

Percy Antonio Galimberti
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Organizadores

SOCIOPOLÍTICA DA SAÚDE

DESAFIOS E OPORTUNIDADES



Edições UVA

Percy Antonio Galimberti
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Organizadores

SOCIOPOLÍTICA DA SAÚDE

DESAFIOS E OPORTUNIDADES

SOBRAL – CE

2018



Sociopolítica da Saúde – Desafios e oportunidades

© 2018 Copyright by Percy Antonio Galimbertti e Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque (Orgs.)

Impresso no Brasil/Printed in Brasil

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional



Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia - Sobral - CE
CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613



Reitor

Fabianno Cavalcante de Carvalho

Vice-Reitora

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Diretora das Edições UVA

Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)

Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo

Ana Iris Tomás Vasconcelos

Carlos Augusto Pereira dos Santos

Claudia Goulart de Abreu

Eneas Rei Leite

Francisco Helder Almeida Rodrigues

Israel Rocha Brandão

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Maria Adelane Monteiro da Silva

Maria Amélia Carneiro Bezerra

Maria José Araújo Souza

Maria Somália Sales Viana

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Raquel Oliveira dos Santos Fontinele

Renata Albuquerque Lima

Simone Ferreira Diniz

Tito Barros Leal de Ponte Medeiros

Virginia Célia Cavalcanti de Holanda

Catálogo

Neto Ramos CRB 3/1374

Revisão de texto

João Ribeiro Paiva

Editoração e Designer

Márcio José Lima Barros

Telefone:(88) 99777-4374 - 99442-4987

Bibliotecário Responsável: Neto Ramos CRB 3/1374

S662 Sociopolítica da saúde: desafios e oportunidades [recurso eletrônico] / Percy Antonio Galimbertti; Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque (orgs.). - Sobral: Edições UVA, 2018.
272 p. : Ebook: PDF

ISBN: 978-85-9539-030-0

1. Saúde e sociedade.
2. Políticas de saúde.
3. Saúde coletiva.
4. Sociopolítica.
5. Albuquerque, Izabelle Mont'Alverne Napoleão.
6. Galimbertti, Percy Antonio. I. Título.

CDD 363

APRESENTAÇÃO

Quando decidimos realizar o Congresso Internacional Saúde e Sociedade, aqui em Sobral, CE, sabíamos que a tarefa não seria fácil, mas tínhamos a convicção de que a proposta seria muito bem recebida pela comunidade acadêmica, e contaríamos com apoio das instituições de ensino superior da cidade e dos gestores/administradores, tanto do município de Sobral, como do estado do Ceará, e assim foi.

Fomos também prestigiados por brilhantes professores/pesquisadores de diversos estados brasileiros e de outros países, que aceitaram nosso convite e se deslocaram até Sobral para participar do evento, contribuindo de forma notável com as apresentações e discussões.

Apresentamos aqui textos de autores que participaram das apresentações e discussões durante o Congresso, realizado em fim de maio/começo de junho de 2017, e que responderam ao convite para compor o presente livro.

Dentro do tema geral do Congresso “Saúde e Sociedade - Caminhos da saúde enquanto projeto societário”, apresentamos aqui: reflexões sobre o Sistema Único de Saúde, e as ameaças do momento político que o Brasil atravessa; sobre a Estratégia Saúde da Família, e a sua importância para a população brasileira; sobre a Atenção Psicossocial no Brasil, os avanços implementados pela Reforma Psiquiátrica e os retrocessos já evidentes com o desmonte das redes iniciado pelo atual governo ilegítimo; sobre a importância da formação dos profissionais de saúde, arquitetando e construindo o alicerce responsável por uma visão mais holística e humanista, que leve em conta não apenas os fatores biológicos, mas que integre os determinantes sociais no estudo do processo saúde-doença; e também apresentamos uma leitura

sociopolítica do percurso de desenvolvimento urbano da cidade de Sobral e sua relevância como Polo Metropolitano.

Nossa imensa gratidão aos gestores, que atenderam as necessidades de infraestrutura e recursos para a realização do Congresso, a todos os colaboradores, docentes e discentes das instituições de ensino superior envolvidas (Universidade Federal do Ceará –UFC, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia), aos participantes e aos professores/pesquisadores, autores dos capítulos aqui apresentados.

Boa leitura.

Percy Antonio Galimbertti
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
(Organizadores)

PREFÁCIO

No fim de maio e início de junho de 2017, colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, campus de Sobral, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú e da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia desafiaram um conjunto de pessoas (e aqui temos o dever de incluir não só os palestrantes, mas todos os participantes que estiveram nos plenários, que dialogaram com as apresentações e mostraram seus trabalhos de pesquisa) a refletir como “produtores de conhecimentos e tomadores de decisão podem estreitar vínculos e diminuir o fosso social entre a universidade, sistema de saúde e sociedade”.

Admirável, mas nada fácil, pois muitas vezes a universidade, o sistema de saúde e a sociedade se comportam como três retas paralelas que nem mesmo no infinito conseguem se encontrar. Deveriam buscar tal intento, mas, seus respectivos interesses falham em encontrar uma agenda comum, pois atuam em raias que buscam intencionalidades distintas, muitas vezes com bases valorativas divergentes.

Apesar da dificuldade, a provocação dos organizadores do Congresso é muito necessária.

Dissequemos um pouco estes distintos interesses.

Primeiramente, analisemos a tríade universitária já consagrada: ensino-pesquisa-extensão. Indo mais à frente, alguns acrescentam a esta tríade a expressão “indissociabilidade”, significando que pesquisar, ensinar e devolver benefícios à sociedade seria uma decorrência articulada dos três âmbitos.

Já na definição da carga horária que cada docente universitário

precisa se dedicar a cada um destes âmbitos já se denota assimetrias e hegemonias entre pesquisa, ensino e extensão - e, aqui, estou me referindo mais às cargas docentes propostas por algumas universidades públicas, mas, nem sempre distribuída de forma justa entre os docentes. A pesquisa segue na dianteira com 45%, seguidas pelo ensino com 20%, a extensão com 20% e a gestão acadêmica com 15%.

O tempo dedicado a cada um destes âmbitos não significa per si impossibilidade de “...estreitar vínculos e diminuir o fosso social entre a universidade, sistema de saúde e sociedade”. Entretanto, minha hipótese é de que esta aspiração não está no coração das intencionalidades de quais pesquisas são feitas e nem em que produtos ou formatos serão publicados os resultados das pesquisas.

A natureza das pesquisas e a publicação dos seus resultados cumprem uma outra lógica produtivista, com vias a buscar mais financiamento para pesquisas e para atender critérios de avaliação dos programas de PG.

E quanto ao sistema de saúde? Se pensarmos o SUS, diríamos até que ele é a síntese das evidências científicas de que sistemas públicos universais, não mercantilizados, atendem as expectativas das necessidades sociais em saúde que aspiram a sociedade. Entretanto, de novo, a realidade nos prega uma peça: a irritante distância entre teoria e prática, intenção e gesto e realidade e o ideal.

“Saúde é mais do que você imagina”, mas a sociedade nem sempre aceita a produção social da saúde como um construto resultado das políticas públicas ou do modo que produzimos e consumimos bens, mas um caminho “livre” para ter acesso a serviços de saúde na hora que “imagino” precisar deles, o que abre para o empresariado do setor oportunidades de negócios.

Talvez, o sistema de saúde fique mais obcecado por lógicas de

financiamento e modalidades de gestão do que atender as necessidades sociais em saúde.

Falamos da universidade e do sistema de saúde, e a tal da sociedade na equação proposta “diminuir o fosso social entre a universidade, sistema de saúde e sociedade”, que papel vem desempenhando? (Ou, precisa desempenhar?).

Infelizmente, a sociedade, por força do marketing midiático, ou por interesses empresariais no setor, ou, até mesmo, por influência, dos governos do ministério da saúde entende a saúde como consumo, e não como direito.

Urge conquistar, mobilizar corações e mentes para a legítima e necessária percepção e apropriação da saúde como direito e não como consumo.

Que síntese diagnóstica possível podemos fazer destas retas paralelas que insistem em não se encontrar nem no infinito?

À universidade, a ênfase está na publicação; ao sistema de saúde lógicas de modalidades de gestão e financiamento fazem parte das pautas prioritárias; à sociedade não importa a “cor do gato” importa se “posso ter acesso ao serviço de saúde na hora que preciso”.

Como então compatibilizar interesse tão díspares para a produção de uma agenda comum?

Em outras palavras, ou melhor, nas palavras dos organizadores do Congresso Internacional Saúde e Sociedade, e deste livro, como “produtores de conhecimentos e tomadores de decisão podem estreitar vínculos e diminuir o fosso social entre a universidade, sistema de saúde e sociedade”?

Claro que é possível!

Primeiro: a pesquisa, o príncipe, precisa beijar o sapo, a extensão. Dito de outra forma, a pesquisa precisa levar em conta que as necessidades sociais importam.

Segundo: o sistema de saúde precisa não ser um fim em si mesmo, na lógica da gestão, do financiamento, e do lucro, mas fazer da necessidade social em saúde sua intencionalidade principal.

Terceiro: e da sociedade, o que esperamos?

Que seja tenaz na sua luta por acesso público e de qualidade aos serviços de saúde, e que ajude na narrativa de que o setor público, não mercantilizado, possa prover serviços de saúde de qualidade. Mais, ainda, que ajude na disputa do imaginário social de que ter saúde não está somente ligado a acesso a serviços de saúde, mas a um sistema de proteção social ancorado em políticas públicas produtoras de saúde. Importa sim, viver em uma cidade que te propicia acesso a espaços públicos que favoreça encontros cooperativos e solidários.

Pois bem, este livro te oferece “*food for thought*”. Elementos/ Alimentos para você saborear e refletir em que bases “produtores de conhecimentos e tomadores de decisão podem estreitar vínculos e diminuir o fosso social entre a universidade, sistema de saúde e sociedade”.

Portanto, esta é a lente que te oferecemos para que desfrute sua leitura.

Veja, por favor, se os autores que escrevem os 13 capítulos deste livro, cuidaram ou não do apelo que nos faz os organizadores deste livro sobre como “produtores de conhecimentos e tomadores de decisão podem estreitar vínculos e diminuir o fosso social entre a universidade, sistema de saúde e sociedade”.

Boa leitura!

Marco Akerman

AUTORES

Anya Vieira Meyer - Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará, Mestrado em Odontopediatria pela University of London-Inglaterra, Doutorado em Odontologia na University of Toronto-Canadá e Pós-doutorado em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia Berkeley. Pesquisadora Especialista da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ-CE e Coordenadora Geral do Mestrado Profissional em Saúde da Família por esta mesma instituição. Docente do curso de odontologia da Unichristus.

Carlos Garcia Filho - Graduação em Medicina, Mestrado em Saúde Pública e Doutorado em Saúde Coletiva ambos pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Médico Sanitarista pela Prefeitura Municipal de Iguatu. Professor Convidado do Mestrado Profissional Gestão em Saúde e da Especialização em Saúde Mental da UECE.

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Enfermagem da UVA. Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/FIOCRUZ/UVA.

Eliany Nazaré Oliveira - Graduação, Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-Doutorado pela Universidade do Porto. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente Permanente dos Mestrados Profissional e Acadêmico em Saúde da Família. Coordenadora Docente da Liga Interdisciplinar em Saúde Mental -

LISAM. Coordenadora do Grupo de Estudo, Extensão e pesquisa Saúde Mental Violência e Cuidado.

Izabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Vice-Reitora e Docente do Curso de Enfermagem da UVA. Docente Permanente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC/ Campus Sobral. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Nucleadora UVA. Pós-Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem/ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Líder do Grupo de Pesquisa OBSERVA-SUS - Observatório de Pesquisas para o SUS (DGP/CNPq). Membro do Grupo de Pesquisa GEPAG/UNIFESP.

José Jackson Coelho Sampaio - Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, Mestrado em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutorado em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Titular em Saúde Pública, Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde, e Reitor da Universidade Estadual do Ceará.

Juliana Veras Araújo Pinto - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Regional Norte.

Lúcia Maria Machado Bógus - Graduada em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Doutora em Arquitetura, área de Estruturas Ambientais Urbanas, pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Sociologia e do Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pesquisadora sênior do CNPq, atuando nas áreas de Sociologia Urbana e Demografia, com ênfase em Política Pública, Urbanização e Migração interna e internacional. Coordenadora do Observatório das Metrôpoles de São Paulo. Editora dos Cadernos Metrôpole.

Luis Felipe Aires Magalhães - Graduado em Economia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especialista em Educação pela Universidade Federal de Pelotas, Mestre e Doutor em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas, e Pós-doutorando (CNPq) no Observatório das Metrôpoles de São Paulo (PUC-SP). Pesquisador do Observatório das Migrações no Estado de São Paulo (Projeto FAPESP/CNPq) e da Cátedra Sérgio Vieira de Mello da Unicamp. Desenvolve pesquisas sobre migração e refúgio na cidade de São Paulo, com ênfase em questão urbana, trabalho, cultura e habitação.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Graduação em Medicina e Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Pós-doutorado na Universidade de Montreal no Canadá. Pesquisador em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da FIOCRUZ. Professor Adjunto do Curso de Medicina da UFC/campus Sobral. Professor Orientador do Doutorado em Saúde Coletiva e do Mestrado em Saúde Pública da UFC. Professor Visitante do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP.

Deputado Federal eleito em 2014. Membro editorial da Série Saúde em Debate da Editora Hucitec (SP) e da Revista SANARE (Sobral). Conselheiro Editorial da Saberes Editora (Campinas-SP) e Conselheiro Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos para a Saúde-CEBES. Coordena o Laboratório de Redes Integradas e Inteligentes de Sistemas de Saúde (LARIISA) que vem desenvolvendo um aplicativo na área da saúde para o Cinturão Digital do Ceará.

Manuel Desviat - Graduação em Medicina pela Universidad Complutense de Madrid e Residência Médica em Psiquiatria pelo Hospital Universitario Provincial. Foi chefe clínico, diretor-médico e gerente dos serviços públicos de saúde mental da Comunidade de Madri. Dirigiu e está aconselhando processos de reforma psiquiátrica e saúde mental comunitária na Espanha e na América Latina. Pertence ao painel de especialistas da OMS. Ex-Presidente da Associação Espanhola de Profissionais de Saúde Neuropsiquiatria-Mental (AEN-PSM) e diretor de várias associações de saúde mental e saúde pública. Faz parte da Comissão Nacional de Especialidade em Psiquiatria. Fundador da revista do AEN-PSM, assim como Psiquiatria e Átopos Públicos, saúde mental, comunidade e cultura. Professor do Mestrado em Intervenção Psicossocial Universidade ICESI, Cali (Colômbia), Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva Universitat Rovira i Virgili e professor visitante em várias universidades.

Marco Akerman - Graduação em Medicina e Residência Médica em Medicina Social pela Universidade Federal de Minas Gerais, Mestrado e Doutorado pela Universidade de Londres. Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Esquerdista, pois acredita: em direitos humanos, direitos sociais, direitos trabalhistas, democracia, políticas públicas e sociais formuladas de maneira republicana e

financiadas com recursos públicos, pois tudo isso é necessário para acabar com a imensa desigualdade social que existe no Brasil.

Marcos Aguiar Ribeiro - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Especialista em Gestão da Saúde e Auditoria pela Faculdade Padre Dourado, Especialista em Preceptoría no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês/São Paulo, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará e Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

Maria Amelia Jundurian Corá - Graduação e Mestrado em Administração e Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pós-doutorado em Administração na Universidade Federal da Bahia. É professora do Curso de Administração da Universidade Federal de Alagoas, *campus* Arapiraca.

Maria do Socorro Melo Carneiro - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, Especialização com caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Especialização em Gestão do SUS e Especialização em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. É professora Assistente D do Curso de Enfermagem da UVA. Coordenadora adjunta do curso de enfermagem da UVA e coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UVA. Membro do Observatório de Pesquisas para o SUS e Coordenadora Docente da Liga de Enfermagem em Saúde da Família.

Maria Socorro de Araújo Dias - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-

Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem da UVA. Coordenadora Adjunta do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UVA). Docente Permanente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC. Diretora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Diretora das Edições UVA. Líder do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LABSUS/DGP/CNPq). Coordenadora do Núcleo de Evidências de Sobral (UVA/Secretaria de Saúde de Sobral).

Marise Nogueira Ramos - Graduação em Licenciatura em Química pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Mestrado e Doutorado em Educação pela Universidade Federal Fluminense. Pós-doutorado em Etnossociologia do Conhecimento Profissional na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro/Portugal. Especialista em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e Professora associada da Faculdade de Educação da UERJ. Docente Permanente dos Programas de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH/UERJ) e de Educação Profissional em Saúde (EPSJV/Fiocruz). É uma das coordenadoras do Grupo THESE - Projetos Integrados de Pesquisa em Trabalho, História, Educação e Saúde UFF/UERJ/FIOCRUZ. Bolsista de produtividade do CNPq.

Maristela Inês Osawa Vasconcelos - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú

(UVA). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF/UVA. Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação nomeada em abril de 2018 da UVA. Membro integrante do Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - BASis desde 2006 e do Banco de Avaliadores da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. Integra o Comitê de Pares Avaliadores do Sistema Arcu-Sul.

Pedro Gabriel Godinho Delgado - Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestrado em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo e Pós-doutorado na London School of Hygiene and Tropical Medicine da Universidade de Londres (2008). Professor adjunto da UFRJ. Foi Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde e presidente da III Conferência Nacional de Saúde Mental e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental -Intersetorial.

Percy Antonio Galimbertti- Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo, Especialista em Psiquiatria pela Comunidade Terapêutica Infância/Instituto de Psiquiatria Social/ABP, Especialista em Saúde Coletiva pela UEL/Abrasco, Mestre em Sociologia pela Pontifícia Universidade Católica/São Paulo, Doutorado em Political Economy and Public Policies (The University of Texas at Dallas, USA). Professor de Psiquiatria e Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), *campus* Sobral. Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da UFC/*campus* Sobral.

Quitéria Livia Muniz Mira - Graduação em Enfermagem e Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal

do Ceará/*campus* Sobral. Vinculada ao Centro de Ensino Tecnológico (CENTEC), atuando como docente no curso Técnico em Enfermagem da Escola Estadual de Educação Profissional (EEEP) Monsenhor Luís Ximenes Freire. Docente do curso de Gerência em Saúde (Mediotec) da Universidade Estadual do Ceará.

Raissa Mont' Alverne Barreto - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Gestão da Saúde e Auditoria pela Faculdade Padre Dourado. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa: Observatório de Pesquisas para o SUS (OBSERVASUS).

