2013

Organizadores

Alcindo Antônio Ferla

Alexandre Souza Ramos

Mariana Bertol Leal

Mônica Sampaio de Carvalho

Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil

1ª Edição

Porto Alegre

Rede Unida

2013

Capa e projeto gráfico: Carlos Eduardo Ribeiro

Diagramação: Robson Luiz e Fagner Santos

Capa: Imagem Copyright Carlos Eduardo Ribeiro, 2013

Usado sob licença da Shutterstock.com

V473

VER-SUS Brasil: cadernos de textos [documento eletrônico]/ Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. – Porto Alegre: Rede Unida, 2013. 106 p. – (Coleção VER-SUS/Brasil).

VER-SUS Brasil: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde [documento eletrônico]

ISBN: 978-85-66659-05-4

1. Sistema Único de Saúde – coletânea - Brasil. 2. Direito Sanitário. 3. Saúde Pública. 4. Recursos humanos em saúde I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Ramos, Alexandre de Souza. III. Leal, Mariana Bertol. IV. Carvalho, Mônica Sampaio de. V. Associação Brasileira Rede Unida. VI. Título. VII. Série.

CDD - 368.400981

Catálogo na fonte - Biblioteca de Ciências Biomédicas / Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde / Fundação Oswaldo Cruz

Apresentação

Essa publicação faz parte da Coleção VER-SUS/Brasil, Série Produções da Rede e a editora responsável é da Associação Brasileira da Rede Unida. Somente a Associação Brasileira da Rede Unida está autorizada a reproduzir e a divulgar integralmente, gratuitamente, o conteúdo desta obra, utilizando a totalidade do texto para publicação do Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil, em formato impresso e digital (PDF), para fins de estudos e leituras durante o processo de formação dos estudantes envolvidos. O conjunto de textos que compõem esta obra foi produzido especialmente para essa publicação e poderá ser posteriormente publicado em outros meios desde que autorizado pela Associação Brasileira da Rede Unida com a devida referência de publicação, assegurando os direitos autorais destes textos originais. Estes foram cedidos solidariamente pelos autores dos textos para auxiliarem nas reflexões desse espaço de educação permanente que é esse estágio de vivência. O Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil foi organizado por: Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal e Mônica Sampaio de Carvalho.

FERLA, A.A.; RAMOS, A.S.; LEAL, M.B; CARVALHO, M.S. Caderno de Textos do VER-SUS/Brasil. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

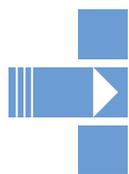
Bem-vindo/a ao VER-SUS/ Brasil!



Sumário

A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto	
VER-SUS/Brasil	1
Mas por que estágios de vivência no SUS?	4
O convite para a vivência no SUS!.....	5
A proposição metodológica dos estágios de vivência no sistema único de saúde: um resgate histórico.....	6
A História dos Estágios de Vivência	8
Os Estágios de Vivência no Âmbito da Saúde.....	9
Os Estágios Locais de Vivência no SUS	15
Os Estágios Regionais de Vivência no SUS	17
O Estágio Nacional de Vivência no SUS: VER-SUS/Brasil.....	23
Referências	26
Ciências da saúde, profissões da saúde e trabalho em saúde: o “atual” e as vivências-estágio na realidade do SUS	29
Ciência, profissão e trabalho na saúde	30
O normativo e o atual	38
Vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde.....	41
Cuidar em saúde	43
Cuidado em saúde no SUS – em busca da integralidade.....	44
Integralidade, necessidades e cuidado em saúde.....	45
E como se produz o cuidado em saúde? Quais os principais desafios nesse campo?.....	46
O trabalho em saúde e suas tecnologias	47
Composição tecnológica do trabalho em saúde e produção do cuidado.....	49
Desinstitucionalização e inovação no trabalho em saúde: dialogando com espaços potenciais de produção de novidade no SUS	52
Para fechar nossa conversa	54
Bibliografia	55
Ver a si no ato de cuidar: Educação Permanente na Saúde	58
Construindo uma situação no mundo do cuidado	58
Meu agir-usuário	59
Meu agir-trabalhador de saúde	60
O encontro no mundo do cuidado é intercessor	61
A produção do cuidado tem dimensões tecnológicas próprias	62

Produzir em saúde é trabalho vivo em ato, em disputa.....	65
O usuário atua no mundo do cuidado e disputa o sentido do trabalho vivo em ato do trabalhador de saúde	67
Repensar a formação em saúde, desaprendendo no agir da educação permanente	68
Outras sugestões	71
As desventuras de público no país dos privadas	72
Colocando o problema.....	72
O que é público? E o que é privado?	74
Em busca do verdadeiro sentido de público	81
Referências Bibliográficas	84
A Trajetória de Embates do Financiamento do SUS.....	85
A composição do financiamento do SUS e da Seguridade Social	86
A história dos embates: pós-Constituição à EC29	87
Os conflitos no financiamento do SUS no período de regulamentação da EC29	90
Os problemas do financiamento do SUS são mantidos com a Lei Complementar 141/2012.....	93
Considerações finais e propostas para o debate do financiamento do SUS	94
Referências Bibliográficas	96



A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto VER-SUS/Brasil

Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos e Mariana Bertol Leal

Antes de iniciar nossas atividades, é necessário resgatar um pouco da história dos estágios de vivência no SUS, para isso é importante lembrar de alguns fatos históricos que foram relevantes para atual organização do Projeto VER-SUS/Brasil. Podemos citar os movimentos de Extensão Universitária que fazem a articulação do ensino com a pesquisa e a aproximação da universidade com a comunidade reforçada a partir das mudanças no modelo de graduação do século XX; o ENEC (Estágio Nacional de Comunidade) desenvolvido pela UFPB que acontece até hoje; e o Internato Rural que começou a ser organizado para os estudantes da área da saúde na UFMG e que depois foi copiado em outras universidades. Ainda, podemos citar a metodologia de ensino-aprendizado por PBL, baseado em problemas e orientado à comunidade organizado na FAMEMA; a própria CINAEM (Comissão Nacional Interinstitucional de Avaliação do ensino Médico) para avaliação do ensino junto do MEC e MS foi um fato importante; também o PROMED (programa de Mudanças de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escola Médicas) para reorientação da formação médica, fortalecimento da atenção básica e mudança de modelos de atenção; e o EIV (Estágio Interdisciplinar de Vivência) organizado pela FEAB foi e é relevante, sendo que ele é organizado até hoje em diferentes locais e comunidades rurais.

Em 1991, o Programa UNI – união com a comunidade, uma nova iniciativa em educação para os profissionais de saúde (IDA Integração Docente Assistencial) se consolidou como uma experiência relevante para integração e mudança nos currículos e práticas docentes das graduações.

Em 2000/2001, foi construído o ENIV-SUS (Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no SUS), organizado pelas executivas de Medicina, Enfermagem e Nutrição junto com o Ministério da Saúde, mas, por problemas de relacionamento entre as entidades, não realizou-se e somente ficou escrito, não virando realidade.

Em 2001, em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul foi organizada a Escola de Verão que foi uma vivência para os estudantes de medicina do Brasil (mais ou menos 50 estudantes) realizado no Rio Grande do Sul numa parceria com o movimento estudantil.

Em 2002, o Ministério da Saúde criou a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde, com o objetivo de aproximar os/as estudantes do desenvolvimento de projetos que visam estabelecer uma política de educação para futuros/as profissionais do SUS.

Logo depois disso, em 2002, foi organizado o VER-SUS/RS (Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do RS) que contemplou a participação de 16 profissões da saúde, e envolveu aproximadamente 200 estudantes, organizado pelo NETESC com apoio da ESP/RS.

A partir daí, surgiu a proposta de Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que teve como versão piloto a vivência no Estado do Rio Grande do Sul, sendo posteriormente ampliada para outros Estados brasileiros. O projeto do VER-SUS/Brasil foi iniciado em 2003, levando a 1.200 estudantes a oportunidade de estabelecer contato com 60 Secretarias Municipais de Saúde ao longo do ano de 2004 (Ceccim, Bilibio, 2004).

O VER-SUS/Brasil, na sua primeira versão de projeto nacional, foi organizado a partir de 2003 quando o Ministério da Saúde convidou as Executivas e Representações Nacionais de Estudantes dos cursos de graduação da área da saúde para construção de agendas conjuntamente e para pensar o VER-SUS/Brasil. Dessa articulação, muitos outros projetos se desdobraram e a participação dos estudantes e do movimento estudantil nos espaços de construção do SUS, nos conselhos de saúde, nos pólos de educação permanente e etc.

Em 2004, o Projeto Piloto do VER-SUS/Brasil foi organizado em 10 municípios no período de janeiro/fevereiro envolvendo 100 estudantes integrantes do movimento estudantil que foram indicados para vivenciarem essa experiência e posteriormente serem os facilitadores das outras vivências. Dessa experiência, houve um grande fortalecimento do movimento estudantil, muitas executivas de curso, centros e diretórios acadêmicos foram organizados, e aprofundou-se o envolvimento dos estudantes nos diversos espaços organizativos do SUS, enfim, houve um incentivo ao protagonismo estudantil.

Ainda, como marcador histórico importante pode-se destacar a publicação da Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS - Educação Permanente em Saúde. A partir disso, houve a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde nas localidades e a realização do Seminário Aprender-SUS instituindo um conjunto de diretrizes para a mudança das graduações, o Programa Ensina-SUS. Esse conjunto de iniciativas mobilizou milhares de docentes, estudantes e gestores para processos de mudança na formação dos profissionais de saúde. Foi um importante momento para a política de educação permanente em saúde. Várias

mudanças curriculares ocorreram inclusive ajudando na consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde.

Em 2004, a primeira grande experiência nacional do VER-SUS/Brasil ocorreu em 19 estados, envolvendo 51 municípios e 1067 estudantes de diferentes cursos de graduação. Em 2005, foi realizada a Avaliação Nacional do VER-SUS em Porto Alegre/RS nos dias 20, 21 e 22 de janeiro, onde estiveram presentes representantes de todos os estados e experiências regionais.

Em 2005, a segunda edição do VER-SUS/Brasil ocorreu somente em 10 municípios, envolvendo 251 estudantes. Dessa experiência não houve um processo ampliado de avaliação e posteriormente a isso. Em 2006, foi organizado o VER-SUS Extensão (Estágios Rurais Interprofissionais no SUS e Vivências em Educação Popular no SUS) com seleção de parceria por edital mas o formato proposto já não era o original e muito da metodologia inicial se perdeu.

Com a mudança que ocorreu na gestão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, não houve continuidade do projeto em nível nacional, no entanto, muitas experiências locais continuaram sendo organizadas.

Em 2007, institucionalizando esse conjunto de mudanças que ocorreram, foi publicada a Portaria 1.996 GM/MS que institui novas regras para a Educação Permanente, os Grupos Regionais e as Comissões de Integração Ensino e Serviço.

Apesar dessa nova condução política, muitas experiências foram realizadas. Como experiências locais relevantes e sintonizadas com essa experiência, podemos citar a realização do Estágio Interdisciplinar de Vivência na Rede de Saúde Mental (RS) realizado anualmente na cidade de São Lourenço do Sul; o Estágio de Vivência em Comunidades Rurais organizado com frequência na Paraíba junto com os movimentos sociais e o movimento de educação popular em saúde; o Estágio de Vivência da Medicina em Vitória da Conquista que é organizado anualmente para a recepção dos calouros de medicina da UFBA; os Estágios de Vivência no SUS/Bahia que ocorrem desde 2009, sendo que hoje já se realiza a 6ª edição; o VER-SUS/Rio de Janeiro realizado em janeiro de 2011 com parceria do projeto OTICS; os estágios de vivência tradicionalmente organizados pela UNISC no Rio Grande do Sul como atividade de extensão universitária; e a experiência do VER-SUS organizado pelo Grupo Hospitalar Conceição para seus residentes conhecerem melhor o SUS.

Portanto, a realização dos estágios de vivência não é novidade no campo da saúde; sua história é antiga e já contou com inúmeras experiências. Aqui chamados de VER-SUS, os estágios de vivência já têm nessa marca uma identidade construída a partir da realização do VER-SUS/RS em 2002, do VER-SUS/Brasil em 2004 e 2005, do VER-SUS/Rio de Janeiro em 2010 e do VER-SUS/GHC (Grupo Hospitalar Conceição) também em 2010. Após esse período, inúmeras iniciativas locais e regionais continuaram sendo desenvolvidas, mas somente agora o projeto é retomado pelo Ministério da Saúde para ser realizado em grande escala pelo país.

Através do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério e de sua rede de parceiros, o VER-SUS/Brasil traz agora diretrizes que convergem com as atuais políticas prioritárias e que prevêm a organização das redes de atenção à saúde nas diversas regiões de saúde, tendo a atenção básica como organizadora do processo de cuidado. Assim, este projeto pretende qualificar os/as futuros/as profissionais do SUS num espaço de formação e trabalho que dialogue com os novos processos organizativos do SUS, possibilitando aos/às estudantes um espaço privilegiado de interação e imersão no cotidiano do sistema de saúde brasileiro em diversos territórios do país.

Desde meados de 2011 está sendo organizado o novo Projeto VER-SUS/Brasil com a rede parceiros do Ministério da Saúde. No período de janeiro/fevereiro de 2012 ocorreu a 1ª edição do projeto como uma experiência piloto que mobilizou mais de 4300 estudantes, 9 estados e 70 municípios. De fato participaram dessa experiência 915 estudantes nas diferentes experiências. Na 2ª edição de julho e agosto de 2012, participaram efetivamente 1640 estudantes de 11 estados e 114 municípios. E, nesse momento, novas experiências estão sendo organizadas e realizadas.

Mas por que estágios de vivência no SUS?

Porque pretendemos estimular a formação de trabalhadores/as para o SUS, comprometidos/as eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendam como atores/atrizes sociais e agentes políticos/as capazes de promover transformações na sociedade.

Os estágios de vivências constituem, portanto, importantes dispositivos que permitem ao/à estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, entendido enquanto princípio educativo e espaço de desenvolvimento de processos de luta dos setores do campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos/as ética e politicamente com as necessidades de saúde da população. Esta iniciativa – aliada ao fortalecimento e ampliação dos processos de mudança da graduação e da construção de novos compromissos entre as instituições de ensino, os serviços e os movimentos sociais – pode orientar novas práticas pedagógicas, a partir da articulação do tripé universitário ensino-pesquisa-extensão e de novas práticas de saúde, contribuindo para a implementação de políticas públicas em diferentes localidades, com abertura para ações intersetoriais.

Assim, a proposta do Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde /UFRGS, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a União Nacional dos Estudantes (UNE), o Conselho de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e o apoio da Organização

PanAmericana da Saúde (OPAS), visa realizar estágios de vivência para que estudantes universitários/as tenham a oportunidade de vivenciar a realidade do SUS e, assim, qualificar-se para a atuação no sistema de saúde.

Alicerçado na Política de Educação Permanente em Saúde, o VER-SUS/Brasil está sendo proposto novamente como estratégia de qualificação da formação dos/as profissionais de saúde que encontrarão no SUS seu espaço de trabalho. É importante ressaltar que a educação permanente deve ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (Brasil, Ministério da Saúde, 2009). Assim, acreditamos que essa experimentação dos diversos olhares sobre as diversas realidades do SUS no país pode ajudar a qualificar os diferentes profissionais e atores sociais que irão atuar no sistema de saúde, seja na atenção, na gestão, na educação e na participação. Por isso, fazemos esse convite a vocês para vivenciarem o SUS através do VER-SUS!

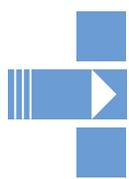
O convite para a vivência no SUS!

Agora, você que aceitou este desafio de realizar um processo de formação teórico-prática, através da vivência no SUS dos municípios brasileiros, acreditamos que você será protagonista desta página da história do SUS.

Como protagonista do seu processo de formação e participante desse projeto, você está ajudando a construir novos olhares e novas percepções sobre o SUS e a atuação dos diferentes atores no sistema de saúde. Por isso, queremos apoiá-lo!

Todos/as vocês estão recebendo uma mochila de “arte-fatos” recheada de ferramentas que facilitarão o processo de ensino e aprendizagem. Para enriquecermos este processo e deixá-lo registrado não só em nossos corações e mentes, pedimos a você que sistematize as atividades do dia, correlacionando-as com o material didático disponibilizado (caderno de textos) e com o portfólio virtual, pois pretendemos que este VER-SUS, muito mais do que apenas uma iniciativa de qualificação da formação de tantos/as estudantes e futuros/as profissionais de saúde, seja um grande disparador de um processo de qualificação do SUS que seja pautado também pelo olhar de cada um/a de vocês sobre a realidade que será vivenciada. Portanto, não deixe de preencher o portfólio, de participar dos debates sobre as atividades vivenciadas, das leituras e estudos dos conteúdos! Seja protagonista da sua formação e da realização deste VER-SUS!

Sejam bem-vindos! Boa vivência nessa nossa grande escola que é o SUS! Esperamos que essa experiência seja de fato motivadora de reflexões e novos olhares sobre a saúde e o sistema de saúde!



A proposição metodológica dos estágios de vivência no sistema único de saúde: um resgate histórico

Odete Messa Torres¹

A participação popular tem potencial para gerar empoderamento dos diversos atores e para promover a sua organização nas mais variadas formas de movimentos sociais. O processo de Reforma Sanitária Brasileira é um exemplo de participação intersetorial de diversos atores sociais, inclusive de estudantes, que no interior de seus processos organizativos têm atuado de forma sistemática no avanço das reformas em saúde. O meio acadêmico conta com a participação de estudantes da área da saúde organizados a partir de Diretórios Acadêmicos (DAs) e Centros Acadêmicos (CAs) representados nacionalmente por Executivas e Direções de curso. Para além do movimento estudantil de área, também ocorrem as organizações gerais de estudantes compreendidas nos Diretórios Centrais de Estudantes (DCE), nas universidades; nas Uniões Estaduais de Estudantes (UEE); e na União Nacional de Estudantes (UNE).

O movimento estudantil vem criticando a formação tradicional e apostando na aproximação do ensino aos serviços, *locus* de atuação profissional, como forma de se aproximar do usuário deste sistema. Santos (1998, p. 8) atribui a participação do estudante nos espaços sociais como fator determinante da constituição de sujeito social enquanto ator propositivo ao processo de mudança na graduação.

Ceccim e Bilibio (2002, p.164), evidenciam a luta pela defesa do SUS que parte do movimento estudantil:

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre Profissional em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Endereço Eletrônico: odetetorres@unipampa.edu.br.

Os estudantes universitários organizados no Movimento Estudantil vêm atuando em diferentes frentes de trabalho para potencializar a presença dos estudantes na busca de uma formação profissional mais compromissada com as reais demandas da população, pela defesa do SUS e outras importantes reivindicações sociais, mas segue hegemônica entre os estudantes a orientação pela prática assistencial, pelas práticas de prevenção e pela atenção primária/saúde comunitária (CECCIM e BILIBIO, 2002, p.164).

Neste sentido, Ceccim e Bilibio (2002) sugerem que o movimento estudantil pode desempenhar um importante papel questionador da hegemonia instalada, onde as práticas profissionais originárias do modelo flexneriano hegemônico na atenção à saúde influenciam e determinam os currículos de formação médica, centrados na assistência ao indivíduo, com foco de suas ações na doença em detrimento à promoção da saúde (MARSIGLIA, 1995).

Com a finalidade de aproximar os estudantes das diversas realidades sociais o movimento estudantil propôs os estágios de vivência, como alternativa de prática da formação que utiliza a metodologia problematizadora. Os estágios se caracterizam por permitir espaços de encontros entre estudantes e determinadas realidades, de modo que os mesmos possam refletir sobre as ações sociais ali desencadeadas com base nas realidades vividas. Apresentam característica de imersão, na qual determinado grupo de estudantes convive por um período de tempo (aproximadamente 15 dias) em um mesmo espaço físico, com a expectativa de que a cotidianidade imprima uma marca fundamental à vivência. Este processo utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem, facilitadas por um estudante qualificado previamente por experiência de estágio de vivência ou por envolvimento nas causas sociais do movimento estudantil.

Compreender a proposição metodológica dos estágios de vivência como forma de incorporar nos processos de formação práticas condizentes com as realidades sociais se faz necessário para analisar quando e de que forma esta metodologia transforma-se no interior do movimento estudantil, como se expande nas diversas instâncias do setor saúde e é incorporada pelo Projeto VER-SUS/Brasil (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil), uma parceria entre o Ministério da Saúde e o movimento estudantil, efetivada em 2003.

Para tanto, esse estudo, parte da Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, buscou resgatar alguns marcos fundamentais dos avanços dos estágios de vivência, como a proposição metodológica dos estágios de vivência através da Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (FEAB), sua estruturação no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), as experiências locais e regionais e o Estágio Nacional de Vivência no SUS.

A História dos Estágios de Vivência

A iniciativa dos estágios de vivência deu-se no final da década de 80, quando estudantes de agronomia realizaram as primeiras experiências junto a assentamentos rurais. A Federação dos Estudantes de Agronomia no Brasil (FEAB) e a Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária (ENEV) utilizaram esta metodologia no debate das questões agrárias e a partir destas experiências ocorreu a inserção dos estudantes da saúde (FEAB, 2005). Estas iniciativas são resgatadas no Projeto Estágio Interdisciplinar de Vivências (EIV) nos Assentamentos Rurais do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) em Minas Gerais de 2003. A iniciativa parte da necessidade dos estudantes de agronomia entenderem criticamente o modelo de desenvolvimento agropecuário implantado no país e a partir da contextualização desta realidade incidirem sobre a qualidade do ensino de Agronomia. Surge, neste contexto, a metodologia dos estágios de vivência buscando aproximar o estudante universitário da realidade econômica, social, política e cultural do campo (PROJETO Estágio Interdisciplinar de Vivências – EIV, 2003).

A FEAB em sua gestão 2004/2005 realizou um resgate histórico dos Estágios Interdisciplinares de Vivência. As primeiras experiências realizadas pela FEAB que deram origem à metodologia dos Estágios de Vivência (EV) datam de 1989. Ao todo foram compreendidas três fases dos estágios de vivência das agrárias. A primeira fase, de 1989 a 1990, apresenta caráter disciplinar e se relaciona com as primeiras experiências. A Escola de Agronomia de Dourados, no Mato Grosso do Sul foi a primeira a realizar um EV, em conjunto com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que foi criado em 1984 na Cidade de Cascavel no Paraná, o estágio foi realizado para estudantes de agronomia da região centro-oeste do país. A segunda edição dos estágios de vivência da agronomia ocorre em Santa Catarina, realizada pelo Núcleo de Trabalho Permanente em Movimentos Sociais da FEAB, em parceria com o MST (FEAB, 2005, p. 15; 18).

Na segunda fase, de 1991 a 1996, a proposta se expande para outras regiões do Brasil, assumindo caráter interdisciplinar, tornando-se Estágio Interdisciplinar de Vivência (EIV). É neste período que a FEAB recebe o prêmio de destaque da juventude latino-americana, em 1992 pela UNESCO. A expansão no país ocorre a partir da implementação de um Programa Nacional de Estágios de Vivência, em parceria com as escolas de agronomia das sete regiões de abrangência da entidade. Outra novidade atribuída a esta fase consiste na realização do estágio com comunidades de agricultores familiares, pescadores e indígenas, além dos estágios já realizados com agricultores assentados (FEAB, 2005, p. 18).

Na década de 90, além da FEAB, outras executivas se envolveram no processo de construção, que contou com a participação de Diretórios e Centros Acadêmicos. Algumas universidades, como a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) institucionalizaram a metodologia, sendo a mesma aplicada em disciplina constituída no currículo do curso de Agronomia, outras transformaram os estágios de vivência em projetos de extensão universitária, segundo o Projeto EIV (2003, p. 2).

A primeira experiência interdisciplinar de EIV ocorreu em 1991 no Paraná, sendo promovido pelo DCE da UFPR, seguida em 1992 por Santa Catarina, contando com a participação de 11 cursos diferentes; em 1993 em Maringá no Paraná com 9 cursos; ainda em 1993 em Areia na Paraíba; em 1995 no Espírito Santo, em Maringá no Paraná e em Botucatu no Estado de São Paulo; em 1996 em Pelotas no Rio Grande do Sul e em Viçosa em Minas Gerais (FEAB, 2005, p. 19).

A FEAB apresenta as primeiras experiências nos municípios mencionados pela FEAB em seu documento de 2005. É importante destacar que as primeiras duas experiências foram de Estágios de Vivência (EV), que correspondem a primeira fase, e as demais de Estágios Interdisciplinares de Vivência (EIV), correspondentes a segunda fase:

A partir de 1996 até os dias atuais a FEAB considera a terceira fase da história dos estágios de vivência, que se caracteriza pela disseminação da metodologia por todo o país. As escolas que vinham realizando os estágios buscaram manter a sua realização, sendo acrescentadas novas escolas. Neste período surgem, nas universidades, por incentivo da FEAB, os Núcleos de Apoio à Luta pela Reforma Agrária (NARAS), com caráter interdisciplinar, que além de reunir os estudantes participantes das vivências, assumiram a tarefa de realização de discussões e seminários sobre reforma agrária, sendo também responsáveis pelos EIV. Somam-se as experiências em 1997 de Lavras, em Minas Gerais e o II EIV em Pelotas, no Rio Grande do Sul; em 1998 a UFSM em Santa Maria e a UFRRJ realizam suas primeiras experiências de EIV (FEAB, 2005, p. 19-20).

Mesquita (2005), afirma que para a FEAB, o estágio de vivência tem caráter de sensibilizar politicamente o estudante para a realidade de pobreza e exclusão de vários trabalhadores rurais sem terra, e ainda, para a situação precária dos pequenos agricultores (FEAB, 2005, p. 18).

Os Estágios de Vivência no Âmbito da Saúde

Dos estágios de vivência da agronomia, organizados pela FEAB, participaram, também estudantes dos mais variados cursos, inclusive estudantes de medicina da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM). Com base na metodologia dos estágios de vivência, estes estudantes propuseram, na última década, os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde (SUS) em diversos municípios brasileiros. Em 2003 os estágios de vivência no SUS foram incorporados como projeto político do governo federal, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil (VER-SUS/Brasil), desenvolvido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde em parceria com as representações estudantis de 14 cursos da saúde.

O roteiro de entrevista buscou identificar, entre outros aspectos, a origem da proposição metodológica dos estágios de vivência e sua interferência sobre a política do VER-SUS/Brasil. Sendo destacado, pelos entrevistados, o potencial revelado por diversas experiências, entre elas, da Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (FEAB), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Estágio de Vivência em Comunidade e Estágio Nacional de Extensão em Comunidade da Universidade Federal da Paraíba (ENEC), Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no SUS (ENIV-SUS), Escola de Verão e a Vivência-Estágio na Realidade do SUS no Rio Grande do Sul (VER-SUS/RS). Também é apontada a importância da inserção dessa experiência no SUS, inclusive com a criação de um programa de governo, no Rio Grande do Sul e a constituição de um Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva² (NETESC).

Acredito que os estágios anteriores à política VER-SUS, como os desenvolvidos pela FEAB, o VER-SUS/RS, a Escola de Verão, o ENIV-SUS, as vivências desenvolvidas junto ao MST, o ENEC; foram essenciais para a reflexão do movimento estudantil e do Ministério da Saúde acerca de que projeto estávamos querendo construir. (...) Eu acredito que talvez a maior influência para o início da construção dessa política, tenha vindo das experiências da FEAB, pois já comprovaram resultados importantes de uma experiência já consolidada metodologicamente bem como politicamente. No entanto, para a vivência específica no SUS, tenho que destacar o Estado do RS, com suas experiências do VER-SUS/RS e a formação do NETESC, as quais representam as experiências mais significativas, ao meu ver, para a construção do VER-SUS/Brasil (E₆).

A revisão de literatura existente e a coleta de dados pelas entrevistas permitiram identificar a realização de estágios de vivência no SUS pela DENEM, desde a década de 90, influenciando de maneira positiva a proposta nacional do VER-SUS/Brasil construída a partir de 2003. As experiências referenciam ainda a construção de um arcabouço teórico vivencial, e sua aplicação pelas parcerias com gestores e movimentos sociais, como no caso do MST (Movimento dos Trabalhadores Sem Terra).

Destaco principalmente os estágios de vivências desencadeados pela DENEM na década de noventa. A proposta da DENEM era muito forte – disputar corações e mentes – e influenciou de maneira positiva a atual proposta nacional (G₃).

Acredito que a DENEM teve um importante papel nisto, pois conseguiu levar para a construção do Projeto todo o acúmulo que teve com os Estágios de Vivência no SUS que realizou na década de 90 e primeiros anos do século 21 (E₂).

As experiências de destaque que antecedem a política, tem as experiências como da Escola de Verão e do VER-SUS/RS, no RS, e ainda o Congresso de Estudantes Uni-

² O NETESC se constituiu em um grupo de estudantes de caráter interdisciplinar e interinstitucional que uniu esforços na construção de projetos no campo da formação de trabalhadores para o SUS, desenvolvendo trabalhos na área da saúde coletiva. Entre as quais encontram-se o VER-SUS/RS (Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul) e o I CGEUS (I Congresso Gaúcho de Estudantes Univeritários da Saúde) e participações em encontros e congressos na áreas (CECCIM & BILIBIO, 2002; 2003).

versitários da Área da Saúde e antes destas ações tem os estágios de vivência da DENEM. (...) Tem um antecedente que são os estágios de vivência da FEAB, da agronomia (G2).

Dessa forma todo o arcabouço teórico-vivencial que originou a Política está diretamente ligado aos demais estágios de vivência que ocorreram e seguem ocorrendo, tanto no âmbito do Movimento Estudantil, quando dos projetos de extensão universitária. Para mim, os estágios organizados pela DENEM, FEAB e as vivências organizadas em parceria com o MST, vêm se constituindo como referências importantes (G7).

Ao mesmo tempo em que as propostas de estágios de vivência no SUS se baseiam na metodologia originária da FEAB, as diferenças são também apontadas na sua colocação nos espaços de prática proporcionados pelo sistema de saúde. No VER-SUS, ao lado do forte contato com a realidade da atenção provocado pela vivência, aparece o desafio da relação do estudante com o gestor do sistema, com peculiaridade do SUS.

Tem um antecedente que são os estágios de vivência da FEAB, da agronomia, e que eu acho que os da agronomia também são bastante diferentes da proposta do VER-SUS. Semelhanças todas elas têm, um mínimo ou um patamar de semelhança, mas elas não se constroem de maneira igual, nem nos fins, nem no desejo. Eu acho que nos estágios da FEAB, eles têm o componente forte da vivência e do contato com as realidades locais, mas ele não coloca como desafio essa relação do gestor com o estudante (G2).

A DENEM aproximou-se da realidade do SUS, propondo a metodologia dos estágios de vivência, na década de 90, inicialmente com os estudantes de medicina seguindo-se aos demais cursos da saúde. Partindo de uma perspectiva contra-hegemônica, intensificaram o debate acerca da formação médica, em seus encontros de estudantes³, e utilizaram-se da metodologia de estágios de vivência no SUS, a fim de aproximar os quadros do movimento estudantil às realidades do sistema. Tais estágios, no final da década de 90, aconteceram em diferentes cidades do país cujos avanços no setor saúde revelaram experiências exitosas em distintos modelos tecno-assistenciais. As cidades de “Santos/SP (1996), Camaragibe/PE (1997) e no Ceará (1999)”, são citadas no documento do Ministério da Saúde como municípios que exemplificam as experiências de estágios de vivência da DENEM (BRASIL, 2001b).

Pelos dados analisados é atribuído movimento estudantil - inicialmente com a FEAB seguido pela DENEM - atribui-se a proposição metodológica dos estágios de vivência como aposta na aproximação dos estudantes às realidades sociais possibilitando espaços de reflexão e construção de “olhares” acerca destas realidades e a participação de processos de aprendizagem participativa. Estes estágios, no tocante ao SUS, surgem pela pactuação do movimento estudantil com algumas Secretarias Municipais de Saúde as quais permitem a entrada dos estudantes na rede de serviços (BRASIL, 2003).

³ Os principais encontros de estudantes de medicina, segundo a DENEM (2005) são: Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (COBREM); Encontro Regional dos Estudantes de Medicina (EREM); Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM); Seminário do CENEPES (Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde).

(...) os estágios organizados pela DENEM, FEAB e as vivências organizadas em parceria com o MST, vêm se constituindo como referências importantes (G7).

Entre as 18 entrevistas realizadas, a entrevista G₅, foi a única que referiu uma data, ainda na década de 90, para os estágios de vivência realizados pela DENEM. Outras entrevistas apenas se referiram aos estágios da DENEM situando-os no final da década de 90.

A minha primeira experiência se deu inicialmente quando recém formada e ex-militante do movimento estudantil de medicina pude participar junto à Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) da construção da proposta de estágios de vivência no SUS e de uma parte da vivência na Cidade de Santos, a data não consigo lembrar com precisão, mas foi no ano de 1995 (G5).

Acredito que a DENEM teve um importante papel nisto, pois conseguiu levar para a construção do Projeto todo o acúmulo que teve com os Estágios de Vivência no SUS que realizou na década de 90 e primeiros anos do século 21 (E2).

Aponta-se no curso desta investigação um déficit de registros de dados sobre as experiências realizadas pela DENEM na década de 90. As entrevistas realizadas também não apontaram maior detalhamento dos municípios, contextos e períodos em que se deram as vivências que antecedem ao VER-SUS/Brasil.

No diálogo com o movimento estudantil o Ministério da Saúde⁴, através do Departamento de Atenção Básica, em 2001 construiu-se o Projeto do I Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no Sistema Único de Saúde – ENIV-SUS. Esta interlocução deu-se com três executivas de curso, envolvendo a Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM), a Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEENF) e a Executiva Nacional de Estudantes de Nutrição (ENEN) (BRASIL, 2001b).

O I ENIV-SUS propõe-se a “construir uma visão crítica aos acadêmicos de Enfermagem, Medicina, e Nutrição” e remete sua origem aos estágios realizados pela DENEM em Santos/SP (1996), Camarajibe/PE (1997) e no Ceará (1999). Este projeto inicia sua articulação no final do ano de 1999 quando assume o caráter multidisciplinar ao dialogar com três cursos da área da saúde (medicina, enfermagem e nutrição). O foco da proposta centrou-se nos modelos municipais de atenção e no trabalho em equipe. As cidades⁵ eleitas para as vivências constituíam “exemplos de experiências inovadoras em modelos de atenção à saúde” e se justificavam por (1) apresentarem maior complexidade de situações de saúde, enquanto metrópoles, definidas em (2) regiões diversas do país permitindo uma maior diversidade de experiências de contextos políticos e administrativos, cujos (3) gestores eram oriundos do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, enquanto (4) alternativas

⁴ Em 2001 o Ministério da Saúde realizou uma aproximação aos estudantes de medicina, enfermagem e nutrição através de suas respectivas executivas de curso a fim de viabilizar o I Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivências no SUS. Nesta época, no governo Fernando Henrique Cardoso, José Serra era o Ministro da Saúde e o Departamento de Atenção Básica era responsável pelo projeto (BRASIL, 2001b).

⁵ Norte: Mosqueiro - PA; Nordeste: Vitória da Conquista - BA, Camarajibe - PE, Icapuí - CE; Centro - Oeste: Fernandópolis - GO; Sudeste: Paulínia - SP, Betim - MG, Niterói - RJ; Sul: Castro - PR, Caxias do Sul - RS

de oposição ao modelo hegemônico da saúde e (5) permitindo a materialização do SUS (BRASIL, 2001b, p. 8, 9 e 14).

Alguns dos entrevistados destacaram a importância do reconhecimento do ENIV-SUS pelo Ministério da Saúde considerando inclusive sua importância para as reflexões do movimento estudantil.

Acredito que os estágios anteriores à política VER-SUS, como os desenvolvidos pela FEAB, o VER-SUS/RS, a Escola de Verão, o ENIV-SUS, as vivências desenvolvidas junto ao MST, o ENEC; foram essenciais para a reflexão do movimento estudantil e do Ministério da Saúde acerca de que projeto estávamos querendo construir (E6).

Outros entrevistados referiram-se as etapas de pactuação do projeto ENIV-SUS e seus desdobramentos na não concretização do mesmo. O entrevistado E₁ apresenta a inserção da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf), a partir de 1999, na pactuação do ENIV-SUS com o Ministério da Saúde e as Executivas de Estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, respectivamente ENEEnf, DENEM e ENEN.

Desde 1999 o movimento estudantil de enfermagem discutia sobre a possibilidade de um estágio de vivência apenas para estudantes de enfermagem, sendo que as primeiras conversas com o Ministério da Saúde sobre a possibilidade de parceria com o movimento foram difíceis, pois havia uma pressão para que o estágio acontecesse focalmente no Programa de Saúde da Família (PSF). (...) A proposta do governo foi discutida por muito tempo até a aproximação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), que também possuía propostas de estágio de vivência e já havia desenvolvido alguns projetos anteriormente. Essa articulação com a DENEM começou por volta do mês de novembro de 2000, com o desenvolvimento de um projeto conjunto – Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência em SUS (ENIVSUS). O convite foi feito a outras executivas de curso da saúde, sendo que apenas a nutrição manifestou interesse em inserir-se no projeto e as discussões com o Ministério da Saúde. (E1).

Esta entrevista trata da aproximação dos estudantes junto ao Ministério da Saúde para a realização do projeto; do foco dado pelo Ministério da Saúde ao Programa de Saúde da Família; da escolha dos municípios e distribuição destes nas regiões do país; da divulgação e seleção de monitores e estagiários; da distribuição das vagas entre os cursos; da formação dos monitores; do financiamento; e, por fim, da não realização do projeto.

O Ministério apresentou uma lista de “municípios modelos” (a maioria com PSFs bem sucedidos) dentre os quais, através de reuniões com as executivas, foram selecionados 10, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O projeto previa a seleção de monitores e participantes do estágio, sendo que cada executiva estipulou as formas de seleção em separado para cada curso. (...) A ENEEnf divulgou o estágio pela internet, e-mails, grupos de discussão e cartazes e realizou inscrições através do site da executiva. (E1).

Alguns aspectos revelados na entrevista merecem maior observação a fim de discussão da evolução dos processos que envolvem os estágios de vivência: o número de cursos evol-

vidos, o caráter de monitor atribuído ao estudante com maior experiência nas vivências, os critérios de seleção dos municípios, a distribuição de vagas entre os cursos, a seleção dos monitores e estagiários realizada por critérios de cada curso em separado, a forma de divulgação e a relação estabelecida entre os atores.

Os monitores seriam selecionados dando preferência aos estudantes que participavam do movimento estudantil ou outro movimento social e que possuísem mais conhecimentos sobre o SUS e políticas de saúde. Os participantes também foram selecionados segundo seus conhecimentos sobre o SUS, mas também se levou em consideração sua afinidade com a saúde coletiva. O projeto previa uma capacitação para os monitores, que chegou a acontecer na UNICAMP (Campinas – SP) por volta do mês de março de 2001. Todas as passagens (aéreas ou terrestres) e alimentação foram financiadas pelo Ministério da Saúde. (E1).

O apoio ao ENIV-SUS, por parte do Ministério da Saúde, e sua ampla divulgação foi questão de entrave na relação do movimento estudantil com a política do governo federal, que somada a uma crise existente no próprio movimento estudantil colaborou para não ocorrer a implementação do projeto.

(...), o ministério já nos impunha como condição para continuidade do projeto uma ampla divulgação na mídia, eventos de “avaliação” com a participação de todos os estudantes, enfim demonstrou-se os interesses eleitoreiros de parceria no projeto. Ao mesmo tempo, foi o momento de maior crise no movimento, onde as executivas tiveram momentos importantes de divergência sobre o seu papel político e sobre a possibilidade de vinculação à imagem de um partido e uma proposta política da qual não compartilhavam. (...) Por volta do mês de julho de 2001, na época do Encontro Nacional dos Estudantes de Enfermagem, o fim do ENIV-SUS, antes mesmo de sua concretização, foi anunciado. (E1).

A responsabilização pelo insucesso do ENIV-SUS, atribuída pelo Ministério da Saúde, ao movimento estudantil foi destaque na entrevista realizada. Outra entrevista relembra o fato da experiência não ter ocorrido.

Um técnico do Ministério da Saúde, que acompanhou o desenvolvimento do projeto desde o início, foi enfático ao culpabilizar o movimento estudantil pelo insucesso do estágio. Classificou a nossa impossibilidade de chegar a um consenso como desorganização e imaturidade (E1).

O pedido de um estágio de vivência ao governo federal que foi o que houve um anúncio de positividade, mas que não rolou (G2).

A iniciativa de execução do ENIV-SUS, conforme foi possível identificar na fala da entrevista E₁, mesmo não contando com apoio institucional do Ministério da Saúde desenvolveu-se em alguns municípios a partir de iniciativas locais e pactos com gestores municipais favoráveis a acolherem a proposta, como é possível perceber no relato do entrevistado E₄ que refere a experiência de 2001 em Caxias do Sul no Rio Grande do Sul.

Após o rompimento com o governo, o estágio chegou a acontecer em alguns municípios, apenas com a articulação local e com o financiamento, muitas vezes, do próprio participante (E1).

Conheci o estágio através da minha executiva de curso, a DENEM. No primeiro estágio organizado, perdemos no último momento o financiamento para o deslocamento dos alunos, o qual seria fornecido pelo Ministério da Saúde. Tivemos então, que realocar o máximo possível de estagiários dispostos a prosseguir na execução do projeto para um só local, levando em conta a viabilidade financeira do deslocamento que foi custeada pelos próprios estagiários. A cidade de escolha foi Caxias do sul, em 2001(E4).

Sobre o projeto ENIV-SUS, o Jornal da ENEEnf (1999, p. 3) traz a matéria *União: Programa de Saúde da Família*, onde apresenta uma parceria com a DENEM e com o Ministério da Saúde para a realização de um “Projeto de vivência no PSF” o qual “nasceu do convite feito pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional do Programa”. A matéria descreve que “a proposta do Ministério é que alunos de Enfermagem e Medicina façam estágio extracurricular nos PSF existentes em sua região e em outras, tentando contribuir para os objetivos do projeto e aproximando os acadêmicos do programa” e ainda reforça que “um segundo ponto do Projeto seria a criação de um outro estágio em PSF, este, porém seria curricular, ou seja, faria parte da grade normal das Escolas de Enfermagem e Medicina”. Por fim, a matéria fala da regulamentação curricular dos estágios em PSF enquanto acordos estabelecidos entre o Ministério da Saúde e as escolas formadoras e atribuem à enfermagem “parecer favorável a este projeto” no XXII ENEEN (Encontro Nacional de Estudantes de Enfermagem, realizado em Florianópolis/SC).

O projeto nacional de estágio de vivência no SUS em 2001, devido a diversas questões, não se realizou, desfazendo-se o grupo propositor, conforme relatam Duarte e Leal (2004, p. 4). Apesar da iniciativa nacional do ENIV-SUS não ter avançado, alguns municípios que haviam pactuado as vivências aceitaram receber os estudantes, mesmo sem financiamento do Ministério da Saúde, acontecendo estágios municipais, como por exemplo, a experiência em Caxias do Sul no Rio Grande do Sul, seguindo-se a outros municípios que se constituíram em lócus de exemplaridade desses estágios.

Os Estágios Locais de Vivência no SUS

Neste sentido, a metodologia, que se inicia no meio do movimento estudantil como uma perspectiva contra-hegemônica ao processo de formação, se expande com apoios diversos de gestores municipais, estadual e federal. Os estudantes vêm fazendo referência a alguns municípios que receberam iniciativas de estágios de vivência, principalmente após a tentativa nacional de realização do ENIV-SUS. Uma das entrevistas realizadas apontou

a iniciativa dos Estágios Locais de Vivência no Sistema Único de Saúde (ELV-SUS), promovidos pelo Diretório Acadêmico de Estudantes de Medicina (DAMED) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizados no interior da Bahia desde 2000, nos municípios de Vitória da Conquista, Alagoinhas e Juazeiro, sendo municípios de referência na região nordeste pelo avanço do SUS. Um pouco desta experiência é relatado na entrevista com o estudante E₂:

Primeiro é bom descrever o que é exatamente o Estágio Local de Vivência em SUS (ELV-SUS) organizado pelo DAMED. Em 2000, o DA pensou em adaptar o projeto de Estágio Nacional de Vivência em SUS organizado pela DENEM. A idéia foi fazer um Estágio voltado para os calouros de medicina, tendo como objetivo principal sensibilizar o estudante para a luta em defesa do SUS e quanto à viabilidade do Sistema, quebrando o senso-comum. Para tanto foi feito contato com a SMS de Vitória da Conquista, que na época já contava com o SUS em amplo processo de implementação, sendo referência no nordeste. Pelo acordo, a SMS elaborou junto com o DA a programação e financiou a alimentação. A SMS também fez contato com a Universidade do Sudoeste do Estado da Bahia (UESB) conseguindo liberação de algumas salas de aula que serviram como alojamento. O Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da UFBA participou no 1º ELV-SUS dando suporte teórico. Tivemos que alugar um ônibus e ratear o valor entre os estudantes/estagiários. Alguns membros do DAMED participaram como monitores. O Estágio ocorre na semana anterior ao início das aulas na faculdade. No início o Estágio tinha duração de quatro dias, que aos poucos foi ampliando com o acréscimo de atividades e hoje dura uma semana. O primeiro ELV-SUS ocorreu em março de 2000. De lá pra cá o DAMED organizou ELV-SUS todos os semestres. Já estando atualmente na 11ª edição do ELV-SUS. Acredito que é o Projeto de Estágio de Vivência em SUS de maior continuidade no país (E₂).

O DAMED/UFBA realiza desde a gestão de 1998 a Semana dos Calouros. A atividade objetiva recepcionar os ingressos no curso inserindo-os em atividades acadêmicas, científicas e culturais diversas. O estágio de vivência em SUS é uma das atividades que ocorrem anteriormente à semana, a partir de 2000. Estes estudantes vêm produzindo materiais relativos aos ELV-SUS baianos, através de jornal, folder e manual sobre as vivências. O folder da VII Semana dos Calouros (DAMED, 2001a), realizada entre os dias 02 e 06 de abril de 2001, faz referência ao estágio de vivência em SUS realizado em Vitória da Conquista entre os dias 28 a 31 de março 2001 (DAMED, 2001b).

Em 2002, no período de 26 a 29 de junho, foi realizado o V Estágio de Vivência em SUS em Vitória da Conquista na Bahia (DAMED, 2002). O Manual de orientação aos estagiários apresenta o roteiro de visitação, as características dos Centros de Referência do município, das unidades de saúde e dos principais projetos desenvolvidos no âmbito do SUS. Por fim ainda disponibiliza ao estagiário a Seção Saúde da Constituição Federal de 1988, do artigo 196 ao 200 (DAMED, 2002).

O jornal Sinais Vitais de abril de 2005, periódico produzido pelo DAMED/UFBA, refere-se ao X Estágio Local de Vivência em SUS (X ELV-SUS), realizado entre os dias 07 a 11

de março de 2005 nos municípios de Vitória da Conquista e Alagoinhas. A vivência trata de um estágio em princípio direcionado para os calouros, que segundo o periódico “tem o intuito de apresentar um SUS pouco conhecido pela maioria da população”. Em relação aos municípios de realização ainda afirma que “as cidades escolhidas encontram-se em processo avançado de implementação do sistema, o que proporciona a possibilidade de uma análise crítica e mais aprofundada do SUS” (DAMED, 2005).

Das experiências locais de estágios de vivência no SUS, observadas pela pesquisadora no período de coleta de dados da fase exploratória desta pesquisa, pode-se perceber que a iniciativa dos estudantes de medicina do DAMED/UFBA vem a se constituir no projeto local de maior continuidade, entre todos os observados. O DAMED/UFBA revela uma capacidade inovadora de construção de alianças com as gestões municipais da região, em especial com Vitória da Conquista, cuja manutenção do estágio deve-se, entre outros fatores, à maturação da proposta, com ampliação do período das vivências de 4 para 7 dias, da tentativa de integração com outros cursos da saúde, da parceria com outros municípios e aumento das vagas dos estágios, dados estes observados nas falas e nos documentos analisados (DAMED, 2001a; 2001b; 2002; 2005).

Os Estágios Regionais de Vivência no SUS

Relativo às experiências regionalizadas, os achados apontam que as primeiras experiências regionalizadas registradas de estágios de vivência no SUS ocorreram no Estado do Rio Grande do Sul, e foram denominadas (1) Escola de Verão/I Estágio Regional de Vivências no SUS (ERV-SUS) da DENEM, realizada nas férias de verão de 2002, a qual parte de uma iniciativa de estudantes de medicina e destina-se a este público; e o (2) Vivência-Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS), que na revisão de literatura se configura na primeira experiência que amplia o projeto para todos os cursos da área da saúde, atribuindo ao mesmo a marca da multiprofissionalidade, ao tempo que buscou atingir o maior número de instituições de ensino do estado, ou seja, apresentando caráter interinstitucional (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

A entrevista E₄ refere-se ao projeto Escola de Verão com sendo:

(...) pensado em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e a coordenação sul-um da DENEM. Desta forma, todas as coordenadorias regionais de saúde do RS receberam um grupo de estagiários, oriundos de cursos de Medicina (E4).

Referindo-se ao VER-SUS/RS, a entrevista E₃ afirma que:

A experiência ocorreu no estado do Rio Grande do Sul, implementado pelo poder executivo, através da Escola de Saúde Pública (ESP), vinculada à Secretaria

Estadual de Saúde. A etapa do planejamento iniciou a partir do convite aberto pela ESP às representações estudantis das 14 áreas da saúde que atuavam no âmbito do RS (...). Este projeto surgiu da aproximação de representantes da Executiva de Medicina (DENEM) que já havia implantado (E3).

A Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) se mostrou parceira do Movimento Estudantil local sendo responsável pela realização, em parceria com os estudantes de medicina, do Projeto Escola de Verão, o qual ocorreu no período das férias do verão de 2002. Ceccim e Bilibio (2002, p. 165) relatam:

No final do ano de 2001, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) procurou a ESP/RS, solicitando apoio para a realização de seu V Estágio Nacional e I Estágio Regional de Vivência no Sistema Único de Saúde (V ENV e I ERV – SUS). A ESP/RS apoiou a proposta da Denem, criando o Projeto Escola de Verão. Esta iniciativa visou abrir campo de vivência na gestão de sistemas e serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul (CECCIM e BILIBIO, 2002, p. 165).

O Projeto Escola de Verão da ESP/RS, que correspondeu ao V Estágio Nacional de Vivência no SUS e I Estágio Regional de Vivência no SUS da DENEM, em parceria com a Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs), proporcionou 15 dias de vivência a 56 estudantes de medicina de Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o país. Ocorreu de forma regionalizada no Estado conforme a divisão sanitária deste em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). No Estado ao todo são 19 CRS, das quais 6 proporcionaram os espaços de vivência, cujos municípios sedes de cada CRS foram: Porto Alegre (1ª CRS), Pelotas (3ª CRS), Santa Maria (4ª CRS), Caxias do Sul (5ª CRS), Passo Fundo (6ª CRS) e Ijuí (17ª CRS). A inovação desta proposta, comparada as experiências anteriores, encontra-se no foco à gestão do Sistema Estadual de Saúde, além da manutenção dos espaços junto à rede assistencial e às tecnologias do cuidado na atenção básica à saúde (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

No Projeto Escola de Verão da ESP/RS “o projeto inicial de acompanhamento de serviços foi reorientado para o acompanhamento da gestão do SUS”. Esta proposta amplia os espaços de vivência para além da assistência possibilitando uma visão de como se organizam os sistemas e serviços de saúde (CECCIM e BILIBIO, 2003, p. 350).

Como desdobramento da Escola de Verão da ESP/RS, foi desencadeada uma agenda com o movimento estudantil na qual se pactuaram duas políticas estaduais: (1) a construção de um estágio multiprofissional de vivências no SUS e (2) a construção do I Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde (I CGEUS): estudantes agindo SUS (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

Os estudantes de medicina, organizadores e participantes do Projeto Escola de Verão da ESP/RS, desenvolveram uma rede de contatos com os Diretórios Acadêmicos (DAs) e Centros Acadêmicos (CAs) de outros cursos da área da saúde, convidando estes a se inserirem na construção da proposta de um estágio multiprofissional de vivências no SUS no

Estado do RS. Deste convite, aceito por representações estudantis de diferentes cursos e instituições de ensino⁶, surge o que segundo a revisão de literatura realizada indicou ser o primeiro estágio multiprofissional e interinstitucional de vivências no SUS, o Vivência-estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul: VER-SUS/RS (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

Outras experiências de estágios de vivência, anteriores ao VER-SUS/RS, já haviam sido realizadas de forma interdisciplinar e interinstitucionalmente, como os Estágios Interdisciplinares de Vivência da FEAB, a partir de 2001, porém não com o recorte no SUS. Ainda a experiência dos Estágios Locais de Vivência do DAMED/UFBA apresentou em uma das edições a participação de outros cursos, porém da mesma universidade (DAMED, 2001, 2001b, 2002, 2005; FEAB, 2005).

O estágio multidisciplinar de vivência no SUS no Estado do RS nasce como Vivência-estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul (VER-SUS/RS). Para a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS):

A idéia era levar os universitários a verem o SUS em sua realidade concreta, multifacetada e diversificada pelas regiões do território estadual. Uma vivência-estágio para 'ver' a realidade do SUS, ainda que sentindo-a, experimentando-a e refletindo coletivamente sobre ela, levou ao VER-SUS/RS (CECCIM e BILIBIO, 2003, p. 353).

O VER-SUS/RS desafia aos atores envolvidos promover o diálogo entre estes diferentes cursos, que possuem formações diversas e são oriundos de IES com filosofias e propostas de ensino (político-pedagógicas) diversas. No encontro destes estudantes ocorre a identificação destes enquanto um movimento social construído de forma coletiva, interinstitucional e interdisciplinar, que passa a constituir-se como NETESC (Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva). A fim de responder uma necessidade de representação institucional e, partindo de uma iniciativa estudantil inovadora – interdisciplinar e interinstitucional – os estudantes reunidos na construção do VER-SUS/RS e do I CGEUS se constituíram como um núcleo de estudantes interessados em aprofundar o debate acerca da saúde coletiva, a partir de ações que envolvessem uma maior participação estudantil (CECCIM & BILIBIO, 2003, p. 353).

Esse grupo de estudantes, a partir do processo de trabalho de montagem da vivência-estágio na realidade do SUS, decidiu institucionalizar sua configuração como um grupo multiprofissional e interinstitucional de universitários da área da saúde, proposto a desenvolver ações voltadas para a saúde coletiva. O grupo entendeu que sua atuação não estava limitada ao estudo e pesquisa devendo fortalecer-se como núcleo de desenvolvimento de trabalhos na área da saúde coletiva. (...) O NETESC assumiu o desafio de sua própria formação, no sentido de perscrutar a formação de recursos humanos para o SUS no estado do Rio Grande do Sul e instigar o seu debate (CECCIM e BILIBIO, 2003, p. 353).

⁶ Aponto aqui a inserção da pesquisadora, enquanto estudante de enfermagem e representante do Diretório Acadêmico dos Estudantes de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2002.

A entrevista E₅ fala da forma regionalizada com que foi concebido o VER-SUS/RS. Ao passo que as parcerias construídas entre os estudantes, a partir do NETESC, e o gestor estadual ficam evidenciadas nos relatos de E₄ e E₆:

VER-SUS foi construído pela parceria entre ESP-RS e NETESC (grupo formado por estudantes da área de saúde do RS) (E₄).

O NETESC foi parceiro da ESP na construção do VER-SUS/RS (E₆).

A composição inicial do NETESC compreendeu a participação de estudantes dos cursos de: Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS); Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS); Farmácia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Fonoaudiologia, do Centro Universitário Instituto Porto Alegre (IPA); Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Universidade de Caxias do Sul (UCS); Medicina Veterinária, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); e Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (CECCIM & BILIBIO, 2002, p. 167).

Além da participação de oito cursos da saúde o NETESC avançou na questão da expansão quando atingiu, além da capital, as regiões metropolitana e serrana do estado. Após a realização do VER-SUS/RS, com o retorno dos participantes para suas IES, municípios e estados, o NETESC intensificou a participação estudantil de outros cursos e de outras IES, se capilarizando no estado com a formação do NETESC–Santa Cruz do Sul/RS e nacionalmente com o NETESC–Belém/PA. Estes estudantes criaram uma rede de comunicação pela internet ao mesmo tempo em que localmente se reuniam (CECCIM & BILIBIO, 2002, p. 166).

O VER-SUS/RS aconteceu de 01 a 19 de julho de 2002, nas 19 Coordenadorias Regionais⁷ (CRS) de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) do Estado, organizadas em sete macrorregiões de saúde: região metropolitana, região sul, região norte, região centro-oeste, região da serra, região missioneira e região dos vales. Localmente o projeto contou com a colaboração dos 19 Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), órgão da CRS responsável pelo desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, que funcionou como organizador local da proposta, responsável pela pactuação locorregional das visitas e organização de infra-estrutura necessária, garantindo a definição de alojamento, alimentação e transporte. (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

⁷ Foram 19 municípios sedes – 1ª CRS – Porto Alegre; 2ª CRS – Porto Alegre/Região Metropolitana; 3ª CRS – Pelotas; 4ª CRS – Santa Maria; 5ª CRS – Caxias do Sul; 6ª CRS – Passo Fundo; 7ª CRS – Bagé; 8ª CRS – Cachoeira do Sul; 9ª CRS – Cruz Alta; 10ª CRS – Alegrete; 11ª CRS – Erechim; 12ª CRS – Santo Ângelo; 13ª CRS – Santa Cruz do Sul; 14ª CRS – Santa Rosa; 15ª CRS – Palmeira das Missões; 16ª CRS – Lajeado; 17ª CRS Ijuí; 18ª CRS – Osório; e 19ª CRS – Frederico Westphalen - e, ao todo, visitaram-se 66 municípios no Estado (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

Participaram do VER-SUS/RS 112 estudantes dos cursos da saúde⁸. A estes cursos somou-se o curso de saúde coletiva da Universidade Estadual do RS – Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, que na época era sediado na ESP/RS. Ficou a cargo dos DA's e CA's, e quando estes não eram organizados das instituições formadoras, realizarem a seleção dos estudantes interessados em participar do projeto. Esta etapa objetivou, além da seleção dos estagiários, aproximar docentes e discentes de uma mesma instituição, a fim que se formassem comissões entre cursos as quais possibilitassem o debate acerca do SUS e da formação. (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

O VER-SUS/RS trouxe a participação de outras associações científico-profissionais, as quais foram as responsáveis pela execução financeira dos custos operacionais da vivência-estágio, a partir de repasse de recursos por convênio do Governo do Estado. A Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs), manteve-se parceira no VER-SUS/RS e a esta se somou a colaboração da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Sul (ABEn/RS) e da Associação Brasileira de Odontologia – Seção Rio Grande do Sul (ABO/RS) (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

Os estudantes que participaram do VER-SUS/RS tiveram suas despesas custeadas durante o período da vivência-estágio. Antecederam aos dias de vivência um período de três dias de acolhimento com atividades direcionadas à compreensão do SUS e da proposta do VER-SUS/RS. A distribuição dos participantes nos grupos de estágio privilegiava como critérios: a multiprofissionalidade, a interinstitucionalidade, o distanciamento geográfico entre a cidade de origem do estagiário e seu destino a fim de possibilitar conhecer outra realidade e, por fim, a questão de gênero. Foram registradas a participação de estudantes de 19 IES diferentes no estado, de 2 IES de fora do estado e de 1 IES do exterior. A grande maioria dos participantes (79%) era do sexo feminino, sendo os meninos (21%) distribuídos entre os grupos (VER-SUS/RS, 2004).