Roberta Cavalcante Muniz Lira - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Mestre em Educação e Saúde pela Universidade de Fortaleza e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professora efetiva do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC)/*campus* de Sobral. Vice Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da UFC/*campus* Sobral.

Taís Bleicher - Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília, Doutora em Saúde Coletiva pela UFC, com estância doutoral em Psicologia Social. Membro da mesa diretiva da Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo, sendo secretária de relações públicas e pesquisa. Professora da Universidade Federal de São Carlos. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica. Assessora da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Líder do grupo de pesquisa, certificado pelo CNPq: “Núcleo de Estudos e Pesquisas Psicossociais de São Carlos” e Coordenadora do programa de extensão “Vida Universitária e Saúde Mental”.

SUMÁRIO

SOBRAL: OS DESAFIOS DE UMA NOVA METRÓPOLE21

*Lúcia Maria Machado Bógus; Maria Amélia Jundurian Corá;
Luís Felipe Aires Magalhães*

**SAÚDE E SOCIEDADE: A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO EM
SAÚDE: O EXEMPLO DOCENTE: O LEGADO DA PEDAGOGA
CECILIA FERRO DONNANGELO..... 49**

Percy Antonio Galimbertti

**A POLÍTICA DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM
SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO
NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO INTERIOR DO ESTADO
DO CEARÁ 71**

*Quitéria Lívia Muniz Mira; Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Eliany
Nazaré Oliveira; Roberta Cavalcante Muniz Lira; Maria Socorro de
Araújo Dias*

**FORMAÇÃO E SABERES PROFISSIONAIS DOS
TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE DA SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA REFLEXÃO SOBRE PRINCÍPIOS E DESAFIOS
A PARTIR DE DADOS EMPÍRICOS 103**

Marise Ramos

**DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E O FENÔMENO DA
VIOLÊNCIA..... 123**

*Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque; Cibelly Aliny Siqueira
Lima Freitas; Marcos Aguiar Ribeiro*

**REDES EDUCACIONAIS: TENDÊNCIA OU OUSADIA DE UMA
ESTRATÉGIA DE GESTÃO? 137**

*Anya Pimentel Ferreira Gomes Vieira Meyer; Maria Socorro de Araújo
Dias*

**REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL,
NUM MOMENTO DE GRAVE AMEAÇA À REFORMA
PSIQUIÁTRICA E À DEMOCRACIA (CONFERÊNCIA DE
SOBRAL).....157**

Pedro Gabriel Godinho Delgado

**AVANÇOS E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO
PSICOSSOCIAL.....171**

Manuel Desviat; Taís Bleicher

**TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ENTRE NOVOS E VELHOS
DESAFIOS.....193**

José Jackson Coelho Sampaio; Carlos Garcia Filho

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: QUE PROJETO
SOCIETÁRIO DIANTE DOS DESAFIOS DO MOMENTO
ATUAL?205**

Marco Akerman

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: UMA REFLEXÃO SOBRE AVANÇOS E
RETROCESSOS227**

*Juliana Veras Araújo Pinto; Maria do Socorro Melo Carneiro; Raissa
Mont'Alverne Barreto; Roberta Cavalcante Muniz Lira*

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA251

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

CARTA DE SOBRAL267

SOBRAL: OS DESAFIOS DE UMA NOVA METRÓPOLE



SOBRAL: OS DESAFIOS DE UMA NOVA METRÓPOLE

Lúcia M. Machado Bógus

Maria Amélia Jundurian Corá

Luís Felipe A. Magalhães

INTRODUÇÃO

As cidades refletem as desigualdades sociais e socioespaciais da sociedade. Isso pode ser observado em cidades de médio porte, principalmente a partir dos anos 1980, com a expansão do processo de urbanização nas diferentes regiões do Brasil. Os impactos dessa urbanização ocorreram em diferentes âmbitos, que se refletiram na vida das cidades, nas características do mercado de trabalho, nos diferentes tipos de atividades profissionais ali desenvolvidas, nos mercados formal e informal de habitação, nas políticas públicas implementadas e nas práticas cotidianas dos moradores.

Santos (2005, p. 137) considera que, em que pese a semelhança dos processos de estruturação espacial urbana, as cidades se diferenciam umas das outras, na medida que cada uma delas estabelece uma relação direta com as demandas específicas de sua região. As cidades se dobram a essas demandas, se reformam, reorganizam e se recriam para atendê-las ou redirecioná-las.

No caso da cidade de Sobral, objeto de estudo deste artigo, é importante ressaltar que o crescimento recente é parte de um processo socioespacial constituído ao longo de, pelo menos, dois séculos, com

forte rebatimento na configuração do seu espaço regional. Nesse sentido, para analisar as transformações recentes, é preciso compreender os seus condicionantes históricos e as principais características de seu processo de urbanização.

A história de Sobral se inscreve no processo de urbanização do interior do estado do Ceará e está ligada à expansão das atividades da pecuária e agricultura, especialmente algodoeira, voltada à exportação para a Inglaterra desde o século XIX. As atuais cidades médias constituíam, naquele momento, pontos de entroncamento e centros de coleta da produção agrícola, com uma pequena área urbana, voltada especialmente às atividades comerciais e com forte dependência dos centros mais dinâmicos do estado (HOLANDA, 2011).

A grande transformação das atuais cidades médias do interior do Ceará, entre as quais se destaca Sobral, ocorreu nos últimos 30 anos, graças às políticas de desconcentração das atividades industriais, provocando um expressivo crescimento demográfico e importante expansão de atividades urbanas ligadas ao comércio e aos serviços (COSTA; AMORA, 2009). Nesse processo, Sobral, a exemplo de outras cidades médias do estado do Ceará, como Crato e Juazeiro do Norte, passou a desempenhar funções urbanas especializadas, sobretudo no setor de serviços, que a transformaram em polo regional e, mais recentemente, em novo polo metropolitano, com uma área de influência que alcança cerca de 60 municípios cearenses, o que corresponde a um terço dos municípios do estado.

Assim, desde a segunda metade do século XX, embora tenha havido um crescimento concentrado da capital do estado e de seu entorno metropolitano em detrimento do interior, o município de Sobral destacou-se no cenário das transformações da economia nacional e global que se acentuaram no início do século XXI. Nesse processo, atraiu de modo crescente investimentos públicos e privados, voltados

tanto às atividades industriais, com a presença de grandes empresas como a indústria de calçados Grendene, como no setor educacional, com a instalação da Universidade do Vale do Acaraú e de um importante campus da Universidade Federal do Ceará. Esse crescimento e a força econômica exercida no âmbito estadual e regional conjugaram-se a uma grande importância política, que destacou Sobral por seu desenvolvimento institucional nas áreas de planejamento e gestão, contribuindo para sua inclusão no rol das novas regiões metropolitanas brasileiras.

Considerando a estruturação urbana recente, a cidade expandiu-se de forma descontínua desde seu centro localizado à margem esquerda do rio Acaraú, em direção às áreas de periferia cada vez mais distantes, em razão do preço do solo e de mecanismos de especulação imobiliária ali presentes, como em outros centros urbanos importantes. Essa expansão desordenada resultou em uma carência crescente de infraestruturas nas áreas onde se instalou a população de menor renda e onde se concentram os assentamentos precários, as favelas e as áreas de risco.

Esse processo foi acompanhado pela formação de vazios urbanos, que se valorizaram ao longo do tempo, e foram ocupados com o surgimento de bairros novos, voltados às populações de maior renda e que usufruem de melhores localizações no tecido da cidade. Trata-se da reprodução do clássico processo de segregação das elites, com a presença de enclaves de pobreza, observado nas cidades de médio porte e, especialmente, nas sedes metropolitanas brasileiras (BÓGUS; PASTERNAK, 2015).

De acordo com o Plano Diretor Participativo da Cidade, de 2008, o maior eixo de crescimento de Sobral situa-se ao longo da rodovia CE-440, na direção da Serra da Meruoca, onde surgiram os novos bairros de padrão médio e alto, com alguns loteamentos fechados, que reproduzem

a lógica de expansão urbana, a exemplo do que já ocorrera em Fortaleza (COSTA; PEQUENO, 2015).

Nessa expansão, merece também destaque a produção de habitação de interesse social com a construção de um grande conjunto do Programa Minha Casa Minha Vida, implantado na periferia da cidade de Sobral, em área carente de infraestrutura, incluindo o transporte público, além de outros serviços urbanos essenciais.

Trata-se do Conjunto Nova Caiçara, situado em uma zona ainda não loteada, parte dela de preservação ambiental, isolada do restante da cidade. Além de responder ao atendimento de uma demanda habitacional preexistente, a construção deste conjunto num extremo da cidade demandou do poder público importantes investimentos em infraestrutura e acabou produzindo a valorização dos bairros situados nas regiões vizinhas beneficiadas por tais investimentos.

Nesse sentido, a expansão da cidade seguiu a lógica perversa da especulação imobiliária, com seus vetores de crescimento apontando para a abertura de áreas novas, tanto para a população de maior renda como para a instalação de conjuntos habitacionais populares. Nos dois casos, os investimentos em infraestrutura demandados representaram uma sobrecarga para o orçamento municipal, mas beneficiaram de forma distinta os atores sociais envolvidos, contribuindo para a reprodução das desigualdades sociais.

Com as características apontadas, Sobral constitui um polo regional econômico e de desenvolvimento, histórica referência nas políticas públicas de saúde e de educação, que passou em 2017 a compor uma nova região metropolitana brasileira, com 18 municípios e 492.491 habitantes. Esse novo contexto metropolitano implica novas oportunidades e grandes desafios para a gestão municipal, agora polo metropolitano.

Cabe destacar que, no caso de Sobral, a lógica de “modernização” da administração pública instalada, inicialmente, nas administrações municipal e estadual, de Cid Ferreira Gomes e posteriormente com as intervenções propostas por seu irmão, Ivo Ferreira Gomes, fez com que o “tradicionalismo” nas ações políticas passasse a experimentar novas formas de manifestação na cidade, gerando novos desafios com a implementação de práticas políticas participativas. No presente momento, a transformação da cidade em sede de nova região metropolitana deverá acentuar as exigências de modernização das estruturas de governo e a necessidade de amplos debates envolvendo a população como um todo, na defesa de interesses coletivos para a implementação de instrumentos de gestão que favoreçam o bem-estar urbano e ampliem as formas de direito à cidade.

Nesse contexto, um destaque a considerar é a existência de uma sociedade civil empoderada, que em 2016 promoveu a elaboração de um planejamento estratégico de longo prazo para a cidade, intitulado “Sobral de Futuro”, em que se estabelecem metas e indicadores para os próximos 30 anos.

O objetivo deste artigo é trazer um olhar sobre a cidade de Sobral, seus processos de urbanização e seus indicadores sociais, analisando as oportunidades e ameaças que enfrentou como cidade média, de grande importância regional, e que continuará a enfrentar, com maiores responsabilidades no que se refere à governança, ao se tornar sede de uma Região Metropolitana, formada por municípios de características distintas e desiguais, diferentes graus de inserção na dinâmica econômica regional e com diferentes tipos de demandas sociais urbanas.

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO MUNICÍPIO

O município de Sobral está localizado na região de Planejamento de Sertão do Sobral, no estado do Ceará. Distante aproximadamente 250 km da capital Fortaleza, o município conta com 205.529 habitantes segundo pesquisa de projeção populacional do IBGE (2017).

Em 2016 apresentou um orçamento municipal de R\$595,8 milhões, o segundo maior orçamento municipal do estado, que serviu de base para a elaboração de um Plano Plurianual Participativo (2018-2021) em que as áreas com as maiores demandas no processo participativo foram aquelas relacionadas aos investimentos em infraestrutura urbana (saneamento, mobilidade e meio ambiente) e saúde, seguidas daquelas demandas relacionadas a novas formas de apropriação da cidade (esporte e lazer, cultura, mobilidade e urbanismo).

Quadro 1 – Processo participativo do Plano Plurianual Participativo de Sobral – CE (2018-2021).

EIXOS	TEMAS RECORRENTES				TOTAIS
#OCUPA SOBRAL	ESPORTE E LAZER	CULTURA	TRANSPORTE E MOBILIDADE	URBANISMO	882
	517	115	102	148	
SOBRAL VIVA	SANEAMENTO	SAÚDE	GESTÃO AMBIENTAL	MOBILIDADE NO CAMPO	1409
	347	686	236	140	
SOBRAL DA PAZ	ASSISTÊNCIA SOCIAL	DIREITOS HUMANOS	SEGURANÇA	TRANSPORTE E MOBILIDADE	795
	143	70	526	56	
SOBRAL ATIVA	AGRICULTURA	EMPREGO E RENDA / ATIVIDADES ECONÔMICAS			313
	51	262			
SOBRAL EDUCADA	EDUCAÇÃO				157
	157				
SOBRAL TRANSPARENTE	GESTÃO E GOVERNO				38
	38				
TOTAL					3594

Fonte: Prefeitura Municipal de Sobral, 2017.

Ressalta-se que a área com maior demanda social foi a da saúde; historicamente Sobral se destaca por práticas inovadoras de programas para saúde. Em seguida vieram segurança, esporte e lazer. Isto reflete dois cenários bastante comuns em cidades de médio porte, o primeiro refere-se ao crescimento das atividades de esporte e lazer, predominantemente nas ruas, como academias ao ar livre, ciclovias, equipamentos de esporte e lazer, como forma de ocupação e vivência dos espaços públicos; e de outro lado o aumento dos índices de violência das cidades de médio porte, demandando mais segurança para a sociedade civil. Dessa forma, as duas ações se convergem, considerando que quanto mais se ocupa a cidade, mas segura a cidade precisa estar e a cidade segura traz a população para a rua para ocupá-la.

Além disso, Sobral está consolidada como uma cidade universitária, e, com isso, a juventude apresenta novas demandas de atividades econômicas mais inovadoras, trazendo uma nova agenda voltada ao empreendedorismo, tecnologia, cultura, prestação de serviços que podem caminhar para Sobral desenvolver uma economia criativa de referência na região.

Tratando-se do perfil da população economicamente ativa do município, 53,04% compõem a PEA e destes, as principais atividades desempenhadas estão ligadas à indústria de transformação, comércio e agropecuária, conforme o quadro 2 abaixo:

Quadro 2 – População Economicamente Ativa segundo setor de atividade econômica de Sobral – CE, 2010.

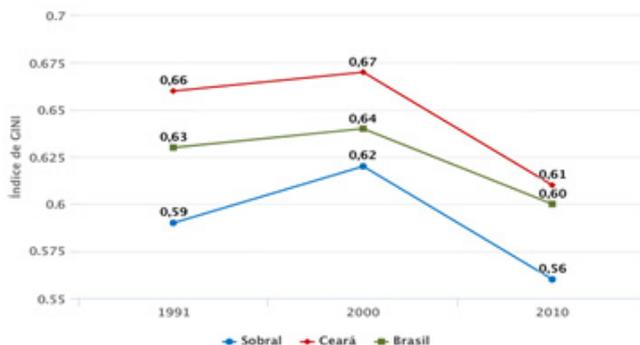
Seção de atividade	Pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas	% do total
Indústrias de transformação	17495	22,51
Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas	14163	18,22
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	6050	7,78
Atividades mal especificadas	5811	7,48
Educação	5603	7,21
Serviços domésticos	5266	6,78
Construção	4795	6,17
Administração pública, defesa e seguridade social	3066	3,94
Saúde humana e serviços sociais	3046	3,92
Transporte, armazenagem e correio	2537	3,26
Alojamento e alimentação	2190	2,82
Atividades administrativas e serviços complementares	1867	2,4
Outras atividades de serviços	1812	2,33
Atividades profissionais, científicas e técnicas	1160	1,49
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	748	0,96
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	637	0,82
Artes, cultura, esporte e recreação	519	0,67
Informação e comunicação	496	0,64
Eletricidade e gás	367	0,47
Atividades imobiliárias	67	0,09
Indústrias extrativas	29	0,04
Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais	0	0
Total	77723	100

Fonte: IBGE, 2017.

Sobral tem uma média de 3,71 habitantes por domicílio, segundo o último Censo Demográfico, superando o Brasil e o Ceará, que apresentam 3,31 e 3,56 moradores por domicílio, respectivamente. Essa média, relativamente elevada, corrobora o diagnóstico de trabalhos que apontam a carência habitacional no município e a demanda por domicílios adequados, sobretudo pela população de menor renda (COSTA; PEQUENO, 2015).

Considerando-se outros indicadores, o índice de GINI, que demonstra a desigualdade econômica da população a partir da renda domiciliar per capita, melhorou consideravelmente entre os anos de 2000 e 2010, seguindo um movimento alinhado à situação econômica do Brasil e do Ceará, que manteve Sobral numa posição melhor que as esferas estadual e federal, conforme demonstra o gráfico 1.

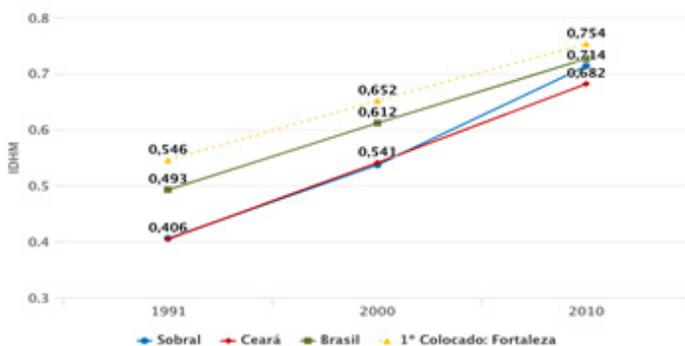
Gráfico 1 – Evolução do Índice de GINI da Renda Domiciliar per Capita em Sobral - CE (1991 – 2010).



Fonte: Datapedia.info, 2017.

A melhoria das condições do município também pode ser percebida quando se observa a evolução do índice de desenvolvimento humano municipal, baseado nas dimensões de renda, educação e longevidade. Assim, os dados do município se aproximam dos índices nacionais, ultrapassando a situação do estado, que até 2000 era bastante próxima à de Sobral, conforme ilustra o gráfico abaixo.