Para o acolhimento, a equipe responsável pelo VER-SUS/RS preparou atividades teóricas, trabalhando temas como o SUS, a gestão estadual, entre outros. Segundo Ceccim e Bilibio (2003 p.361) as atividades tratavam:

(...) histórico de construção do SUS, diretrizes e princípios do SUS, as políticas de saúde da Secretaria Estadual da Saúde/RS, o sistema de informações em orçamentos públicos de saúde, o funcionamento do orçamento participativo e a organização das políticas públicas sob participação popular e a preparação para o trabalho de investigação e a utilização dos instrumentos de avaliação da vivência-estágio.

Desta forma foram disponibilizados: alojamento, alimentação, transporte de Porto Alegre até os municípios da vivência e destes de retorno à capital do estado e deslocamento dentro de cada CRS a fim de possibilitar as visitas às diferentes estruturas do SUS. No

⁸ A Resolução 287/98, do Conselho Nacional de Saúde, define 14 carreiras como profissões da área da saúde, sendo elas: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

acolhimento, os estudantes participaram dos três dias introdutórios sobre o SUS, da mesma forma que após a vivência-estágio, todos participaram de um dia de avaliação coletiva.

Foram objetivos propostos pelo VER-SUS/RS: (1) promover o encontro entre estudantes das várias carreiras de graduação em saúde de todo o estado e proporcionar estágio de vivência na gestão do Sistema Único de Saúde; (2) possibilitar o intercâmbio sobre a gestão do SUS entre os estudantes da saúde de todo o estado; docentes de saúde coletiva do Rio Grande do Sul; trabalhadores da área da saúde no Sistema; gestores regionais, municipais e de serviços de saúde; usuários dos serviços de saúde e conselheiros de saúde; (3) construir fóruns regionais de discussão e aproximação entre Instituições de Ensino Superior, serviços de saúde, órgãos de gestão do SUS e de controle social na área da saúde; (4) propiciar para estudantes de graduação em saúde o debate das políticas públicas de saúde no SUS e estágio de vivência nas instâncias de um Sistema Estadual de Saúde (âmbitos estadual, regional, municipal, distrital e local) (VER-SUS/RS, 2004).

Os estudantes que participaram do VER-SUS/RS foram oriundos de várias universidades⁹. Além de estudantes do Estado, participaram (3) estudantes de medicina do Pará (2) e de Minas Gerais (1) e (2) estudantes de Administração em Saúde da Alemanha, o que possibilitou diversificar cenários e trocar experiências entre os participantes da vivência-estágio, entre os estados brasileiros e internacionalmente (VER-SUS/RS, 2004).

As atividades balizadoras da vivência compunham: (1) obter da Coordenadoria Regional de Saúde a apresentação do projeto regional de coordenação/condução do Sistema Único de Saúde: dados epidemiológicos, dados demográficos, estrutura socioeconômica, estrutura da rede de serviços, processos de mudança no gerenciamento da rede das diretrizes constitucionais do SUS; (2) visitar 3 municípios da região, dos quais ao menos em um deles estivesse acontecendo a implantação do Programa Saúde da Família (PSF); (3) visitar postos de saúde, hospitais e outros espaços de serviços nesses municípios; (4) visitar as Secretarias Municipais de Saúde com o objetivo de conhecer a dinâmica de trabalho e condução gerencial do Sistema de Saúde; (5) participar de reuniões dos Conselhos Regionais e Municipais de Saúde; (6) entrevistar secretários municipais, coordenadores regionais, servidores e representantes dos usuários nos Conselhos; (7) realizar debate regional sobre a formação de recursos humanos para a saúde na região e sobre como acontece a prática multiprofissional no trabalho em saúde na região com a participação de representantes das IES da região e de trabalhadores de saúde do SUS (CECCIM e BILIBIO, 2002; 2003).

A metodologia de todas as vivências seguia a orientação de visitas diárias e momentos de debate em grupo das impressões, dúvidas e reflexões coletivas. O último dia da vivência nos municípios foi reservado para a avaliação entre o grupo de estagiários e os coordenadores locais do NURESC e CRS. Por fim, cada equipe sistematizou as suas experiências e impressões do VER-SUS/RS em um relatório do grupo orientado por questionamentos pré-formulados pela organização do projeto. No retorno à capital do estado, os 112 estudantes participaram coletivamente da avaliação final no Teatro da Amrigrs. Ceccim e

⁹ UFRGS, PUCRS, UERGS, UNISINOS, UNILASALLE, UNIVATES, FURG, UFSM, URI, UNIJUÍ, UNIFRA, UNISC, UNICRUZ, UPE, URCAMP, UCS, UNIVAS-MG e UEPA-PA.

Bilibio (2003, p. 363) relatam que nesta avaliação “foi possibilitado aos 112 estagiários obterem um relato, a partir da perspectiva dos próprios estudantes, sobre a gestão da saúde em todo o estado do Rio Grande do Sul”.

O processo de avaliação do VER-SUS/RS foi registrado em um relatório, onde cada participante respondeu a questões relacionadas aos eixos da vivência-estágio e a sua experiência enquanto estagiário. Ceccim e Bilibio (2003, p. 363) apontam os objetivos do relatório individual:

A proposta do relatório objetivou atingir dois resultados. O primeiro foi fornecer uma avaliação sobre a organização do VER-SUS/RS de modo que a comissão organizadora pudesse contar com um instrumento composto com sugestões e críticas a serem consideradas em uma próxima edição. O segundo resultado foi instigar aos participantes, com o intermédio da produção escrita, para a reflexão crítica sobre a gestão da saúde na região visitada no período do estágio.

Nestas avaliações individuais muitos estudantes apontaram o VER-SUS/RS como uma estratégia potencialmente favorável para a formação acadêmica vislumbrando sua aplicação em outros estados. Houve a sugestão, no relatório de avaliação do Rio Grande do Sul, de que o VER-SUS se tornasse um projeto nacional, possibilitando a outros estudantes a oportunidade vivida por estes. TORRES *et all* (2003, p.358) ao relatarem a experiência do VER-SUS/RS, no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, acreditam que a multiplicação das vivências:

“(...) contribua para a sensibilização de acadêmicos, docentes, profissionais e gestores, no sentido da construção de espaços que oportunizem vivências e processos reflexivos acerca da formação de recursos humanos para atuarem no Sistema Único de Saúde”.

O Estágio Nacional de Vivência no SUS: VER-SUS/Brasil

O ano de 2003 marca uma mudança administrativa no governo federal, com a eleição do Presidente Lula. A estrutura do Ministério da Saúde é reformulada sendo criada, pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 (BRASIL, 2004, 2004c, 2005), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e nesta o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Em 18 de setembro de 2003, é aprovada na Comissão Intergestores Tripartite a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde”, que “propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a

recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de política e controle social no setor da saúde”. Dentro das “estratégias para apoio e dinamização da constituição da educação permanente em saúde”, entre outras do documento aprovado pela CIT, encontra-se o “Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS para estudantes de graduação” (BRASIL, 2004c, p. 37).

Como parte da aposta na aproximação do estudante aos desafios inerentes à implantação do SUS nasce a estratégia nacional de *Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil: VER-SUS/Brasil*, enquanto agenda de compromissos com o movimento estudantil nacional da área da saúde, visando realizar um trabalho articulado entre as diferentes instâncias do SUS e as instituições de ensino (BRASIL, 2004, p. 14).

Para a formulação de novas políticas, considerados os avanços da saúde e da formação a partir da revisão de propostas históricas, são convidados os setores da sociedade e, neste convite, ocorre uma retomada do diálogo entre Ministério da Saúde e movimento estudantil, que no governo anterior já havia apontado uma iniciativa de diálogo no tocante ao Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no SUS (ENIV-SUS) o qual naquele ciclo de negociação foi interrompido (BRASIL, 2001).

Como parte da agenda estabelecida entre o DEGES/SGTES/MS com o movimento estudantil foi colocada a retomada das negociações para a realização de um estágio nacional de vivências no SUS. Neste contexto, VER-SUS/Brasil se caracteriza enquanto estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil, de aproximação dos estudantes universitários do setor saúde com os desafios inerentes à implantação do Sistema de Saúde no país. Sua missão se constitui em promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços saúde, levando-se em consideração os aspectos de configuração do sistema, as estratégias de atenção à saúde e de controle social tendo como propósito focar a organização da atenção do sistema. A complexidade desta articulação de processos caracteriza a perspectiva de gestão abordada no Projeto (BRASIL, 2003).

A proposta parte da constatação de que, no atual percurso de formação acadêmica desses estudantes, esta perspectiva de gestão do SUS caracteriza-se por ser um tema considerado ausente ou pouco trabalhado, segundo consta no projeto que implementa a Política do VER-SUS/Brasil, de setembro de 2003. Baseia-se na premissa de que os estágios profissionais não permitem que os estudantes convivam com todos os setores do SUS, mas apenas nas áreas restritas ao exercício de cada profissão e centradas na assistência ou rede de serviços. Desta forma, os egressos dos cursos universitários da saúde ao atuarem profissionalmente junto à sociedade, assumem o papel de protagonistas de um complexo sistema de serviços de saúde sem terem a devida familiaridade com a sua organização e funcionamento (BRASIL, 2003).

Para a efetivação da proposta do VER-SUS/Brasil realizou-se inicialmente um Projeto-Piloto envolvendo estudantes considerados orgânicos do Movimento Estudantil, com o objetivo de que o Piloto servisse como atividade de capacitação para os facilitadores e se constituísse como um laboratório do Projeto VER-SUS/Brasil. Para tanto, construiu-se

parceria com os Municípios Colaboradores de Educação Permanente em Saúde¹⁰, ao todo 10 cidades em todo o país, para acolher a proposta do Projeto-Piloto VER-SUS/Brasil construindo em conjunto com o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil da Saúde os projetos locais, realizados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2004. Cada município recebeu um grupo de até 10 estudantes, envolvendo a participação de 99 estudantes na realização das vivências. Após a organização do Projeto-Piloto, ainda no período das férias de verão de 2004, os estudantes da Bahia organizaram um projeto para 22 estudantes em Vitória da Conquista (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005b).

A avaliação realizada no VER-SUS/Projeto-Piloto, através de questionário aos participantes, observação das avaliações finais das vivências e análise de relatórios de cada grupo de estudantes e de cada facilitador, a equipe responsável pelo VER-SUS no DEGES elaborou uma avaliação que foi trabalhada em uma oficina nacional com representantes da gestão dos 10 Municípios Colaboradores e estudantes. Os principais desafios do VER-SUS forma evidenciados nesta avaliação sendo apontadas estratégias de superação e incorporadas diretrizes para a etapa seguinte (BRASIL, 2004b).

A primeira edição do VER-SUS/Brasil, realizada nos meses de julho a outubro de 2005, contou com a participação de 51 municípios¹¹, em 19 estados do país, onde 1067 (dos mais de 5.000 inscritos) estudantes realizaram vivências baseadas em diversas realidades de saúde locorregionais. Participaram estudantes de 16 cursos da saúde, além de 4 estudantes de outros cursos que não são da área; ao todo 72,7% de estudantes oriundos de instituições públicas e 27,3% de instituições privadas¹² (BRASIL, 2005c).

A segunda edição do VER-SUS/Brasil aconteceu entre os meses de julho a setembro de 2005 em 10 municípios¹³ em 6 estados brasileiros e envolveu 251 estudantes na realização das vivências (BRASIL, 2005d).

Os acúmulos proporcionados pelo VER-SUS/Brasil ainda estão em fase de absorção pelo SUS, porém já se faz possível estimar a acentuada participação de estudantes em espaços de gestão, atenção, educação e controle social, articulada à política de implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004c), rediscutida pela Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007, instituindo as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e junto as Residências Multiprofissionais em Saúde (BRASIL, 2008).

¹⁰ A Rede de Municípios Colaboradores de Educação Permanente em Saúde foi convidada a receber a iniciativa do Projeto-Piloto do VER-SUS/Brasil por já ocorrer um diálogo estabelecido entre os municípios e entre estes e o DEGES/SGTES/MS. Fazem parte da rede: Região Sul: Caxias do Sul (RS) e Londrina (PR); Região Sudeste: Belo Horizonte (MG), Campinas (SP), Marília (SP) e Niterói (RJ); Região Centro-Oeste: Goiânia (GO); Região Nordeste: Aracaju (SE) e Sobral (CE); Região Norte: Belém (PA).

¹¹ AM: Manaus; PA: Belém, Santarém; TO: Gurupi; MA: São Luis; CE: Sobral; PB: Campina Grande; PE: Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Recife; PI: Teresina; BA: Alagoinhas, Itabuna, Juazeiro, Vitória da Conquista; SE: Aracaju; GO: Goiânia; MS: Campo Grande, Dourados; MG: Alfenas, Almenara, Belo Horizonte, Ipatinga, Itaobim, Juiz de Fora, Uberlândia; ES: Vitória; RJ: Niterói, Teresópolis; SP: Campinas, Santo André, Jundiaí, Marília, Ribeirão Preto, São Carlos, São Paulo; PR: Curitiba, Londrina, Maringá; SC: Chapecó, Crisiúma, Florianópolis, Joinville; RS: Caxias do Sul, Gravataí, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria, Viamão (e Alvorada).

¹² Dados baseados no total de estudantes que responderam ao questionário de avaliação em tempo de processamento e análise, ou seja, 477 dos 1067 estudantes que realizaram a I Edição do VER-SUS/Brasil (BRASIL, 2005c).

¹³ RO: Boa Vista; MA: São Luiz; SP: Jundiaí; PR: Loanda, Maringá; SC: Blumenau; RS: Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Pelotas, Rio Grande.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Projeto I Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no Sistema Único de Saúde**. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial Nº. 610, de 26 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Disponível em <<http://www.redeunida.org.br/promed/portaria.asp>>. Acesso em 11 set 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil**: Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, setembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil**: Vivência e Estágio na Realidade do SUS, Relatório de Avaliação do Projeto-Piloto. Brasília: Ministério da Saúde, abril de 2004b.

BRASIL. 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. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, abril de 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Linha do Tempo da Saúde. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/linha.htm>>. Acesso em 07 ago 2005.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. IN: **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil**: Vivência e Estágio na Realidade do SUS. Disponível em <www.saude.gov.br/sgtes/versus>. Acesso em 28 mar 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Documento de Dados da I Edição do VER-SUS/Brasil**: Vivência e Estágio na Realidade do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, jan de 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Documento Introdutório à Oficina de Avaliação do VER-SUS/Brasil**: II Edição. Brasília: Ministério da Saúde, set de 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em 23 jul 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Observação da Educação dos Profissionais da Saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 406p.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria (orgs). **Tempo de Inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002, 224p.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação **das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. In: **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 20(5): 1400-1410, set-out, 2004. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jul 2005.

DAMED. **VII Semana dos Calouros**: 02 a 06 de abril. Bahia: DAMED – Diretório Acadêmico da Medicina da Universidade Federal da Bahia, 2001a, 2p.

DAMED. **Estágios de Vivência em SUS**: Vitória da Conquista, 28 a 31 de março. Bahia: DAMED – Diretório Acadêmico da Medicina da Universidade Federal da Bahia, 2001b, 2p.

DAMED. **Manual do V Estágio de Vivência em SUS**: Vitória da Conquista - BA. Bahia: DAMED – Diretório Acadêmico da Medicina da Universidade Federal da Bahia, 2002, 17p.

DAMED. X Estágio Local de Vivência em SUS. **Sinais Vitais**. Bahia: DAMED – Diretório Acadêmico da Medicina da Universidade Federal da Bahia, n. 5, p. 2, abr. 2005, 4p.

DENEM – Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina. **Eventos**. Disponível em <<http://geocities.yahoo.com.br/jsergio27/eventos.html>>. Acesso em 19 mar 2005.

DUARTE, Caroline Castanho; LEAL, Mariana Bertol. **VER-SUS/Brasil**. Disponível em <http://www.calenf.ufsc.br/downloads/Explicacao_VerSUS.pdf>. Acesso em 19 mar 2005.

ENEENF - Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem. União: Programa de Saúde da Família. **Jornal da ENEEnf**. Maringá, Paraná, ano 1, n. 1, ago. 1999.

FEAB – Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil. Núcleo de Trabalho Permanente em Movimentos Sociais, Gestão 2004/2005. **Estágios Interdisciplinares de Vivência**. Santa Maria, junho de 2005. 57p. (mimeo).

MARSIGLIA, Regina Giffoni. **Relação Ensino/Serviços**: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC, 1995.

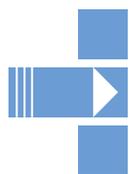
MESQUITA, Marcos. **Movimento estudantil brasileiro**: o desafio de recriar a militância. Disponível em <<http://cjuvenis.ces.uc.pt/detalhesDocEstudos.aspx?id=63>>. Acesso em 03 set 2005.

PROJETO Estágio Interdisciplinar de Vivências nos Assentamentos Rurais do MST (Movimento dos Sem Terra) – **EIV**. Minas Gerais, 2003. Disponível em <<http://www.estagio-devivencia.cjb.net>>. Acesso em 11 nov 2004.

SANTOS, Rogério Carvalho. **Um Ator Social em Formação**: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 1998.

TORRES, Odete Messa; RODRIGUES, Haidée de Caez Pedroso; BOERI, Valderes Agostinho; PELAEZ, Priscila. Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul: relato de experiências. In: ABRASCO, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**: saúde, justiça e cidadania. Livro de Resumos II. volume 8, suplemento 2, 2003, p. 357-358.

VER-SUS/RS: Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em <www.saude.rs.gov.br/esp/versus>. Acesso em 25 set 2004.



Ciências da saúde, profissões da saúde e trabalho em saúde: o normativo, o “atual” e as vivências-estágio na realidade do SUS

Ricardo Burg Ceccim^{14*}

Ao assinalarmos a área da saúde para reunir estudantes universitários, reconhecemos, nesse público, uma motivação relativa ao **trabalho profissional em saúde** (o trabalho para o qual cada um se prepara na universidade), ao **campo intelectual agregador de um conjunto de ações e saberes científicos específicos** (a trajetória de conhecimentos formais e para o desenvolvimento das habilidades que cada um julga necessário percorrer) e ao **setor de políticas públicas orientado pelo planejamento e gestão de serviços assistenciais** (a noção de um ente organizador das ações coletivas que têm em vista a proteção ou recuperação da qualidade de vida). Não estou fazendo nenhum julgamento de valor, discussão de mérito ou proposição intelectual, apenas referindo a presença de um discurso ou prática cultural no assinalamento *reunião de estudantes universitários e área da saúde*.

Atravessando esse discurso ou prática cultural, detectamos um suposto relativo ao que aprender para tornar-se profissional de saúde: tratar doenças e agravos que afetem a qualidade de vida das pessoas; conhecer estratégias para exercer a proteção contra doenças evitáveis e para a identificação de fatores de risco de modo que se possa prevenir seu impacto na saúde individual ou coletiva; e aliviar dores ou sofrimentos difusos que coloquem as pessoas em prejuízo das suas melhores capacidades vitais. Para que sejam passíveis intervenções profissionais em saúde, indica-se um percurso científico que deveria, então, ordenar o trabalho. O *suposto* do aprender científico em saúde corresponde ao domínio de saberes acerca da biologia humana, da biologia das doenças, dos procedimentos

^{14*} Sanitarista, mestre em educação em saúde, doutor em psicologia clínica, pós-doutor em antropologia médica. Professor associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pesquisador de produtividade do CNPq na área de educação e ensino da saúde, coordenador do EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos ou de prevenção e educação em saúde, podendo corresponder ao domínio de saberes sobre os determinantes do processo saúde-doença-terapêutica-qualidade-de-vida. Estou dizendo que ocorre uma distinção quanto ao que se define como saúde quando se trata de identificar seu corpo científico ou seu corpo profissional de trabalhadores.

Também é verdade, entretanto, que crescentemente apontamos as limitações desse corpo de saberes científicos e habilidades profissionais para dar conta da promoção, proteção e recuperação da qualidade de vida. Mas qualidade de vida é igual à saúde? Será intervenção de saúde tudo aquilo que promove bem-estar e alegria? Podemos dizer que sim, mas também podemos dizer que muitos jovens não escolhem as profissões da área da saúde porque não gostam de biociências, de doenças e nem de clínica, preferem ciências sociais, ciências humanas, gestão e negócios, geociências, matemática, ciências exatas, física, tecnologias, arquitetura, engenharias, comunicação, estética, moda, *design*, agrárias, animais, botânica, letras, artes, línguas, política, antropologia, educação... (um longo etc.). Na medida em que saúde se traduza por qualidade de vida, todas as práticas orientadas pela promoção, proteção e recuperação da qualidade de vida seriam práticas de saúde, mas não seriam profissões de saúde, temos de concordar. Por que faria sentido essa discussão? Se, como disse no início, estou pensando em um público caracterizado pela reunião de estudantes universitários, sendo eles da área da saúde, o que os une? O que os distingue à reunião? Por que interessa falar sobre esse assunto? É apenas sobre isso este texto, uma singela e despretensiosa conversa sobre as ciências da saúde, os profissionais da saúde e os trabalhadores da saúde.

Ciência, profissão e trabalho na saúde

Quando falamos de ciência, falamos do conhecimento estruturado, sustentado em referenciais intelectuais ou no corpo organizado de conhecimentos obtidos por meio de estudo sistematizado, pesquisa ou experimentação. Essa ciência se distribui em diferentes tipos, como as ciências naturais, experimentais, dos fatos sociais ou comportamentais, aplicadas ou formais. Tendo em vista ordenar um sistema de informações em produção intelectual, ciência e desenvolvimento tecnológico, especialmente concernente à pesquisa e ao aperfeiçoamento de pessoal de educação superior, o Brasil estabeleceu, para as ciências, uma Tabela de Áreas do Conhecimento, uma classificação hierarquizada dos corpos organizados de conhecimento. Essa tabela ordenou oito grandes áreas, 76 áreas e 340 subáreas do conhecimento, além de especialidades temáticas, que podem ser enquadradas em diferentes grandes áreas, áreas e subáreas. Posteriormente, no caso da educação superior de pós-graduação, foi criada uma grande área “especial”, a multidisciplinar, que possui quatro áreas, uma delas, a interdisciplinar, possui quatro subáreas, uma dessas é

de saúde e biológicas. No caso da ciência, tecnologia e desenvolvimento industrial, vale a área “outros”, que possui outras quatro áreas, entre elas a bioética, mas contemplava em versão anterior a administração hospitalar e a biomedicina.

Na Tabela de Áreas do Conhecimento¹⁵, as oito grandes áreas são: ciências agrárias; ciências biológicas; ciências exatas e da terra; ciências humanas; ciências sociais aplicadas; ciências da saúde; engenharias; linguística, letras e artes; e multidisciplinar. As grandes áreas correspondem à “aglomeração de diversas áreas do conhecimento em virtude da afinidade de seus objetos, métodos cognitivos e recursos instrumentais refletindo contextos sociopolíticos específicos”. Pode-se notar a identificação da grande área de ciências da saúde. As áreas correspondem ao “conjunto de conhecimentos inter-relacionados, coletivamente construído, reunido segundo a natureza do objeto de investigação com finalidades de ensino, pesquisa e aplicações práticas”. No caso das ciências da saúde, constam 10 áreas: **educação física; enfermagem; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; nutrição; odontologia; saúde coletiva; e terapia ocupacional**. As subáreas correspondem à “segmentação da área do conhecimento estabelecida em função do objeto de estudo e de procedimentos metodológicos reconhecidos e amplamente utilizados”. Entre as áreas da saúde, estão 66 subáreas, por exemplo: análise e controle de medicamentos (farmácia); dietética (nutrição); enfermagem obstétrica (enfermagem); epidemiologia (saúde coletiva); periodontia (odontologia); e saúde materno-infantil (medicina). As áreas de educação física, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional não possuem subáreas. As especialidades correspondem à “caracterização temática da atividade de pesquisa e ensino”. Exemplo: biomedicina, que guarda gênese epistemológica nas ciências biológicas, onde é representado domínio de aplicação do conhecimento, e compartilhamento interdisciplinar com as ciências da saúde, onde são definidas suas diretrizes curriculares.

A grande área de ciências biológicas possui 14 áreas e 92 subáreas, mas uma subárea de biológicas ainda vai aparecer dentro da grande área multidisciplinar, na área interdisciplinar, como subárea de saúde e biológicas. Independentemente de multidisciplinaridade e especialidade, ainda se detectam componentes de saúde em outras áreas de conhecimento. Na grande área de ciências agrárias, encontramos as áreas de agronomia, engenharia agrícola e engenharia florestal, com as subáreas de defesa fitossanitária, fitotecnia, conservação da natureza, conservação e engenharia da água e solo e saneamento rural; encontramos a área de medicina veterinária, com as subáreas de saneamento aplicado à saúde do homem e inspeção de produtos de origem animal. Na grande área de engenharias, encontramos as áreas de engenharia sanitária e de engenharia biomédica. Na grande área de ciências sociais aplicadas, encontramos a área de serviço social, com a subárea de serviço social da saúde. Na grande área de ciências humanas, encontramos a área de so-

¹⁵ A Tabela de Áreas de Conhecimento resultou de um trabalho conjunto dos órgãos de pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, projetos de inovação, informação científica e tecnológica, propriedade industrial e propriedade intelectual. Uma primeira tabela foi elaborada em 1976, depois revisada em 1984. Para a Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Capes), vale a alteração de 2008, pela inclusão da grande área Multidisciplinar e, para a Coordenação Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), fica mantida a grande área Outros (ver em <http://www.capes.gov.br/avaliacao/tabela-de-areas-de-conhecimento> e em <http://www.cnpq.br/areasconhecimento/index.htm>).

ciologia, com a subárea de sociologia da saúde, e a área de psicologia, que possui 45 subáreas, a maioria delas relacionada, direta ou indiretamente, com a saúde humana, embora outras digam respeito aos aspectos relacionados ao comportamento e processos sociais em animais, às organizações e ao trabalho, ao treinamento e ao recrutamento, à cognição e à aprendizagem, à percepção, à atenção e à memória etc¹⁶.

Como um ponto de discriminação entre as ciências da saúde e as ciências humanas ou da vida, estão a preocupação com as necessidades básicas de subsistência que devem ser supridas e as diferenças que caracterizam cada indivíduo; essas diferenças se tornam peculiaridades que os singularizam, possibilitando caracterizar condutas ou orientações de maneira individuada ou, mesmo, singularizada, a fim de desenvolver respostas individuadas e colocar em prática medidas coletivas que não se separam dos indivíduos, especialmente no autocuidado com sua saúde. A saúde representa uma construção de conhecimentos e abordagens para indivíduos, conforme as necessidades individuais daquele que experimenta singularmente a vida. Nas relações entre profissionais e usuários, ganham ênfase a ética, o relacionamento interpessoal, o respeito, o acolhimento e a interação interindividual. As questões de saúde sempre se voltarão para a qualidade de vida *da e na* coletividade, tendo o ser humano como foco principal e *potência* de cada sociedade, por isso as ciências da saúde não se resumem às interações interindividuais e nem a qualidade de vida depende apenas dessas ciências.

Quando falamos de formação profissional, estamos falando de cursos com diferentes e específicas diretrizes curriculares nacionais, discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação. Para o processo de construção das diretrizes curriculares nacionais, um processo foi desencadeado desde a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), posterior à Constituição Federal de 1988. A Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação, lançou, em 10 de dezembro de 1997, o Edital nº 4/97, atendendo ao inciso II do artigo 53 da LDB (Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), acolhendo o disposto na Lei Federal nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, que determina à Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação, a deliberação sobre as diretrizes curriculares dos cursos de graduação universitária. A educação superior também trabalhou com um aglomerado de áreas do conhecimento, tendo em vista a afinidade de objetos, métodos cognitivos e recursos didáticos. A área da saúde foi reunida pelo aglomerado ciências biológicas e da saúde (agregado frequente!), coerente com o *suposto*, já referido, do aprender científico em saúde atribuído ao âmbito de saberes acerca da biologia humana e da biologia das doenças e de uma terapêutica ou práticas de prevenção e educação com domínio em saberes biocientíficos e biotecnológicos.

Para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, as áreas de ciências biológicas e da saúde reuniram **biologia, biomedicina, economia doméstica, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odon-**

¹⁶ A Associação Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho historicamente resiste em restringir a psicologia à área de saúde, uma vez que se trata de “ciência humana, social e da vida psíquica”. Restringir a psicologia, como ciência, apenas à área da saúde ou mesmo à área da educação elidiria aquilo que torna essa ciência plural e capaz de singularidade pela diversidade (ver em http://www.sbpot.org.br/sbpot2/pdf/Wopsicologia_como_area_de_saude_julho_09072008.pdf).

tologia e terapia ocupacional. Nessas diretrizes, um elemento agregador do grupo de profissões da saúde foi estabelecido pelo campo de *competências e habilidades gerais*, igual para as profissões de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional. Nas competências e habilidades gerais da profissão de educação física, quando na opção pelo bacharelado, não está referida a atenção à saúde, mas as competências e habilidades que contribuam para a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável. Na opção pela licenciatura, as competências e habilidades gerais se referem à docência na educação básica. A educação física é a única profissão da Tabela de Áreas do Conhecimento das ciências da saúde que não tem texto igual às demais profissões do grupo, mas se refere, quanto ao seu campo de saberes e ações, às perspectivas da prevenção de problemas e agravos à saúde e à promoção, proteção e reabilitação da saúde¹⁷. A psicologia, pertencente à grande área das ciências humanas, tem texto simétrico ao grupo de áreas das ciências da saúde e assevera, como competência e habilidade da formação básica de psicólogos, a atenção à saúde.

Todas as profissões do grupo de ciências da saúde, exceto a educação física, referem que as competências e habilidades profissionais específicas da profissão devem estar afetas ao sistema de saúde vigente no país, ao trabalho em equipe multiprofissional e à integralidade da atenção. Nas profissões de enfermagem, farmácia e nutrição, consta a orientação específica de que a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). Para a graduação em biologia, a saúde consta apenas como atuação em prol das políticas de saúde, sem referência à atenção, tampouco com competências e habilidades específicas referidas ao campo da saúde a serem desenvolvidas como perfil do egresso. Quanto à economia doméstica, embora referida no debate das Diretrizes Curriculares Nacionais entre as profissões agrupadas pelas ciências biológicas e da saúde, no agregado das áreas de conhecimento, integra as ciências sociais aplicadas e se avizinha do serviço social, não havendo destaque sobre a empregabilidade com carreira no SUS. Para a graduação em serviço social, por outro lado, cujas Diretrizes Curriculares Nacionais não fazem menção específica ao conhecimento em saúde ou sobre o Sistema Único de Saúde, destaca-se a empregabilidade com carreira nesse setor. As Diretrizes Curriculares Nacionais em serviço social estão orientadas à cidadania, relações sociais, equidade de direitos e oportunidades ocupacionais.

Para outras profissões, como a graduação em agronomia, medicina veterinária ou zootecnia, das ciências agrárias, as Diretrizes Curriculares Nacionais nada referem o setor da saúde na agronomia, apesar da marcada atuação na área de saúde ambiental, intervenção em saúde pública pela participação da fitossanidade no controle de alimentos de origem vegetal, controle dos mananciais de água e participação na produção de fitoterápicos, mas, na medicina veterinária, essas diretrizes referem a intervenção de saúde pública e, na zootecnia, as competências e habilidades específicas incluem atender às demandas da sociedade quanto à excelência na qualidade e segurança dos produtos de origem animal, promovendo o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde pública. A saúde coletiva, única

¹⁷ Quanto às contradições das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Física, ver, por exemplo: http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/XVII_CONBRACE/2011/paper/viewFile/2795/1642T.

área do grupo de ciências da saúde que não apresentava terminalidade em curso de graduação, ainda não teve suas Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas, mas situa sua intervenção na atenção à saúde pelo componente da promoção e vigilância da saúde, além do componente do planejamento e gestão em saúde, integrante das motivações pela escolha profissional nesse setor¹⁸.

Abordei as ciências da saúde, segundo a organização dos agregados de formulação e experimentação dos saberes em áreas do conhecimento, e as profissões da saúde, segundo a formação profissional articulada em torno das diretrizes curriculares para a graduação. **Outro ponto é o trabalho em saúde.** Não são trabalhadores da saúde apenas os profissionais de saúde ou pós-graduados em ciências da saúde. Vamos selecionar alguns exemplos tendo em vista as políticas públicas de saúde.

Se considerarmos o rol de ocupações relativas às profissões de nível superior presentes nos Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde, coletânea de estatísticas sobre emprego e renda no setor da saúde, elaborado como material de apoio pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSUS)¹⁹, encontramos 17 ocupações profissionais, assim distribuídas: **assistentes sociais e economistas domésticos; biólogos e biomédicos; educadores físicos; enfermeiros; farmacêuticos/bioquímicos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos, médicos veterinários e zootecnistas; nutricionistas; odontólogos; psicólogos; sanitaristas; e terapeutas ocupacionais.**

Segundo a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, relativa à definição das modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a composição da equipe mínima de trabalhadores deveria incluir, conforme o porte de abrangência populacional ou as especificidades de funcionamento 24 horas, clientela de crianças e adolescentes ou usuários de álcool e outras drogas: assistente social; enfermeiro; enfermeiro com formação em saúde mental; fonoaudiólogo; médico clínico (responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas); médico com formação em saúde mental; médico neurologista; médico pediatra com formação em saúde mental; médico psiquiatra; pedagogo; psicólogo; técnico educacional e artesão (arte-educador); terapeuta ocupacional; e, ainda, algum outro profissional que se faça necessário ao projeto terapêutico. A equipe mínima contempla especialistas e, também, pedagogo e arte-educador.

¹⁸ Para a composição das Diretrizes Curriculares Nacionais, foram compiladas seis grandes áreas de conhecimento: **Ciências Biológicas e da Saúde** (Biomedicina, Ciências Biológicas, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional), **Ciências Exatas e da Terra** (Ciências Agrárias, Medicina Veterinária, Estatística, Física, Geologia, Matemática, Oceanografia e Química), **Ciências Humanas e Sociais** (Artes Cênicas, Artes Visuais, Ciências Sociais, Direito, Filosofia, Geografia, História, Letras, Música, Pedagogia e Psicologia), **Ciências Sociais Aplicadas** (Administração, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Ciências da Informação, Comunicação Social, Hotelaria, Serviço Social, Secretariado Executivo e Turismo), **Engenharias e Tecnologias** (Arquitetura e Urbanismo, Computação e Informática, *Design*, Engenharias e Meteorologia) e **Licenciaturas**.

¹⁹ O documento na íntegra encontra-se disponível na internet (ver em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/07_0158_M.pdf).

Segundo a Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, relativa à Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a serem criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações assistenciais e a resolubilidade da atenção, devem ser compostos pelas categorias profissionais: assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico acupunturista; médico do trabalho; médico geriatra; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico internista (clínica médica); médico pediatra; médico psiquiatra; nutricionista; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); profissional/professor de educação física; psicólogo; profissional sanitário graduado na área de saúde coletiva ou com pós-graduação em saúde coletiva; terapeuta ocupacional; e médico veterinário. A equipe para o apoio matricial à Atenção Básica à Saúde contempla especialistas e, também, arte-educador/educador e sanitário.

Na área de medicina tradicional indígena e de saneamento em comunidades remanescentes de quilombos, o Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Fortalecimento Institucional da Vigilância em Saúde (Vigisus), do Ministério da Saúde, vem debatendo a intervenção antropológica e a participação de antropólogos nas ações de saúde²⁰. Essa participação contribuiria ao desenvolvimento de ações que ultrapassem o paradigma assistencial vigente, “fortemente hospitalocêntrico e medicamentoso”, em busca de um modelo realmente diferenciado e que favoreça a comunicação e o convívio interculturais e oportunize maior espaço para as práticas preventivas, “analisando as diversas repercussões e impactos socioantropológicos do processo de implantação da política de saúde indígena nos contextos das etnopolíticas e das medicinas tradicionais”, por exemplo. A intervenção antropológica se presentifica quando se trata de interferir no estado de saúde de uma população, uma vez que ele expressa o seu modo de vida e o seu universo sociocultural. A antropologia médica se inscreve, quanto à produção de conhecimento, em uma relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde, enquanto, relativamente à intervenção, assinala as lacunas e limitações da intervenção biomédica.

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou a Força Nacional do SUS (2011), que configura um cadastro nacional de profissionais de saúde disponíveis ou que podem ser mobilizados à ação profissional em situações de calamidade pública, de risco epidemiológico (surto de leptospirose após enchentes, por exemplo) ou para o atendimento a vítimas de desastres naturais que exijam resposta rápida e coordenada, apoio logístico e equipamentos adequados de saúde²¹. Os profissionais para o qual se prevê o cadastramento são assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e psicólogos.

²⁰ O subcomponente II do Projeto Vigisus teve grande relevância na formulação e implantação de sistema de atenção à saúde indígena (ver em http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/Vigisus_saudeIndigena.pdf).

²¹ O Ministério da Saúde cadastrará profissionais para compor equipes permanentes da Força Nacional do SUS, entre funcionários do próprio Ministério, profissionais de hospitais universitários, servidores estaduais e municipais do SUS e profissionais que atuam no SAMU 192, que receberão formação contínua, podendo ser acionados quando necessário (ver em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3746/162/forca-nacional-atendera-vitimas-de-desastres.html>).

O trabalho em saúde configura campo de aplicação dos conhecimentos científicos da área e o emprego dos profissionais formados por essa mesma área, mas também absorve um conjunto de trabalhadores de várias áreas do conhecimento. Todas as abordagens que ampliam, melhoram e qualificam a vida, em alguma medida, estão, evidentemente, dirigidas à saúde, mas não é verdade que todas as contribuições à qualidade de vida traduzem ações próprias da saúde. Por mais que cada um de nós reconheça, no princípio da integralidade, uma abrangência bastante ampliada da terapêutica em saúde ou a abrangência da promoção da saúde que pode não estar relacionada com terapêutica ou admita um cuidado em saúde que não se destina a um indivíduo em particular, mas à qualidade da vida nos coletivos humanos, ainda assim teremos de definir a abrangência das ciências em saúde, das profissões de saúde ou do trabalhar em saúde. Senão como dimensionar se são altos ou baixos os investimentos na pesquisa em saúde, o que nos currículos de saúde precisa ser modificado ou quais são os trabalhadores que terão assento nas instâncias de representação do Sistema Único Saúde na condição de “trabalhadores da saúde”?

As ações e serviços de saúde não se esgotam na assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Estão incluídas no campo de atuação da saúde as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico (excluída qualquer participação financeira em ações que não sejam de acesso universal e gratuito); a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar (não a alimentação); a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; e a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Em que pese esse campo de atuação, o projeto que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, específico do financiamento para a saúde, chegou ao Congresso Nacional em 2003 com a importante preocupação de distinguir, o mais claramente, o que é investimento em saúde e o que não é, pois ampliar os recursos percentuais dos orçamentos públicos para a saúde não poderia ser carreando seus recursos para outras esferas de investimento. Então, embora a saúde tenha como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a educação, o transporte e o lazer, cada um desses não corresponde ao conceito de ações e serviços de saúde. O financiamento da atuação do SUS não inclui limpeza urbana, saneamento básico, merenda, previdência, assistência social ou obras públicas de melhoria da qualidade de vida.

Por fim, a representação dos profissionais de saúde nas instâncias do controle social em saúde: a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde se faz por duas

instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (ambas por esfera de governo). A Conferência de Saúde deve contar com a representação dos vários segmentos sociais, reunindo-se a cada quatro anos. O Conselho de Saúde tem caráter permanente e é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, *profissionais de saúde* e usuários. Por tudo quanto se disse até aqui em relação às ciências da saúde, profissões de saúde e trabalho em saúde e todo o escopo de abrangência do campo de atuação do SUS, quem seriam os profissionais de saúde a integrar uma instância do porte e impacto do Conselho Nacional de Saúde?

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde buscou responder a essa questão estipulando uma resolução que “reconhecia” quais profissões de nível superior correspondiam à composição do segmento “profissionais de saúde” (Resolução CNS nº 218, de 6 de março de 1997). Essa resolução previa o reconhecimento “como profissionais de saúde de nível superior” um rol de categorias (assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais), alertando que, no caso dos assistentes sociais, biólogos e médicos veterinários, a caracterização como profissional de saúde deveria ater-se aos dispositivos legais dos setores da Educação e do Trabalho, bem como das respectivas categorias profissionais. Essa resolução foi substituída, 1,5 ano depois, pela Resolução CNS nº 287, de 8 de outubro de 1998, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho, não mais “reconhece como profissionais de saúde de nível superior”, mas “relaciona como categorias de interesse para fins de atuação do Conselho”, contribuindo à implementação da lei, com base na realidade do trabalho. Essa resolução relaciona assistentes sociais, biólogos, biomédicos (inclusão), profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Ressalva que, quanto às categorias de assistentes sociais, biólogos, biomédicos (inclusão) e médicos veterinários, a caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais e aos conselhos profissionais das respectivas categorias.

De todas as categorias citadas pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde nos *Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde* (documento de 2007), não constam na Resolução do CNS a economia doméstica, a zootecnia e a saúde coletiva. Em nenhum dos dois documentos consta a agronomia, em que pesem suas bases formativas no interesse da saúde. A agronomia e a zootecnia, integrantes das ciências agrárias (assim como a medicina veterinária), foram minimamente detalhadas acima. Sobre a economia doméstica, também citada antes, cabe destacar que a profissão foi regulamentada apenas em 1985 e a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Fiscalização do Exercício Profissional apenas em 1990, sendo uma profissão vizinha do serviço social, no tocante às ciências sociais aplicadas, e à nutrição ou enfermagem, no tocante às ciências da saúde. A economia doméstica atua em desenvolvimento rural, estabelecimentos agroindustriais, lavanderias e refeições para comunidades sadias, definida pela orientação e contribuição para a qualidade de vida familiar e em coletividades sadias, subsistência da família, segurança alimentar e desenvolvimento de crianças e grupos vulneráveis. A saúde coletiva

não contava com a disseminação de cursos de graduação, o que veio a ocorrer apenas a partir de 2008, sendo profissão listada nas ciências da saúde e integrante do núcleo de competências estruturantes dos sistemas de saúde, assim como da execução das ações fundamentais em vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, planejamento e gestão, promoção da saúde, saúde ambiental e incremento científico-tecnológico em saúde. A *ocupação* em saúde coletiva já constava na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (de 2002) como pesquisador em saúde coletiva (profissional das ciências e das artes de nível superior; profissional das ciências biológicas, da saúde e afins; pesquisador em ciências da saúde; pesquisador em saúde coletiva)²².

As portarias da Saúde Mental e da Atenção Básica incluíram as categorias profissionais de pedagogia e artes, as orientações quanto à saúde indígena e, para grupos culturais, sugerem incluir a antropologia, mas, claramente, supõem, todas essas, a inclusão de profissionais que se façam necessários aos projetos terapêuticos das instituições de ações e serviços de saúde ou aos projetos terapêuticos individuais demandados pela singularidade individuada, já referida anteriormente, quando se trata da atenção à saúde. O interessante, nesse ponto, é que, de todo o esforço de nuclear a saúde na especificidade da atenção que se explica pela biologia humana, biologia das doenças, procedimentos diagnósticos e procedimentos terapêuticos ou de prevenção e educação em saúde com estatuto biocientífico, damos uma volta e chegamos a uma clínica tão singular quanto cada demanda individual no processo saúde-doença-terapêutica-qualidade-de-vida, onde arte, educação e antropologia, claramente da seara das humanidades, ganham lugar.

O normativo e o atual

A maioria dos estudantes da área da saúde, atores sociais dos discursos e práticas culturais da saúde como conhecimento sistemático, se vê em construção do domínio de arsenais científicos e tecnológicos para o mais preciso diagnóstico e a mais correta intervenção, capaz de curar os males por ventura experimentados por aquele que requer atendimento, assistência ou escuta em saúde. Ainda que doenças, sofrimentos e mal-estares possam ser determinados por motivos sociais, emocionais ou econômicos, todos acreditam que a intervenção biocientífica individual será capaz de proporcionar solução ou alívio, em especial se o profissional for bom e atencioso, uma vez que, quanto às indiscutíveis bases biológicas de qualquer adoecimento, sofrimento ou aflição, segundo os discursos hegemônicos sobre saúde, a intervenção clínica competente terá algum patamar de eficácia e será capaz de uma terapêutica ajustada. O *suposto* se instaura na diáde diagnóstico-tratamento.

²² Família Ocupacional 2033, Ocupação 2033-20, buscar Relatório de Atividades em CBO Saúde Coletiva (ver em <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>).

Entretanto, vem dos anos 1940, quando da criação, junto à Organização das Nações Unidas, da Organização Mundial da Saúde – OMS (7/4/1948²³), a tentativa de conceituar a saúde como algo distinto da ausência de doença ou enfermidade, portanto não ligada apenas ao tratamento e prevenção de moléstias. A formulação de um conceito sobre saúde que a apresentasse como uma afirmação, e não apenas em oposição à doença, se projetou pela definição de um estado de completo bem-estar biopsicossocial, não a mera ausência de doença ou enfermidade. Desde então, uma noção de processo saúde-doença tematiza as intervenções científicas, profissionais e setoriais. A fisiopatologia ou a anatomoclínica, contudo, incrustadas nos imaginários do trabalho setorial como o saber de base ou de evidência biocientífica, presidem as intervenções profissionais de tratamento, prevenção ou promoção da saúde, verificando-se a vigência de um suposto biologicista ou medicalizador.

Machteld Huber e colegas, a partir de uma conferência de especialistas em saúde internacional realizada na Holanda sobre as limitações da definição da OMS sobre saúde, descreveram propostas para tornar tal definição mais útil. Segundo o argumento de que a definição da OMS quanto à saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social não é mais adequada para seus objetivos, no contemporâneo, dado, em especial, o aumento das doenças crônicas e a elevação da longevidade da população, os especialistas propuseram mudar a ênfase do “completo bem-estar físico, mental e social” para “a capacidade de adaptação e autogestão em face dos desafios sociais, físicos e emocionais”. Para os analistas, a formulação da OMS foi inovadora a sua época, devido a sua amplitude e ambição, superando a definição negativa de saúde como ausência de doença e incluindo os domínios físico, mental e social, mas nunca mais foi adaptada. Bastante criticada nos últimos 60 anos, em especial pelo horizonte intangível de um completo bem-estar sobre o qual nem os indivíduos, nem os melhores serviços de proteção à saúde ou a ciência teriam domínio, a crítica agora estaria intensificada, com a elevação da faixa etária nas camadas mais idosas da população e com a mudança nos padrões de adoecimento pela emergência e prevalência das doenças crônicas. A definição teria se tornado, inclusive, contraproducente. A localização de um bem-estar completo “deixaria a maioria de nós não saudáveis a maior parte do tempo”, além de, objetivamente, apoiar as tendências da tecnologia médica e da indústria de medicamentos, em associação com as organizações profissionais, em redefinir as doenças, expandindo o escopo de inclusões como “problema de saúde”²⁴.

Lembram Machteld Huber e colegas que o caráter absoluto da palavra “completo” em relação ao bem-estar contribuiu, mesmo que involuntariamente, para a medicalização da sociedade. Novas tecnologias de rastreamento para detectar anormalidades em níveis que nunca causarão doenças e empresas farmacêuticas produzindo medicamentos para condições não previamente definidas como doença ou enfermidade (a farmacoprevenção de supostos problemas que teríamos alguma chance de desenvolver). Os limiares para a necessidade de intervenção profissional tendem a ser reduzidos, por exemplo, para a

²³ 7 de abril é o Dia Mundial da Saúde.

²⁴ Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? *British Medical Journal*, 343: d4163, jul. 2011.

pressão arterial e taxas de glicose e lipídios. A ênfase persistente no bem-estar físico completo levaria à hipervigilância da saúde, o que, em contrapartida, representaria a hipermedicalização da vida.

Assim como a saúde não corresponde a um conceito objetivo, unitário e explicável pelas biociências, a doença também não corresponde a um conceito objetivo, unitário e explicável pelas biociências. Ambos os conceitos são plurais, complexos e desdobrados pela contribuição de várias ciências e das humanidades. O problema da fragmentação do conhecimento, comum nas ciências e na educação superior, se acentua na área de conhecimento da saúde, território de profissões fortemente regulamentadas, de grande rivalidade pela reserva de mercado, de forte disputa no domínio privativo de competências profissionais e de concorrência pelo prestígio nas ocupações, sendo reposicionado por instruções normativas, resoluções corporativas, leis, decretos regulamentadores, portarias governamentais, orientações técnicas, diretrizes assistenciais etc. Essa fragmentação reconhecida não é *corrompida* pelas práticas disciplinares ou corporativas, todas elas cordiais com o biologicismo e a medicalização ou com o que se convencionou chamar *biomedicalização*. É nessa medida que cai por terra uma singular ciência da saúde, plural, multiprofissional e interdisciplinar, por uma ciência biomedicalizadora (médico-centrada, biotecnológica, biofuncional, médico-hegemônica).

É flagrante em todas as áreas/profissões integrantes da grande área da saúde e em todas as áreas que se aproximam da saúde para compor seu exercício e prática profissional “o desinteresse em construir conceitualmente o objeto saúde”²⁵. A educação, as artes e a antropologia aparecem como reservatórios, cada vez mais frágeis, para dar suporte à produção de uma ciência para a clínica que diga respeito à saúde, não às biociências. Grande expectativa se deposita às áreas da educação física, da saúde coletiva, do serviço social e da psicologia pela condição de fronteira entre humanidades, sociedade, cotidianidades, corporeidades e saúde, no campo dos saberes sistemáticos, o que somente será possível por uma ética viva, que se faça o tempo todo durante as relações. Não é o que temos visto. Ao contrário, no reconhecimento do mercado, das rivalidades, das disputas e das concorrências, vemos focos de unificação, nós de totalização e os mesmos processos de subjetivação que deveriam ser desfeitos. O que tem surgido são modos de explicação da vida biológica, social e emocional, mas não a formação do novo ou a *atualidade*.

Para a proteção da saúde, interessa a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a dissolução das fronteiras, disputas e concorrências e a reconfiguração das formas e figuras de ser-pensar-agir-perceber. A relação do agora-real com um agora-virtual constitui um circuito à atualização, trazer do virtual para real, em tramas de conexão de saberes e ações. Como um circuito, o agora-real não é um estado dado e que precisa ser modificado, é uma configuração amarrada em um conjunto de supostos e de práticas, podendo ser

²⁵ Naomar de Almeida Filho, na coleção Temas em Saúde, da Editora Fiocruz, em “O que é saúde?” (2011), afirma que, “nas disciplinas que constituem o chamado campo da saúde, observa-se flagrante desinteresse em construir conceitualmente o objeto saúde”. O pesquisador cita o contraste entre a rarefeita produção científica sobre o conceito de saúde e a “enorme concentração de esforços no sentido de produzir modelos biomédicos de patologia, doença, enfermidade ou agravo, com forte inspiração mecanicista ou, no máximo, sistêmica, que, ao enfatizar os níveis de análise individual e subindividual, terminam por reduzir o alcance das suas contribuições”.

desamarrado em diversos pontos, produzindo novas amarras, fazendo emergir a novidade, a virtualidade, no meio do real, uma agora-virtual em franco ato de realidade. A isso estou chamando *atualização*. Atualizar práticas, atualizar a equipe de saúde, atualizar as ciências em saúde, atualizar o SUS? Quais as amarras do agora-real queremos desatar e em que agora-virtual queremos atar? Essa é uma interrogação ética aos estudantes universitários da saúde.

São oposições a produção de saberes coletivo-epidemiológicos, clínico-individuais, biológico-moleculares? Nosso maior problema não é esse, mas o fato de que cada vertente de saberes imagina e quer deter a melhor explicação e talvez a tenha em representações estatísticas, representações individuais, representações genômicas etc., mas não em sua pulsação, em sua produção permanente de emergências. Os objetos de saúde são plurais, polifônicos, com características variadas e peculiares, simultaneamente aprofundados e inventados. Os estados dados indicam as instruções normativas, as resoluções corporativas, as leis, os decretos regulamentadores, as portarias governamentais, as orientações técnicas, as diretrizes assistenciais etc., pontos de acumulação, de coagulação, mas talvez de potência. A relação entre o agora-atual e o agora-virtual pode formar uma individuação em ato ou uma singularização, a vida por toda parte (viva), não a vida contida em mecanismos de sobrevivência (biologicamente mantida, existencialmente desprovida de vitalidade).

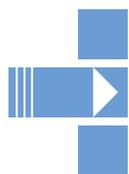
Na *atualização*, distintos sentidos da saúde estarão em disputa. Uso a sumarização de Naomar de Almeida Filho (2011), bastante simples: numa vertente politicamente conservadora, “na forma de procedimentos, serviços e tecnologias, fatos e atos de saúde apropriados como mercadoria, com valor de uso e valor e troca, definidos num mercado peculiarmente estabelecido”. Em outra vertente, politicamente antagônica, “a saúde porta valores de vida, manifestos como direitos sociais, parte da cidadania global contemporânea; nesse caso, impõe-se defini-la como serviço público ou bem comum, acessível a todos”.

Vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde

A reunião de estudantes universitários e área da saúde teve a singular invenção das vivências-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde, iniciativas VER-SUS. Essa “invenção” teve início em 2002, com o projeto Escola de Verão, criado e conduzido pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, realizado numa parceria com os estudantes de medicina, organizados pela Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (Denem), e ampliado para o conjunto de profissões da área da saúde, em especial com a

colaboração dos estudantes de 1º ano da graduação em saúde coletiva na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, contando com o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção RS, Associação Brasileira de Odontologia – Seção RS e Associação Médica do Rio Grande do Sul. Essa experiência se desdobrou em um projeto nacional (VER-SUS/Brasil), a partir do ano de 2003, tendo como estratégia a parceria com municípios em todas as regiões do País, viabilizando a integração dos estudantes de graduação à realidade da organização dos serviços em seus aspectos de gestão do sistema, atenção aos usuários, participação popular e educação na saúde. A noção de vivências-estágio passou à noção de vivências e estágios. As práticas de VER-SUS/Brasil aconteceram entre 2004 e 2005, tendo continuidade por movimentos autônomos de estudantes, pelas áreas de extensão ou graduação nas universidades ou projetos municipais ou locais regionais.

As vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde atraem dois eixos relevantes ao que, aqui neste texto, foi abordado: a “vivência” das ciências, das profissões e do trabalho em saúde, não por acesso às informações, mas pela experimentação, pela implicação ética, pela exposição; e a “realidade” do SUS, não pelo treinamento de habilidades profissionais do atendimento em saúde, mas pelo dimensionamento do campo de atuação e objetivos do sistema brasileiro de saúde. Entra em questão o trabalho profissional em saúde, o campo intelectual agregador das ações e saberes científicos da saúde e o setor de políticas públicas erigido para a existência de um *sistema* de saúde. Oportunidade ímpar de realizar um estágio na equipe multiprofissional (não nas ações e serviços), na integralidade da atenção (não em procedimentos do tratamento, do cuidado ou da escuta), na descentralização da gestão (não na gerência e administração). O grande mérito das vivências-estágios não é o de *ver* para conhecer ou para saber o que mudar ou melhorar, mas o de apropriar em si a afirmação da saúde e, permanentemente diante do vivo, compreender o *atualizar*, a *atualização*, a mutação que ocorre entre o *normativo* e o *atual*.



Cuidar em saúde

Laura Camargo Macruz Feuerwerker²⁶

Primeiro, em nossa conversa, falar de saúde. Saúde é um tema da vida, um assunto de todos os humanos. Tem a ver com o estoque de recursos de que dispomos para levar a vida adiante da melhor maneira possível. Melhor maneira possível que tem algo a ver com um projeto de felicidade, com os modos de estar no mundo. Melhor maneira possível que varia para cada um e também ao longo do tempo, da história e das sociedades. Se saúde é isso tudo, é claro que, para produzi-la, alimentá-la, torná-la possível, são necessários muitos elementos. Boas conexões, bons encontros, projetos de vida, possibilidades de realizar esses projetos, possibilidade de viver ganhos e perdas, de enfrentar – sem desmontar – as dificuldades, frustrações e desencontros que também fazem parte da vida.

Se assim entendemos a saúde, um primeiro passo importante para as nossas reflexões é reconhecer que ela é um assunto da vida, que sua produção envolve muitos elementos – materiais e imateriais, produzidos socialmente, individualmente e coletivamente, a partir de possibilidades e condicionamentos. Nessa cena, somos todos criadores e criaturas. Criaturas porque chegamos ao mundo em condições que não controlamos e durante nossa existência outros tantos elementos operarão fora de nosso controle ou vontade. Criadores porque podemos, todos os dias de nossa vida, inventar os modos como vamos aproveitar nossas possibilidades e enfrentar os condicionamentos, inclusive inventando novos elementos para fabricar a vida do melhor modo possível.

Modos de estar no mundo e construir conexões que aumentem nossas potencialidades. Muito além de doenças, diagnósticos, exames, remédios. Muito além do que somente as condições materiais da vida. Muito além do que os profissionais e os serviços de saúde podem oferecer.

Então saúde é algo que diz respeito a todos, uma vivência que todos experimentam e sobre a qual fazem escolhas e têm opinião. Os conhecimentos técnicos que os profissionais de saúde detêm e o modo técnico como entendemos partes desse processo são apenas parte dos conhecimentos, parte das perspectivas relacionadas à saúde.

²⁶ Médica, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP e possui a livre-docência em Saúde Pública pela FSP/USP onde hoje atua como docente.

Segundo, falar de cuidar. Cuidar também é algo da vida, não somente dos humanos. Ativamente é algo que diz respeito ao menos a todos os viventes animais. Com diferentes arranjos ao longo do tempo e segundo os diferentes modos de vida, cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio, com produção de vida. Não é tema exclusivo da saúde. É tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conforma a vida.

Cuidar da saúde, então, é tema de todos os viventes, não somente dos profissionais de saúde. Necessária essa consideração para sabermos que nesse terreno, o do cuidado em saúde, usuários, seus familiares e vários outros personagens são participantes ativos, com pauta própria e muitas possibilidades e impossibilidades que muitas vezes desconhecemos. E há múltiplos sentidos nessa produção.

Mas cuidar em saúde é um tema importante para os profissionais da área. Isso porque o modo como se aborda a relação entre trabalhadores e usuários no trabalho em saúde também é objeto de intensa disputa.

Cuidado em saúde no SUS – em busca da integralidade

No âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, uma referência essencial para se pensar e organizar o cuidado em saúde é a integralidade. Integralidade pode ser entendida como o cuidado que se produz adotando um conceito amplo de saúde. Pode ser entendida como a garantia de acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para enfrentar determinado problema de saúde. E mais.

Dos muitos sentidos que a integralidade pode ter, o mais apropriado para nossa discussão é o produzido por Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, que articula a integralidade com as necessidades de saúde. Integralidade, então, seria tomar as necessidades de saúde dos usuários como referência para organizar o cuidado em saúde (em todos os encontros entre trabalhador e usuário que compõem o processo de produção do cuidado).