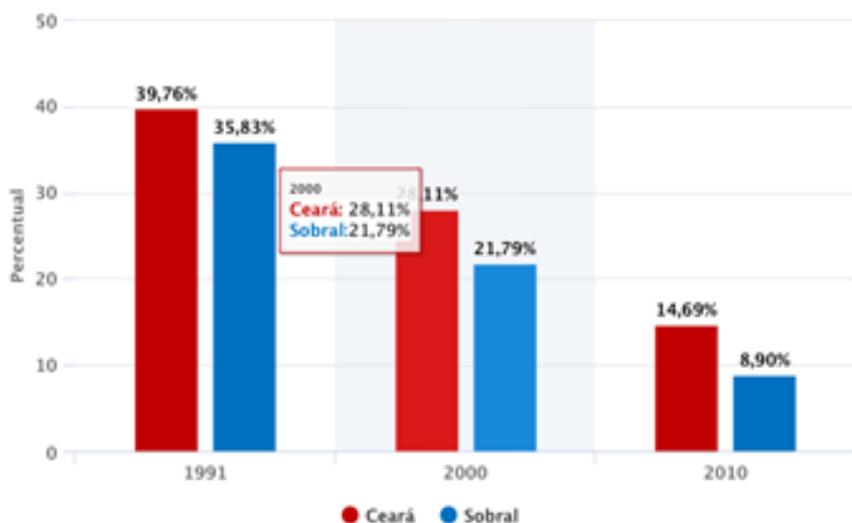
Gráfico 2 – Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, IDHM, em Sobral - CE (1991 – 2010).



Fonte: Datapedia.info, 2017.

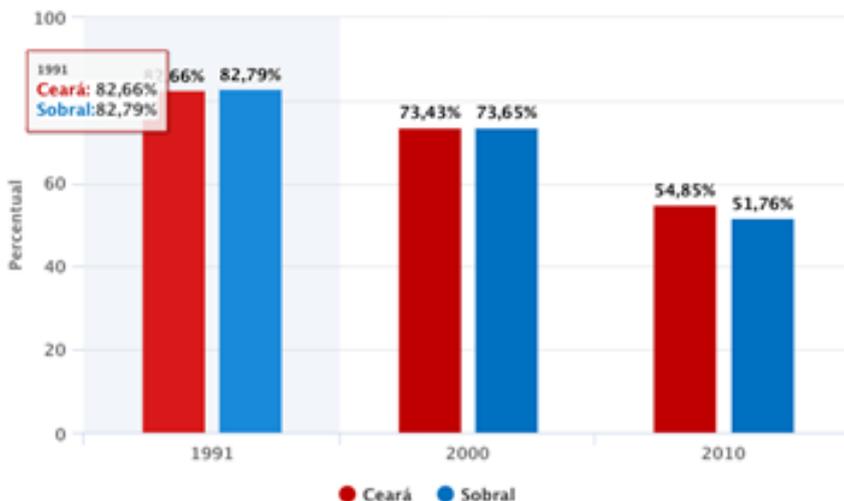
Mesmo havendo melhorias significativas nos índices apresentados, conforme os dados do Censo, em 2010, 8,9% da população encontrava-se em situação abaixo da linha de extrema pobreza (renda per capita inferior a R\$ 70,00 mensais em agosto de 2010) e 51,76% da população em situação vulnerável à pobreza (renda per capita inferior a R\$ 255,00 mensais em agosto de 2010), totalizando aproximadamente 60% da população do município. Esses índices se refletem, fortemente, nos indicadores referentes à escolarização e ao acesso aos serviços de saúde e à moradia digna de grande parte da população sobralense.

Gráfico 3 – Percentual da População Abaixo da Linha de Extrema Pobreza em Sobral – CE (2001 – 2010).



Fonte: Datapedia.info, 2017.

Gráfico 4 – Percentual da População Vulnerável à Pobreza em Sobral - CE (1991 – 2010).



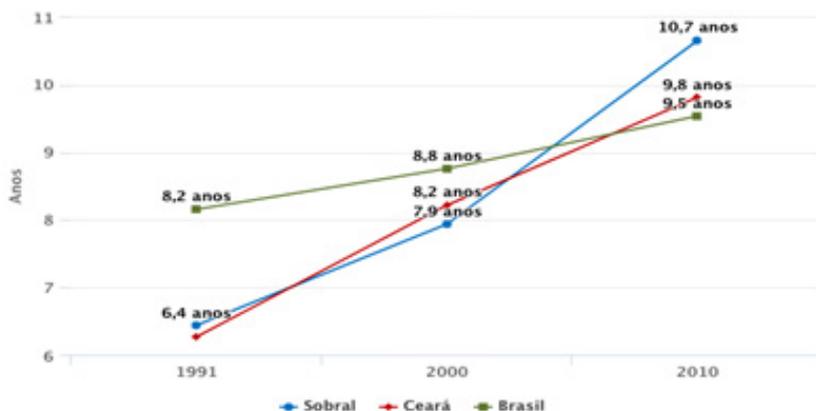
Fonte: Datapedia.info, 2017.

Sobral é reconhecida pelas políticas públicas voltadas para a saúde e educação. Neste artigo, optamos por privilegiar os dados referentes ao cenário educacional do município em relação à realidade nacional. Em 2000, no Brasil como um todo, 11% da população com 10 anos e mais era analfabeta; segundo o Censo de 2010, esse valor reduziu-se para 9%, mostrando ainda a necessidade de intervenção com políticas sociais voltadas à redução do contingente populacional à margem do letramento e do acesso básico à cidadania.

Quando se fala da educação dos jovens, essa situação aponta para uma mudança importante em Sobral, onde a taxa de analfabetismo para a população de 10 anos e mais era de 17,5% em 2000 e 15,1%, em 2010. Merece destaque a nota do IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) no ensino fundamental I e II do município, que está acima da média estadual e federal e tem crescido significativamente. O gráfico abaixo mostra um aumento importante da expectativa de anos

de estudo para as crianças matriculadas na escola, apontando para uma forte superioridade de Sobral em relação às médias estadual e nacional, no período 1991-2010.

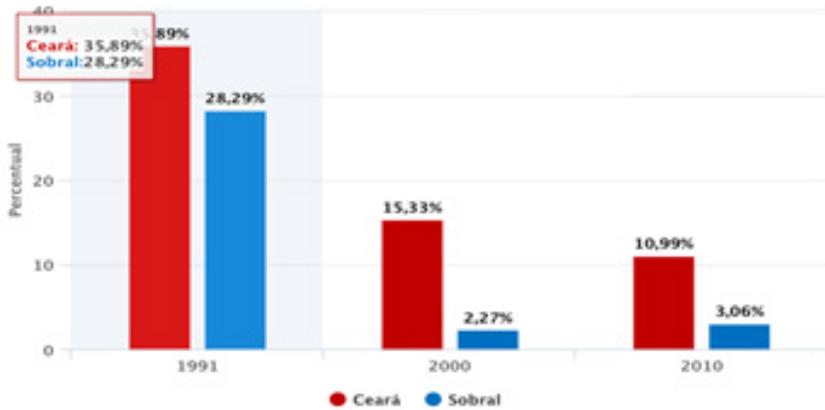
Gráfico 5 – Expectativa de anos de estudo em Sobral – CE (1991 – 2010).



Fonte: Datapedia.info, 2017.

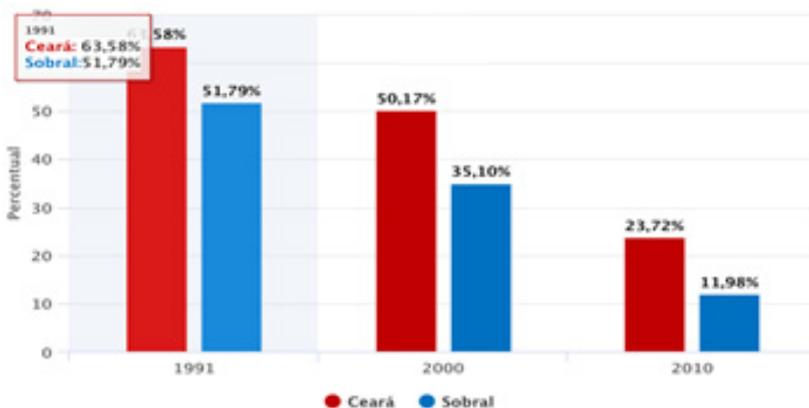
No que diz respeito aos serviços urbanos referentes à rede de água e ao esgotamento sanitário, importantes indicadores da qualidade da urbanização, houve uma melhora considerável no município de Sobral entre 1991 e 2000. Já em 2010 observou-se uma pequena piora na situação do município, provavelmente ligada à expansão desordenada da cidade, elevando a presença de domicílios sem nenhum tratamento de esgoto e mesmo, o que é grave, sem acesso à água tratada. Assim, embora entre 2000 e 2010, um quarto da população do município tenha conquistado o acesso a esses serviços públicos essenciais, 11% ainda permaneceram sem acesso a eles.

Gráfico 6 – Percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados em Sobral – CE (1991 – 2010).



Fonte: Datapedia.info, 2017.

Gráfico 7 – Percentual da população em domicílios sem água encanada e banheiro em Sobral – CE (1991 – 2010).

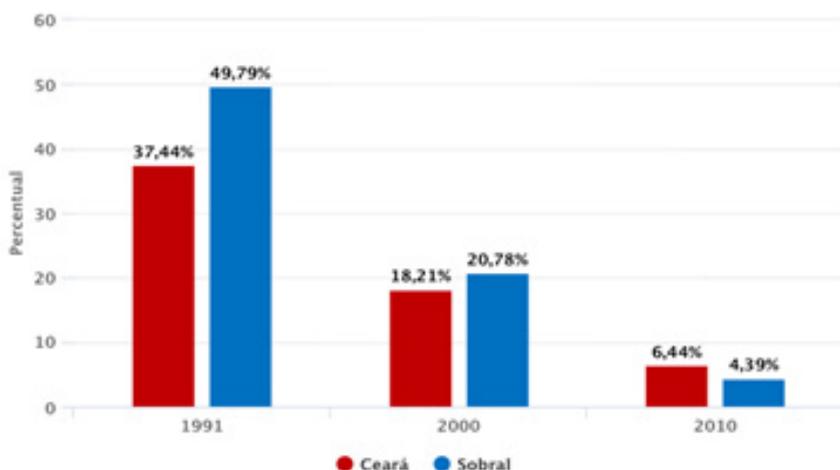


Fonte: Datapedia.info, 2017.

Já quando se trata da coleta de lixo, mais de 95% da população

tinham acesso a tal serviço em 2010, situação bastante controversa, já que um dos problemas do município, segundo a fala da atual gestão municipal, são os pontos clandestinos de lixo na cidade, ou seja, mesmo havendo coleta regular de lixo, os moradores colocam os dejetos domésticos na rua, fora dos horários de coleta, acumulando sujeira em vias públicas e aumentando o risco de incidência de doenças.

Gráfico 8 – Percentual da população em domicílios sem coleta de lixo em Sobral – CE (1991 – 2010).



Fonte: Datapedia.info, 2017.

Outro aspecto de grande importância na dinâmica municipal e nas condições de vida da população refere-se à mobilidade urbana e à possibilidade de deslocamentos no interior do município e entre os municípios do entorno.

Os dados censitários nos permitem compreender algumas das principais formas de mobilidade existentes tanto no município de Sobral como em sua Região Metropolitana. Destacaremos aqui os deslocamentos para educação e trabalho, também as imigrações

e emigrações internas, indicadoras de um dinamismo urbano que extrapola os limites da região e, por hipótese, do estado do Ceará.

Consideramos, inicialmente, as migrações recentes para Sobral, ou seja, o número de pessoas de 5 anos ou mais de idade que não residiam no município em 31/07/2005 e que, na data de referência do Censo (31/07/2010), residiam no município.

Quadro 3 – Pessoas de 5 anos ou mais de idade residentes em Sobral – CE em 2010 que não residiam na cidade em 2005.

	Total		Homens		Mulheres	
	Pessoas	% do total	Pessoas	% do total	Pessoas	% do total
Total	10799	100	5213	48,27	5586	51,73
5 a 9 anos	659	6,1	315	2,92	344	3,18
10 a 14 anos	883	8,18	425	3,94	458	4,24
15 a 19 anos	1621	15,01	664	6,15	957	8,86
20 a 24 anos	2601	24,09	1278	11,83	1323	12,25
25 a 29 anos	1946	18,02	923	8,54	1023	9,48
30 a 34 anos	949	8,79	522	4,83	428	3,96
35 a 39 anos	621	5,75	330	3,05	292	2,7
40 a 44 anos	417	3,86	255	2,36	162	1,5
45 a 49 anos	280	2,59	124	1,15	156	1,45
50 a 54 anos	274	2,54	160	1,48	115	1,06
55 a 59 anos	189	1,75	84	0,78	104	0,97
60 a 64 anos	88	0,82	28	0,26	60	0,55
65 a 69 anos	80	0,74	34	0,32	46	0,42
70 a 74 anos	81	0,75	30	0,28	51	0,47
75 a 79 anos	23	0,21	11	0,1	12	0,11
80 anos ou mais	85	0,79	30	0,28	56	0,52

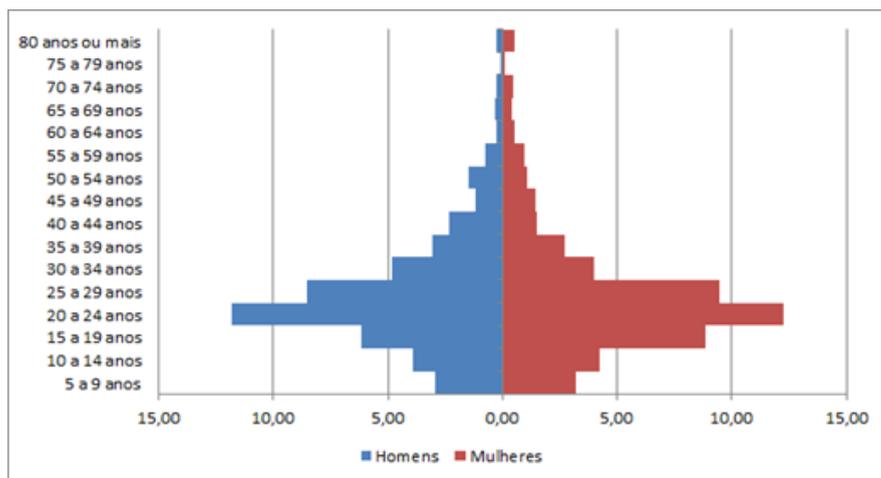
Fonte: IBGE, 2017.

Essa migração para Sobral - que em alguma medida pode englobar também migrações de retorno à cidade - é, conforme ilustram a tabela acima e o gráfico abaixo, predominantemente de pessoas em idade (re) produtiva. Quase $\frac{1}{4}$ dessa migração é formado por homens e mulheres

entre 20 e 24 anos. As mulheres apresentaram leve predominância em relação aos homens, tanto no total (51,73%) como em grupos etários específicos (especialmente entre 10 e 29 anos e 50 anos e mais).

Essa migração revela, também, uma estrutura etária predominantemente jovem, diferente da estrutura etária tanto de Sobral como do Ceará e do Brasil, especialmente pela pequena participação de grupos etários de crianças e adolescentes e de grupos etários de idosos. Pode-se inferir que se trata de processo de migração ou de migração de retorno a Sobral por razões ligadas à existência de oportunidades de trabalho e/ou estudo e realizado, principalmente, por adultos jovens entre 20 e 29 anos de idade.

Gráfico 9 – Pirâmide etária da população imigrante de Sobral - CE (2005-2010).

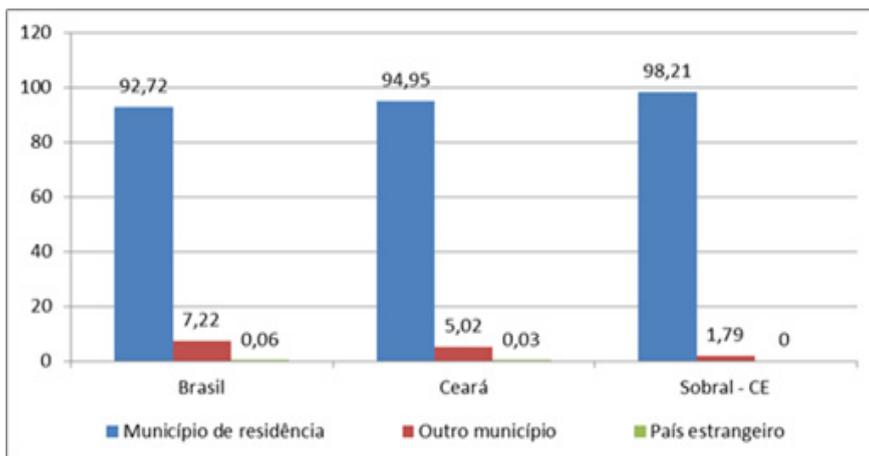


Fonte: IBGE, 2017.

Em relação à condição de naturalidade da população residente, 76,74% dos residentes nasceram em Sobral, 20,10% nasceram em outros municípios do Ceará e apenas 3,16% são naturais de outros estados da federação.

Os deslocamentos em Sobral por razão de estudo (pessoas que frequentam escola ou creche em outro município) revelam que, em geral, os estudantes de Sobral se deslocam menos para outros municípios que a média estadual e nacional, mostrando que o município atende satisfatoriamente às demandas da população em relação a esses serviços.

Gráfico 10 – Percentual da população de Sobral – CE que frequenta escola ou creche segundo localização da escola ou creche (2010).



Fonte: IBGE, 2017.

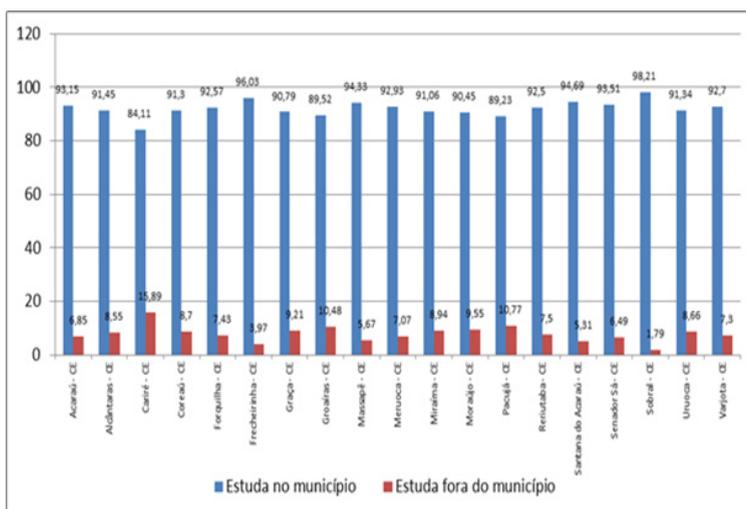
Segundo o gráfico acima, a proporção de pessoas residentes em Sobral que frequentam escola ou creche em outros municípios, no ano de 2017, é de 1,79%, proporção que no Ceará é de 5,02% e no Brasil, 7,22%. Esse dado revela maior cobertura relativa do sistema educacional do município, evitando os deslocamentos dos estudantes de Sobral para escolas ou creches em outros municípios do entorno.