Necessidades de saúde que são amplas – vão desde as boas condições de vida ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente, além da garantia de acesso a todos os serviços e tecnologias necessários para enfrentar o problema em questão. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a rede de cuidados.

Integralidade, necessidades e cuidado em saúde

Tomar as necessidades de saúde do usuário como referência traz muitas implicações. A começar pelo seu lugar na produção do cuidado. Apesar de já há algum tempo se reconhecer que o usuário é o gestor de sua própria vida, que ele faz suas escolhas (com a nossa autorização ou não); de se reconhecer também que a ampliação de sua autonomia para configurar os modos de conduzir sua própria vida, enfrentando seus (velhos e novos) agravos, deve ser um dos produtos desejáveis do processo de cuidado, a prática predominante nos serviços de saúde tem sido a inversa.

De saída, é preciso reconhecer que pode haver um desencontro de expectativas. O que um considera problemas e necessidades não necessariamente coincide com o que o(s) outro(s) considera(m). Um sabe de seus desconfortos; os outros olham para os usuários utilizando diferentes filtros (risco, vulnerabilidades, prioridades etc.). Muitas vezes o usuário deseja a contribuição dos trabalhadores de saúde para que o problema com que se defronta incomode o menos possível os modos como organiza sua vida. Já os trabalhadores de saúde muitas vezes esperam que o usuário reorganize sua vida, à luz do saber técnico-científico, em função dos agravos que enfrenta.

O usuário se orienta a partir de diferentes planos: seus saberes (produzidos a partir da vivência e também de distintas fontes, ainda mais num mundo em que a circulação de informações quebra muitíssimas barreiras), história de vida, valores, religião, trabalho, suas possibilidades, desejos, dificuldades, fantasias, medos, momento. Os trabalhadores de saúde, dependendo do modo e do recorte que utilizam em sua aproximação, nem sequer vislumbram “essa vida” que vem junto à “queixa” – e que certamente é fundamental para muitas das apreciações, considerações, definições, decisões etc. a serem tomadas.

Dependendo do cenário, do grau de sofrimento, da instabilidade clínica, do risco de morte, as relações entre usuário e trabalhador(es) de saúde se produzem de modos muito diferentes. Com disposição e possibilidades muito distintas de fazer valer a autonomia (pelo lado do usuário) ou de fazer valer a autoridade (pelo lado dos trabalhadores). Lugares de máxima autonomia do usuário e de baixa instabilidade clínica (vida em evidência) – como na atenção básica e na atenção domiciliar – e lugares de mínima autonomia do usuário e alta instabilidade clínica (problema orgânico em evidência) – como no hospital e na UTI em particular.

De qualquer forma, considerando as necessidades, há todo um território de produção que faz todo o sentido e é indispensável para os usuários: há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador/equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com o usuário, pela construção de um plano de cuidados. Esse é um plano crítico (no sentido de muito importante), no qual se constroem as relações de confiança e que interfere de

modo significativo na efetividade do encontro, nas possibilidades de haver benefício para o usuário em relação à sua saúde.

Voltando para as necessidades, outro plano fundamental para os usuários é ter acesso ao correto diagnóstico e aos procedimentos e processos terapêuticos. Para isso é importante contar com profissionais que dominem os conhecimentos estruturados de cada área, mas também sejam capazes de articulá-los com contexto e singularidade. E aqui as questões fundamentais são construção de conexão, continuidade e acesso oportuno.

Também é importante dizer que o que pensam usuários e trabalhadores sobre o que sejam necessidades em saúde também é fruto de cada tempo. E, em nosso tempo, as indústrias (de equipamentos, de remédios, de comidas, de produtos estéticos, entre várias outras), o mercado e os meios de comunicação interferem fortemente na construção dessa compreensão. E, desse ponto de vista, as demandas apresentadas como necessidades precisam ser problematizadas.

E como se produz o cuidado em saúde? Quais os principais desafios nesse campo?

A produção do cuidado implica sempre encontro – entre usuários; entre usuários e outras organizações que ampliem suas ferramentas para suportar diferentes dores e sofrimentos; e também entre usuários e trabalhadores de saúde em diferentes instituições.

Nesses encontros, pode haver o estabelecimento de relações em que há o reconhecimento mútuo de saberes, expectativas, desejos. Ou não. Muito comumente os trabalhadores de saúde tomam os usuários como objeto de sua ação. Como se, por precisarem de ajuda ou de intervenções técnicas, os usuários estivessem se colocando sob a gestão dos trabalhadores.

De modo geral, não é isso que acontece. Os usuários têm papel ativo nesse processo – tanto porque “estão no comando de suas vidas” e fazem opções, escolhas, como porque são ativos também em seu encontro com os trabalhadores de saúde. Usuários e trabalhadores afetam e são afetados. Todos deixam marcas uns nos outros. Todos tentam fazer valer suas ideias, projetos, necessidades.

Mas nem sempre os trabalhadores de saúde reconhecem essa autonomia dos usuários. E ela não se expressa do mesmo modo nos lugares de encontro entre trabalhadores e usuários.

Há diferentes situações, diferentes relações de poder, diferentes graus de proteção e governabilidade de parte a parte. No hospital, em geral, os usuários, em função de uma

situação de maior sofrimento, de risco de morte, abrem mão de graus de sua liberdade e autonomia – quase de escolha, pois a obediência é exigência das instituições hospitalares no momento da internação. Os trabalhadores, por seu lado, encontram no hospital o ambiente de máxima proteção institucional, com regras muito bem definidas que favorecem o agir profissional e limitam o agir do usuário, que asseguram a possibilidade de monitoramento e o controle sobre os usuários e sua situação vital permanentemente.

No cuidado ambulatorial – de diferentes tipos –, as possibilidades de controle por parte dos trabalhadores sobre os usuários decrescem vertiginosamente. O que pode um encontro mensal de uma hora em termos de ordenar a vida de alguém? Pode algo, em função das relações de poder estabelecidas a partir do saber técnico e científico e do sofrimento/medo do usuário. Mas pode muito menos do que no hospital.

No cuidado domiciliar, então, em que explicitamente há o compartilhamento da responsabilidade do cuidado entre trabalhadores e cuidadores (geralmente familiares) e que acontece no território dos usuários, os diferentes pontos de vista se expressam muito mais claramente.

Então, no trabalho em saúde, sempre há encontros e disputas de projeto. Em condições diferentes, dependendo da situação, como vimos. Mas se há disputa, sempre pode haver negociação, sempre é possível tomar o outro também como sujeito na relação que se produz. Inclusive na UTI, lugar de máximo controle dos trabalhadores e de mínima autonomia para os usuários. Não se pode falar com o usuário? Mas sempre se pode falar com a família, entender melhor o contexto, explicar o que acontece, tomar decisões conjuntamente.

Mas, além do tema das disputas, do poder, a produção do cuidado também acontece de modos diferentes, dependendo da ideia de saúde e de doença com que operam os trabalhadores e da maneira como mobilizam as diferentes tecnologias envolvidas no trabalho em saúde.

O trabalho em saúde e suas tecnologias

A concepção de saúde centrada na ciência e que toma os aspectos biológicos do adoecimento como principais tem várias implicações para a maneira como acontece o encontro entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado em saúde.

Analisando o trabalho do médico, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves considerava que esse profissional opera com um saber que lhe possibilita apreender “seu objeto”, quais sejam as manifestações patológicas (medicamente definidas) instaladas no corpo biológico. Essa apreensão não seria um processo puramente intelectual, mas se desdobraria

em técnicas materiais e não materiais. Assim, os instrumentos de trabalho deveriam ser compreendidos como um momento de operação do saber no trabalho médico. É essa dimensão tecnológica do trabalho médico que lhe permitiria responder às especificidades de cada situação, reinterpretar a ciência e articular o social concreto nas possibilidades científicas. Tecnologias materiais seriam os instrumentos de trabalho e as tecnologias imateriais seriam os saberes.

Partindo dessa análise, Emerson Merhy vai além. Considera que, no encontro com o usuário, o profissional de saúde utiliza “caixas de ferramentas tecnológicas” para agir nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja.

Seriam três tipos de caixas de ferramentas: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos); outra aos saberes; e outra às relações trabalhador-usuário – cada uma expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos.

A primeira caixa de ferramentas é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico, e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. A essas chamamos tecnologias duras.

A segunda caixa de ferramentas permite processar o olhar do profissional sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de determinado ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica, a epidemiologia, mas, no momento concreto do agir do trabalhador, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (que é imprevisível, singular), há uma mediação imposta – pela incerteza e pela situação específica – ao raciocínio clínico. Esse é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir desse terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. E, como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados, centrados nos procedimentos, por exemplo) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis). Às tecnologias operantes nesse território chamamos tecnologias leve-duras.

A terceira caixa de ferramentas é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território onde adquirem importância a ética do exercício profissional e os saberes sobre

a relação trabalhador-usuário. É também nesse território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – onde o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves.

Dependendo de como se combinam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde. Por exemplo, no chamado modelo hegemônico, há um empobrecimento da caixa de ferramentas das tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras, a ponto de o médico/enfermeiro/odontólogo/fisioterapeuta (etc.) reduzirem-se a uma unidade de produção de procedimentos, que passa a ser o ato de saúde pretendido.

Composição tecnológica do trabalho em saúde e produção do cuidado

No campo da saúde, o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos almejados. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção.

Do ponto de vista dos usuários, os estudos e reportagens revelam que, em geral, eles reclamam da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seus problemas. Sentem-se inseguros, desamparados, desinformados, desrespeitados, desprezados. Isso apesar de todo o avanço tecnológico, da produção de equipamentos e medicamentos cada vez mais sofisticados.

Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é essa? Atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico? Ou é uma crise global do setor? É possível, a partir dessa crise identificada em torno do usuário, propor um modo diferente de produzir ações de saúde?

Um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber técnico muito específico sobre o problema que vai enfrentar, ao qual se superpõe um saber territorializado de seu campo profissional de ação, ambos sobrepostos por um território mais amplo, que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Na produção de um ato de saúde, sempre coexistem os vários núcleos, mas podemos dizer que o modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos e em que se relega a um plano irrelevante a dimensão

cuidadora. Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico. Mas todas elas têm seu núcleo cuidador empobrecido e estão também orientadas à produção de procedimentos.

Ora, a conformação tecnológica concreta operada pelos modelos de atenção é produto de um processo de disputas entre os vários atores interessados nessa ação social. Esses processos de definição em torno do “para que” se organizam os modos tecnológicos de atuar em saúde são sempre implicados social e politicamente por agrupamentos de forças que têm interesses no que se está produzindo, impondo suas finalidades nesse processo de produção.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, os núcleos vinculados às tecnologias duras e leve-duras encontram terreno favorável para se imporem sobre os outros núcleos. Superar essa conformação exige operar com dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nesses processos. Assim é preciso alterar a missão dos estabelecimentos de saúde e ampliar os modos de produzir atos de saúde. Novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central.

Retomando nossas considerações iniciais a respeito dos atos de saúde, relembremos que a produção de atos cuidadores diz respeito a todos os seres humanos – o modelo médico-hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde, os que não tomem o corpo biológico como objeto e os que não se baseiem em conhecimentos ditos científicos sobre o tema.

Ora, território das ações cuidadoras, informado pelas tecnologias relacionais, é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas, inclusive, dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E, como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde.

E, como a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há, *a priori*, uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato, identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Aliás, em geral, de acordo com as circunstâncias, são diferentes os membros da equipe de saúde que cumprem um papel mais ativo nesse processo.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira de os trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde.

Para começar, na definição/identificação do que sejam necessidades de saúde. O olhar cientificamente armado, tanto pela clínica como pela epidemiologia, tende a definir tecnicamente o que são as necessidades de saúde legítimas, prioritárias, que devem ser objeto de ação dos serviços de saúde.

As necessidades sentidas pelos usuários são, então, a princípio, julgadas e catalogadas como adequadas ou não ao tipo de serviço que se oferece. Assim é que os usuários “precisam ser educados” para “entender” onde será a porta certa para apresentarem suas queixas, independentemente de quais sejam as respostas disponíveis e as que ele imagine necessitar... Assim é que, apesar da promessa de assumir a responsabilidade por um determinado território e de se apresentarem como “porta de entrada”, as equipes de Saúde da Família ficam extremamente tensionadas ao se defrontarem com a demanda espontânea, que não se “encaixa” nas prioridades em torno das quais está organizada a oferta de ações programadas. Assim é que as situações não reconhecidas como graves ou envolvendo risco de vida são sempre identificadas nos prontos-socorros e prontos-atendimentos como “demandas que deveriam ser atendidas nas Unidades Básicas de Saúde”..., independentemente do tempo em que isso ocorreria e da sensação de urgência percebida pelo usuário (pelo tamanho ou significado do desconforto).

Mas como abrir-se às demandas espontâneas se já não há capacidade de absorver mais nada ou ninguém nas agendas sobrecarregadas? Será difícil sem reorganizar as ofertas, abrindo espaço para a produção de encontros criativos, produtores de vida, sem reconhecer potência para a produção do cuidado nas redes de proteção social, sem reconhecer nos usuários parceiros na produção da saúde nos territórios, sem ter liberdade para propor novos arranjos organizativos para oferecer cuidados na intensividade necessária a cada situação... Novos arranjos tecnológicos se fazem necessários!

O usuário reconhecido como agente pode participar ativamente da construção dos projetos terapêuticos (construídos de modo compartilhado por vários profissionais), que levem em conta outros elementos que não apenas recomendações a partir do melhor conhecimento técnico-científico disponível dirigido aos problemas “diagnosticados”, e não necessariamente à produção dos melhores arranjos para andar a vida.

Atualmente o usuário exerce seu direito de participar na construção do projeto terapêutico não aderindo às propostas que lhe provocam mais desconforto que conforto ou que não produzem o efeito imaginado/desejado. Os usuários participam produzindo, sozinho, unilateralmente, as adaptações que consideram necessárias às propostas terapêuticas fragmentadas que diferentes profissionais lhe oferecem e que não se articulam entre si, sem poder contar com a utilização “mais sábia” dos conhecimentos técnico-científicos disponíveis. São muitas as evidências de que tomar o usuário como objeto, como “caixa vazia” de saberes sobre saúde, está na base do fracasso em produzir ações efetivas para o controle do diabetes e da hipertensão, por exemplo. Novos arranjos tecnológicos se fazem necessários!

Os arranjos hegemônicos são eficazes na produção de respostas pontuais, necessárias e suficientes em certas situações (como uma descompensação diabética, uma pneumonia, um infarto agudo do miocárdio, uma apendicite etc.) em que a gravidade do caso leva o usuário a abrir mão de graus da sua autonomia para submeter-se ao tratamento, em que o foco no problema biológico leva à oferta de medidas potentes para superar a situação de maior desequilíbrio em alguns dias. Mas são ineficazes quando, passado o momento de crise, o usuário reassume o comando da vida, e a governabilidade dos profissionais de saúde sobre sua condução é drasticamente reduzida. É que, então, a negociação se faz indispensável!

E é no território das ações cuidadoras onde essa negociação pode acontecer. É esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. É nesse território onde se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde. Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida.

A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) –, portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta, e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos.

Desinstitucionalização e inovação no trabalho em saúde: dialogando com espaços potenciais de produção de novidade no SUS

A política de saúde mental preconizada pelo Sistema Único de Saúde é substitutiva, implementada com base na desinstitucionalização. Substitutiva porque cria mecanismos e lugares para a produção do cuidado que são implantados para substituir, criar alternativas à internação manicomial. Desinstitucionalização porque se procura resgatar a autonomia de vida das pessoas em sofrimento psíquico, propiciando novos espaços para a reconstrução de sua vida.

A política de saúde mental vem sendo implementada no Brasil, então, por meio da criação de redes substitutivas, constituídas por novos dispositivos e equipamentos terapêuticos que possibilitam o resgate da vida e em que o cuidado e o manejo de cada situação, em face da singularidade agora reconhecida, exigem criatividade. Os espaços em que se organiza o cuidado podem ser os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os centros de convivência, as casas em geral, os abrigos, as praças e até as ruas.

É claro que, nesses novos equipamentos/dispositivos, também existe essa tensão permanente entre a reprodução do modelo manicomial e a produção de alternativas em defesa da vida e da construção da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, dos egressos do confinamento compulsório por toda uma vida. Existe a tensão, mas predomina a produção de novidades. Tanto que são muitos e amplamente reconhecidos as inovações e o compromisso militante dos trabalhadores das equipes, assim como os resultados desse trabalho, em muito superiores aos obtidos pela estratégia manicomial.

Outro exemplo de trabalho desinstitucionalizado ocorre na Saúde da Família. Entre os elementos positivos e negativos das experiências existentes, vale destacar o mais inovador, aquele que produz diferença em relação a outras modalidades de organização dessa atenção básica, que é a ação do agente comunitário de saúde.

O agente, necessariamente morador da área de abrangência da unidade de saúde, trabalha principalmente no “território”, no espaço onde pulsa a vida, para além dos muros das unidades de saúde. Defronta-se com todo tipo de problema que afeta o viver das pessoas e, juntamente com os usuários, toma iniciativas – individuais e coletivas – para enfrentar uma parte deles. Na maioria das vezes, é dos agentes e de suas invenções que brotam a alegria e o entusiasmo que chamam a atenção nos encontros das equipes de Saúde da Família. É o agente indispensável para o reconhecimento do território, seus recursos e seus problemas. É quem produz mais fortemente a ligação entre população e unidade de saúde, apesar de, muitas vezes, sua voz não ser escutada dentro das equipes, que tentam reduzi-lo a um mero reproduzidor do modelo hegemônico, profissional partido.

Agentes comunitários e equipes de saúde mental trabalham em novos territórios e são, ao mesmo tempo, alimentados e desafiados pela vida, sua complexidade, pela singularidade de cada situação. Os (novos) territórios abertos pelo trabalho realizado em espaços não institucionais parecem carregar essa potencialidade.

Assim acontece também com a atenção domiciliar. A casa, como espaço de cuidado, pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica. Um espaço que remete as suas vivências enquanto sujeito, diferente/distante da frieza da instituição hospitalar. Esses novos ingredientes associados à maior autonomia das famílias na produção do projeto terapêutico podem possibilitar às equipes operar na lógica da desinstitucionalização, potencializando novos lugares do cuidado, novas práticas, novas invenções no agir em saúde, novas maneiras de produzir sentidos para a vida/morte.

A produção de cuidado e de novidades nas práticas de saúde ocorre motivada por um projeto ético-político que reconhece o usuário como sujeito, interlocutor decisivo na produção dos projetos terapêuticos (muitas vezes essa autonomia é “arrancada” pelas famílias).

Projeto ético-político, por outro lado, que tem na paixão um elemento decisivo de mobilização dos trabalhadores. Paixão pela possibilidade de resgatar a dimensão cuidadora de seu trabalho em saúde. Paixão pela possibilidade de criar, inventar, ou seja, paixão pelo trabalho vivo autopoiético. Paixão por terem que se defrontar cotidianamente com o inusitado, com as singularidades de cada pessoa e de cada família (que existem sempre, é claro, mas que o cuidado no domicílio aparentemente torna mais evidentes) – ou seja, paixão pelo trabalho vivo em ato. Paixão por se descobrirem humanos em seu trabalho em saúde – na identificação que ocorre em sua percepção sobre a construção das relações familiares, nas tristezas e alegrias, nos medos, na potência e na impotência de suas ofertas. Paixão por se desejarem equipe e por conseguirem operar essa produção. Paixão pelo resgate da solidariedade em sua prática profissional e pela demolição dos limites impostos pela racionalidade científica na definição de seus fazeres, amores, desamores e responsabilidades nas relações com os usuários.

Para fechar nossa conversa

A substitutividade e a desinstitucionalização seriam então elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes.

Ou seja, quando a atenção domiciliar, um CAPS ou o trabalho do agente comunitário de saúde configuram-se como modalidades substitutivas de organização da atenção, como dispositivos para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos dentro do hospital, do ambulatório ou do manicômio, eles se configuram como um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção/invenção de práticas cuidadoras e produzindo implicação.

Os CAPS, as equipes de atenção domiciliar e os agentes comunitários de saúde muitas vezes se pautam pela garantia do(a):

- Direito de ir e vir do usuário
- Direito de o usuário desejar o cuidado
- Oferta de acolhimento na crise
- Atendimento clínico individual e coletivo dos usuários, nas suas complexas necessidades

- Construção de vínculos e referências, para eles e seus “cuidadores familiares” ou equivalentes
- Geração de alívios nos demandantes
- Produção de lógicas substitutivas em rede
- Matriciamento com outras complexidades do sistema de saúde
- Geração e oferta de redes de reabilitação psicossocial inclusivas

Quando isso ocorre, esses equipamentos/arranjos de atenção tornam-se, ao mesmo tempo, dispositivos efetivos de tensão entre novas práticas e modelo hegemônico, e entre velhos “hábitos” e lugares que produzem melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar do sofrimento e da loucura.

Existe grande potência nesses arranjos. Precisamos aprender com eles. A ruptura parece ser condição fundamental para a invenção. Mas é indispensável saber também que é preciso cuidar desses cuidadores, criar espaços de escuta e de apoio, produzir dispositivos para sua educação permanente, de modo que o inusitado, a singularidade e o desafio de se defrontar com a vida (com seus sabores e dissabores) produzam implicação, compromisso e potência no agir individual e coletivo desses trabalhadores.

Bibliografia

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges, **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.

Baduy, R. S. **A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, junho de 2010.

Bertussi, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, setembro de 2010.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepsc/Uerj: Abrasco, 2005, p. 91-101.

CAMPOS, GWS. Efeito Paideia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: Passos, Eduardo (Org.) **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 2 v.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 176 p. (55-77).

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.

CECCIM, Ricardo Burg e CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARIN, João José Neves e outros (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set., 1997.

FERLA, Alcindo Antônio. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004, p. 171-186.

Feuerwerker, L.C.M. & Merhy, E.E. "Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde". Aceito, em fevereiro de 2008, para publicação na **Revista Panamericana de Salud Pública** (Rev Panam Salud Publica), ISSN 1020-4989.

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde in João José Neves Marins; Sergio rego (Org.), **Educação, saúde e gestão**. ABEM-Hucitec, 2011, p 99-113.

FEUERWERKER, L.C.M., CECILIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1.400-1.410, 2007.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S; GALLO, E., GOMBERG, E. (Org.). **Informar e educar em saúde: análises e experiências**. Editora UFBA, no prelo.

FRANCO, Túlio Batista & MAGALHÃES Jr., Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson Elias e outros. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 125-134.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Emerson Elias e outros (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

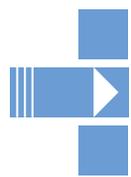
MERHY, E E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 67-92.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CERQUEIRA, M.P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: RAMOS, V.; FRANCO, T.B. (Org.) **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. No prelo.

SILVA Jr., Aluísio Gomes; ALVES, Carla Almeida e ALVES, Márcia Guimarães de Mello. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde**, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepsc/Uerj; Abrasco, 2005, p. 77-90.

Teixeira. R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp. 89-111.



Ver a si no ato de cuidar: Educação Permanente na Saúde

Emerson Elias Merhy²⁷

*PROBLEMATIZAR A IMPLICAÇÃO
COM O EFEITO POROROCA
DO AGIR EM SAÚDE*

Construindo uma situação no mundo do cuidado

Começamos este texto com um convite ao leitor. Vamos nos imaginar em diferentes situações e verificar como em cada uma delas as nossas percepções e inteligências variam, e que podemos tirar proveito disso para compreender nossos modos de agir e suas lógicas. Óbvio que não vamos poder construir todos os mapas situacionais possíveis que cada um de nós pode ter, mas podemos sugerir alguns e indicar como trabalhar com eles e aí abrir a possibilidade de dialogar com nossos próprios modos de atuar no campo da saúde, algo fundamental para um território de práticas que tem como seu eixo de ação agir no campo de produção dos modos de viver, individual e coletivo.

Vou exemplificar iniciando com um dos meus mapas situacionais, aquele vinculado ao meu agir-médico, que chamarei de agir-trabalhador de saúde, e cruzá-lo com outro em mim, o meu agir-usuário.

Leitor, viaje comigo nestas imagens: eu, médico, sofro um acidente com lesões. De maneira muito rápida, dois agires me ocupam. Procuro me ler e fazer diagnósticos e formular terapêuticas, mas algo me impede de viver isso de forma muito distanciada, pois meu

²⁷ Médico sanitarista, Mestre em Medicina Preventiva pela USP e Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Possui livre-docência em Planejamento e Gestão em Saúde pela Unicamp e hoje atua como docente e pesquisador na UFRJ.

agir-usuário me ocupa de um modo intenso. Vivo a situação a partir de outra lógica, a da necessidade de defender a qualidade da minha vida, imaginando o que pode me ajudar nessa aposta.

Lógico que tenho muitos outros agires em mim, mas vou explorar a tensão desses dois e imagino que isso possa ajudar o leitor a fazer o mesmo consigo.

Meu agir-usuário

Quando me torno usuário, sou imediatamente invadido por um tipo de inteligência que produz várias verdades para mim, que me orientam a pensar se os outros que irão cuidar de mim estarão ou não implicados com a noção básica de que minha vida vale a pena ser vivida e, portanto, defendida.

Fico imaginando, como usuário, se a capacidade dos trabalhadores e dos serviços de saúde aos quais me conectarei é suficiente em termos tecnológicos para dar conta do tipo de problema que tenho, se vão se preocupar com meu sofrimento, com minhas histórias de vida, com o que é fundamental para mim de maneira muito especial. Ou se vão me tratar de modo muito anônimo, sem ver que eu possuo muitas coisas em comum com os outros que também têm o mesmo tipo de problema, mas que ainda tenho certos detalhes no meu modo de viver e apostar na minha vida que só fazem sentido para mim.

Fico imaginando como vão apreender ou captar isso sem me dar voz ou sem procurar recuperar parte das minhas histórias de vida por meio da conversa com quem já me conhece.

Como usuário, sou invadido por uma postura ética de defesa da vida e por uma postura tecnológica da adequação dos modos de cuidar. Esses elementos passam a ser meus critérios para avaliar o que pode estar acontecendo com o cuidado que vai sendo produzido em mim.

Óbvio que tudo isso é uma simulação e passa pela ideia de que estou lúcido e posso elaborar todos esses componentes. Mas, mesmo que não tivesse consciência, devido ao tipo de acidente, podemos abstrair que esses elementos também seriam chaves para qualquer abordagem que fosse feita para uma intervenção de saúde.

O usuário não precisa estar aí de “carne e osso” fazendo a coisa funcionar desse jeito, mas suas lógicas, sim. A equipe de saúde que cuida não pode nunca abandonar o agir-usuário que há nela quando está no mundo do trabalho em saúde. Esse agir é imperativo para que o cuidado gerado seja direcionado para a defesa radical da vida do outro, como indivíduo e coletivo.

Outra característica-chave do agir-usuário, que sempre é importante de ser elaborada nesse encontro do mundo do cuidado e que está ali presente a todo tempo, são os saberes que cada usuário tem de si, do mundo, dos outros. Ou seja, são os elementos teóricos úteis que possui para estar no mundo e agir no mundo. Esses elementos, se não forem apreendidos pelos trabalhadores de saúde, levam com certeza a fracassos terapêuticos importantes.

Por exemplo, um usuário que tem hipertensão arterial importante e teorias sobre sua enfermidade e sofrimento vai disputar as formas de se cuidar com o que o trabalhador de saúde lhe indicar. Não assimila sem resistir ao que lhe é prescrito. Há de se saber disso, para escutar isso e conversar com esses saberes do usuário, sem negá-los. Pois, muitas vezes, as verdades desses saberes já foram muito úteis para o viver do usuário e não podem ser desconhecidas ou rechaçadas.

No mundo do nosso agir-usuário, adquirimos uma perspectiva sobre a vida e os outros que são constitutivos do nosso viver e do nosso cuidar de nós mesmos. E tudo isso conta no mundo do cuidado em saúde.

Mantenho o convite para o leitor para que pense sobre si mesmo e seus detalhes no modo de andar sua vida que considera fundamental para qualquer trabalho em saúde, que o tome como usuário do trabalho de saúde realizado por outros e converse com eles sobre o que são os detalhes que destacaram, para poder perceber como somos muito parecidos, mas como também somos muito diferentes.

Meu agir-trabalhador de saúde

Agora, meu exercício é o de explorar o outro lugar situacional que está em mim, o de trabalhador de saúde. Mesmo, no meu caso, sendo médico, posso dizer que esse agir está presente em todo tipo de trabalhador de saúde, independentemente da profissão ou ocupação. Inclusive os não universitários.

O que é mais marcante nele é que, quase de modo imediato, nos posiciona como alguém que possui certas capacidades para entender o problema de saúde do outro e elaborar teorias sobre isso, centrado de modo nuclear em alguns tipos de conhecimentos considerados mais sistematizados e verdadeiros, sobre as enfermidades e o sofrimento.

Diz-se que esses conhecimentos são científicos e, portanto, retratam os problemas de saúde como eles são. O que, na sociedade atual, tem muito peso e muita legitimidade. E o trabalhador de saúde é valorizado como o seu portador e aquele que pode manejá-lo, quase de modo “divino”. Isso é tão forte que o outro deposita a vida em suas mãos.

Diria que nós, enquanto trabalhadores de saúde, somos possuídos por isso e nos apoiamos nisso como um exercício de poder sobre o outro, agindo a partir desse lugar situacio-

nal com certas capacidades de escuta, mas com muitas dificuldades de nos aproximarmos do outro sem deixá-lo nos contaminar positivamente pelas suas singularidades e detalhes. Como regra o transformamos em nosso objeto e o tratamos a partir dos nossos *a priori*, éticos, técnicos e políticos.