Essa realidade é bastante diferente nos demais municípios que compõem a nova Região Metropolitana de Sobral. O gráfico 11 apresenta as proporções de pessoas que frequentavam escola ou creche dentro e fora de seu município de residência para os 19 municípios

que compõem a Região Metropolitana de Sobral. Todos os municípios da nova RM possuem pessoas frequentando escola ou creche fora de seu município de residência acima da média estadual (5,02%), exceto Frecheirinha (3,97%) e Sobral (1,79%).

Há proporções elevadas (acima da média nacional, que é de 7,22%) de estudantes nos municípios de Cariré (15,89%), Pacujá (10,77%), Groaíras (10,48%), Moraújo (9,55%), Graça (9,21%), Miraíma (8,94%), Coreaú (8,7%), Uruoca (8,66%), Alcântaras (8,55%), Reriutaba (7,5%), Forquilha (7,43%) e Varjota (7,3%). Supõe-se que boa parte destes estudantes frequentam escolas ou creches de Sobral.

Gráfico 11 – População residente nos municípios da Região Metropolitana de Sobral – CE segundo lugar em que estudam (2010).

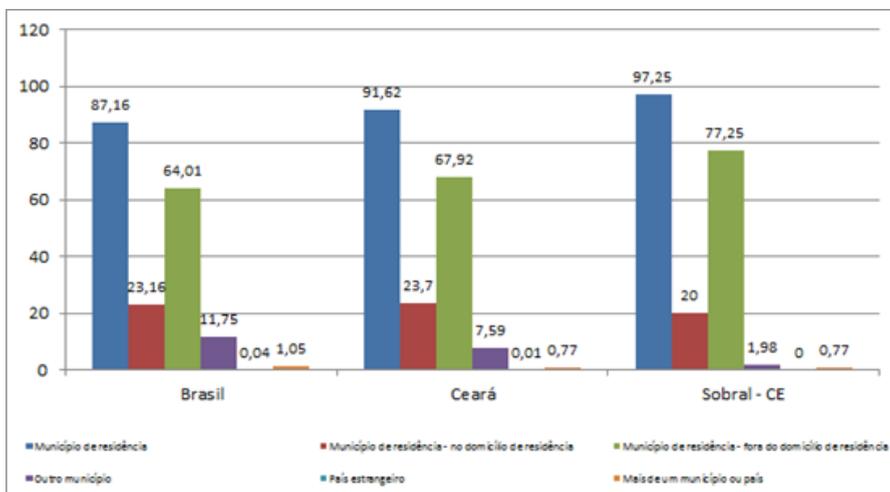


Fonte: IBGE, 2017.

No que se refere à outra dimensão desse deslocamento - o deslocamento por trabalho - percebe-se novamente a menor proporção de pessoas ocupadas em Sobral, na semana de referência, que trabalhavam fora desse município (1,98%) em relação às médias estadual (7,59%) e nacional (11,75%). Chama a atenção, ainda, a menor proporção de

pessoas ocupadas que trabalhavam no próprio domicílio de residência (20%), também inferior à média estadual (23,7%) e nacional (23,16%), indicando a presença de empregos formais ou de atividades informais exercidas fora do domicílio.

Gráfico 12 – População ocupada segundo localização do trabalho principal (2010).



Fonte: IBGE, 2017.

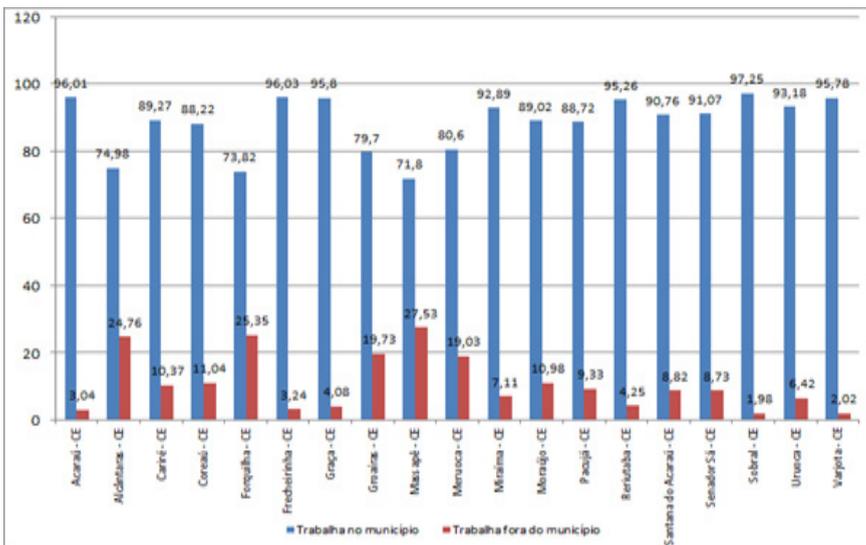
No que se refere ao deslocamento por razões de trabalho nos municípios da Região Metropolitana de Sobral, percebe-se novamente um menor deslocamento em Sobral em comparação com os demais municípios da Região Metropolitana. Os municípios desta RM com deslocamento superior à média nacional são Massapê (27,53%), Forquilha (25,35%), e Alcântaras (24,76%).

Novamente, a diferença nestas proporções e a reduzida porcentagem da população ocupada de Sobral que trabalha em outro município sugerem que Sobral atua como polo de sua RM, atraindo população economicamente ativa de outros municípios. Da população residente de Sobral segundo o último Censo (188.233 pessoas),

182.292 haviam nascido no Ceará, e 144.458, em Sobral. Portanto, 37.834 pessoas (20,09% da população do município) haviam nascido em outros municípios do Ceará.

Tanto por razões de trabalho como de estudo, a Região Metropolitana de Sobral se configura, desde sua criação, como espaço de intensos deslocamentos populacionais. Esses deslocamentos são resultado de uma estrutura produtiva e econômica ainda muito concentrada em Sobral, o que indica reflexões necessárias não apenas sobre políticas públicas e desenvolvimento regional como também sobre as características dos movimentos pendulares, que são impactados pela qualidade do transporte urbano e da própria rede viária dentro da região metropolitana.

Gráfico 13 - População ocupada nos municípios da Região Metropolitana de Sobral – CE segundo localização do trabalho principal (2010).



Fonte: IBGE, 2017.

MIGRAÇÃO INTERNACIONAL EM SOBRAL

O Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) nos permite levantar importantes informações sobre a população que não residia no Brasil em 2005 e que em 2010, no momento da aplicação do questionário, declarou residir em Sobral – CE. Foram 32 os imigrantes¹ que declararam chegar entre 2005 e 2010 a Sobral, 9 homens e 23 mulheres. Eles são provenientes de dois países: Itália (9 homens e 18 mulheres) e 5 do Canadá (todas mulheres)².

Quadro 4 - Pessoas de 5 anos ou mais de idade que não residiam em Sobral - CE em 31/07/2005 segundo sexo e país de residência em 31/07/2005.

País de origem	Total	Homens	% do total	Mulheres	% do total
Total	32	9	28,13	23	71,88
Itália	26	9	34,62	18	69,23
Canadá	5	0	0,00	5	100,00

Fonte: IBGE, 2017.

Quanto à migração internacional, tanto de sobralenses para o exterior como de imigrantes de outros países para Sobral, cabe destacar que, embora a migração internacional de e para Sobral apresente números pequenos, como se verá a seguir, ela expressa um processo social em que os meios de reprodução social e econômica se distribuem de forma desigual no espaço, produzindo fatores históricos de expulsão e atração populacional. Como fenômenos sociais e históricos, portanto, por menores que sejam as estatísticas elas sempre expressam a forma desigual com que se dá o desenvolvimento econômico e social, em suas

1 A natureza da variável (que se refere ao local de residência anterior e não ao local de nascimento) permite considerar que esse número contenha sobralenses emigrantes que retornam à Sobral, ou seja, migração de retorno.

2 Os dados não totalizam 32 provavelmente por não declaração do país de residência em 31/07/2005 ou por sigilo da informação.

múltiplas escalas e dimensões.

Quadro 5 – Emigrantes internacionais de Sobral - CE segundo região e país de destino (2010).

Região/país de destino	Total	Homens	% do total	Mulheres	% do total
Europa	51	13	25,49	38	74,51
América do Norte	14	7	50,00	7	50,00
Estados Unidos	13	7	53,85	6	46,15
Portugal	12	4	33,33	8	66,67
Itália	7	3	42,86	4	57,14
Espanha	5	3	60,00	2	40,00
Suécia	5	2	40,00	3	60,00
França	4	1	25,00	3	75,00
Holanda	4	0	0,00	4	100,00
Noruega	4	0	0,00	4	100,00
América do Sul	2	1	50,00	1	50,00
Alemanha	2	0	0,00	2	100,00
Irlanda	2	0	0,00	2	100,00
Suíça	2	0	0,00	2	100,00
Outros países da Europa	2	0	0,00	2	100,00
América Central	1	1	100,00	0	0,00
Canadá	1	0	0,00	1	100,00
Argentina	1	0	0,00	1	100,00
Paraguai	1	1	100,00	0	0,00
Ásia	1	1	100,00	0	0,00
Japão	1	1	100,00	0	0,00
Bélgica	1	0	0,00	1	100,00
Reino Unido	1	0	0,00	1	100,00
Oceania	1	0	0,00	1	100,00
Austrália	1	0	0,00	1	100,00
Total	70	23	32,86	47	67,14

Fonte: IBGE, 2017.

O último Censo Demográfico brasileiro registrou o número de 70 pessoas que residiam em Sobral na data de referência de 31/07/2005 e que se mudaram para o exterior³. A presença de importantes universidades na cidade e a oferta de oportunidades de circulação para os jovens no mundo globalizado pode explicar esses vínculos, nada desprezíveis, de Sobral com os grandes centros de produção de conhecimento e de

3 A estimativa da emigração internacional brasileira a partir do Censo Demográfico de 2010 é reconhecidamente sub-remunerada, por duas razões principais: na primeira razão, a emigração ao exterior de um membro da família em situação indocumentada faz com que seja comum que seus familiares omitam a informação e, na segunda razão, quando todos os moradores dos domicílios migram, a informação é igualmente não levantada pelos agentes censitários. Não obstante, por sua cobertura geográfica e data de referência comum a todos os questionados, essa ainda é a estimativa mais correta à disposição dos pesquisadores (MAGALHÃES, 2013).

informação no exterior.

BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos anos 1980, as cidades médias representaram importantes polos de desenvolvimento regional e foram alvo das atenções do Estado e das políticas públicas voltadas à expansão das atividades econômicas e às demandas a elas relacionadas. A partir dos anos 2000, essa ênfase deslocou-se para a criação de novas áreas metropolitanas, estabelecidas por critérios pouco homogêneos e que passaram a ocupar lugar de destaque nos debates sobre as cidades e as condições de vida urbana.

De um modo geral, os desafios que se colocam às cidades que se tornam sedes metropolitanas referem-se ao papel indutor que assumem no desenvolvimento e integração dos municípios que as constituem e que, via de regra, apresentam características muito desiguais em relação aos indicadores de renda, saúde, educação, trabalho e infraestruturas públicas.

A criação de Consórcios Metropolitanos apresenta-se como uma das saídas promissoras para o enfrentamento dessas desigualdades e para a busca de soluções compartilhadas para os problemas comuns. Já há muitos e bons exemplos desses consórcios, e a promoção dos debates no âmbito dos instrumentos criados pelo Estatuto das Cidades e, mais recentemente, pelo Estatuto das Metrôpoles, pode constituir um bom caminho para o encontro de soluções compartilhadas e politicamente ricas, com a participação da população e a promoção do direito à cidade.

REFERÊNCIAS

BÓGUS, L.; PATERNAK, S. **São Paulo: transformações da ordem urbana**. Rio de Janeiro: Editora Letra Capital/Observatório das Metrôpoles, 2015.

COSTA, M. C. L.; AMORA, Z. B. **Transformações nas cidades médias do Ceará (Brasil)**. Disponível em: <<http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaurbana/246.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

COSTA, M. C. L.; PEQUENO, R. **Fortaleza: transformações na ordem urbana**. Rio de Janeiro: Editora Letra Capital/Observatório das Metrôpoles, 2015.

FREIRE, H. P. **O uso do território de Sobral, Ceará pelas instituições de ensino superior**. 2011. 114 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2011.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estatística e Informações. **Déficit Habitacional Municipal no Brasil 2010**. Belo Horizonte: 2013.

HOLANDA, V. C. C.; AMORA, Z. B. Cidades médias do Ceará, estado do Nordeste do Brasil, e suas dinâmicas contemporâneas. **Revista Geográfica de América Central: XIII Encuentro de Geógrafos de America Latina**, v. 2, n. esp. 47e, p. 1-13, 2011.

HOLANDA, V. C. C. Transformações socioespaciais das cidades médias cearenses. **Revista de Geografia (UFPE)**, v.28, n.1, p.6-13, 2011.

MAGALHÃES, L. F. A. **Migração internacional e dependência na divisão internacional do trabalho: um estudo da região**

Sul de Santa Catarina. 2013. 236 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

PEQUENO, R.; ROSA, S. V. O Programa Minha Casa Minha Vida na Região Metropolitana de Fortaleza-CE: análise dos arranjos institucionais. **Cadernos Metr pole**, v. 18, n. 35, 2016.

SANTOS. M. **A urbaniza o brasileira**. 5. ed. São Paulo: EDUSP, 2005.

SOBRAL. **Diagnóstico habitacional preliminar do município de Sobral**. Sobral: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

_____. **Plano Diretor Participativo de Sobral**. Sobral: 2008.

_____. **Plano Plurianual 2018-2021**. Sobral, 2017.

**SAÚDE E SOCIEDADE: A
IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO
EM SAÚDE
O EXEMPLO DOCENTE: O LEGADO
DA PEDAGOGA CECILIA FERRO
DONNANGELO**



SAÚDE E SOCIEDADE: A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE O EXEMPLO DOCENTE: O LEGADO DA PEDAGOGA CECILIA FERRO DONNANGELO

Percy Antonio Galimbertti

De acordo com os princípios da Constituição da Organização Mundial da Saúde, aprovados e assinados por 61 nações em 1946:

- “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”
- “The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.”
- [...]
- “Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.” (WHO, 2018)

Ainda sobre o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde, e tentando explicitar o conceito nas atividades do dia a dia dos seres humanos, Galimbertti (1996) escreveu:

Não é de hoje que a conceituação de SAÚDE deixou de contemplar apenas a ausência de sinais e sintomas patológicos característicos de doenças mensuráveis física e biologicamente, [...] Saúde

é um estado geral de bem-estar, de ter atendidas as necessidades de ser humano em suas áreas mais básicas: condições apropriadas de moradia (saneamento básico, conforto), educação (direito de ter acesso ao conhecimento), trabalho (como uma necessidade de realização e de produção, com benefício próprio e coletivo), afeto (alicerce fundamental para o desenvolvimento da personalidade), liberdade (de poder ser coerente com sua individualidade). Uma pessoa deixa de ser saudável quando se sente humilhada por não ter onde morar, frustrada, ao não ter chance de desenvolver suas aptidões, carente de vínculos afetivos ou cerceada em sua liberdade. (GALIMBERTTI, 1996, pag. 105)

Já transcorreram mais de setenta anos desde que, de comum acordo, as nações que constituíram a Organização Mundial da Saúde incluíram aspectos psicológicos e socioeconômicos como necessários na avaliação do estado de saúde das pessoas, além dos biológicos ou físicos, que tradicionalmente já eram avaliados. Apesar disso não podemos dizer que este conceito seja, na prática, largamente utilizado, observado, ou respeitado, ao elaborar e implementar políticas públicas para a promoção da saúde, ou ao tentar sanar problemas de saúde.

Quero abordar aqui um dos dois aspectos que considero imprescindíveis e de capital importância para a implementação e consolidação dos mencionados princípios: Educação em Saúde e Gestão. Vou restringir meus comentários à importância da Educação, compreendendo que, invariavelmente, a postura dos gestores (responsáveis pela gestão) também deriva de sua formação profissional e política.

Educação em saúde, obviamente, pode (e deve) acontecer nos diversos níveis de escolarização, desde o Ensino Fundamental até as Faculdades de Medicina e os outros cursos que fazem parte das chamadas “categorias profissionais da saúde”.

O que ainda prevalece na formação em saúde, principalmente na formação médica, é uma visão biologistas, que tenta achar uma prescrição medicamentosa (farmacológica) para toda e qualquer manifestação de sofrimento.

Quando entramos na área do sofrimento emocional, as observações de Oliveira e Ribeiro (2000) de que, mesmo obtendo grandes avanços nas pesquisas, os conceitos do modelo biomédico tradicional, baseado na doença, na farmacologia e na internação, ainda eram observados na prática dos profissionais de saúde mental no final do século XX, são válidas ainda hoje, pois ainda não foram negadas ou superadas.

Mesmo quase duas décadas depois da aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a prática do cuidado integral e interdisciplinar às pessoas em sofrimento emocional/mental ainda é uma meta a ser cumprida. Os fatores sociais e ambientais envolvidos na geração e/ou agravamento dos transtornos dificilmente podem ser devidamente avaliados e raramente são devidamente enfrentados.

Por isso acho importante esse binômio: educação e gestão. Nenhum gestor (nenhuma pessoa) pode propor algo que não conhece, ou algo diferente daquilo que acredita que seja o melhor... e esse conhecimento ou essa convicção foram, logicamente, aprendidos, por meio de sua formação profissional e política, e de sua experiência pessoal.

Os profissionais das equipes de saúde que trabalham, tanto na atenção, quanto em funções de gestão ou gerenciamento, são egressos

das mais diversas instituições de ensino (fundamental, médio ou superior, incluindo eventuais cursos de pós-graduação), e, obviamente, seu conhecimento e sua postura profissional derivam da formação que receberam, daí a importância da função docente e dos projetos político-pedagógicos que definem as grades curriculares e os conteúdos das disciplinas.

A interdisciplinaridade vem sendo apresentada e discutida como uma necessidade dentro das equipes de gestão e atenção à saúde, há muito tempo. Em seu livro “*Sociologia de las enfermedades mentales*”, publicado pela primeira vez em francês em 1965, Roger Bastide já abordava a questão da necessidade da interdisciplinaridade, destacando que o médico psiquiatra e o sociólogo têm que trabalhar em conjunto, mas alertando que essa cooperação, que exige uma postura “democrática”, dificilmente acaba sendo alcançada, pois existe uma tendência à supervalorização de nossas próprias crenças, de nosso próprio conhecimento, em detrimento do conhecimento do outro (BASTIDE, 1988).

Historicamente tem prevalecido, de forma arrogante, o saber biomédico. No campo da saúde mental, o saber psiquiátrico. No atual contexto da prática das equipes de saúde mental no Brasil, apesar de muitas portarias, normatizações e manuais, o psiquiatra ainda é tratado de forma especial pelos gestores, é valorizado e remunerado desproporcionalmente em relação aos colegas de outras categorias profissionais que fazem parte das equipes. E ele mesmo se considera acima ou por cima, em relação aos demais.