Os nossos saberes, que consideramos superiores, nos governam, inclusive para permitir ou não um encontro com o usuário mais em aberto, pois, como regra desse lugar, o mais comum é considerarmos que podemos falar sobre ele com tanta propriedade que achamos que sabemos mais da vida dele que ele mesmo, apesar de não sabermos nada das suas histórias de vida.

Porém, quando nos aproximamos do nosso agir-trabalhador de saúde, podemos “sentir” que há outros componentes nesse processo de encontro que o mundo do cuidado produz e que esses componentes podem ser importantes para percebermos como é paradoxal esse nosso agir.

Ali, na minha pequena história, pontuei que não consigo me afastar de mim usuário a ponto de só ser pura razão/conhecimento sobre o problema de saúde de mim mesmo. Mas, agora, gostaria de pontuar que, mesmo não sendo o meu próprio usuário, não consigo me afastar do outro-usuário, com quem me encontro no mundo do trabalho em saúde, pois ele me afeta e o encontro aí produzido é bem mais complexo que só um lugar de exercício do saber verdadeiro de uns sobre os objetos-problema a serem cuidados do outro.

Com isso, estou dizendo que um exercício que devemos nos colocar é o de perceber como o outro me afeta no encontro e o que faço com isso, que exercícios sobre o outro e com o outro realizo. De que modo deixo o outro falar comigo, mas só escuto o que quero, da mesma maneira que agem os torturadores.

Posso ir mais longe e tentar descobrir como, além das falas, também dizem em mim os afetos e o que faço com isso. Como certos encontros são imediatamente vitalizantes e outros não tanto, de que modo atuo nessas circunstâncias. Como, enquanto agir-trabalhador de saúde, deixo isso me afetar e busco o exercício do meu saber para ampliar isso ou para inibir os seus efeitos.

Posso imaginar como, com esses modos de agir, permito a presença do outro em sua singularidade, ali no encontro, ou não, e como saber disso é chave para poder continuar a produção conjunta de uma aposta de cuidado que a ele deve fazer sentido, antes de tudo.

O encontro no mundo do cuidado é intercessor

Uso do conceito-ferramenta de intercessor para caracterizar como é um encontro entre um trabalhador e um usuário no mundo do cuidado. Como intercessor, quero apontar que nesse encontro há a produção de um lugar situacional em ato que, quando cessa, interrompe a relação intercessora.

Além disso, quero indicar que os que participam desse encontro são todos imediatamente produtores dessa criação do espaço intercessor e não há dominação a princípio entre eles. Todos atuam e exercem forças nesse encontro, uns sobre os outros, com os efeitos e tipos dos mais variados.

Essas forças que atuam nesse encontro são de muitos tipos de intensidades. Há aquelas que vêm de que os que aí estão já pensam coisas *a priori* sobre o encontro, já possuem desejos do que querem dele, possuem interesses e fazem apostas do que vão levar desse momento. Há forças que não são tão visíveis, que estão operando nos corpos como afetos. Há as que não são conhecidas, mas que estão ali. Há simpatias e antipatias.

Porém, as lógicas dos que se encontram têm lugares situacionais distintos. Uns estão ali como trabalhadores do cuidado e outros porque se imaginam com certas necessidades de saúde que devem ser foco de atenção e cuidado desses trabalhadores, que se dispõem a usar tudo que for possível para se defender, para defender a sua própria vida.

Fica muito difícil um trabalhador de saúde, ou uma equipe de trabalhadores, fazer certas elaborações sobre o outro só com algumas informações, já que tudo isso acontece ao mesmo tempo, de modo muito intenso. Por isso, uso a noção de micropolítica para falar desses encontros nos quais circulam forças de muitos diferentes tipos e em todas as direções que afetam intensamente quem os estão produzindo.

Como será que os produtores do encontro atuam nessa micropolítica? Quais são as relações de poder que estabelecem entre si? Que forças possuem? Como constroem essas forças e como as compõem como se tivessem uma caixa de ferramentas para agir em ato? Como no campo do cuidado isso adquire formas bem próprias e traz questões centrais para quem atua como trabalhador de saúde? Como desenhar suas apostas de cuidado no agir em ato no encontro?

Já cheguei perto de muitas dessas questões nos relatos até agora, mas vou alargar certos conceitos mais próprios para poder aprofundar o entendimento desses processos intercessores no mundo do cuidado em saúde, no qual se encontram agires, fazeres e apostas éticas e tecnológicas sobre a produção da vida, individual e coletiva.

A produção do cuidado tem dimensões tecnológicas próprias

No processo de produção do cuidado em saúde, todos os agires se localizam em ato e no campo micropolítico do encontro entre trabalhadores e usuários. Apesar de o ato em si de produção ser indivisível, podemos, de modo didático, separar pelo menos três dimensões tecnológicas do ato produtivo do trabalhador de saúde.

Chamo de tecnológicos os modos de ação produtivos que são comandados por finalidades que se colocam antes de acontecerem, mas que eles procuram realizar. Por exemplo, aquele que visa a produzir certo produto, como uma mesa, utilizando-se de matérias-primas, ferramentas, madeira, insumos, entre outros. É tecnológico porque ele vai realizar o produto que já é visado antes de os atos acontecerem e os atos que vão concretizá-lo, por isso, são governados para serem produtores da mesa. Desse modo, um ato tecnológico é um ato produtivo governado por uma finalidade que o dirige, dentro do mundo do trabalho.

No mundo do trabalho em saúde, a principal finalidade que governa a construção dos atos produtivos é a produção do cuidado. Tenho dito em vários momentos que a alma do mundo da saúde é cuidar, mas que esse cuidar adquire configurações e significados muito variados e em disputas entre os indivíduos, mas também entre os coletivos sociais.

Para uns, cuidar é consumir procedimentos médicos, para outros não, é muito mais que isso. Cuidar para eles pode ser simplesmente ser respeitado, mas também ser reconhecido como portador de necessidades, ser escutado e ter sua vida defendida em qualquer circunstância. E mais, ser abordado por visões bem amplas do que é o viver, que a olhada por uma ótica profissional específica nunca dá conta, nunca é suficiente.

Porém devemos tomar como finalidade central do mundo tecnológico do trabalho em saúde a produção do cuidado, sob a forma que for, que adquirir. Isso faz também de um procedimento profissional centrado como um ato de cuidar, mesmo que possamos colocar em dúvida sua capacidade de gerar bons resultados terapêuticos.

Essas conceituações nos permitem elaborar um pouco mais sobre o mundo do trabalho em saúde e suas tecnologias, inclusive tirar consequências disso para pensar sobre a utilidade efetiva para a produção de mais vida no outro ou não e sobre as apostas nos modos de cuidar.

Dentro desse raciocínio, podemos dizer que, no ato produtivo do cuidado, há três elementos tecnológicos fundamentais para ocorrer a produção do cuidado. Um elemento é formado no ato do cuidado de modo central pelos saberes dos trabalhadores de saúde, como o saber clínico, o epidemiológico, o pedagógico, entre vários. Outro elemento são os equipamentos que são utilizados como máquinas de exames, procedimentos muito estruturados, estruturas físicas onde o ato se realiza. E, finalmente, um terceiro elemento que só existe no ato como acontecimento, que é o que se realiza no encontro com o outro, ou seja, é um elemento que se evidencia pela ação na presença do outro no mundo do cuidado, no encontro, como a prática de acolhimento.

Designo esses três componentes tecnológicos do ato de produção do cuidado como: dimensão tecnológica leve-dura, tecnológica dura e tecnológica leve/relacional do cuidado. Mesmo afirmando que não há um sem o outro, pois todo ato de cuidar só se realiza pela presença das três dimensões no processo produtivo, é possível dizer que as formas de combinações entre elas e os modos como se posicionam uma em relação à outra são variados, conforme os modos de cuidar.

No modo mais comum como se cuida, hoje, a centralidade do trabalhador de saúde sobre o usuário é predominante, a ponto de este desaparecer em importância na possível construção conjunta do ato cuidador. Por exemplo, é assim no cuidado médico centrado ou profissional centrado em geral. Nesses casos, as dimensões leve-dura e dura são mais centrais que as leves/relacionais, pois estas estão completamente a serviço do domínio que o saber do profissional e seus procedimentos em si ocupam na condução do cuidado.

Diferente seria se o modelo de cuidar oferecesse centralidade para o usuário, pois aí a dimensão leve-relacional teria que não estar a serviço do trabalhador *a priori*, mas do usuário. É o que deveria ocorrer em processos de cuidado nos quais as histórias de vida do usuário são fundamentais e suas formas de compor os processos de cuidado também. E a seu serviço as outras dimensões se colocariam. O que exige outro tipo de agir por parte do trabalhador de saúde, que teria que colocar sempre em foco e discussão os seus agires como trabalhador e como usuário, em si, conforme iniciamos este texto.

Uma das formas de cuidar tem tudo a ver com isso e é a produção do acolhimento do outro no encontro. Acolhimento, aqui, não é visto como um ato de compaixão ou de dó, muito menos uma simples recepção do outro. Acolhimento é a possibilidade de no encontro com o outro deixar aparecer a presença do outro por meio de suas falas e afetos, portanto no ato dos processos relacionais, que sempre funciona em mão dupla, do trabalhador para o usuário e vice-versa.

São muitos os casos no mundo do cuidado em que a produção do acolhimento, expressão de um agir centrado nas tecnologias leves/relacionais, tem um efeito fundamental na construção dos processos terapêuticos. Há situações em que o desenvolvimento da capacidade tecnológica de encontrar o outro, conviver com a presença desse outro em suas muitas formas de expressão e desejo, construir processos comunicativos abertos, reconhecer o outro como legítimo desejante e sabido é marcante, para que a produção do cuidado seja não só mais competente, mas também baseada na vida e sua produção. O que é nuclear para a sua constituição do campo da saúde, na qual o organizador de sentido dos seus agires são sempre as lógicas da vida do usuário, o mundo das suas necessidades, que se fazem aí presentes no ato do encontro.

Por outro lado, esses processos de acolhimento que sempre estão presentes em qualquer tipo de encontro vivem momentos bem paradoxais e tensos. A maneira de conseguir trabalhar com essas tensões pode levar o projeto terapêutico para ser centrado nos procedimentos dos trabalhadores ou no mundo das necessidades dos usuários. E isso nos interessa e muito, pois aí se pode abrir de modo explícito o encontro das disputas de projetos que os que se encontram carregam, fazendo visíveis essas tensões e tomando-as como elementos constitutivos do trabalho em saúde. Ou, o contrário, impedindo a sua visibilidade e produzindo um trabalho em saúde tecnologicamente comandado pela anulação do outro, o usuário e suas formas de viver sua vida.

Pensar sobre o que pode ser terapêutico também é um componente-chave nesta conversa que o texto está procurando fazer com o seu leitor.

Consideramos como centralmente terapêuticos os processos de produção do cuidado medidos pela capacidade de manter ou enriquecer as redes de conexões existenciais de alguém, e não simplesmente fazer os processos de remissões de sintomas ou sinais, por ideias de curas como simples recuperações de funções orgânicas.

Entendemos que simplesmente produzir essas remissões pode ser um elemento favorável à construção de redes de conexões existenciais, mas não estão diretamente vinculadas de modos imediatos a isso, pois exigem mais que só agir sobre o corpo biológico orgânico. Exige compreender que no mundo do cuidado há de se operar na complexidade do encontro micropolítico entre trabalhador e usuário, além da noção de que a produção da vida é sempre um processo em aberto de enriquecimento ou empobrecimento, medido pelas conexões vitais com os outros.

Por isso, muitas vezes conseguimos controlar a pressão arterial de alguém, mas a vida dele fica tão pobre que temos dificuldade em dizer que aí houve um processo terapêutico bem sucedido. Se o controle da hipertensão arterial não estiver sendo abordado como parte das muitas vidas que podem ser vividas pelo usuário, e que essas muitas vidas podem ser muito mais cheias de sentidos do que a que vive, as intervenções em saúde ficam pelo meio do caminho. Ao serem reduzidas a um olhar muito médico centrado, que não dá conta do que é o viver como processo complexo, temos uma amostra bem real do que se está apontando aqui.

Voltando. Esses processos todos estão em tensão no interior do mundo do trabalho em saúde, em particular considerando que esse mundo é a realização de trabalho vivo em ato, no acontecimento do encontro entre trabalhador e usuário. Trabalho vivo em ato que circula de todos os lados como agires muitas vezes não visíveis, mas que definem muito do que ocorre nos processos de cuidar.

Produzir em saúde é trabalho vivo em ato, em disputa

Vamos aproveitar a imagem em torno do acolhimento para apontar como é isso e de que modo pensar por esse lado é importante para entender as disputas que ocorrem no mundo do cuidado, base fundamental para fazer certas apostas em produzir saúde, explorando os muitos modos de agir que estão aí presentes, como vimos apontando várias vezes.

Quem que está presente no encontro no mundo do trabalho em saúde, nesse momento em que se produz acolhimento? Muitos. Isto é, os muitos que somos e os muitos que o outro também é. Multidões se fazem presentes no ato do acolher. As multidões que somos cada um. As muitas vidas que possuímos e que estamos fabricando e, com elas, todos os

agires que elas contêm, como exaustivamente apontamos ao falarmos de pelo menos dois deles: o agir-trabalhador e o agir-usuário.

É como se reconhecêssemos que, no ato produtivo do acolher, o trabalhador estivesse com todas suas vidas dadas e em produção e que, quando destacamos esses agires que apontamos, estamos só trazendo à tona pelo menos duas delas. A(s) vida(s) como trabalhador de saúde, na qual conta a profissão, os projetos éticos, as apostas políticas, além de si mesmo como usuário, entre as várias vidas que possam existir ainda em virtualidade, inclusive.

Nesse caso, podemos pensar que as muitas vidas do usuário propriamente dito devem variar muito conforme o usuário que está ali no encontro. Se é um trabalhador metalúrgico, se é bancário, se é uma dona de casa, se é uma professora. Se é casado, se tem filhos. Se gosta de cinema. Se é tudo isso ao mesmo tempo. Que coisas que aconteceram no seu viver que considera importantes positiva e negativamente. E, como digo, por aí vai.

No ato de produção do acolher, tudo está ali ao mesmo tempo, mas vão estar em ato porque a produção do acolhimento só se realiza visto que tem que haver um encontro intercessor e muitas ações para realizá-lo, muitos atos para produzi-lo. Por exemplo, há disparo de processos comunicativos por meio de atos de fala, de todos os lados e direções. Há silêncios. Há ditos e não ditos. Há jogos de força e de interesses. Há modos de envolver o outro, de atraí-lo ou afastá-lo. Há maneiras de conseguir fazer o outro escutar o que se quer dizer. Existem empatias. Antipatias. Toques, olhares, afetos em geral. Jogos de desejos, expectativas.

Tudo isso está no ato da produção. Para além disso, no mundo do cuidado, há sempre uma tensão básica nesse operar a construção do acolhimento como ato de saúde: um entra com a sua necessidade de saúde e os modos como age em torno disso, o outro com seu modo de agir para “dialogar” com essa necessidade oferecendo seus modos de cuidar.

Essa circulação do trabalhador para o usuário se faz por meio do seu trabalho vivo em ato e isso é imperativo no trabalho em saúde. Portanto, nesse tipo de trabalho, o ponto nevrálgico para se saber o tipo de cuidado que se realiza é aquele que permite revelar o que o trabalhador está fazendo com o seu trabalho vivo em ato, ou seja, com o que ele está implicado? Com a defesa radical da vida do outro ou não e que armas tecnológicas usa para isso e com quem, com que parceiros sabidos.

É a maneira como esse trabalho vivo em ato – que é intercessor, pois só ocorre ali no ato do encontro com o outro – maneja com seu agir a tecnologia leve, as dimensões tecnológicas leve-duras e duras, colocando-as em certas direções e não outras, dando-lhes um sentido ético e político, que define os modos de cuidar como configuração tecnoassistencial.

Já o usuário entra nesse processo realizando uma disputa para que o trabalho vivo em ato, de fato, aponte para a produção de mais vida em si, procurando dar certo sentido para ele, direcionando-o em função dos seus problemas e sofrimentos existenciais. O usuário

disputa isso atrás da preservação ou enriquecimento das suas redes de conexões de vida, no seu mundo. O usuário quer dar certos usos desses encontros e não outros.

O usuário introduz suas perspectivas para o trabalho em saúde e modos estratégicos de agir, pois saber conectar-se com isso, ou seja, com o agir do trabalho vivo em ato do trabalhador, faz toda a diferença na construção das práticas de saúde.

O usuário atua no mundo do cuidado e disputa o sentido do trabalho vivo em ato do trabalhador de saúde

Como dizíamos, o usuário disputa o sentido e a direção para onde aponta o trabalho vivo em ato no campo da produção das práticas de saúde. E faz isso visto que é altamente interessado no manejo que ele pode permitir da complexa rede de construção existencial de si, de modo individual e coletivo. Sabe, pelo seu agir-usuário, que as muitas formas de configurar as ações tecnológicas podem lhe favorecer em termos da defesa da sua vida como singularidade ou não, transformando-o ou não em simples objeto de uma ação sobre ele, como o modelo centrado em procedimentos faz hoje em dia.

Ele sabe se as relações que são construídas para a produção de procedimentos trabalhadores de saúde centrados lhe favorecem ou não. De alguma maneira, dá ou não escuta para o que o trabalhador lhe sugere e, se isso não o satisfaz, “corre atrás” de outras portas, para se submeter à chance de ser cuidado e considerado em suas necessidades singulares.

Nesse movimento, vai construindo caminhos próprios que são verdadeiros movimentos nômades, mas que expressam suas formas de lutar por si e de disputar o manejo tecnológico dos seus modos de viver, atrás da manutenção ou enriquecimento desses modos, sentido último do que poderia ser a noção de saúde para ele.

Digamos, nesse instante, que nós também sabemos disso tudo, pois o nosso agir-usuário em nós trabalhadores nos ensina isso o tempo todo.

O saber-usuário opera com uma inteligência que nos municia da noção que viver é produzir relações empáticas com os outros, pois isso nos biopotencializa, ou seja, temos de alguma maneira a atração por esses tipos de afecções e “fugimos” daquelas que nos “entristecem”, pois as sentimos como despotencializadoras. Mas sabemos que isso não é simples de ser construído nos nossos modos de viver e, muitas vezes, não conseguimos usufruí-lo por si.

Entretanto, criamos como usuário essa expectativa quando nos localizamos no mundo do trabalho em saúde e apostamos tudo para que nesse mundo as ações que aí são construídas e ofertadas sejam biopotencializadoras. Mesmo sem teoria nenhuma, temos certa noção de que o modo como o outro me acolhe, conversa comigo, fica preocupado e interessado no meu modo de viver, e assim por diante, faz a diferença na construção do agir em saúde.

Sabemos de alguma forma, como usuário, se o trabalho vivo em ato do outro, o trabalhador, está ou não ao nosso favor. Por isso, como usuário, sempre estamos desconfiados, na espreita. Testando e agindo. Pois essas são nossas formas de disputar esse trabalho que definem todo o conjunto dos outros, na saúde. Mesmo não sendo tão sabidos nos saberes das profissões da saúde, nós usuários sabemos para onde nos seus agires eles apontam. Isso é, em essência, se eles apontam para defender a nossa vida ou não.

Estamos afirmando, aqui, que as implicações de cada um nos seus agires explodem de modo muito interessante quando vistas sob o mundo do usuário e suas apostas. O mundo desejante de cada um está na implicação em “carne e osso” e não pode ser escondido.

Não são poucas as experiências no cotidiano dos serviços de saúde que podemos ver essa luta aguerrida, que muitas vezes leva certos usuários ao confronto explícito com os trabalhadores por achar que não estão se interessando pelos seus problemas e muito menos os ajudando a entendê-los.

Em uma de nossas pesquisas, vimos uma mãe dizer para uma equipe de saúde que eles não entendiam nada do seu filho. Pois ele, antes de ser um doente, era uma criança; e ela, antes de ser uma técnica-cuidadora, era a mãe. E, a partir dessa perspectiva, disputava com a equipe o modo de cuidar do seu filho no dia a dia da sua casa.

Repensar a formação em saúde, desaprendendo no agir da educação permanente

Para começar a conversa sobre essa questão, vou retomar vários conceitos que venho apresentando neste material, pois creio que facilitam a continuação dela na direção de uma reflexão sobre a formação do trabalhador de saúde. A seguir, posiciono algumas sínteses:

- Para uma ação coletiva, o que conta é a construção comum das implicações, e não dos discursos e dos saberes. Por exemplo, é no meu agir que me coloco no mesmo campo de ação do outro. Assim, em uma equipe de saúde, o que importa é o quanto na ação cada um reconhece e faz do outro, na diferença, um legítimo pretendente a uma vida mais digna, além de um enriquecedor de mim no encontro;

- O campo da saúde, lugar de encontro permanente na promessa da produção de uma vida mais qualificada, tem como uma das suas expressões de disputa central que apostar na produção de mais vida na diferença implica o entendimento da saúde como construção cada vez mais múltipla de redes de conexões existenciais, sempre tensas entre o individual e o coletivo em si;
- Assim, a construção de vidas clones, só prisioneira de grandes grupos identitários, é a própria morte do viver;
- No campo da saúde, os trabalhadores contam com três tipos de agires tecnológicos que estão sempre presentes em qualquer ação de saúde: os direcionados pelas tecnologias duras, das máquinas; as tecnologias leve-duras, dos saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia; e as tecnologias leves, que são as relacionais produzidas nos encontros, no entre;
- Nesse campo do agir produtivo das tecnologias leves, podemos nos ver diante das implicações dos nossos próprios investimentos desejantes e o quanto somos paradoxais em relação a isso. Muitas vezes dizemos que o outro não tem valor, mas colocamos toda a nossa energia para cuidá-lo, junto com os outros com quem trabalhamos. Outras vezes, falamos que o outro é tudo para mim, mas no nosso agir nos desimplicamos de defender sua vida;
- Disso, podemos tirar boas conclusões de como o mundo do trabalho é chave para refletirmos sobre a nossa formação como trabalhador. O mundo do trabalho é uma escola por excelência e aí se funda o princípio da educação permanente;
- Por último, não há estratégia de poder que consiga controlar as decisões que se tomam no campo das tecnologias leves e essas são os lugares centrais para fazer da vida do outro algo rico em mim ou algo a ser negado. Nesse lugar, cada um é plenamente poderoso e responde por sua implicação.

Por isso, temos a noção de que cada coletivo ou mesmo trabalhador tem um grau de liberdade para exercer o seu trabalho vivo em ato, apesar de parte do seu trabalho ser capturada pelos saberes já dados e pela organização material de certos processos produtivos.

Dentro disso, conceituamos que o encontro entre trabalhador e usuário é um acontecimento aberto para caminhos não completamente previsíveis, já que tanto o trabalhador como o usuário são portadores de forças e poderes que se colocam em jogo no ato do encontro. Esse lugar, onde de modo imanente o poder circula e se exerce, é o campo da micropolítica e, no caso da saúde, é de modo privilegiado o lugar de circulação e exercício do trabalho vivo em ato.

Daí para pensar o tema de que a sua liberdade é a construção da minha, de que a sua diferença me enriquece e de que a produção da saúde é a construção de redes de conexões existenciais cada vez mais ricas é central. No dia a dia da produção do cuidado, se ficarmos atentos, vamos verificar que os trabalhadores de maneira individual ou em trabalho coletivo vão vivenciando situações dos mais variados tipos, positiva e negativamente.

Com isso, podemos criar mecanismos do próprio trabalho coletivo e cooperativo, para proporcionar processos de conversas coletivas sobre as vivências dos agires e o que aprender com elas, ou seja, como tomar minha própria ação, junto com outros e sobre os outros, elemento pedagógico de transformação da minha própria prática.

Nessa sequência, o tema da educação permanente é um componente-chave na composição das próprias apostas para a gestão do cuidado, em certos coletivos e organizações de saúde, como elemento que possibilita criar situações que permitem mudar os processos de trabalho na medida em que os problematizamos com nosso próprio fazer, no seu acontecer coletivo. Para mim, inclusive, é um dos componentes fundamentais nas nossas caixas de ferramentas, nos trabalhos que fazemos com as equipes de saúde, ali no dia a dia do trabalho em saúde.

Como a questão da micropolítica, a educação permanente é um campo de ações que não tem lugar para acontecer, ocorre onde há processos produtivos e, portanto, também no campo das intervenções comunitárias, bem como no interior dos serviços de saúde, com a vantagem que no terreno comunitário há um deslocamento das relações de poder, ao descentrar dos serviços que são nuclearmente mais territórios organizacionais dos trabalhadores do que dos usuários.

Com a possibilidade de dobrarmos os nossos agires sobre nós mesmos, como um efeito pororoca do mundo do trabalho, podemos interrogar nossas implicações nesses agires e procurar desaprender os modos de agir autocentrados como trabalhador. Em específico, temos que desaprender que a fala do usuário não é muito relevante, que ele é um mero objeto das nossas ações e sapiência científica, que as muitas vidas que ele vive pouco importam, pois são carregadas de muita subjetividade, que as práticas de saúde que não pertencem a nenhuma das profissões, mas a todas, como a produção do acolhimento, são práticas secundárias.

Abrir-se para o movimento de se ver afetado pelo o que nos próprios fazemos deve emergir de forma clara nesses momentos e pode ser definitivamente vivido pela resposta que temos diante da pergunta se seríamos usuários dos nossos próprios modos de cuidar.

Para ajudar nas questões complexas que este texto abre, sugerimos ler outros materiais.

Do próprio autor, pode-se encontrar uma quantidade importante de textos disponibilizados no site: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Entre eles, recomendamos o texto: Engravitando as palavras, de 2005.

Outras sugestões

Barros, ME. Trabalhar: usar de si – sair de si. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu (SP), v. 11, n. 22, p. 355-357, maio/ago. 2007.

Cecílio, LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu (SP), v. 11, n. 22, p. 345-351, maio/ago. 2007.

Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, RA. (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. p. 113-126.

Ceccim, RB; Merhy, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu (SP), v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

Ceccim, RB; Ferla, AA. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: Pinheiro, R; Mattos, RA (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2005. p. 253-266

Ceccim, RB; Feuerwerker, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

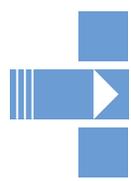
Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 2011;7(1):9-20.

Feuerwerker, LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: Marins, JJN.; Rego, S.; Lambert, JB.; Araújo, JGC. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

Merhy EE., Feuerwerker LM e Cerqueira, P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado in Franco TB (Org.) *Afecções e semióticas do cuidado*. São Paulo: Hucitec, 2010.

Rocha, S. A pedagogia da roda. *Boletim Espacio para la infância*, Haia (Holanda), n. 13, p. 24-29, 2000.

Teixeira, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R; Mattos, RA de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; Abrasco, 2005. p. 89-111.



As desventuras de público no país dos privados

Giovanni Gurgel Aciole²⁸

Colocando o problema...

O Brasil é um país continental. Este quase lugar comum tem sido menosprezado, principalmente quando se trata de considerar as dificuldades e empecilhos para a implantação de políticas de Estado acessíveis a totalidade dos brasileiros. Uma de suas características mais marcantes, a nosso ver, e que constitui obstáculos determinantes, é a complexa estrutura epidemiológica e sanitária brasileira e as enormes desigualdades macro e microrregionais, com interfaces econômicas e sociais as mais diversas.

Apesar de todas as dificuldades, desafios e problemas a enfrentar, temos avançado em setores cruciais como a saúde. Este avanço tem consolidado uma agenda ético/política na estruturação do Sistema Único de Saúde, responsável pela garantia do atendimento à saúde para cerca de $\frac{3}{4}$ dos brasileiros, enquanto o $\frac{1}{4}$ restante tem a possibilidade de ser atendido pelos chamados planos privados de atenção a saúde, embora não sejam excluídos da cobertura e do acesso pelo sistema estatal (ACIOLE, 2006a).

Conforme previsto no texto constitucional de 1988 em seu artigo 198 - suas ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e aberto a participação popular. Segundo a Lei 8.080/90, o controle e avaliação das ações e serviços de saúde seriam (são) de competência comum dos gestores federal, estadual e municipal, cabendo a cada um a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, no seu âmbito político-administrativo. A referida lei definiu, ainda, competências específi-

²⁸ Graduado em Medicina (UFPb, 1994) e em Filosofia (UFSCar, 2011). Médico Sanitarista e Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Universidade Federal de São Carlos.
E-mail para correspondência: giovanni@ufscar.br.

cas de controle e avaliação para cada gestor, considerando o papel diferenciado que cada esfera assume no SUS.

Vinte e poucos anos depois da promulgação daquela Lei, podemos registrar a existência de uma rede de serviços composta por seis mil estabelecimentos hospitalares, com mais de 44 mil leitos disponíveis, e cerca de sessenta e três mil unidades ambulatoriais. Rede, cuja produção anual tem apresentado ritmo crescente e atingiu a marca anual de aproximadamente doze milhões de internações, hum bilhão de procedimentos de atenção básica, cento e cinquenta milhões de consultas médicas etc.

O desempenho do sistema de saúde na área de transplantes faz do Brasil o segundo país no mundo neste tipo de procedimento, além de reconhecido internacionalmente pelo seu desempenho na atenção à área de DST/AIDS, garantindo atendimento universal; pelos altos índices de cobertura vacinal e o atendimento relativo à atenção básica.

Entretanto, a implantação efetiva de um sistema com essa ambição e complexidade exige uma organização que enfrente um conjunto crescente de dificuldades determinadas pela resistência dos interesses contrários a esta proposta. Estes interesses contrários se manifestam quase que diariamente na mídia e em torno dela a denunciar o setor saúde em suas falhas existentes, mas de um modo que, concomitantemente, enuncia a iniciativa privada como a única solução para os problemas e as imperfeições do sistema de saúde.