A integração interdisciplinar, então, na prática não existe. O médico psiquiatra não abre mão de seu poder, que nas palavras de Foucault, “reinou e funcionou [...] a partir de um discurso que ela [a psiquiatria] considerava e fazia funcionar como um discurso verdadeiro...” (FOUCAULT, 2006, pág. 49). Conforme vemos/

constatamos na prática diária nos serviços de saúde mental atualmente, nos CAPS, existe, sim, esse poder, mesmo que dissimulado. Está presente, e impede a integração horizontal e democrática necessária para o bom exercício da interdisciplinaridade.

A FORMAÇÃO

Teve um livro que chamou minha atenção em uma livraria da Califórnia, no final dos anos 1980: “*The Nothing Book*”... quando fui folhear o livro, curioso, me deparei com um livro com todas suas páginas em branco! Achei genial e o comprei, pensando: “um livro a ser escrito!”. Quando preparo as aulas sobre o desenvolvimento mental, me lembro sempre disso: cada recém-nascido é um livro a ser escrito.

Ninguém nasce sabendo como deve se comportar, que valores deve seguir, cultivar ou defender... tudo isso é aprendido, seja inicialmente por imitação, seja pela elaboração cognitiva de percepções variadas, estímulos diversos, seja pela influência do entorno, do ambiente familiar, da comunidade, dos amigos, dos primeiros professores, dos segundos professores, dos terceiros professores. E hoje, mais do que nunca, do aparato midiático, tecnológico, que apresenta milhões de informações ao alcance de todos, adultos, adolescentes e crianças, trazendo e gerando conhecimento, alegrias e sofrimento, desgosto, e até ódio, numa enxurrada de notícias, fofocas, ironias e brincadeiras de todos os tipos, inclusive maldosas e mentirosas, as chamadas “*Fake News*”.

O papel do educador é mais delicado e importante do que muitas vezes parece ser (apesar da desvalorização crescente quando se trata da remuneração), pois as pessoas em formação, por definição estão “para

ser formadas”, e o educador é o principal arquiteto que poderá delinear e influenciar tanto a forma como o fundo (conteúdo) dos futuros profissionais formados.

Nos anos politicamente muito difíceis da década de 1970, na efervescência descabida da ditadura militar que se instalou no Brasil em 1964, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tinha recentemente iniciado (em 1969) uma experiência de renovação/reforma curricular, que fora discutida e aprovada pelo Colegiado da instituição como uma experiência para metade da turma. Era o “Curso Experimental de Medicina”, que instituiu uma “integração vertical” de disciplinas, novas metodologias de ensino, como grupos de estudo, seminários, rodas de discussão, e novas disciplinas, como Ciências Sociais, além de enfatizar a importância da Atenção Primária e do trabalho interdisciplinar.

Tive a sorte de fazer parte da metade que ficou na grade curricular do Curso Experimental. Tive também a sorte de ter, como docentes, o professor Eduardo Marcondes, que liderava e coordenava o curso, quando eu fui admitido, o professor Guilherme Rodrigues da Silva, e a professora Maria Cecília Ferro Donnangelo, autora do livro “Saúde e Sociedade”, entre outros brilhantes professores de mentalidade aberta e progressista.

Foi por meio de seus ensinamentos e de seus exemplos que nossa turma “experimental” foi se modelando, se formando... Eu, que, ao ingressar na faculdade achava que tinha como meta dar seguimento aos estudos em alguma especialidade cirúrgica, ao concluir o curso já sabia que desejava abraçar a “saúde mental preventiva”. Como essa especialidade não existia, percorri duas especializações: Psiquiatria e, posteriormente, Saúde Coletiva. Ao retomar os estudos enveredei para mestrado em Sociologia e doutorado em *Political Economy and Public Policies*.

Com este depoimento não pretendo colocar nenhum juízo de valor que possa ser confundido com menosprezo a qualquer especialidade médica. Todas elas são de extrema importância, obviamente, e todas elas exigem dedicação, estudo e postura profissional. Apenas desejo sublinhar a importância da oportunidade que tivemos, no Curso Experimental de Medicina na USP, de ter professores com opiniões variadas, diversas, e que tinham em comum uma visão progressista, incorporando novas metodologias de ensino, enfatizando e exigindo a participação mais ativa do alunado, trazendo discussões e disciplinas que até então não faziam parte da grade curricular do curso (como Ciências Sociais), por meio do que foi possível ampliar o horizonte e perceber que o retrato da Saúde das populações pode ser visto por vários ângulos, e a percepção dos fatores que interveem no processo saúde-doença também pode ser ampliada ou modificada.

Ao refletir sobre as posturas profissionais dos médicos, velhos e novos médicos, me volta a imagem do livro em branco, que foi sendo escrito aos poucos, página após página, desde os primeiros dias, meses de vida, desde os primeiros passos, desde os primeiros mestres.

Dentro das ideias e da prática profissional encontramos divergências: alguns profissionais com posturas mais tradicionais e conservadoras, outros com uma abertura maior para considerar o novo e o diferente. No campo do conhecimento médico, historicamente, tem prevalecido a postura biologista ou organicista. A introdução do estudo e da reflexão sobre os fatores socioeconômicos e ambientais que podem estar presentes como fatores importantes no processo saúde-doença é recente. Como foi dito anteriormente, a proposta mais concreta de introdução desse tema na grade curricular da Faculdade de Medicina da USP, por meio da criação de um curso “paralelo” e a inclusão de novas disciplinas, como Ciências Sociais, aconteceu no fim da década de 1960.

Mesmo assim, foi uma experiência colocada em prática com restrições, apenas para a metade da turma. Alguns professores mais conservadores achavam que essa experiência não deveria ter acontecido e desejavam finalizá-la o quanto antes. Segundo MOTA:

Não há dúvida de que a concepção trazida pelo Curso Experimental ensejou forte oposição daqueles que entendiam haver uma divisão de poder na Faculdade de Medicina. Somavam-se ao fato os reflexos do período ditatorial, quando professores e alunos, muitos do CEM-USP [Curso Experimental de Medicina – USP], foram perseguidos, torturados e/ou perderam seus postos de trabalho. Essa conjuntura, eivada de “denuncismos” e com a avaliação de parte da instituição de que tal curso “não era capaz de refletir melhoria no ensino e na formação médica” teve seu desfecho em 30 de agosto de 1974, com a chegada à diretoria da Faculdade de Medicina de Carlos da Silva Lacaz, líder oponente daquilo que se chamava de “esfacelamento do curso médico”. Com o apoio da Congregação da Faculdade, já em seu discurso de posse, ele pedia a constituição de uma Comissão para proceder ao encerramento do projeto do CEM-USP e sua incorporação ao curso tradicional, por um projeto chamado de “fusão curricular”, a partir do ano de 1976 (MOTA, 2014, pag.167)

Muitas vezes um jovem ou uma jovem, que inicia o curso de Medicina, já vem com uma postura mais egocêntrica e etnocêntrica, deixando de se importar com o próximo, ou achando que seu ponto de

vista é apenas o que pode valer ou estar certo. Se este aluno ou esta aluna encontrar apenas professores semelhantes, também egocêntricos e que não considerem outras possibilidades a não ser as de seu próprio universo, o mais provável é que essas ideias e essa forma de agir sejam reforçadas.

Os projetos e planos pedagógicos refletem o conhecimento e a filosofia de seus autores, que, como dito anteriormente, são consequência de estudo, reflexão, experiências de vida, dentro e fora da academia.

SAÚDE E SOCIEDADE: O EXEMPLO DA PROFESSORA CECÍLIA DONNANGELO

Maria Cecília Ferro Donnangelo foi minha professora da disciplina de Ciências Sociais, no primeiro ano da Faculdade de Medicina, Curso Experimental. Foi para mim uma presença notável, com seu jeito descontraído e envolvente, conseguia a atenção dos alunos para os tópicos da disciplina.

Nas palavras de Lilia Blima Schraiber e André Mota, a professora Cecília Donnangelo “[...] foi pessoa memorável e figura da maior importância como ator político e científico da Saúde Coletiva” (SCHRAIBER e MOTA, 2015, pag. 1468). Everardo Duarte Nunes diz que Cecília Donnangelo foi “uma das pioneiras na construção de um pensamento social em saúde” (NUNES, 2008, pag. 910).

Vou utilizar informações e trechos dos artigos publicados pelos autores acima mencionados para destacar a importância do trabalho realizado pela professora Cecília Donnangelo, que teve morte prematura, em acidente rodoviário, aos 43 anos de idade.

Cecília Ferro Donnangelo nasceu em Araraquara, interior do

estado de São Paulo, no dia 19 de agosto de 1940, e foi lá que cursou Pedagogia, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara, concluído em 1962.

Mesmo tendo obtido o diploma de Licenciatura em Educação em 1962, desenvolveu, desde o início de sua formação universitária, interesse pela área de Ciências Sociais, procurando se aproximar desse campo por meio de cursos opcionais de Filosofia e Sociologia e particularmente através de um contato contínuo com as atividades da cadeira de Sociologia, então regida pelo professor Luiz Pereira (MOTA; SILVA; SCHRAIBER, 2004, pag. 8-9).

Lecionou Psicologia e Sociologia no Ensino Médio, ocasião em que foi responsável pelo planejamento e supervisão de uma pesquisa realizada por seus alunos, a respeito do rendimento escolar, nutrição e pobreza entre os alunos do ensino fundamental. (SCHRAIBER; MOTA, 2015; NUNES, 2008). Foi a partir deste trabalho que ocorreram “... contatos com profissionais da área médica e um convite para proferir palestras na cadeira de Medicina Legal e Social da Faculdade de Medicina da USP...” (SCHRAIBER; MOTA, 2015, pag. 1469). As palestras ocorreram no ano de 1964.

Sua colaboração na cadeira de Medicina Legal, no entanto, não foi longa, pois Cecília discordou “[...] da orientação sociológica que se tentava implementar em termos de classificação comportamental [...]” (SCHRAIBER; MOTA, 2015, pag. 1469). Interrompeu esta colaboração em 1965, retornando à Faculdade de Medicina da USP em 1969, desta vez à convite do Professor Guilherme Rodrigues da Silva, chefe do Departamento de Medicina Preventiva.

A formação no campo educacional levou Donnangelo a primar pela organização didática das disciplinas ministradas no Departamento. Nesse sentido, ela deu prioridade à formação, e não ao academicismo, e, apesar das críticas sofridas, essa foi uma opção absolutamente consciente¹. Tais críticas podem ser reportadas à intensa luta pela reforma do ensino médico que se dava na Faculdade de Medicina, em que ela teve um papel definitivo, participando ativamente de uma nova proposta curricular, o Curso Experimental de Medicina. Essa proposta integrava as disciplinas a partir de uma metodologia inovadora, com a preocupação de implementar um curso médico que formasse profissionais mais capacitados, com uma clara incorporação e aprofundamento dos aspectos sociais da medicina e da saúde. (SCHRAIBER; MOTA, 2015, pag. 1470).

Na época, além da Faculdade de Medicina da USP, outros cursos de graduação em Medicina no país também buscaram introduzir “[...] disciplinas que até então não faziam parte de seus planos de estudo, como as Ciências Sociais, Epidemiologia, História da Medicina, Administração e Planejamento em Saúde” (NUNES, 2008, pag. 910).

Cecília Donnangelo, seguindo a linha de pensamento de seu professor Luiz Pereira, idealizou uma educação que estivesse articulada com as questões provindas do campo social, “[...] em busca de respostas a alguns entraves médico-sanitários [...]” (SCHRAIBER; MOTA, 2015,

1 Aqui, os autores fazem referência a: Chassot WCF. *Memórias de origens: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 20 anos*. São Paulo: Hospital Universitário-USP; 2001.

pag. 1469).

A produção científica de Cecília Donnangelo reflete “[...] a triangulação *educação, sociologia e medicina*, explorando-a sob o referencial historicista marxista e sempre implicada na perspectiva das políticas públicas [...]” (SCHRAIBER; MOTA, 2015, pag. 1469).

Medicina e Sociedade

Medicina e Sociedade foi o título do livro resultante da tese de doutorado da professora Cecília Donnangelo, e nesta obra ela tratou dos serviços médicos, do trabalho e do mercado de trabalho do médico, assim como do rol do Estado na regulação desse trabalho, desse mercado. Foi um trabalho inovador, que mostrou os aspectos sociais envolvidos nos processos de regulação estatal, nos processos corporativos da profissão médica e na economia política dos serviços (SCHRAIBER; MOTA, 2015).

Saúde e Sociedade

O livro *Saúde e Sociedade* de Cecília Donnangelo traz o texto integral de sua tese de Livre Docência: “Medicina e Estrutura Social (O Campo de Emergência da Medicina Comunitária), defendida junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, em 1976.

Está composto por três Partes: I- Medicina e Estrutura Social, II-Medicina Comunitária e III- Medicina Comunitária: Política Médica – Política Social

Na primeira parte, a autora incluiu dois capítulos. No primeiro capítulo, denominado *Medicina: Prática Técnica – Prática Social*,

Cecília Donnangelo coloca que a Medicina, apesar de poder ser considerada primariamente como uma prática técnica, responde às exigências que fogem da técnica e que se inserem nas práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas. Estas práticas sociais regulam não somente as práticas técnicas, mas “[...] participam também do dimensionamento do objeto ao qual se aplica, dos meios de trabalho que ela opera, da forma e destinação de seus produtos” (DONNANGELO, 1979, pag.15).

De acordo com a autora, a prática médica sempre esteve linearmente associada a inovações científicas e tecnológicas, “[...] é indispensável agora afirmar o significado dessas inovações na estrutura atual de produção de serviços médicos e de sua articulação no social”. (DONNANGELO, 1979, pag.20).

Finalizando este capítulo Cecília Donnangelo afirma que o modo como acontece a prática médica está relacionado com a forma como a sociedade se apropria dos corpos, portanto é necessário compreender esse processo.

O segundo capítulo, *Medicina na Sociedade de Classes*, aborda o tema da medicalização da sociedade, apontando que existem, na verdade, práticas médicas diferenciadas para indivíduos de diferentes classes sociais.

Não sendo, em si, um fenômeno novo, uma vez que a própria medicina antiga já difere, em sua prática, segundo a origem social do paciente, a diferenciação adquire especificidades nas sociedades capitalistas como decorrência da forma pela qual nela se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim é que, mesmo a partir do momento em que o cuidado médico se

generalizou amplamente, como resposta, quer à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, quer a momentos particulares do desenvolvimento, a nível político, dos antagonismos de classe, verificou-se paralelamente: de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme ao seu significado para o processo econômico e político; de outro, uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientela, a qual se expressa em grande parte em seu caráter ‘privado’ ou ‘estatal’, mas que não se esgota aí (DONNANGELO, 1979, pag. 31).

Comentando a questão da medicalização abordada pela autora, os professores Schraiber e Mota escreveram:

[...] cada vez mais a medicina expande seus domínios normativos na sociedade, como uma medicalização do social no mundo, ao mesmo tempo em que apela para recursos de manipulação instrumental do seu aspecto social, reduzindo a complexidade do mundo a comportamentos medicalizáveis pela intervenção médica (SCHRAIBER; MOTA, 2015, pag. 1470).

Nas partes II e III, a autora aborda o conceito e o momento da Medicina Comunitária, colocando que o seu surgimento acontece em sociedades que praticam formas de atenção médica que excluem setores da população. O consumo dos serviços médicos não se encontra generalizado, a Medicina Comunitária surge com uma área de abrangência já delimitada: a das categorias sociais excluídas.

(DONNANGELO, 1979)

Entendo que Cecília Donnangelo coloca, com muita antecipação, propostas que vieram a ser sugeridas e implementadas anos mais tarde, aqui no Brasil, como a constituição de equipes interdisciplinares, a complementação das tarefas terapêuticas:

Por outra parte, essa extensão [da Medicina] não se fará necessariamente através das modalidades predominantes de produção de serviços. Ela requer uma nova estruturação dos elementos que compõem a prática médica, sobretudo, uma nova forma e um novo uso do trabalho médico. Essa reestruturação implicará, antes de tudo, o reforço substancial de um elemento que não é estranho à organização geral da prática contemporânea: o uso do trabalho auxiliar de outras categorias profissionais constituindo-se o que foi designado por trabalhador médico coletivo, no sentido de que, por um processo de divisão de tarefas, o cuidado se resolve através de um conjunto de práticas complementares (DONNANGELO, 1979, pags. 71-72).

A reformulação da prática médica exige a reformulação da formação destes profissionais, por meio da alteração da grade curricular e do modelo docente vigente, que seja capaz de mudar a orientação biologista e individualista que tradicionalmente vem sendo a norma entre os formados: “[...] uma maior coordenação horizontal e vertical das disciplinas já existentes [...] e a introdução de novas disciplinas consideradas básicas, que seriam a psicologia, as ciências sociais, a ecologia, a antropologia [...]” (SCHRAIBER; MOTA, 2015, pag. 1469).

A produção intelectual de Cecília Donnangelo pode ser vista abaixo. Estas informações foram retiradas de Nunes (2007), que adaptou de Mota, Silva e Schraiber (2004):

- Donnangelo MCF. *Contribuição ao estudo de uma categoria ocupacional: a profissão médica*. São Paulo: Faculdade de Medicina – USP, 1969. [Mimeo]
- Donnangelo MCF. *Caracterização socioeconômica dos pacientes da Clínica de Obstetrícia do Hospital das Clínicas*. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 1969. [Mimeo]
- Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.
- Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.
- Donnangelo MCF. Relatório da assessoria prestada à Divisão Nacional de Educação Sanitária sobre metodologia de educação sanitária no setor saúde. São Paulo: OPAS/OMS; 1976. [Mimeo]
- Donnangelo MCF. *Educação sanitária e políticas de saúde*. São Paulo; 1976. Mimeo.
- Donnangelo MCF. *Relatório do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. CNPq/ABEM/CEPEN; 1979 Nov 20-22; Ribeirão Preto. p. 82-97.
- Donnangelo MCF. Prefácio. In: Giovanni G. *A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo*. São Paulo: Livraria e Editora Polis Ltda; 1980.
- Donnangelo MCF. Curriculum vitae. São Paulo; 1982. [Mimeo]

- Donnangelo MCF. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – década de 70. In: *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco/PEC/ENSP; 1983. p. 19-35.
- Donnangelo MCF. Prefácio. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983.
- Donnangelo MCF, Goldbaum M, Ramos US. Tradução do livro *Medicina Preventiva*, de Leavell HR, Clark EG. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976.