O que interessa a todos nós, defensores de um sistema público de saúde, é seguir enfrentando este movimento permanente de reafirmação do convencional e do status quo, que aponta especialmente a incapacidade do Estado em dar conta da tarefa de cuidar da saúde, e afirmando a supremacia do mercado, diga-se setor privado, como o lugar por excelência onde tais resultados devem acontecer, coloca uma forte carga ideológica, que separa público e privado como se fossem incompatíveis (ACIOLE, 2006b).

A partir destas considerações introdutórias, podemos abraçar um pressuposto como evidente: que existem dois modelos de atenção à saúde em disputa. Embora essa disputa tenha assumido a aparência de uma harmoniosa convivência entre eles. Temos que refletir na principal dificuldade a superar que é a disputa ideológica existente entre os valores sociais atribuídos àquilo que é do governo, do Estado, e àquilo que é particular, privado.

Disputa ideológica que reflete, e é refletida nos avanços, dificuldades e retrocessos que experimentamos na consolidação de uma política pública como o SUS, aqui e ali bombardeado pela mídia como ineficiente e repleto de práticas corruptoras e perdulárias, ao passo que paira um enorme silêncio sobre os problemas e ineficiências que também o setor privado possui.

Deste breve intróito, apresentam-se algumas perguntas: porque persistem tantas reservas a ação do Estado? E porque, mesmo entre nós, defensores do SUS, persistem dúvidas sobre distinguir os interesses públicos ou privados que vivem e prosperam na saúde? Afinal, o que permite diferenciar o público do privado, para além de suas imediatidades e aparências? Como entender as dificuldades apontadas para o setor público dos serviços

de saúde, se não são exatamente ‘naturais’? Existe mesmo uma supremacia das ações no âmbito privado que as fazem mais eficazes e eficientes do que as do setor público?

Enfim, mais do que uma conversa sobre as relações entre os sistemas de saúde, suas práticas gerenciais e os mecanismos de privatização/publicização da gestão e da atenção à saúde, convidamos o leitor, neste texto, a percorrer a trilha da distinção conceitual entre o que é *público* e o que é *privado*, em busca de elaborar elementos com que construir respostas àquelas e outras dúvidas e dificuldades em relação a esta dupla..

O que é público? E o que é privado?

Karl Marx deixou dito, num dos seus escritos, que as palavras engravidam. O que ele quis dizer é que elas adquirem sentidos conforme épocas e circunstâncias históricas e conjunturas sociais específicas e, portanto, podem carregar significados cambiantes e mutáveis. Em vista disso, abre-se espaço para que as palavras comportem diversos significados de uso, o que faz delas palavras polissêmicas.

Tal é o caso da palavra *público*. Basta pensarmos em alguns dos seus usos costumeiros, para entendermos a riqueza, tanto quanto a dificuldade que temos diante dela para *compreender* exatamente seu significado. Assim, na expressão “*o público do jogo de futebol*”, bem como na alusão “*recepção pública*”, e finalmente na locução “*saúde pública*”, fica nítida esta noção de polissemia, porque a simples leitura das expressões já denuncia que o adjetivo público em cada um delas possui um significado diferente.

Na primeira delas, o público de um espetáculo, de uma partida de futebol ou assemelhados se refere ao conjunto de assistentes ou expectadores, isto é, ao conjunto de indivíduos ‘*particulares*’ que pagando ingresso ou tendo recebido um convite assistiu ao espetáculo referido.

Na segunda, recepção pública se refere a eventos em que, quase sempre, um coletivo restrito de convidados ou autoridades somente, teve acesso e dela pode participar, isto é, ainda um conjunto específico de *particulares*.

Já na terceira expressão experimentamos uma dificuldade maior para responder ou entender o que ela quer dizer. Afinal, o que entendemos por *saúde pública*? Pela expressão podemos imaginar que queira dizer algo que seja, é de interesse de todos; ou queira dizer de um coletivo suficientemente expressivo em termos de tamanho ou de influência, como é pública a situação do enorme contingente de diabéticos e hipertensos, ou usuários de crack, ou portadores de HIV/AIDS. E mesmo essa multidão de acometidos carrega dentro de si o anonimato que impede sua individualização como indivíduos particulares. É o

público constituído de privados, mas a capa que recobre estes de um necessário silêncio e ocultamento.

Coletivo faz referência a um conjunto de indivíduos que, no caso, apresentam uma situação comum a todos. Isto também quer dizer que embora coletiva, a saúde se vive e se percebe, ou mesmo é produzida na solidão individual de cada corpo humano.

Mas também podemos entender, e frequentemente pensamos assim, que saúde pública é tudo aquilo que é produzido ou de responsabilidade do governo, do Estado. Seja lá como for, esta primeira duplicidade já permite vislumbrar que temos certa dificuldade em apreender exatamente o que a expressão quer dizer, e por isso, acabamos ficando com suas duas definições.

Saúde pública é, a um só tempo, tudo aquilo que diz respeito a todo mundo ou a muita gente e também aquilo que é de responsabilidade do governo ou do Estado. Em quaisquer dos casos, saúde pública é um objeto que diz respeito aos interesses individuais de cada um dos afetados ou não-afetados por ela, tomados numa dimensão de maioria ou de magnitude em seu conjunto.

Ao Estado foi sendo associada, historicamente, a noção de que representa o público, está imbuído dos interesses coletivos. É o seu espaço existencial. Esta associação é fundamental para pensarmos nas conseqüências que têm para o governo, enquanto agente operativo do Estado (os outros agentes são o parlamento, que é agente legislativo, e o judiciário, que é agente normativo e reitor jurídico do Estado) em dar sentido àqueles significados, ou seja, executar uma ação que seja para todos, ou para a grande maioria, e ao mesmo tempo, nesta responsabilidade não se comportar como se fosse um agente particular, ou seja, não se colocar de 'fora' ou 'além' dos efeitos e das dificuldades em executar tal tipo de política.

O que faz com que o sentido da ação estatal seja confundido inteiramente como se fosse público? Entendemos que não necessariamente porque, como podemos deduzir das significações emprestadas à palavra *público*, esta é um conceito carregado do seu oposto, o *privado*. Mais adiante, vamos poder considerar de perto a oscilação que o ente Estado pode carregar para a palavra *público* e *privado*, em suas polaridades específicas.

Afinal, vista sob qualquer ângulo com que se a examine, *público* transporta consigo a noção dos *privados* que a compõem, na exata medida em que algo *público* é um algo constituído de elementos *privados*, isto é, de particulares.

Entendemos, portanto, que interrogar os sentidos de *público* é interrogar, direta e indiretamente, os sentidos de *privado*. E esta relação é siamesa, pois vincula estes conceitos tanto quanto os confunde. E mais, permite que usos e práticas significadas por aquelas palavras possam ser confundidas e misturadas na vida cotidiana, em que algumas funções e setores são claramente definidos como públicos, isto é, próprios a ação estatal (saúde, educação, segurança e transporte, por exemplo) e outros são definidos como mais propícios a ação privada (comércio, indústria, consumo etc).

Na elucidação da simbiose conceitual e nos mecanismos de confundimento com que se mesclam *público* e *privado* podemos nos valer de duas dimensões predominantes com que estudar e entender os elos vinculantes entre as duas palavras. Trata-se das dimensões econômica e política que as vinculam, tanto quanto as dissociam.

Na primeira dimensão, um autor fundamental a esclarecer e distinguir os dois termos é Karl Marx. Este filósofo alemão estudou e esclareceu os mecanismos envolvidos na exploração do *público* pelo *privado* à medida em que, segundo ele, no capitalismo se afirma um modo de produção que consiste, essencialmente, na extração da mais valia do trabalho de um conjunto de trabalhadores pelo seu feitor, o capitalista. Isto é, ocorre uma apropriação privada dos esforços de um público de trabalhadores. Apropriando-se do excesso representado pela diferença entre o que paga pelo trabalho medido em horas ou em tempo, e o custo necessário à produção dos bens, o capitalista nada mais faz do que *privatizar* o resultado do esforço coletivo, portanto *público*, do conjunto dos seus empregados.

E mais, Karl Marx identificou os mecanismos complementares mediante os quais, se produz no conjunto das forças sociais uma tripla alienação, a ponto de cindir os indivíduos numa dupla identidade: a de cidadãos, tanto quanto a de burgueses. Para os primeiros, o capitalismo se faz legitimar pela outorga e reconhecimento de direitos legais, como igualdade e liberdade, por exemplo, enquanto na outra ponta, alimenta as engrenagens da diferenciação e da desigualdade que faz com que nem todos possam ter padrões burgueses de consumo e de acesso a bens e serviços.

Configura-se, assim, para Marx uma situação em que frente ao céu idealizado dos direitos outorgados formal e juridicamente, se vive o inferno cotidiano do desencontro entre necessidades vitais e condições de satisfazê-las. E esta é a contradição que reúne a dimensão *pública* da afirmação dos direitos para todos, em sua forma jurídica, tanto quanto admite ou propicia a impossibilidade econômica de seu gozo por cada um, isto é, sua ótica *privada*.

Esta é a contradição intrínseca da sociedade capitalista, que explora a dimensão individual dos interesses, vontades e necessidades tornados comuns, ao passo que realiza a ficção da igualdade e da liberdade de ação pela norma jurídica e enquanto fruto da esfera política. E esta acaba, sendo, todavia, a justificativa moderna para a existência do Estado, enquanto organização que se encarrega de assumir as funções de defesa dos interesses comuns ou majoritários, entendidos e nominados como necessidades sociais.

A dimensão política, como o elemento definidor de direitos e de elaboração das normas que ordenam o funcionamento social, faz referência a sua origem como palavra derivada de *pólis*, isto é, da organização gregária dos homens que, desde muito cedo, tomou a forma de cidades, ou burgos, de onde derivam duas outras palavras importantes: burgueses e cidadãos.

Significam, ambas, moradores de cidades. Mas a primeira se associa, desde Marx pelo menos, a dimensão individual, privada e liberal, dos habitantes da cidade enquanto sujeitos autônomos e instituintes de uma vida em coletivo. Quanto à segunda, alude à validação coletiva necessária à normatização de regras de condutas, procedimentos e direitos, naquilo em que se reconhece a cidadania, isto é, o estatuto do cidadão.

Ou seja, a cidadania é a responsável pela pletera de ações políticas, institucionais e formais garantidoras dos direitos de todos. E este estatuto foi inaugurado com a Revolução Francesa no século XVIII. Desde então não cessou de vincular suas garantias à existência de um poder comum que, substituindo o velho regime, dotou o Estado de funções cada vez mais amplas e diversas.

Na condição moderna, ou pós-moderna, a cidade deixou de ser um lugar habitado por servos, proprietários ou produtores, e se constituiu como um reduto habitado por indivíduos, plenos de liberdades políticas, direitos sociais, e características subjetivas. Isto é, indivíduos particulares com iguais direitos à saúde, a educação, ao lazer, ao trabalho, mas com desiguais condições de obtê-los por meios próprios.

Ao reunir os homens em uma dupla dimensão, a de burgueses e de cidadãos, a cidade adquire dimensões que constituem, na verdade, o elemento estrutural em que trafegam todas nossas angústias, contradições e dificuldades em fazer com clareza a distinção entre as soluções públicas e as necessidades individuais ou privadas. Isto é, habitam em nós, as contradições inerentes a nossa dimensão burguesa, que nos arrasta ao exercício da individualidade e do privado; e direitos e afirmações coletivas que nos implicam na busca e obtenção dos sentidos da vida em comunidade.

Frente a esta questão - a dupla dimensão da vida cotidiana dos homens em coletividade - encontramos contribuições e formulações políticas que vão das mais liberais às mais estruturais, das reformistas às revolucionárias, das formalistas às idealistas.

Nenhum deles, no entanto, parece ter se inclinado com tanta vontade à polarização ou ao reducionismo como nos parece ter sido a tendência do debate até o momento, que faz o Estado ser pensado como o *público*. Ou seja, o Estado é colocado aquém e acima da dimensão coletiva dos indivíduos singulares tomados enquanto seu grupo maior, a sociedade civil.

Se a primeira se associa a noção de território dos privados, ao segundo, quase sempre é apontada uma impossibilidade ou mais exatamente, sua noção como espaço do público, mesmo que de forma insuficiente, ineficiente e imperfeita. Sociedade Civil e Estado são colocados, assim, em polaridade antagônica, quando deveriam ser vistos como interdependentes e reciprocamente influenciados. Ou seja, da sociedade se constrói o Estado e não vice-versa.

Esta construção recíproca é sempre dinâmica, tensa e polarizada. Assim, em momentos recentes da história política, local e mundial, já prevaleceram as teses de que o Estado é um agente aberrante a intervir na tendência harmônica ou homeostática que a sociedade civil tende a encontrar. Assim, deveria se ausentar ao máximo da agenda social. É a concepção de Estado mínimo, restrito apenas a funções reguladoras, e garantidor da ordem e da normalidade constitucional. Verdadeira agência gerencial.

Na outra ponta, o Estado é visto como agente impulsionador e equacionador de um dinamismo social que, por ser tenso e contraditório (veja a base econômica capitalista que

produz expropriação de vários por um só), produz desigualdades e assimetrias. O Estado, assim pensado, deveria atuar muito mais do que como um gerente, e ter papel ativo na indução de políticas de ajustamento social, ampliando oportunidades, fomentando mudanças e estimulando o crescimento e o desenvolvimento com justiça social.

Duas tendências da ciência política explicam estas posições para o par Estado/público – Sociedade/Privada. A primeira, da perspectiva liberal, toma a dimensão pública como sendo um correlato natural dos princípios da individualidade ‘natural’. Assim, para esta posição, a solução estatal é tão potencial e necessária quanto a concomitante afirmativa da liberdade individual. Ambas convivem e são complementares, como partes que participam do todo. Mas o individual deve ter supremacia sobre o coletivo: o privado é fundante, o público é contingente.

A outra concepção, de base corporativista, é mais próxima das formulações teórico-críticas, cuja vertente mais elaborada é a concepção leninista quando aponta o que fazer para organizar a sociedade a partir do Estado. Vertente cuja experiência histórica mais visível é a do estado alemão bismarckiano, que forja um pacto social dirigido a partir do poder de polícia estatal como condição de ordenamento do social pela burocracia e pelo aparato jurídico/normativo.

Em resumo, a construção histórica do significado de público em ambas as vertentes produziu a associação dos sentidos de comum e de coletivo à palavra *público* e com esta empresta valor a um agente organizacional específico. Este agente é o Estado imbuído de várias funções – entre as quais o de garantidor da ordem e da segurança e de agente dos interesses coletivos – que fica sendo visto como se representasse, por si só, de forma prática e emblemática o que é *público*, ou o que dá quase no mesmo, o que constitui o interesse público. O fato a destacar é que esta função é de representatividade. Não faz necessariamente do Estado o único agente público, porque o protagonismo individual de cada um na sociedade permite arranjos e organizações que também interferem no cotidiano comum.

Assim, para contornar em parte esta dificuldade de confundirmos o que é público com o que é do Estado, adotaremos uma distinção. Doravante deveremos chamar de *estatal* o que constitui ação ou escopo do Estado para a diferenciarmos daquilo que até aqui queremos entender como sendo *público*.

Mas, para melhor compreendermos a importância daquela dupla intenção ética e política que a reforma sanitária defende, vamos precisar mesclar com um pouco de história da saúde. Estratégia que ajuda-nos a revelar como o Estado pode cumprir um papel que o representa, mas não significa necessariamente respeitar os interesses mais amplos da sociedade a que governa.

Na verdade, apesar dos seus quinhentos e poucos anos de história oficial, o Brasil não experimentou nenhuma ação *pública* no que se refere à saúde de seus habitantes até o começo do século XX. Típico caso de uma sociedade civil insipiente, de matiz colonial e escravagista. A assistência à saúde era estritamente *privada*, isto é, somente possível àqueles que podiam pagar do seu próprio bolso ou faziam parte dos estamentos do poder.

Esta situação só começa a mudar nos primeiros anos da República com o que ficou conhecido como a *Liga do Saneamento*, cuja cartilha apregoava a necessidade da educação em massa para difundir as primeiras medidas de higiene e de melhoria da saúde pública. De modo concreto, tal movimento vai, por exemplo, instituir a ação saneadora da vacina, levada a cabo na campanha de erradicação da febre amarela por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e nos demais portos brasileiros. Exemplo de uma ação mais próxima do modo policial que revestia a relação Estado X Sociedade.

Ao longo destes pouco mais de cem anos, às ações de educação sanitária e vacinação foram sendo incorporadas outras como o controle de doenças prevalentes, vigilância epidemiológica e sanitária, reunindo o leque de atividades comumente reconhecidas como específicas daqueles lugares que todos costumamos apontar como sendo da saúde *pública*: as unidades de saúde, depois unidades básicas de saúde e, atualmente, as unidades de saúde da família. Unidades a que a população, num misto de carinho e talvez de crítica inconsciente, chama de ‘postinhos’.

Enquanto isso, a assistência médica *privada* que sempre esteve presente em nosso país. O que esta forma *privada* de garantir assistência a saúde só ganhou, ao longo dos anos, foi musculatura e ossatura, particularmente no seu descolamento deste o consultório para o hospital, e deste para a organização de várias modalidades empresariais de prestação de serviços de assistência a saúde.

Importante lembrar que no período do chamado milagre econômico brasileiro, em que a nossa economia crescia a índices do que hoje se chama de tigres asiáticos, os ditadores militares implantaram uma política de fomento a ação social, financiando a construção de hospitais a fundo perdido. Isto é, empréstimo de dinheiro do governo sem necessidade de devolução ou pagamento futuro. Com isto multiplicaram pelo solo nacional a oferta de leitos hospitalares de forma tão desmedida quanto concentrada nas capitais dos estados, e nas regiões mais ricas do país.

O processo histórico de construção de uma saúde *pública* tem a marca de uma dicotomia importante. De um lado, aquilo que foi sendo saudado e reconhecido como a parte *pública* da saúde foram suas ações de prevenção e proteção específica, marcadas pelos núcleos teórico e práticos da educação sanitária e da prevenção/promoção. E tendo como seus sítios de eleição as chamadas unidades básicas de saúde. De outro lado, a parte *privada*, marcada pelo fator tecnológico dos avanços da medicina, das descobertas científicas e da produção de novos fármacos e instrumentos, com custos crescentes e alojada em edifícios vistosos, dotados de diversos aparatos, o hospital, a que foram sendo associados os valores de eficiência, eficácia e efetividade.

Para o caso, foram sendo separadas ações que deveriam andar sempre juntas: promoção e prevenção separadas do diagnóstico e tratamento, atenção individual da atenção coletiva, práticas assistenciais de práticas promocionais. E esta separação foi se efetivando na existência de duas organizações distintas: as ações de responsabilidade do Estado levadas a cabo como ações de *saúde pública* e as ações *privadas* ou particulares, levadas a cabo por sujeitos e organizações não-estatais, isto é, de fora do Estado.

É neste cenário de duplicidade e dicotomia que a partir das últimas décadas do século passado, vai se constituir um movimento de reforma, conhecido como Reforma Sanitária, com uma pauta de mudanças que visa reconstituir o verdadeiro significado da palavra público para a organização do setor saúde. Trata-se, na verdade, de um duplo de reformas: reformar o Estado, para torná-lo público, como agente de um conjunto de direitos sociais tornados políticas, isto é, como permeável as injunções emanadas da sociedade civil; e reformar a Saúde, para torná-la radicalmente pública, isto é, acessível a todos como um direito e não um privilégio de poucos.

Esta Reforma implica na construção de um sistema nacional de saúde verdadeiramente *público* e para o *público*, isto é, que realize a integração das práticas num todo organizado e funcional e que integre os diversos equipamentos e unidades do sistema num conjunto harmonizado e integrado administrativamente em uma gestão único. Por fim, para a constituição do verdadeiro sentido de público, o sistema deveria ser 'aberto' à participação dos cidadãos/usuários, na forma de conselhos deliberativos com presença de metade de seus integrantes.

A maior parte do ideário contido nos pressupostos e preceitos da chamada Reforma Sanitária foi incorporado a Carta Constitucional de 1988, pela Assembléia Constituinte. Dizemos a maior parte, porque enquanto representantes das forças sociais em atividade no plano político, os parlamentares mantiveram no texto constitucional o reconhecimento de que havia uma parte das ações de saúde *pública* (*não confundir com Estatal*) que eram objeto de organizações privadas, e reconheceram estas iniciativas como legalmente livres e permitidas. Assim, o texto constitucional acabou carregando a contradição (entre outras, inclusive de manter incólume o centralismo da política fiscal e tributária) de definir a saúde com dever do Estado, mas reconhecer a possibilidade de que a assistência à saúde fosse prestada pela iniciativa privada.

No fundo, podemos entender que se trata do reconhecimento efetivo de que acabavam por existir, e ainda existem, em nossa realidade, dois sistemas opostos em suas ideologias e fundamentos, mas complementares no sentido de que parte das ações de saúde definidas no contexto ético-político de integralidade e qualidade de vida está concentrada na esfera estatal, ao passo que parte das ações – notadamente aquelas de médio e alto custo – estão concentradas na esfera privada.

Em suma, desde a definição da saúde como direito constitucional e da criação do SUS em 1990, a política de saúde não deixou de assistir a momentos de disputa em que ora predominou uma tendência voltada ao enfoque mais privado, ora predominou uma ação política mais enfática na defesa da natureza essencialmente *pública* que o sistema de saúde precisava assumir. Esta luta ainda não se definiu e decerto tão cedo se definirá, mas por meio dela, podemos começar a compreender o debate em torno das soluções administrativas e de gestão propostas.

No caso mais próximo de uma concepção de Estado mínimo, desprovido da defesa ampliada do interesse *público*, a transferência da gestão dos sistemas e/ou de suas unidades para um molde organizacional chamado de terceiro setor, em que preponderam as orga-

nizações sociais (O.S.) ou organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), que encontram guarida e lugar naquelas proposições políticas em que o Estado transfere a gestão do sistema de saúde para estes ‘terceiros’. Ela também veio acompanhada de um conjunto de amarras, suportadas ideologicamente pela noção de que o Estado é perdurário e deveria se submeter aos limites legais de uma responsabilidade fiscal (inclusive, aprovada em Lei) mesmo que isso representasse assumir uma inércia ou inoperância profundamente imbuída de uma insensibilidade ou, por que não, irresponsabilidade social.

No segundo caso, que assume para o Estado a concepção de agente *público*, a solução apresentada é a das fundações estatais, supostamente mais garantidoras da transparência de gestão e permeáveis às injunções sociais por meio de controle externo, segundo seus formuladores, embora presa aos limites corporativos e técnicos de operar no aprimoramento ou reforma institucional, sem ecos com as macro-definições conceituais de políticas setoriais específicas.

Infelizmente, não nos é possível aprofundar aqui o debate sobre as diferenças, vantagens e desvantagens de cada uma delas, mas podemos deixar apontada a grande desventura que ainda é fazer a defesa do *público* num país de *privatas*. Um país onde a consolidação das políticas públicas ainda patina, prisioneira de injunções estruturais ou déficits organizacionais, gerenciais e financeiros, porque predominam, pelo menos na gestão das coisas coletivas, interesses pessoais, corporativos e eleitoreiros de toda espécie.

De todo modo, temos que seguir buscando alcançar a plenitude da dimensão *pública* como marca da ação Estatal e como escopo das políticas para a sociedade.

Em busca do verdadeiro sentido de público

No caso da saúde, em especial, esta busca ganha importância porque, como já sabemos, convivem no nosso país um misto de sistemas de saúde em que se misturam os significados e os sentidos de *público*, *privado* e *estatal*.

Esta busca também é importante porque ajuda a ressaltar a importância ético/política de que se reveste a proposta de um sistema nacional de saúde igualitário, equânime e com práticas integrais como o da proposta do SUS, cuja natureza *pública*, no expresso sentido da palavra, é duplamente fundamental: trata-se de garantir um direito para todos sem distinção, e trata-se de ser uma organização em que todos podem, também indistintamente, dela participar.

Guardemos esta dupla intencionalidade, porque mais adiante a usaremos na argumentação em defesa de que critérios ou categorias utilizar para sabermos identificar e reconhecer uma instituição *pública* porque voltada para o *público*.

Pela potencialidade de suas análises, vamos retomar algumas formulações feitas por Bento Espinosa, filósofo luso-holandês. Para ele, a solução política encontrada pelo contrato social se alimenta forçosamente da potência instituinte que há na individualidade. Mas esta não deve ser vista como a disputa por obtenção de poder. Sua potência instituinte somente se sustenta na afirmação de uma vontade geral, cujo coletivo é o espírito da multidão. Multidão na qual, ao homem interessa a possibilidade de se auto-governar.

Por este motivo, segundo Marilena Chauí (2003a), aquele filósofo só podia conceber o Estado enquanto democracia. Esta concepção radicalmente humanista, no sentido de dotar o homem da condição de ser senhor do seu próprio destino e das suas próprias ações é o que faz a afirmação do vigor e da superioridade da democracia como sistema político imediatamente conectado ao Estado.

O que torna peculiar a solução democrática, segundo Espinosa, é em primeiro lugar, o fato de que nela todos sendo, de direito e de fato, legisladores, cidadãos, súditos e governantes, permanecem com a sensação de serem livres e iguais, como eram em estado natural, e a potência coletiva é absolutamente proporcional ao direito natural, conservando a incomensurabilidade da soberania. Em segundo lugar, porque a democracia é a única forma política capaz de realizar o desejo natural de todos os homens, qual seja, o de governar e não ser governado.

Este desejo natural pode seguir, contudo, dois caminhos instituintes. No primeiro, as instituições são criadas de modo a dar aos cidadãos a aparência de que não estão sendo governados (por isso a exigência da separação entre poder, autonomia e governo, além de um conjunto de disposições institucionais para a ordem e a segurança). Tal modo de agir institui um imaginário social e político que satisfaz parcialmente o desejo natural de governo e conserva a forma política em paz e segurança. Solução mais formalista que real, impõe que o poder e a potência de todos e de cada um ficam delegadas a uns poucos.

Pelo segundo caminho, as instituições satisfarão real e plenamente ao desejo natural, o que só pode ocorrer numa democracia, o que representa o exercício pleno daquela potencialidade que é difusa e universal, isto é, 'natural' a todos os indivíduos sem exceção.

A perspectiva de autogoverno do pensador holandês implica em admitir uma constante transformação, pois do fato de todos pretenderem ser governo, e não governados, resulta um espaço permanente de tensões, conflitos e disputas. O que dá às instituições sociais, entre elas a forma de governo democracia, uma natureza pulsante de contradições e um intenso jogo de negociações permanentes (Chauí, *idem*). Se somos todos agentes potenciais de governo e autogoverno, não se pode admitir como satisfatória qualquer solução institucional, formal, legal ou organizacional em que se solicite que abdiemos do exercício daquela potência, em nome de razões ou ir-razões que sejam.

Isto nos permite vislumbrar dois modos distintos de 'construir' a coisa pública, ou estatal. Aquela mais próxima dos formalismos contratuais, que exclui a dimensão de autogoverno e coloca as instituições estatais como 'fora' dos conflitos e das tensões que sedimentam o

próprio existir social, o que dá ensejo a soluções ‘administradas’ formais ou legais, prontas e germinadas como exercício da razão.

Ou permite pensar na organização como um lugar de potencialidades conflituosas, porque o desejo de todos os homens é o de governarem e não somente de serem governados. E faz delas, as organizações, espaço mutante e construção permanentemente inacabada, contraditória e conflitua, portanto, incapturável pelas astúcias da razão planejante, ou do desejo encarcerado pela norma e pelo regulamento.

Assim seria *pública* uma organização que pautasse seu agir considerando a potência auto-governativa imanente aos atos e ações de todo e qualquer ator social, seja ele um indivíduo isolado, ou o que é mais potente ainda, dos indivíduos organizados em grupos e outras organizações que disputam, o tempo todo, o governo e a governabilidade dos projetos e da lógica organizacional da própria organização. Esta é a verdadeira organização *pública*!

A partir destas duas condições assinaladas – o formalismo das instituições e a perspectiva da sociedade civil como autogovernante da sociedade política – refletimos sobre o caso particular brasileiro em que podemos identificar instituições deformadas (segundo o princípio espinosiano), e aberrantemente afeitas ao formalismo. A este diagnóstico, certamente, podemos somar a peculiar natureza do desenvolvimento social brasileiro, e a trajetória de ação de um Estado predominantemente capturado pelas intenções particulares de uma classe, ou setor social na forma de partido político, agremiação religiosa etc.

É esta condição refletida nas formas imperfeitas, distorcidas, incipientes com que o Estado brasileiro tem gerido seus estabelecimentos e serviços: patrimonialismo, particularismo, privatismo e ortodoxia normativa e funcional estão entre seus elementos, até como denúncia de que o Estado sobre o qual produzimos nossas intenções políticas é um Estado que, a rigor, não existe.

Não se trata aqui de diferenciar cidades, organizações ou sistemas de saúde, segundo este ou aquele modo de pensar, segundo esta ou aquela agremiação partidária ou segundo esta ou aquela forma organizacional, e sim em pensar as possibilidades simultâneas que a cidade moderna nos convida a se inserir. Em outras palavras, pensar no quanto espinosianos podem ser os espaços públicos ou coletivos que estão sendo constituídos; e até mesmo no que eles têm de mutuamente constitutivos. Ou ainda, o que há de proporcional ou concomitante nos aspectos formais ou libertários que as várias dimensões da vida urbana possibilitam ou dificultam, e neste duplo processo dificultam a distinção e confundem uma como se fosse a outra.

É de fundamental importância que possamos construir a diferença em favor da organização da vida cidadina, desde que ela possa radicalizar (no sentido marxiano emprestado à *radicalidade*, isto é, de ir à raiz das questões, dos conceitos e do real) a perspectiva espinosiana de se constituir em termos de um espaço *público* organicamente comprometido com a idéia de autogoverno, poder constituinte da multidão, e impossibilidade democrática que não seja a da idéia da sociedade civil como fundante da sociedade política, e não seu contrário.

É necessário assumir que o poder constituinte emana de fora das organizações de qualquer tipo, e não a partir delas. Por isso, é imperativo que toda organização, estabelecimento, equipe de trabalho ou unidade de saúde, se pense a partir daqueles que, fora dela, são seus verdadeiros instituintes: os usuários.

É da difusão de tal fundamento – a sociedade civil é que funda a sociedade política – e de suas conseqüências práticas - quais sejam, a que os interesses privados e particulares devem obrigatoria e necessariamente se submeter e se fundar no interesse público, e este deve ser permanentemente submetido a controvérsia e ao contraponto da participação substantiva dos indivíduos das organizações civis daquela sociedade – que se pode, a nosso ver, encontrar a chave que abre as portas de acesso a larga avenida do *público* sem a negação do *privado*.

Há também que buscar no *público* que se constitua sempre como um espaço relacional sem alternativa que não a abertura ao contraponto, e o fechamento à opacidade, ao oculto, ao segredo ou a exclusão. Ou seja, quanto mais *pública*, menos conclusa, mais conflituosa, tensa e mutante. Quanto mais *privada*, mais propensa ao acabamento, ao formalismo, aos contornos precisos da objetividade que tudo esconde, elimina, regulamenta e define.

No tocante à saúde, isto significa produção de instituições comprometidas com a produção do comum, abertas ao exame de suas intenções e propósitos pela sociedade, e comprometidas com a produção de trabalho solidário, crítico e socialmente voltado para o atendimento às necessidades coletivas. Portanto, instituições em que o corporativismo, a reserva de domínio do saber e a manipulação informativa não encontrem lugar. Sem falar, em que a grande angústia capitalista do lucro e da extração de vantagens tampouco deixe se ser pensada como uma característica a evitar.

Este é, certamente, o modo como queremos implantar o SUS.

Um sistema de saúde verdadeiramente *público* e para o *público*!

Referências Bibliográficas

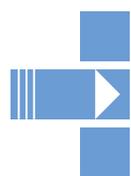
ACIOLE, G.G. *A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec. Campinas: Sindimed, 2006.

ACIOLE, G. G. Uma abordagem da antinomia público-privado: revelando relações para a Saúde Coletiva. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.7-24, jan/jun 2006.

_____. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, n. 64, p. 65-79, 2004.

CARNOY, M. *Estado e Teoria Política*. Campinas: Papyrus, 1994.

CHAUI, M. *Política em Spinoza*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, Cap. V, p. 289-338.



A Trajetória de Embates do Financiamento do SUS

Áquilas Mendes²⁹

Os embates por recursos financeiros para a implementação de uma política pública universal da saúde sempre estiveram muito presentes desde a criação do SUS, em 1988. A história de impasses no financiamento desse sistema não deixou de ser intensa durante os anos 1990 e 2000. E tudo indica que iniciamos a década de 2010 sem resolver os grandes conflitos: a insuficiência e a insegurança de recursos. Essa história de conflitos no financiamento desse sistema não deixou de ser intensa após a aprovação da Emenda Constitucional 29 em 2000. Iniciamos a década de 2010 sem resolver os grandes conflitos, na medida em que a Lei 141/2012 não assegurou novos recursos financeiros para a saúde universal, especialmente por parte da União.

Este artigo analisa os embates que foram presentes no campo do financiamento do SUS, desde a sua criação até o período de regulamentação da Emenda Constitucional 29 em 2012. O artigo está organizado em cinco partes. A primeira parte apresenta a composição do financiamento do SUS e da Seguridade Social, instituído pela Constituição de 1988. A segunda parte traça um panorama da trajetória dos embates no financiamento do SUS, entre o período pós-Constituição até o advento da EC 29. A terceira parte analisa a permanência das tensões no financiamento do SUS ao longo de 8 anos de conflitos entre a proposta de projeto de regulamentação da EC 29, em 2003, até a sua aprovação em 2011. A quarta parte trata de explicitar a continuidade das incertezas do financiamento, mesmo com o projeto de regulamentação da EC29 aprovado, sob a Lei Complementar 141, de janeiro de 2012. Por fim, a última parte apresenta algumas considerações finais em que são relacionadas algumas propostas que podem contribuir para um debate sobre o futuro do financiamento do SUS.

²⁹ Professor Doutor de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Departamento de Economia da PUC-SP.

A composição do financiamento do SUS e da Seguridade Social

É importante destacarmos, de início, que para os novos direitos introduzidos na universalização da saúde e na área da previdência, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social. Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo sistema previdenciário, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporada à receita do Finsocial (atualmente Cofins) para seu único uso.

Com a finalidade de assegurar o financiamento das despesas de proteção social, ampliadas pela adoção da Seguridade Social, os constituintes definiram que o financiamento da Seguridade Social seria realizado “mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) – e o lucro – Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Ficou definido, ainda, na Constituição, que esses recursos da Seguridade Social não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social, compondo um orçamento específico – o Orçamento da Seguridade Social (OSS) (artigo 195). A incorporação das novas fontes Cofins e CSLL também visava tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia.

Ficou disposto, por meio de lei complementar, que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. A esses recursos, de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais, que viabilizassem a implementação desse sistema. A Constituição de 1988 não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social. Em 1997, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujos recursos se somaram àqueles definidos na Constituição. Somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional n.29, estipulando a forma da inserção da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde.

Os constituintes também tiveram o cuidado de definir que as contribuições sociais e os recursos dos entes governamentais seriam de uso exclusivo da Seguridade Social. Porém, o que se presenciou foi que nenhum governo que se seguiu à promulgação da Constituição de 1988 cumpriu esse dispositivo.

A história dos embates: pós-Constituição à EC29³⁰

Na relação entre o SUS e orçamento da Seguridade Social, observa-se um conflito constante pela disputa de recursos ao longo de todos esses anos. O primeiro conflito foi verificado em 1989 e 1990, quando recursos do então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade Social (saúde, previdência social e assistência social). Tais recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União – despesa que não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Ainda que a Constituição de 1988 tenha determinado, em seu Ato Constitucional das Disposições Transitórias (ADCT), que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/PASEP, que é vinculada, deveriam ser destinados à área da saúde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi possível, ao então Ministério da Previdência Social, reduzir o volume desse repasse. A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992.

Não se pode esquecer que para os orçamentos de 1990 e 1991, quando não se tinha ainda aprovado a Lei de Custeio da Seguridade Social, permanecia em vigor o ADCT. Entretanto, nesses anos se estabeleceu uma certa vinculação entre as principais fontes da Seguridade e suas áreas. Ficou convencionado que os recursos da Cofins seriam direcionados, prioritariamente, à saúde e que a receita da CSLL seria destinada, também prioritariamente, aos programas da área da assistência social. Quando a Lei de Custeio da Seguridade Social foi aprovada, sob o n. 8.212, de julho de 1991, ficou reafirmado o disposto na Constituição, isto é, que o conjunto de receitas integrantes do OSS financiaria as ações da Seguridade social, sem vinculação entre contribuições e políticas.

O segundo momento de embate relevante aconteceu em 1993. Parece-nos, importante, ressaltar que esse conflito significa um ponto de inflexão significativo na história dos problemas do financiamento. Isso porque, a partir dele, inicia-se um debate sobre propostas alternativas de financiamento ao esquema que foi estabelecido na Constituição.

Em 1993, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser repassados para a área da saúde. No entanto, apesar do disposto na LDO, não foi efetuado nenhum repasse para a saúde em maio de 1993. A justificativa para tanto foi que a Previdência Social estava apresentando problemas financeiros que, caso as transferências prosseguissem, acabaria por encerrar o ano com déficit. Com a deteriorada situação financeira estabelecida na saúde, socorreu-se aos empréstimos dos recursos do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). A medida adotada pelo governo federal, cessando o repasse para a área da saúde, foi bastante criticada pelas entidades vinculadas ao SUS. De acordo com essas críticas, o governo perdeu a oportunidade de demonstrar para a sociedade que o conjunto da Seguridade Social tinha dificuldades de financiamento e que essas tinham sua origem na Previdência Social.

³⁰ Esta seção apoia-se em Mendes (2005), com seu conteúdo ampliado e atualizado.

As dificuldades financeiras da Previdência Social não cessaram, aprofundando-se nos anos posteriores a 1993, tornando ainda cada vez mais complicado o financiamento da saúde. O fraco resultado da receita de contribuições de empregados e empregadores e o aumento da despesa com benefícios resultaram em modificação estratégica da previdência Social no interior da Seguridade Social. Além de, na prática, ficar definido que as contribuições de empregados e empregadores seriam de uso exclusivo da Previdência, esta passou a avançar sobre as demais fontes da Seguridade Social. Cumpre salientar que quando foi estabelecido o vínculo entre a área previdenciária e as contribuições de empregados e empregadores, nesse terrível ano para a saúde, foi rompido o conceito de seguridade social. A priorização de áreas internas da Seguridade Social é uma ação que conceitualmente se opõe à compreensão do que historicamente se intitulou como proteção social.

É nesse episódio que as discussões de propostas de reordenamento do financiamento são levadas ao Congresso Nacional, e dentre alguns projetos, destaca-se a proposta dos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, sob a denominação de Projeto de Emenda Constitucional 169/1993 – a PEC 169, que buscava vincular recursos financeiros específicos para a saúde. Propunha-se que os recursos destinados à Saúde correspondessem a pelo menos 30% do total dos recursos da Seguridade Social, acrescidas de mais 10% da receita de impostos compreendidas as transferências constitucionais, da União, dos Estados e Municípios. Cabe enfatizar que esse projeto de emenda constitucional foi discutido intensamente no Congresso durante 7 anos, e somente aprovada a vinculação em 2000, sob a denominação de Emenda Constitucional 29. Porém, a emenda aprovada se afastou completamente do conteúdo que havia sido estabelecido na PEC 169. Nada se conseguiu a respeito da vinculação dos recursos da seguridade, apenas dos impostos, como será discutido mais adiante.

Em suma, entre 1989 e 1993, as tensões já eram intensas. Houve, sim, uma certa especialização das fontes da Seguridade Social: os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos da Cofins para a Saúde, da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa forma de utilizar as fontes de financiamento da Seguridade Social teve consequências problemáticas, especialmente para a saúde.

Uma terceira e importante tensão no financiamento do SUS e da Seguridade Social ocorreu em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência, que posteriormente denomina-se Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, intitula-se Desvinculação das Receitas da União – DRU (denominação até o momento mantida). A rigor, ficou definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação: cooperação para implementação das políticas de direitos sociais.

A DRU transforma os recursos direcionados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para contribuir para o superávit primário, defendido pela política fiscal restritiva do governo federal, e por sua vez, a sua utilização em pagamento de juros da dívida pública. A criação desse mecanismo significou, de um lado, o atendimento às exigências

do capital financeiro, e de outro, o rompimento do estabelecido na Constituição Federal, permitindo que o governo federal pudesse contar com parte dos recursos da Seguridade Social, os quais, pela Constituição de 1988, seriam de uso exclusivo. Em outras palavras, possibilitou-se a flexibilização dos recursos do fundo público da seguridade social.

Não é difícil compreender que, a partir de 1995, a piora das contas da Previdência Social e seu impacto sobre a saúde e demais áreas da Seguridade Social foi resultado direto da política econômica do governo Fernando Henrique Cardoso. Ao definir a estabilização econômica como único objetivo a ser perseguido, o governo colocou a economia refém de juros elevados e de uma moeda sobrevalorizada, inviabilizando o crescimento econômico.

Em 1994, defendeu-se a criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), que somente veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Nesse ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais correntes, foi de R\$ 6,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Ao longo dos anos de sua existência, até 2007, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento corresponde a cerca de 30%. Contudo, o seu novo volume de recursos não significou o incremento esperado, uma vez que a Cofins e a CSLL foram reduzidas pelo governo federal, passando a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária.

A crise provocada pelo não recebimento do repasse das contribuições, pela diminuição da presença de outras fontes da Seguridade e ainda pela desvinculação da CPMF, Cofins e CSLL teve repercussões no desempenho do gasto federal com saúde, a partir da segunda metade da década de 1990.

O gasto líquido com ações e serviços de saúde, excluindo os valores da dívida e de inativos e pensionistas, realizado pelo Ministério da Saúde, na proporção PIB, no período entre 1995 e 2010, manteve-se praticamente estabilizado (1,7%), indicando quase nenhum esforço do Ministério da Saúde. Sabe-se que a responsabilidade do gasto federal (MS) é grande na composição do gasto destinado ao nosso sistema universal. Porém, ele não tem correspondido a esse papel, na medida em que ficou praticamente no mesmo patamar entre 1995 – 2010.

Além disso, esse reduzido esforço do gasto em “ações e serviços de saúde” na proporção do PIB, realizado pelo MS, pode ser verificado também pelo comprometimento mais significativo do governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida também na proporção do PIB. Observa-se que, em 1995, foram gastos em torno de 7,5% do PIB com juros da dívida, e 8,5%, em 2002 (período dos governos FHC); passando de 9,3%, em 2003, para 5,1%, em 2010 (período dos governos Lula). Nesse último ano, as despesas com juros e encargos da dívida foram de R\$ 185 bilhões, valor correspondente a 3,0 vezes o gasto do MS. Tem-se, então, que a política econômica ortodoxa em vigor, no período, tende a sacrificar os gastos sociais, especialmente, os destinados à saúde universal, sem diminuir o ônus financeiro da dívida.

O quadro de incertezas e indefinições aos recursos financeiros para a saúde universal levou à busca de uma solução mais definitiva, qual seja: a vinculação dos recursos orça-

mentários das três esferas de poder. A história de construção de uma medida de consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos tramitando pelo Congresso - a PEC-169 até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC29), em agosto de 2000. Cabe insistir na ressalva de que a emenda aprovada difere da PEC-169, na medida em que não se conseguiu vincular recursos das contribuições sociais – fontes do OSS –, mas sim apenas das receitas de impostos. Deve-se, ainda lembrar, que as contribuições sociais são de arrecadação exclusiva do governo federal, o qual fez de tudo para não permitir alguma vinculação. Desse modo, poderíamos dizer que “novas incertas” no financiamento da saúde se colocam. Vejamos, então, o que ficou decidido na EC29.

Essa Emenda estabeleceu que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. No tocante à União, a EC29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Como já mencionado, a EC29 para a União, não explicita a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos. Por sua vez, ficou estabelecido que os recursos definidos para aplicação em saúde por parte das três esferas de governo deveriam ser “sacramentados” quando da regulamentação da EC29, que deveria ocorrer a partir de quatro anos de sua aprovação.

As disputas por recursos foram presentes antes e após o estabelecimento da EC29, isto é, no seu período de regulamentação, como ser verá na próxima seção. A luta do SUS por recursos já vem de muitos anos, podendo seu primeiro principal conflito ser situado em 1993. No entanto, o importante é assinalar aquelas situações em que os constrangimentos econômicos, especialmente os derivados do esforço da lógica da política econômica restritiva dos governos após o Plano Real, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para a saúde pública. Reconhecer o sentido das reformas econômicas e sociais implantadas nesse período, particularmente nos governos Lula, torna-se fundamental para evidenciar as fragilidades do esquema de financiamento da saúde universal.

Os conflitos no financiamento do SUS no período de regulamentação da EC29

As disputas por recursos foram presentes antes e após o estabelecimento da EC29, isto é, no seu período de regulamentação. A luta do SUS por recursos financeiros já vem de muitos anos, como vimos. No entanto, o importante é assinalar aqui, de forma mais geral, os constrangimentos econômicos, especialmente os derivados do esforço da lógica da políti-

ca econômica restritiva dos governos após o Plano Real, refletindo na menor disponibilidade de recursos para a saúde pública. A política macroeconômica dos governos Fernando Henrique Cardoso, e mais recentemente durante os governos Lula, determinaram os constrangimentos do financiamento do SUS por meio da manutenção do cumprimento das metas de inflação, com a permanência de altas taxas de juros, e de ajustes das contas externas, exigindo sempre superávits primários altos, o que foi resultando em várias tentativas de diminuição dos gastos públicos sociais e da saúde.

Contudo, a aprovação da EC 29 permitiu que o gasto SUS aumentasse de 2,89% do PIB, em 2000, para 4,0% do PIB, em 2009, ainda insuficiente para ser universal e garantir o atendimento integral (SERVO *et al*, 2011). No entanto, o gasto público brasileiro é baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse o nível desses países, precisaria quase dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de equiparar à média dos países europeus, isto é, 6,7% (WHO, 2008).

No caso brasileiro, é significativo considerar, também, na avaliação do gasto público, o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de imposto de renda a pagar da pessoa física ou jurídica, o que é aplicada sobre despesas com Plano de Saúde e/ou médicas e similares. Além disso, há que acrescentar as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica, por meio de seus medicamentos. Nota-se que o total desses benefícios tributários à saúde privada vem crescendo de forma considerada. Registre-se: R\$ 7,8 bilhões, em 2007; passando para R\$ 12,4 bilhões, em 2010, sendo que as estimativas para 2011 indicam a continuidade do crescimento, R\$ 13,5 bilhões (CARVALHO, 2011). Sem dúvida, essa situação nos remete à problemática relação entre o mercado privado e o padrão de financiamento da saúde universal, e ao mesmo tempo, suas conseqüências em relação à temática da equidade, tão importante para a sobrevivência do SUS.

A regulamentação da EC29 ficou pendente por quase 8 anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS e enfraquecimento do consenso obtido, quando de sua aprovação. De acordo com o SIOPS, a diferença entre o valor mínimo previsto e o valor efetivamente aplicado pela União, entre 2000 e 2009, atinge cerca de R\$ 6 bilhões³¹ (PIOLA, 2010).

A regulamentação da EC29 não se revelou uma prioridade nos governos Lula. Isso porque a política macroeconômica implementada pelos seus dois governos tinha objetivo central o cumprimento de metas de inflação e a obtenção de elevados superávits primários, resultando em constante pressão para que o gasto público social fosse diminuído. A inclusão da EC29 na pauta do Congresso, em abril de 2006, deveu-se tão somente à ação da Frente Parlamentar da Saúde.

³¹ Se a isso se soma o montante cancelado de Restos a Pagar, de R\$ 2,6 bilhões, e se os gastos registrados indevidamente como SUS forem subtraídos, tais como Bolsa Família, ações e serviços de saúde para servidores e Farmácia Popular, a diferença alcança R\$ 6 bilhões.

O interesse do governo em relação à EC29 somente se manifestou quando da discussão sobre a continuidade da CPMF, ao final de 2007. Nesta ocasião, ele apresentou uma contraproposta ao PLP 01/2003 em que, no lugar de garantir para a Saúde um percentual mínimo das receitas de seu âmbito, propunha um acréscimo escalonado da participação da CPMF em seu financiamento. Pensava o governo que essa imbricação entre a continuidade da CPMF e o financiamento da Saúde iria assegurar a prorrogação dessa contribuição. Mas já que o Senado não aprovou a CPMF, a proposta do governo não teve prosseguimento.

Em abril de 2008, projeto similar ao PLP n. 01/2003 da Câmara, no Senado – PLS n. 121/2007 –, foi aprovado com modificações importantes. A fórmula de cálculo para aplicação do governo federal, de no mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), foi alterada por meio da criação de um escalonamento ao longo de quatro anos, sendo que seriam aplicados 8,5% dessa receita, no primeiro ano, passando para 9%, no ano seguinte, e 9,5%, e 10% nos seguintes, respectivamente. Mas sua aplicação resultaria no aumento do gasto SUS de menos de 1% do PIB.

O projeto de regulamentação da EC29 (PLS 121/2007) foi para aprovação na Câmara sob uma nova denominação: PLP 306/2008. Ao receber esse Projeto, a Câmara encaminhou um substitutivo global a ele, no qual novamente introduzia a correção dos recursos da União pela variação nominal do PIB. Além disso, resgatou a ideia de uma CPMF, porém nesse momento como Contribuição Social para a Saúde – CSS, isto é, com a mesma base tributária que a CPMF, só que com alíquota de 0,10% e não mais 0,38%. Se a CSS fosse aprovada, sua arrecadação estimada seria de R\$ 12,5 bilhões. Mas, desse montante, era necessário subtrair 20% da DRU e os R\$ 7 bilhões devidos ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (previsto no projeto). Desse modo, o orçamento do MS de 2010 passaria de R\$ 62,5 bilhões para R\$ 66,5 bilhões, com valores bastante inferiores ao projeto original do Senado (PLS 121/2007) (CARVALHO, 2011).

O projeto da Câmara PLP 306/2008 foi votado no primeiro semestre de 2008, ficando apenas na dependência da votação de um destaque que retirava do texto a CSS, sob a justificativa da oposição ao governo Lula que se tratava do retorno da CPMF. Este destaque permaneceu e a CSS foi derrotada. Finalmente, com a ida desse projeto da Câmara ao Senado, tem-se a aprovação da regulamentação da EC29, nessa última casa legislativa. Tal aprovação somente ocorreu em dezembro de 2011, já no final do primeiro ano do governo de apoio do presidente Lula, agora sob o comando da presidente Dilma Roussef. Contudo, da maneira como foi aprovada a regulamentação, isto é, a Lei Complementar 141/2012, as incertezas no financiamento permanecem.

Os problemas do financiamento do SUS são mantidos com a Lei Complementar 141/2012

A recente aprovação da regulamentação da EC29, a Lei Complementar 141/2012, que dentre vários aspectos, assegura a vinculação de recursos fiscais para o setor saúde, levou a que muitos festejassem o início de um novo período próspero de recursos para o SUS. Entende-se que ela não chega a resolver o problema da insuficiência de recursos da área e tampouco sua relação com as diversas fontes da Seguridade Social.

É possível dizer que essa regulamentação constitui uma grande derrota para o financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nenhum novo recurso foi de fato destinado para garantir a universalidade da saúde.

O projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS 127/2007) e não aprovado na versão original (aplicação da União em 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta - RCB), poderia ter acrescentado para o orçamento do Ministério da Saúde de 2011 o correspondente a cerca de R\$ 32,5 bilhões (MARQUES; MENDES, 2012). Por sua vez, os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde diminuíram em relação às receitas correntes brutas da União, após 1995. Representaram, em média, 8,37% da RCB no período 1995 a 2001, reduzindo-se, no período de 2002 a 2009, para 7,1% da RCB, na média (PIOLA, 2010). Infelizmente, se manter essa tendência, o SUS permanecerá com recursos insuficientes para assegurar a sua implementação de acordo com as necessidades de saúde da população.

Um dia depois de definido que o SUS não contaria com maiores recursos, o governo conseguiu aprovar no Senado, no mesmo mês de dezembro de 2011, o projeto que propunha a continuidade da DRU até 2015, dando continuidade a que 20% das receitas da seguridade social fossem dirigidos a outras finalidades, tais como o pagamento dos juros da dívida aos rentistas do capital financeiro e a manutenção do superávit primário³². O governo Dilma considerou a votação da prorrogação da DRU como a mais importante do ano, na medida em que, segundo seu argumento, seus recursos contribuirão para defender a economia brasileira da crise mundial. Nessa argumentação, o governo esqueceu-se do papel exercido pelas políticas sociais como sustentador da demanda efetiva, no qual a garantia das ações e serviços do SUS tem grande efeito multiplicador.

A Lei Complementar 141/2012, por melhores que tenham sido as intenções de seus proponentes originais, apenas sancionou o comprometimento atual dos Estados e dos Municípios. Mediante a manutenção da base de cálculo anterior da União (EC 29), isto é, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal, abriu-se mão da assegurar uma maior responsabilidade dessa esfera na sustentabilidade do SUS. Afinal, ninguém espera que fontes alternativas de financiamento sejam aprovadas no curto pra-

³² De acordo com a Anfp (2011), 2009 foi o único ano em que a DRU superou o saldo positivo da seguridade social (R\$ 32,9 bilhões), correspondendo a R\$ 38,8 bilhões. Não resta dúvida que as áreas da seguridade social perdem muito com a DRU. Os dados publicados também apontam estimativas do total de recursos desvinculados entre 1995 e 2010 em torno de R\$ 467,0 bilhões.

zo. Enquanto isso, apenas nos resta exigir que a Lei 141/2012 coloque um fim à acirrada luta para que os recursos aplicados pelos governos federal, estadual e municipal sejam realmente dirigidos às ações e serviços de saúde, buscando diminuir os conflitos que já mencionamos. Isso porque, a partir dessa fica definido, uma vez por todas, as despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e daquelas que não se enquadram nesse conceito (artigos 2º a 4º). Agora, tudo indica que a luta entre as secretarias de saúde e as secretarias de finanças deve diminuir de forma significativa.

Um outro ponto importante aprovado pela Lei 141 refere-se à definição dos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal e das esferas estaduais aos municípios. Aprimoraram-se os critérios de transferências com base na redução das disparidades regionais de saúde (arts. 17 e 19). Devem ser respeitadas as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, complementados pelo art. 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Contudo, esse deverá ser um embate nas discussões da Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartites, a fim de que esses critérios possam ser mais bem dimensionados e mensurados.

Diante da permanência das incertezas no financiamento do SUS, uma tarefa seria a de repensar a retomada da correlação de forças pelo lado do movimento em defesa do “princípio da construção da universalidade”. Isso significa começar um debate sobre possíveis fontes alternativas de financiamento para a saúde universal, apresentando algumas propostas que se pautem pela análise feita neste artigo.

Considerações finais e propostas para o debate do financiamento do SUS

Com a predominância de políticas macroeconômicas neoliberais adotadas pelos governos FHC e mantidas pelos governos Lula, a trajetória do financiamento da Seguridade Social em geral e do SUS, em particular, tem permanecido completamente repleta de conflitos. Não foi à toa que o tema do financiamento foi destaque na agenda de problemas no âmbito da saúde universal, mesmo após o advento da EC 29.

As possibilidades de valorização do financiamento do SUS universal podem ser alcançadas por outros percursos. Trata-se da busca pela construção de consensos às políticas e instituições responsáveis pelas políticas universalistas. Nessa perspectiva, sugerimos seis amplas propostas para o debate sobre o financiamento do SUS que certamente será presente na década de 2010.

Em primeiro lugar, sugere-se ampliar a defesa pela construção de uma política macroeconômica que supere o quadro da política mantida pelos governos Lula, ancorada no regime de metas para a inflação, enfrentando os interesses daqueles que se beneficiam dos juros elevados e da insensatez da valorização de nossa moeda. Para isso, será necessário reconhecer que as decisões das políticas econômicas procurem sempre privilegiar os objetivos sociais, no sentido de garantir uma proteção social (direitos sociais) de forma mais segura e definitiva, por meio de assegurar maior sustentabilidade financeira para a seguridade social e para o SUS.

Em segundo lugar, busca-se perseguir a defesa pela meta de aplicar, no mínimo, 6,7% do PIB em saúde pública, garantindo a universalidade da saúde (SUS). Em terceiro lugar, ao se levar em consideração a fase atual do capitalismo de dominância financeira, propõem-se instrumentos de tributação da esfera financeira para o alargamento do financiamento do SUS: a) ampliação da alíquota da CSLL para instituições financeiras (atual 9%); b) aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e; c) tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação; d) estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Saúde e a Seguridade Social (projetos já existentes na Câmara federal – PLP 48/2011).

Em quarto lugar, espera-se conquistar o entendimento sobre o fim das isenções de Imposto de Renda das Pessoas Físicas com despesas médicas e do Imposto de Renda das Pessoas jurídicas das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários. Considera-se, também, importante, no âmbito da renúncia fiscal, estabelecer uma política para Entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejuízo da capacidade do gasto do Estado, especialmente nas políticas de direitos sociais, como a saúde.

Em quinto lugar, salienta-se a necessidade de rejeitar a permanência da DRU, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do Orçamento da Seguridade Social.

Em sexto e último lugar, ressalta-se a importância de apoiar o projeto de Iniciativa Popular, em processo de coleta de assinaturas de 1,5 milhão de habitantes, que assegura a aplicação da União com ações e serviços públicos de saúde de 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta. Tal iniciativa de projeto apoia-se na proposta original para a regulamentação da EC 29, defendida pelas entidades da saúde.

Assim, a discussão de tais propostas pode contribuir para trilhar um caminho de implantação da saúde universal no nosso país, assegurando que seu gasto, enquanto proporção do PIB, aproxime-se dos demais países que dispõem de sistemas universais de saúde.

Referências Bibliográficas

ANFIP. “Análise da Seguridade Social em 2010”. Brasília: Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, junho de 2011. Disponível em www.anfip.org.br. Acesso em 10/08/2011.

CARVALHO, Gilson. SUS: sistema constitucional para garantir vida e saúde para o brasileiro. *Apresentação no Curso de Especialização de Direito Sanitário*, Idisa. Campinas, SP, 2011.

MARQUES, Rosa ; MENDES, Aquilas. A Problemática do Financiamento da Saúde Pública Brasileira: de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade* . Instituto de Economia da Unicamp, 2012 (no prelo).

MENDES, Áquilas. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001)*. Tese (Doutorado). Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas. Campinas/SP, 2005. 422 p.

PIOLA, Sergio. Financiamento da Seguridade Social e do SUS: desafios e perspectivas. Apresentação no Seminário : *Perspectivas do Financiamento para o Acesso Universal da Saúde no Brasil*, Faculdade de Saúde Pública da USP, em out. 2010.

SERVO, Luciana M. S.; PIOLA, Sergio. F.; PAIVA, Andréa; RIBEIRO, José Aparecido. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S.F. (orgs.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2008*. WHO Press, World Health Organization, 2008.