A MENSAGEM

Quis, com este texto, chamar a atenção para a importância e enorme responsabilidade da tarefa docente, pois é a partir da postura do profissional encarregado de formar, de suas convicções políticas e filosóficas, que o aluno ou a aluna recebem mensagens explícitas ou implícitas, a respeito dos conceitos mais amplos do universo médico, como campo de conhecimento e trabalho.

Como um filho pequeno idealiza seus pais que se tornam seus heróis, da mesma forma o aluno idealiza seus mestres, seus professores, acredita neles, e tende a reproduzir seus dizeres, suas ideias.

O interesse dos médicos pelo estudo dos determinantes sociais presentes nos processos saudáveis, que levam a melhorias nas condições de saúde e na qualidade de vida, e também presentes nos processos que levam ao adoecimento, não será estimulado à altura da necessidade das comunidades e dos países, se esse tema não é abordado na formação médica. Isto se aplica também, obviamente, ao que acontece na

formação dos outros profissionais do setor saúde.

É necessário, portanto, que a formação em nível de graduação aborde estes temas, fazendo partes de disciplinas obrigatórias dentro das grades curriculares, para colaborar com a construção de uma prática em saúde que inclua os determinantes sociais ao analisar e avaliar o momento de uma pessoa que procura por auxílio, pois os fatores sociais, econômicos, ambientais e emocionais fazem parte das causas de adoecimento e, necessariamente, devem fazer parte, também, da terapêutica, devendo ser considerados e incluídos no desenvolvimento do chamado Projeto Terapêutico Singular. Assim, ajudaremos a construir e manter a ponte entre Saúde e Sociedade.

Também quis, com este texto, prestar homenagem à Professora Cecília Donnangelo, à sua trajetória como docente, a seu exemplo como pessoa e professora. As informações sobre sua biografia e vida acadêmica aqui estão apresentadas de forma bastante simplificada, obviamente apenas alguns aspectos importantes e que foram mais próximos de minha passagem, como aluno de graduação, pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

Pesquisando pelo nome dela, na internet, temos acesso a muitos artigos de professores de várias instituições de ensino, distribuídas por diversos estados brasileiros, que analisam e elogiam a vida e obra de Cecília Donnangelo, como pedagoga, pesquisadora pioneira na construção de uma visão social para a leitura dos agravos em saúde e da prática médica.

REFERÊNCIAS

BASTIDE, R. **Sociologia de las enfermedades mentales**. México: Siglo XXI Editores, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Organização Pan-Americana da Saúde. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo**. Brasília: MS, 2004.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006

GALIMBERTTI, P. A. Em busca da desinstitucionalização da doença mental pela humanização do atendimento e a conquista da cidadania. In: SILVA, S. F. **A construção do SUS a partir do município**. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 105-111.

MOTA, A. Entre o curso tradicional e o curso experimental da Faculdade de Medicina - USP: a experiência da pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1968-1976. **Educar em Revista**, n. 54, p. 159-172, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n54/a10n54.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n.3, p. 909-916, 2008

OLIVEIRA, L. C.; RIBEIRO, P. R. N., O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado. **Salusvita**, Bauru, v. 19, n. 2, p. 89-100, 2000.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1467-1473, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization: Principles**. Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/>. Acesso em: 11 jul. 2018.

**A POLÍTICA DE REORIENTAÇÃO DA
FORMAÇÃO EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE DO PROCESSO
DE IMPLEMENTAÇÃO NAS
UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO
INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ**



A POLÍTICA DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ

Quitéria Livia Muniz Mira

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Eliany Nazaré Oliveira

Roberta Cavalcante Muniz Lira

Maria Socorro de Araújo Dias

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET-SAÚDE) E A PARTICIPAÇÃO DAS IES DE SOBRAL-CE

Com o intento de oportunizar aos estudantes da área da saúde as mais diversas experiências no SUS, foram lançados 09 (nove) editais dos PET-Saúde até o ano de 2018. O quadro 1 apresenta os editais com seus respectivos títulos e período de vigência.

Quadro 1 - Editais PET-Saúde. Ministério da Saúde do Brasil, 2008 a 2018. Sobral – CE, agosto de 2018.

Edital	Projeto	Período de Vigência
Edital nº 12 de 3 de setembro de 2008	PET-Saúde	2009 – 2010
Edital nº 18 de 16 de setembro de 2009.	PET-Saúde/Saúde da Família	2010 – 2011
Edital nº 7 de 3 de março de 2010.	PET-Saúde/Vigilância em Saúde	2010 – 2011

Edital nº 27 de 17 de setembro de 2010	PET-Saúde/Saúde Mental/Crack	2011 – 2012
Edital nº 24 de 15 de dezembro de 2011.	PRO-Saúde/PET-Saúde	2012 – 2014
Edital nº 28 de 22 de novembro de 2012.	PET-Saúde/ Vigilância em Saúde	2013 – 2015
Edital nº 14 de 8 de março de 2013	PET-Saúde/Redes de Atenção	2013 – 2015
Edital nº 13 de 28 de setembro de 2015	PET-Saúde/GraduaSUS	2016 – 2018
Edital nº 10 de 23 de julho de 2018	PET-Saúde/Interprofissionalidade	2018 – 2019

No PET-Saúde de 2009, foram selecionados 84 projetos de 68 instituições de ensino superior, em parceria com 71 secretarias de saúde, tendo sido constituídos 306 grupos PET com participação de 11 mil estudantes, com cerca de 5 mil bolsas concedidas (BRASIL, 2009a; 2009b). Em 2010, sob a denominação de “Saúde da Família” foram aprovados 111 projetos, envolvendo 84 IES e 96 secretarias de saúde e 461 grupos tutoriais (BRASIL, 2010). Em maio do mesmo ano foram mais 70 projetos e 122 grupos PET temáticos de Vigilância em Saúde (VS), envolvendo 60 IES e 68 secretarias de saúde (BRASIL, 2010). Posteriormente, em 2011, foi instituído o PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas, sendo selecionados mais 69 projetos e 80 grupos tutoriais, envolvendo 57 IES e 74 secretarias de saúde (BRASIL, 2011).

Desse quantitativo, foram aprovados no estado do Ceará quatro (4) projetos PET-Saúde (2009-2010), cinco (5) projetos PET-Saúde/Saúde da Família (2010-2011), quatro (4) projetos e nove (9) grupos tutoriais vinculados ao PET-Saúde/Vigilância em Saúde (2010-2011), três (3) projetos e cinco (5) grupos tutoriais relacionados ao PET-Saúde/Saúde Mental/Crack (2011-2012). Ressalta-se que, dentre as IES com projetos contemplados, as únicas situadas no interior do Ceará foram

UVA e UFC/*Campus* Sobral, tendo as duas instituições atuado em parceria em todas as propostas supracitadas.

Os editais PET-Saúde lançados a partir de 2012 foram: o PRÓ-Saúde/PET-Saúde (2012-2014), o PET-Saúde/Vigilância em Saúde (2013-2015), o PET-Saúde/Redes de Atenção (2013-2015), o PET-Saúde/GraduaSUS (2016-2018) e, mais recentemente lançado, o PET-Saúde/Interprofissionalidade (2018-2019).

O PET-Saúde/Vigilância em Saúde aprovou no total 111 projetos distribuídos em 195 grupos tutoriais, envolvendo 105 IES e 120 Secretarias de Saúde. No Ceará foram aprovados cinco projetos, totalizando 11 grupos tutoriais vinculados a cinco IES e quatro secretarias de saúde. Dentre essas IES destacam-se a UVA e UFC/*Campus* de Sobral como as únicas instituições públicas contempladas no interior do estado. As duas instituições, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, tiveram um projeto aprovado e três grupos tutoriais formados (BRASIL, 2013).

O PET-Saúde/Redes de Atenção aprovou 114 projetos, envolvendo 290 grupos tutoriais articulados com 118 IES e 127 Secretarias de Saúde. No estado do Ceará foram aprovados cinco (5) projetos, sendo formados 11 grupos PET, vinculados a cinco (5) IES e cinco (5) Secretarias de Saúde. A UVA, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, foi a única instituição do interior do Estado que teve proposta aprovada, havendo a formação de quatro (4) grupos tutoriais que atuaram em diferentes redes temáticas prioritárias, a saber: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O PET-GraduaSUS (2016-2018) contemplou projetos ligados ao desenvolvimento de mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes

Curriculares Nacionais (DCN) e à qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade articulados aos projetos do Ministério da Saúde e da Educação. Foram concedidas 2.957 bolsas, envolvendo 312 grupos tutoriais articulados com 312 cursos de graduação em 89 IES e 89 Secretarias de Saúde. No estado do Ceará foram aprovados projetos de três (3) IES, vinculados a (3) Secretarias de Saúde, sendo duas (2) no interior, Quixadá (Rainha do Sertão) e Sobral (UFC e UVA), com os cursos de Enfermagem e Medicina e uma (1) em Fortaleza (UECE), com a participação dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia. As IES do interior foram contempladas com 14 bolsas cada e a UECE com 36.

Neste edital do PET-GraduaSUS, as Secretarias de Saúde Estaduais ou Municipais assumem o protagonismo e passam a coordenar o processo. O sistema saúde escola de Sobral concorreu com um projeto que envolvia os cursos de saúde da UVA e da UFC; e o resultado contemplou apenas o de Enfermagem (UVA) e o de Medicina (UFC).

Convém destacar ainda que na edição do Programa PET-Saúde/GraduaSUS houve uma redução no quantitativo de bolsas ofertadas, o que implicou na diminuição do número de preceptores. Enquanto nas edições anteriores (PET-Saúde/Redes de Atenção UVA, Pró-Saúde/PET-Saúde UVA e UFC e PET-Saúde/Vigilância em Saúde UVA e UFC), ocorridas entre 2013 e 2015, a quantidade de preceptores representava 24, 36 e 8, respectivamente. No PET-Saúde/GraduaSUS o número foi reduzido para 6 (seis). Tal decréscimo contribuiu para o enfraquecimento da integração ensino-serviço, por limitar o número de atores envolvidos no Programa. Torna-se, portanto, imprescindível identificar estratégias de sustentabilidade das políticas de integração ensino-serviço, objetivando a permanência dos resultados e a continuidade dos projetos para além dos limites temporais dos Programas.

Em 2018 uma nova proposta do Programa foi divulgada, o

PET-Saúde/Interprofissionalidade. Para concorrer ao edital, cujo prazo vence no dia 14 de setembro de 2018, o projeto da Secretaria Municipal e/ou Estadual deverá envolver a participação mínima de três (3) cursos distintos de graduação na saúde, com dois (2) a seis (6) grupos tutoriais de aprendizagem, sendo as Secretarias de Saúde as coordenadoras do processo.

A partir do exposto, compreende-se que o Pró-Saúde e o PET-Saúde constituem-se estratégias potenciais para redirecionar o processo de formação profissional em saúde. Em decorrência disso, evidencia-se a necessidade de que os programas produzam resultados efetivos quanto à contribuição para a melhoria do fazer profissional no âmbito do SUS.

Assim, considerando o Pró-Saúde e o PET-Saúde como ferramentas capazes de propiciar mudanças na formação profissional, ressignificando o processo de aproximação entre as estruturas educacionais e as políticas de saúde voltadas para a formação de recursos humanos para o SUS, elencam-se os seguintes questionamentos: Como o processo de implementação da Política Nacional de Reorientação Profissional em Saúde tem sido conduzido, na prática, dentro das instituições de ensino superior, nas suas relações institucionais e entre seus diferentes atores? Há mudanças que apontam para a reorientação da formação em saúde advindas da execução desses Programas?

Com base nestas questões e com o objetivo de analisar o processo de implementação do Pró-Saúde e dos PET-Saúde nas Universidades Públicas de Sobral, Ceará, foram utilizados como unidades de análise os relatórios técnicos finais dos PET-Saúde e opiniões de docentes e discentes dos cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia, sendo os dois primeiros vinculados à UVA e os demais à UFC, *campus* Sobral.

Foram analisados os relatórios finais dos seguintes Programas: Pró-Saúde/PET-Saúde (2012-2014) da UFC/*Campus* de Sobral e da UVA; PET-Saúde/Vigilância em Saúde (2013-2015) da UVA; e PET-Saúde/Redes de Atenção (2013-2015) da UVA.

Os relatórios técnicos dos PET-Saúde e Pró-Saúde/PET-Saúde se configuram como um dos recursos estabelecidos em edital para o monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas durante os programas. Consiste em um formulário *online* (FormSUS) que contempla informações anuais e finais, relativas à identificação, ao desenvolvimento e à avaliação das atividades implementadas. O formulário deve ser preenchido pelo coordenador com a participação dos atores envolvidos no Programa e, após esse processo, é encaminhado eletronicamente à SGTES/MS.

No que tange ao levantamento das opiniões dos docentes e discentes dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia, foram convidados alunos que estivessem nos dois últimos semestres de seus respectivos cursos, bem como os professores em atividade, a responderem questionário eletrônico enviado por meio da ferramenta Google Docs/Google Forms. O instrumento abordava questões relacionadas às mudanças na formação profissional induzidas pelo Pró-Saúde, baseadas nos eixos e vetores do Programa, conforme estudo proposto por Ribeiro (2013).

De uma população de 464 pessoas docentes e discentes dos 5 cursos envolvidos, participaram 216, sendo 64 docentes e 152 discentes. Obteve-se uma taxa de resposta de 46,55%, o que caracteriza uma amostra relevante, considerando o método de coleta em formulário eletrônico.

O QUE NOS DIZEM OS RELATÓRIOS FINAIS DOS PET-SAÚDE E PRÓ-SAÚDE?

O quadro 2 a seguir traz uma abordagem sucinta dos relatórios finais que foram analisados, identificando o Programa, IES participante e a existência de elementos relacionados a quatro categorias previamente definidas para o estudo. Ressalta-se que um dos PET-Saúde não foi contemplado por indisponibilidade de acesso ao seu relatório.

Quadro 2 - Distribuição dos projetos PET-Saúde por IES e presença de evidências nos relatórios finais quanto aos aspectos: mudanças na formação; integração ensino-serviço; facilidades; limitações e ações para superação. Sobral – CE, mar/abr. 2016

PROGRAMA	IES	CATEGORIAS			
		Repercussões para a reorientação da formação	Integração ensino-serviço-comunidade	Elementos facilitadores ¹	Limitações e ações para superação
PET-Saúde Redes	UVA	X	X	-	X
Pró-Saúde/ PET-Saúde	UVA	X	X	-	X
PET-Saúde Vigilância	UVA	X	X	X	X
Pró-Saúde/ PET-Saúde	UFC	X	X	-	X

Fonte: Própria

Buscou-se evidenciar nos relatórios aspectos correspondentes aos objetivos do estudo, a partir de quatro categorias temáticas relativas aos projetos PET-Saúde e Pró-Saúde: repercussões para a reorientação da

1 Informações requeridas apenas no relatório do PET-Saúde/Vigilância em Saúde

formação em saúde; integração ensino-serviço-comunidade; elementos facilitadores para a implementação; limitações e ações para superação.

Conforme se observa no Quadro 2, os relatórios finais analisados contemplam as categorias do estudo em quase sua totalidade, com exceção da categoria “elementos facilitadores”, pois seus aspectos buscados não foram consolidados nos relatórios PET-Saúde/Redes de Atenção UVA, Pró-Saúde/PET-Saúde UVA e Pró-Saúde/PET-Saúde UFC. As categorias serão analisadas a seguir:

Foi evidenciado que o caráter interprofissional das atividades executadas entre os diferentes cursos induziu mudanças favoráveis a redirecionar a formação em saúde dos estudantes envolvidos nos Programas. Como resultado dessa aproximação interprofissional destacou-se a incorporação das habilidades de trabalho (trabalho em equipe, interdisciplinaridade, cooperativismo, tomada de decisões, etc.), favorecendo o desenvolvimento das competências exigidas pelas DCN dos cursos participantes, com destaque para os conteúdos e ações desenvolvidas de forma integrada.

Outro aspecto contemplado refere-se às mudanças desejadas na matriz curricular, no projeto pedagógico e nas práticas de ensino dos cursos envolvidos. Observou-se que o PET-Saúde e o Pró-Saúde têm induzido transformações nos desenhos curriculares e adoção de novas estratégias metodológicas de ensino aprendizagem, conforme preconizam as DCN para os cursos de graduação na área da saúde. Tais mudanças são representadas, entre outros exemplos, pela implantação de disciplinas, grupos de pesquisa, projetos e cursos de extensão que buscam favorecer o exercício profissional a partir da atuação interprofissional/interdisciplinar.

Embora sendo nítidos os esforços envidados no sentido de promover mudanças curriculares mais densas nos cursos em questão,

constatando-se, inclusive, alguns avanços concretos nesse âmbito, foi identificado por meio de um questionamento sobre as repercussões favoráveis dos Programas para as IES, que a reorientação curricular dos cursos envolvidos não ocorreu efetivamente.

Transformações mais profundas nestes cursos requerem mudança formal na sua matriz curricular, representadas por novos arranjos, novas disciplinas e até mesmo supressão de outras, demandando tempo para aprovação em instâncias superiores da IES, o que pode justificar a não efetividade da reorientação curricular constatada nos relatórios.

Verificaram-se, também, evidências do fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade como consequência das atividades desenvolvidas pelos grupos tutoriais durante os Programas. Como exemplo dessas atividades, apontam-se as ações de ensino, pesquisa e extensão, realizadas nos diversos cenários de formação propiciados pelo Pró-Saúde e PET-Saúde.

Foi tácita, ainda, a importância do papel dos preceptores e tutores dos Programas no apoio à efetiva articulação intersetorial e no direcionamento das pesquisas desenvolvidas, bem como no fomento às transformações no processo de trabalho da equipe.

No intento de viabilizar a integração ensino-serviço-comunidade, observaram-se estratégias de sustentabilidade deflagradas pelos Programas, objetivando a continuidade das atividades implementadas mesmo após a finalização dos projetos. Dentre as iniciativas foram citados grupos de pesquisa, projetos interdisciplinares consolidados como projetos de extensão, aproximação dos preceptores com a IES a partir da realização de atividades práticas, participação dos docentes nos processos de educação permanente, projetos que foram incorporados pela gestão municipal de saúde, entre outros exemplos.

Em contrapartida, algumas fragilidades ocorreram ao longo

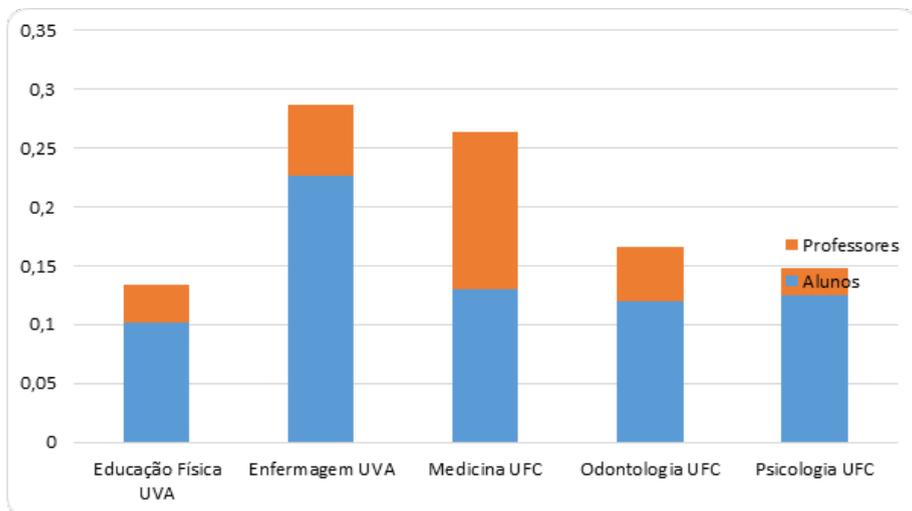
da implementação dos projetos, o que implicou em limitações para o alcance dos objetivos propostos. A dificuldade de articulação de horários entre os integrantes dos grupos tutoriais, bem como a complexidade de conciliação da grade curricular dos estudantes para o desenvolvimento das atividades interdisciplinares em campo, foram fragilidades em comum apontadas pelos programas, exceto o Pró/PET-Saúde UFC.

Diante de tais percalços, algumas estratégias de superação foram implementadas no intento de conciliar os horários livres dos alunos com o desenvolvimento das atividades propostas junto aos demais membros dos grupos tutoriais. Como estratégia, o PET-Redes de Atenção, por exemplo, optou pelos sábados para o desenvolvimento das ações integradas na comunidade, dia em que todos os alunos apresentavam disponibilidade para engajamento nas atividades. Já um dos grupos do PET-VS UVA procedeu com a construção de uma agenda mínima de encontros periódicos com momentos de vivências grupais, sendo estabelecidos prazos adequados e monitoramento para o cumprimento das atividades.

AS VOZES DOS DOCENTES E DISCENTES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PRÓ-SAÚDE

Caracterização dos participantes do estudo quanto ao curso, IES, vínculo institucional e participação em edições do PET-Saúde

Gráfico 1 - Caracterização dos participantes do estudo quanto à IES, vínculo institucional e curso. Sobral – CE, Mar./abr./mai. de 2016.



Fonte: Própria

O gráfico 1 demonstra que a UFC deteve o maior percentual de participações no estudo, totalizando 57,84% da amostra, enquanto a UVA obteve 42,11%. O curso de Enfermagem apresentou 28,69% das participações, seguido do curso de Medicina (26,38%), Odontologia (16,65%), Psicologia (14,81%) e Educação Física (13,42%). O quantitativo de participações discentes foi predominante, perfazendo 70,35% da amostra; enquanto os docentes representaram o percentual de 29,65%. Os cursos com participação discente mais significativa foram o de Enfermagem, com 22,68%, seguido do curso Medicina com 12,96%. O curso de Educação Física obteve o menor percentual 10,18%. Quanto aos docentes, apresentaram maior participação os do curso de Medicina e menor participação os do curso de Psicologia.

A seguir, o quadro 3 apresenta o quantitativo dos integrantes do estudo que participaram de alguma edição do PET-Saúde, considerando IES, vínculo institucional e edições do Programa.

Quadro 3 - Distribuição dos integrantes da pesquisa quanto a participação nos PET-Saúde considerando IES, vínculo e edições do Programa. Sobral – CE, mar./abr./mai. de 2016.

EDIÇÕES PET-SAÚDE	IES/VINCULO						TOTAL GERAL
	UFC			UVA			
	Aluno	Professor	UFC Total	Aluno	Professor	UVA Total	
PET-Saúde	4	4	8	2	-	2	10
PET-Saúde/Redes de Atenção	2*	-	2*	11	3	14	16
PET-Saúde/Saúde da Família	5	-	5	2	-	2	7
PET-Saúde/Saúde Mental	1	-	1	-	-	-	1
PET-Saúde/Vigilância em Saúde	5	1	6	4	-	4	10
Pró-Saúde/PET-Saúde	4	4	8	8	2	10	18
TOTAL GERAL	21	9	30	27	5	32	62

Fonte: Própria

*Informação equivocada, considerando que a UFC/Campus de Sobral não participou do PET-Saúde/Redes de Atenção.

Observa-se que dos 216 integrantes do estudo, 62 participaram de alguma edição do PET-Saúde, o que representou 28,70% da amostra total. Deste quantitativo, 30 participantes eram da UFC, sendo 21 alunos e 9 docentes, e 32 eram da UVA, representados por 27 alunos e cinco docentes. Verifica-se que em relação à UFC, o Pró-Saúde/PET-Saúde e PET-Saúde/Saúde da Família detiveram o maior número de participações, totalizando 8 em cada Programa. Na UVA, o quantitativo mais expressivo foi representado pelo PET-Saúde/Redes de Atenção, com 14 participações, seguido do Pró-Saúde/PET-Saúde, com 10 participações.

O baixo quantitativo de participações em algumas edições do PET-Saúde está relacionado ao ano de vigência dos Programas. Edições como o PET-Saúde, PET-Saúde da Família, PET-Saúde/Saúde Mental, por exemplo, datam de 2009, 2010 e 2011 respectivamente. Considerando que os cursos envolvidos nesta pesquisa possuem a

duração regular de 3,5 e 4 anos (Educação Física), 5 anos (Enfermagem, Odontologia e Psicologia) e 6 anos (Medicina), acredita-se que a maioria dos alunos que participaram dos Programas iniciais já tenham concluído o curso de graduação.

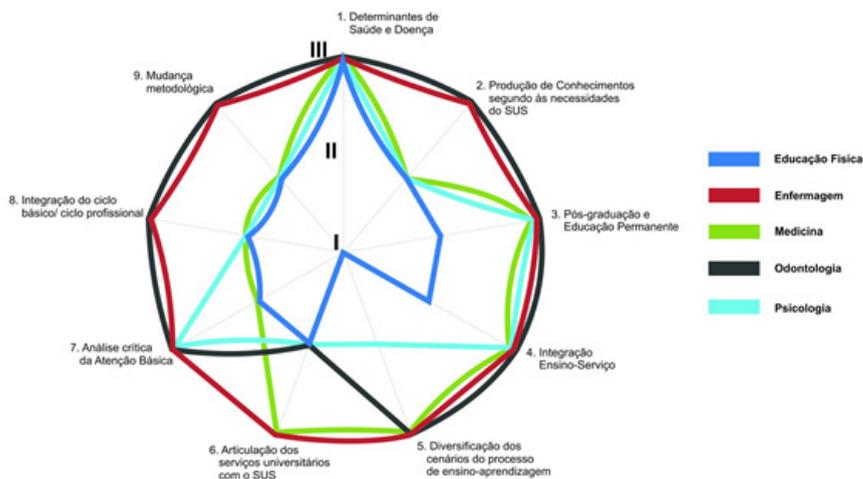
Opinião dos discentes e docentes sobre seus cursos, considerando os eixos e vetores do Pró-Saúde

Nesta etapa, estudantes e docentes responderam questionário no *google forms* com o objetivo de conhecer a posição que cada um tinha acerca do curso de graduação ao qual estava vinculado. O instrumento abordava quanto à inserção das propostas do Pró-Saúde nas atividades do curso, subdividas em nove variáveis que contemplavam os três eixos do Programa: Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica. No total, foram nove questões de múltipla escolha correspondentes aos vetores 1 a 9 do Pró-Saúde e cada questão com três alternativas de resposta em ordem crescente de estágio (I, II, III). Para cada variável, o estágio III faz do curso a imagem-objetivo do Pró-Saúde, para a qual todos os esforços devem se dirigir.

Os participantes que não identificassem seu curso em nenhuma das alternativas poderiam escrever em um espaço disponível ao final de cada pergunta (IV- outras) qual seria a sua opinião quanto à situação de seu curso.

O gráfico de Kiviat apresentado a seguir revela, a partir da visão dos docentes e discentes participantes, em que estágio (I, II ou III), os cursos envolvidos se encontram, considerando os nove vetores do Pró-Saúde. Ressalta-se que os resultados apresentados denotam os estágios que sobressaíram, segundo a opinião dos alunos e professores do curso.

Gráfico 2 - Classificação discente e docente quanto ao estágio dos vetores do Pró-Saúde nos cursos de Educação Física e Enfermagem (UVA), Medicina, Odontologia e Psicologia (UFC). Sobral – CE, mar./abr./mai. de 2016.



Fonte: Própria

EIXO A – Orientação Teórica

Vetor 1 - Determinantes saúde e doença

Nesse âmbito, devem ser destacados para a formação em saúde aspectos relativos aos determinantes de saúde, determinação biológico-social da doença e estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e de redirecionar protocolos e intervenções (BRASIL, 2007).

Conforme se observa no gráfico de Kiviat, esse vetor recebeu boa avaliação dos discentes e docentes, predominando em todos os cursos o estágio III (imagem-objetivo). A preponderância desse estágio correspondeu a 89% dos participantes do curso de Educação Física (n=26); 90,3% dos informantes do curso de Enfermagem (n=56); 71,4%

dos participantes do curso de Medicina (n=40); 88,8% dos participantes do curso de Odontologia (n=32); e 93,9% dos informantes do curso de Psicologia (n=31). Ressalta-se que os demais estágios (I e II) se evidenciaram, todavia, com baixa expressividade de participantes.

Considerando a predominância do estágio III para esse vetor, denota-se que os respectivos cursos dedicam importância equivalente aos determinantes da saúde e da doença, procurando, tanto na abordagem do conhecimento teórico, como em sua aplicação assistencial, manter adequada articulação biológico-social.

Vetor 2 - Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS

Nessa variável compreende-se que devem ser pesquisados os componentes gerenciais do SUS no estabelecimento de práticas apropriadas de gestão, visando alimentar processos de tomada de decisão e estimular a conformação de redes de cooperação técnica (BRASIL, 2007a).

A partir do gráfico de Kiviat, observaram-se para este vetor divergências de estágios entre os cursos envolvidos. Nos cursos de Educação Física, Medicina e Psicologia o estágio II prevaleceu, representando respectivamente 62% (n=18), 51,7% (n=29) e 48,4% (n=16) dos participantes. Verifica-se, no entanto, que apesar de a assertiva referente ao estágio II ter preponderado nesses cursos, os demais estágios também apresentaram percentuais significativos, com destaque para o estágio III, que correspondeu a 31% (n=9) dos participantes da Educação Física, 42,8% (n=24) dos participantes da Medicina e 36,3% (n=12) dos participantes da Psicologia.

Em relação aos cursos de Enfermagem e Odontologia, o estágio III foi preponderante para este vetor, correspondendo a 80,6% (n=50) e 83,3% (n=30) dos participantes; seguido do estágio II com 14,5% (n=9)

e 13,8% (n=5), respectivamente.

Os cursos classificados como estágio II – Educação Física, Medicina e Psicologia – são caracterizados, de acordo com os participantes, pela baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS. Já os cursos enquadrados no estágio III (imagem-objetivo) – Enfermagem e Odontologia - detêm equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades da população e sobre os aspectos biomédicos/tecnológicos, com forte interação com os serviços, inovações na gestão/análise de custo-efetividade, etc.

Observa-se que os participantes dos cursos de Enfermagem e Odontologia enquadram seus cursos na imagem-objetivo para este vetor (estágio III), enquanto os cursos de Educação Física, Medicina e Psicologia, classificados no estágio II, carecem intensificar as investigações no campo do SUS, priorizando as necessidades da população e estreitando as relações com os serviços.

Vetor 3 – Pós-graduação e educação permanente

Esse vetor considera a importância de se articular cada vez mais a oferta de educação permanente com as necessidades assistenciais, incentivando a incorporação de modalidades de educação a distância, bem como oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas ou com carências de profissionais qualificados para o SUS (BRASIL, 2007a).

Observa-se no gráfico de Kiviat que, para este vetor, os cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia enquadraram-se no estágio III (imagem-objetivo), enquanto o curso de Educação Física foi classificado no estágio II. Todavia, foi possível constatar divergências significativas de opiniões entre os participantes dos cursos. No curso de Enfermagem, por exemplo, o estágio III prevaleceu com 58,0% (n=36)

das participações, seguido do estágio II com 32,2% (n=20); já no curso de Medicina, 50% (n=28) dos participantes o classificaram no estágio III, enquanto 48,2% (n=27) o consideraram no estágio II. No curso de Odontologia, 58,3% (n=21) dos participantes o categorizaram no estágio III, seguido do estágio II com 22,2% (n=8) das participações.

O curso de Psicologia e Educação Física apresentaram algumas particularidades em relação aos demais cursos, uma vez que um percentual significativo de participantes classificou os cursos no estágio I. O curso de Psicologia, por exemplo, apresentou maioria preponderante para o estágio III, perfazendo 66,6% (n=22) das participações. No entanto, o estágio I também esteve em evidência com 18,1% (n=6) dos participantes. Já no curso de Educação Física o estágio II foi preponderante com 48,2% (n=14) dos participantes, contudo o estágio I também apresentou um percentual significativo, correspondendo a 31% (n=9) das participações.

Embora os cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia tenham recebido expressiva classificação como estágio III (imagem-objetivo do vetor) e apenas no curso de Educação Física tenha prevalecido o estágio II, infere-se que todos os cursos carecem de esforços no sentido de impulsionar o processo de educação permanente articulada às necessidades assistenciais do SUS, uma vez que evidenciaram-se entre os participantes divergências significativas quanto à classificação dos cursos, identificando-se uma relativa predominância do estágio I nos cursos de Educação Física e Psicologia, e do estágio II nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Considerando as evidências do Pró-Saúde que apontam para a imagem-objetivo deste vetor e tomando por base os serviços de educação permanente e pós-graduação ofertados pelo município de Sobral-CE, verifica-se certo desconhecimento de alguns participantes ao classificarem as referidas IES e o sistema de saúde local como

estágio I e II.

Sobre a oferta de educação continuada direcionada ao fortalecimento da atenção básica, Sobral conta com dois programas de mestrado na área da ESF. A UVA, como nucleadora, oferta o Mestrado Profissional em Saúde da Família, modalidade em Rede, direcionado exclusivamente a profissionais inseridos na atenção primária, e a UFC conta com o Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), em curso desde 2010, ofertado em associação parcial com a EFSFVS e com a UVA. Além desses cursos, destacam-se o Mestrado em Biotecnologia e Mestrado em Ciências da Saúde, ambos ofertados pela UFC/Campus Sobral.

Diante da contrariedade constatada, emergem-se os seguintes questionamentos: O que poderia justificar o desconhecimento desses participantes acerca do processo de educação permanente e oferta de educação continuada no contexto local? As estratégias de integração ensino-serviço não estariam sendo, de fato, efetivas? Haveria, nesse aspecto, um distanciamento entre o sistema de saúde e as referidas IES? Existiria uma invisibilidade dos cursos de educação continuada no contexto acadêmico? As atividades desenvolvidas pelos mestrados não estariam sendo divulgadas nesse cenário?

EIXO B – Cenários de Prática

Vetor 4 – Integração ensino-serviço

A interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia. (BRASIL, 2007a).

Quanto ao vetor integração ensino-serviço, o gráfico apresentado

mostra que os cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia foram classificados no estágio III, enquanto o curso de Educação Física foi enquadrado no estágio II. A preponderância do estágio III foi mais significativa nos cursos de Medicina e Odontologia, correspondendo respectivamente a 85,7% (n=48) e 86,1% (n=31) dos participantes. Nos cursos de Enfermagem e Psicologia o estágio III prevaleceu com um percentual menos relevante, havendo, também, a predominância de outros estágios. A prevalência do estágio III no curso de Enfermagem, por exemplo, correspondeu a 72,5% (n=45) dos participantes, seguido do estágio II com 22,5% (n=14). Já no curso de Psicologia o estágio III predominou com 48,4% (n=16) dos participantes, prevalecendo em seguida o estágio II com 36,3% (n=12).

Quanto ao curso de Educação Física verificou-se que o estágio II foi preponderante, apresentando um percentual de 55,1% (n=16) dos participantes. Todavia, observou-se que o estágio III também representou uma parcela significativa dos docentes e discentes participantes, correspondendo a 37,9% (n=11).

Considerando o exposto e os dados que emergiram acerca desse vetor, infere-se que, apesar dos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia serem classificados como estágio III, percebe-se que os cursos de Enfermagem e Psicologia, juntamente com o curso de Educação Física (classificado no estágio II), por apresentarem significativa prevalência do estágio II, carecem de estratégias que impulsionem a integração ensino-serviço de maneira multidisciplinar durante a totalidade do processo ensino-aprendizagem, direcionando, assim, todos os esforços para o estágio III, que corresponde a imagem-objetivo do vetor.

No contexto local, além do sistema saúde-escola, apontam-se as edições do PET-Saúde como estratégias consolidadoras da integração ensino-serviço, uma vez que dão oportunidade aos profissionais de

construírem, junto aos discentes, um novo modo de produzir cuidado, visando a transformação das práticas de saúde.

Vetor 5 – Diversificação dos cenários do processo ensino-aprendizagem

As simulações da prática dos futuros profissionais de saúde apontam para a progressiva desinstitucionalização (muitas práticas assistenciais poderão se desenvolver em ambulatórios, na comunidade e nos domicílios), tendência oposta à verificada nas últimas décadas, quando são realizadas em ambientes sofisticados e de mais cara utilização (BRASIL, 2007a).

Para este vetor, o gráfico de Kiviat mostra que os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia foram classificados no estágio III (imagem-objetivo). Todavia, foi possível observar que apenas o curso de Enfermagem apresentou um percentual significativo para esse estágio, correspondendo a 88,7% (n=55) dos participantes. Nos cursos de Odontologia e Medicina outros estágios também predominaram de maneira significativa, o que denota uma divergência de opiniões entre os participantes.

No curso de Odontologia o estágio III foi preponderante com 52,7% (n=19) dos participantes. No entanto, o quantitativo de docentes e discentes que classificaram o curso nos demais estágios também representou um percentual significativo: o estágio II, por exemplo, correspondeu a 19,4% (n=7) dos participantes, enquanto o estágio I representou 16,6% (n=6) e a opção “outras” correspondeu a 11,1% (n=4). Observa-se que o percentual de participantes que classificaram o curso nos demais estágios correspondeu a 47,3% (n=17), quase metade todas as participações.

Já no curso de Medicina o estágio III foi preponderante, com 67,8% (n=38) dos participantes, seguido do estágio I que correspondeu

a 17,8% (n=10) dos participantes e do estágio II com 14,2% (n=8). Observa-se que os participantes que classificaram o curso como estágio I ou II totalizaram 32% (n=18), o que representa um percentual relativamente considerável de participações.

Os cursos de Educação Física e Psicologia foram classificados no estágio I e II, respectivamente. Contudo, outros estágios também se evidenciaram, sendo apontados por um quantitativo relevante de participantes. No curso de Educação Física o estágio I prevaleceu com um percentual de 37,9% (n=11), seguido do estágio II com 34,4% (n=10), estágio III com 20,6% (n=6) e “outros” com 6,8% (n=2). Já no curso de Psicologia o estágio II foi predominante, correspondendo a 54,5% (n=18) dos participantes, seguido do estágio I com 18,1% (n=6), “outros” com 15,1% (n=5) e, por fim, o estágio III com 12,1% (n=4). Observam-se, assim, divergência de opiniões dos participantes quanto à classificação dos dois cursos no vetor diversificação dos cenários do processo ensino-aprendizagem.

Diante dos percentuais apresentados e considerando as classificações dos estágios para esse vetor, infere-se que, salvo o curso de Enfermagem, os demais cursos carecem de reformulações no sentido de ampliar e diversificar os cenários de prática durante todo o processo de ensino-aprendizagem. Maiores esforços devem ser envidados no curso de Educação Física e Psicologia, considerando que os estágios I e II foram predominantes, respectivamente. E embora classificados no estágio III, os cursos de Medicina e Odontologia também requerem atenção, uma vez que os estágios I e II foram significativamente evidenciados.

Convém enfatizar que a classificação do curso de Enfermagem no estágio III, apontada pela quase totalidade dos participantes, denota uma relativa incoerência com a realidade do curso, uma vez que as vivências práticas nas unidades de atenção básica da rede SUS

correspondem, geralmente, a um percentual insatisfatório da carga horária dos módulos, o que aproximaria o curso do estágio II deste vetor.

Tomando como exemplo os módulos de ABS, que integram a matriz curricular do curso de Enfermagem do 1º ao 7º semestre, observa-se que a carga horária destinada às vivências em campo é considerada irrelevante para viabilizar aos discentes experiências mais sólidas no contexto da atenção primária.

No primeiro semestre de 2015, seis dos sete módulos de ABS proporcionaram aos alunos vivências práticas na ESF. Destas vivências, quatro constituíram-se de visitas técnicas com duração total de 04 horas (ABS I, ABS IV, ABS V e ABS VI) e duas corresponderam a aulas práticas com carga horária de oito e 24 horas (ABS II e VII, respectivamente).

Já no primeiro semestre de 2016, seis módulos de ABS proporcionaram aos discentes a inserção em campo de prática. Os módulos de ABS I, V e VI disponibilizaram uma visita técnica com carga horária de 04 horas, enquanto os módulos de ABS II, III e VII propuseram aulas práticas com carga horária equivalente a 08, 12 e 16 horas, respectivamente.

Vetor 6 – Articulação dos serviços universitários com o SUS

Para este vetor, o gráfico de Kiviat aponta que receberam classificação preponderante para o estágio III apenas os cursos de Enfermagem e Medicina, enquanto os cursos de Odontologia, Educação Física e Psicologia foram enquadrados no estágio II. Observa-se, contudo, que outros estágios também se evidenciaram de forma significativa em todos os cursos.

No curso de Enfermagem o estágio III predominou com 61,2% (n=38) dos participantes, destacando-se em seguida o estágio II com

29% (n=18) dos informantes e opção “outros” com 6,4% (n=4). Em relação ao curso de Medicina o estágio III foi preponderante com 55,3% dos participantes (n=31), seguido do estágio II com 35,7% (n=20) e opção “outros” com 7,1% (n=4) dos informantes.

Em relação aos demais cursos evidenciou-se que na Educação Física o estágio II preponderou com 55,1% (n=16) dos participantes, seguido do estágio I e III, que representaram 17,2% (n=5) cada um, e a opção “outro” que correspondeu a 10,3% (n=3) das participações. No curso de Odontologia o estágio II correspondeu a 44,4% (n=16) dos informantes, seguido do estágio III evidenciado com 38,8% (n=14) dos participantes, estágio I com 13,8% (n=5) e opção “outro” com 3% (n=1) das participações. Já no curso de Psicologia o estágio II foi preponderante com 51,5% (n=17) das participações, seguido do estágio I com 18,1% (n=6), estágio III com 12,1% (n=4) e opção “outro” correspondendo a 6% (n=2) dos informantes.

Considerando o contexto dos serviços de saúde em que os estudantes do estudo estão inseridos, sabe-se que apenas os cursos de Educação Física, Odontologia e Psicologia dispõem de serviços próprios ofertados à população.

Diante de tais constatações algumas indagações são feitas: O que justificaria, entre esses participantes, o desconhecimento acerca dos serviços em que estão inseridos? As IES não esclarecem, junto aos seus discentes e docentes, aspectos dos cenários de prática? Os espaços vinculados não expõem aos futuros profissionais da saúde e seus docentes a dinâmica e natureza dos serviços ofertados? Essa evidência representaria um descompasso na integração ensino-serviço?

Considerando o exposto, é necessário criar mais espaços para a interlocução dos cursos, serviços, gestores e usuários (HENRIQUES, 2005). Os profissionais do serviço devem sentir-se corresponsáveis pela

formação dos futuros profissionais, assim como os docentes devem considerar-se parte dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008).

EIXO C – Orientação Pedagógica

Vetor 7 – Análise crítica da atenção básica

Sobre a análise crítica da atenção básica, o gráfico de Kiviat mostra que os cursos de Enfermagem, Odontologia e Psicologia foram classificados no estágio III do vetor, enquanto os cursos de Educação Física e Medicina foram enquadrados no estágio II. Observou-se, no entanto, que outros estágios também se evidenciaram de maneira significativa nos cursos em que o estágio III preponderou.

No curso de Enfermagem a preponderância do estágio III correspondeu a 54,8% (n=34) dos participantes, seguido do estágio II com 38,7% (n=24) e estágio I com 6,4% (n=4) dos informantes. Já no curso de Odontologia o estágio III predominou com 55,5% (n=20) das participações, seguido do estágio II com 36,1% (n=13) e estágio I com 8,3% (n=3). Quanto ao curso de Psicologia a preponderância do estágio III representou 54,5% (n=18) das participações, enquanto o estágio II correspondeu a 39,3% (n=13), seguido da opção “outro” com 6% (n=2) dos informantes.

Em relação aos cursos de Educação Física e Medicina, constatou-se que o estágio II predominou com um percentual mais significativo de participantes. No curso de Educação física a preponderância do estágio II correspondeu a 65,5% (n=19) dos participantes, enquanto o estágio III representou 24,1% (n=7), seguido do estágio I com 10,3% (n=3) das opiniões. Para o curso de Medicina o estágio II constituiu a opinião de 71,4% (n=40) dos participantes, seguido do estágio III que correspondeu a 26,7% (n=15) dos informantes.

Vetor 8 – Integração do ciclo básico/ciclo profissional

Para este vetor, observa-se no gráfico de Kiviat que o estágio II foi preponderante nos cursos de Educação Física, Medicina e Psicologia. Destaca-se, no entanto, que o estágio III também se evidenciou de maneira significativa nesses cursos, o que denota uma divisão de opiniões entre os participantes. Já nos cursos de Enfermagem e Odontologia o estágio III foi predominante, representando quase totalidade das participações.

O curso de Enfermagem foi classificado no estágio III por um percentual expressivo de participantes, correspondendo a 83,8% (n=52), seguido do estágio II com 9,6% (n=6) e estágio I com 4,8% (n=3) dos informantes. No curso de Odontologia a preponderância do estágio III correspondeu a 75% (n=27) das participações, o estágio II representou 19,4% (n=7) dos informantes e o estágio I, 5,5% (n=2).

Quanto aos cursos com classificação predominante no estágio II, o curso de Educação Física obteve um percentual de 41,3% (n=12) nesse estágio, seguido do estágio III com 34,4% (n=10) dos informantes e estágio I com 20,6% (n=6). Já no curso de Medicina o estágio II preponderou com 48,2% (n=27) dos participantes, seguido do estágio III com 46,4% (n=26) e estágio I com 5,3% (n=3). No curso de Psicologia o estágio II representou 48,4% (n=16) das participações, enquanto o estágio III correspondeu a 45,4% (n=15), seguido do estágio I que representou 6% (n=2) dos informantes.

Diante dos resultados apresentados e considerando a definição dos estágios para este vetor, infere-se que, sobretudo, os cursos de Educação Física, Medicina e Psicologia, por apresentarem classificação predominante no estágio II, carecem de medidas que busquem intensificar, por meio da problematização, as estratégias de integração do ciclo básico/profissional ao longo de todo o processo de ensino-

aprendizagem.

Vetor 9 – Mudança metodológica

Considerando o contexto de mudanças metodológicas nos cursos envolvidos neste estudo, o gráfico de Kiviat aponta que, para os cursos de Enfermagem, Odontologia e Psicologia o estágio III foi preponderante, enquanto os cursos de Educação Física e Medicina foram classificados no estágio II. Todavia, atentando-se aos percentuais que emergiram deste vetor, percebe-se uma divisão de opiniões entre os participantes do estudo, haja vista que outros estágios também se evidenciaram de forma significativa em todos os cursos.

No curso de Enfermagem a predominância do estágio III correspondeu a 43,5% (n=27) dos participantes, enquanto o estágio II totalizou 41,9% (n=26), seguido do estágio I com 12,9% (n=8) e opção “outro” com 1,6% (n=1) dos informantes. Já no curso de Odontologia o estágio III foi predominante com 50% (n=18) dos participantes, seguido do estágio II com 27,7% (n=10), estágio I com 19,4% (n=7) e opção “outro” com 2,7% (n=1) do total de informantes. No curso de Psicologia o estágio III representou 42,4% (n=14) das participações, enquanto o estágio II correspondeu a 39,3% (n=13) dos informantes, seguido do estágio I com 12,1% (n=4) e opção “outro” com 6% (n=2).

Em relação ao curso de Educação Física, 37,9% (n=11) dos participantes o classificaram no estágio II, enquanto 34,4% (n=10) o enquadraram no estágio III e 24,1% (n=7) o consideraram no estágio I. No curso de Medicina denota-se uma peculiaridade, uma vez que o estágio I ocupou o segundo lugar na classificação de acordo com os docentes e discentes participantes. Neste curso o estágio II preponderou com 50% (n=28) das participações, seguido do estágio I com 26,7% (n=15) e o estágio III com 23,2% (n=13) dos informantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram o PET-Saúde e o Pró-Saúde como poderosos instrumentos de indução de mudanças na formação profissional em saúde nas Universidades Públicas de Sobral – CE. As ações de caráter interprofissional e interdisciplinar desenvolvidas no âmbito do ensino, pesquisa e extensão, aliadas às facilidades de implementação e potencialidades dos Programas, favoreceram o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade no contexto local.

Observa-se, todavia, a necessidade de pensar a formação profissional em saúde para além dos limites dos programas de ensino em serviço, estes são indutores de novos modelos de formação em saúde, mas não devem se constituir como estratégias únicas, ou representarem a única opção viável para propostas de investimentos direcionadas à preparação dos profissionais da saúde. É relevante que mudanças efetivas passem a ocorrer nos currículos e que propostas de currículo integrado possam ser implementadas nos diversos cursos da área da saúde. Estratégias de sustentabilidade dos resultados alcançados pelo Pró-Saúde e PET-Saúde também são imprescindíveis para que novos vieses sejam vislumbrados no sentido de propiciar a efetiva articulação entre o ensino, o serviço e a comunidade.

De uma forma geral os cursos analisados apresentaram inovações coerentes com os propósitos do Pró-Saúde, mas não atingiram a totalidade dos estágios apontados como imagem-objetivo dos vetores. É nítido que mudanças relevantes estão ocorrendo nesse contexto, todavia, transformações de maior magnitude devem ser alcançadas no intuito de se avançar na consolidação da tão pretendida reorientação da formação em saúde. É necessário, para isso, atingir efetivamente

os entraves e obstáculos que se contrapõem a não abertura de espaços de transformação do ensino em saúde e conferir direção convergente aos diversos processos de mudança, a fim de facilitar a consecução dos objetivos propostos.

Complementa essas considerações a imprescindibilidade de participação de todas as partes envolvidas – docentes, discentes, profissionais, gestores - na elaboração e implementação de iniciativas de reorientação profissional, de modo a formar atores engajados na consolidação e sustentabilidade das transformações do fazer profissional em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (ME). **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: MS, ME, 2007a.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 2009. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Diário Oficial da**

União, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta nº 4, de 6 de fevereiro de 2009. Altera a homologação do resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, 2009b.

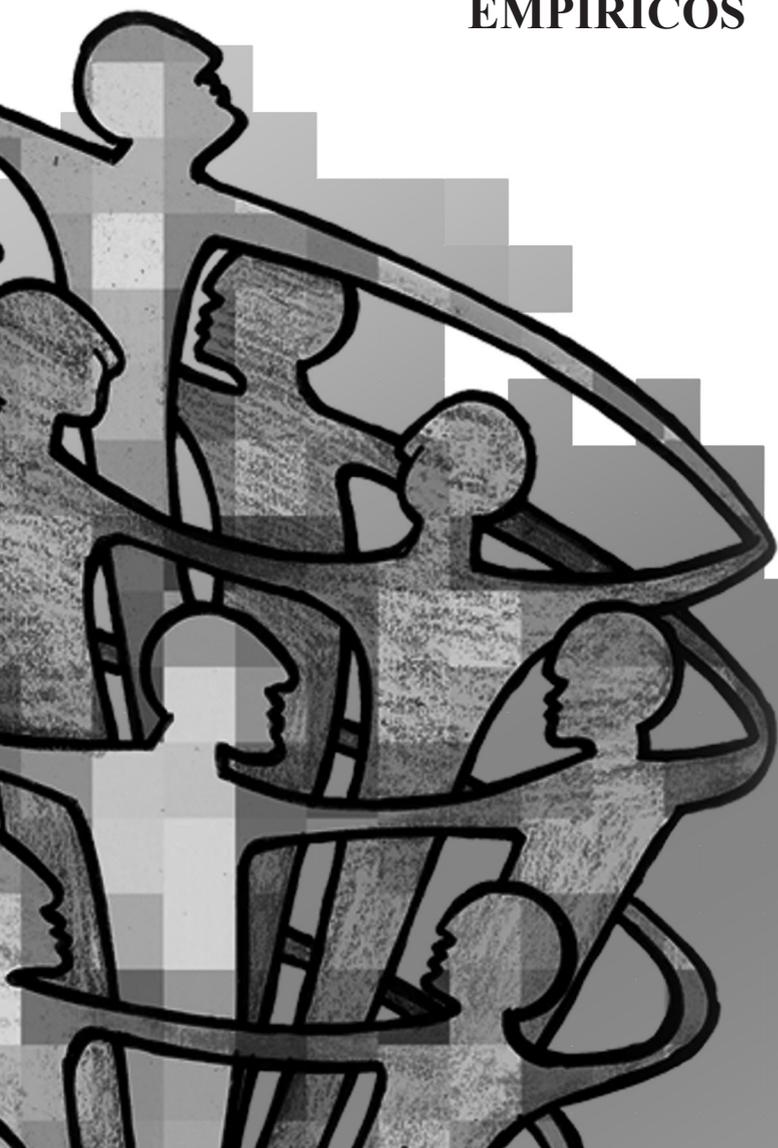
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 7, de 25 de maio de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde 2010/2011. **Diário Oficial da União**, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria conjunta nº 10, de 14 de dezembro de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental/Crack 2011, de acordo com o Edital Conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2010. **Diário Oficial da União**, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria conjunta nº 6, de 27 de março de 2013. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Vigilância em Saúde 2013/2015. **Diário Oficial da União**, 2013.

RIBEIRO, M. A reorientação da formação profissional em saúde em instituições de ensino superior em Minas Gerais nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia na perspectiva discente. 2013. 190 f. (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013.

**FORMAÇÃO E SABERES
PROFISSIONAIS DOS
TRABALHADORES TÉCNICOS EM
SAÚDE DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
REFLEXÃO SOBRE PRINCÍPIOS
E DESAFIOS A PARTIR DE DADOS
EMPÍRICOS**



FORMAÇÃO E SABERES PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE DA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REFLEXÃO SOBRE PRINCÍPIOS E DESAFIOS A PARTIR DE DADOS EMPÍRICOS¹

Marise Ramos

INTRODUÇÃO

Este texto centra-se nos trabalhadores técnicos da saúde, considerados, na respectiva divisão do trabalho, como profissionais de nível médio e na divisão educacional, como trabalhadores que têm a formação técnica de nível médio ou mesmo formação aquém a esta. Esses são os trabalhadores que têm maior contato com o usuário, são os mais visíveis a eles e normalmente menos visíveis às políticas e aos estudos acadêmicos.

Dois trabalhos acadêmicos serão a base desta exposição. O primeiro é a pesquisa que coordenei na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, no âmbito do Observatório de Técnicos de Saúde, financiado pela OPAS e pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma pesquisa de dois anos, que foi concluída em janeiro de 2017, intitulada “Processo de Trabalho dos Técnicos de Saúde na Perspectiva dos Saberes, Práticas e Competências” (RAMOS et. al., 2017) que abrangeu três eixos, a saber: a formação, os saberes e o escopo de práticas dos trabalhadores técnicos em saúde, inseridos em vinte equipes da Saúde

¹ Texto base para exposição na Mesa Redonda Formação e Educação em Saúde, realizada no dia 02 de junho de 2017 no I Congresso Internacional Saúde e Sociedade, realizado em Sobral/Ceará.

da Família (eSF). O segundo trabalho é o artigo publicado no livro “Metodologias Ativas entre Movimentos, Possibilidades e Propostas” (RAMOS, 2017). O que orienta a minha reflexão, não necessariamente contemplada na íntegra neste texto, é a pergunta sobre a realidade da formação de trabalhadores técnicos de nível médio em saúde no Brasil hoje e os desafios para se enfrentar essa realidade.

Essa reflexão é feita tendo como referência o estudo dos saberes profissionais desses técnicos. Trata-se de um conceito presente na Sociologia do Trabalho, construído por Telmo Caria e revisitado por mim sob sua supervisão², com enfoque na sociocognição, o conhecimento implicado na experiência social (RAMOS; CARIA, 2015; 2017; RAMOS, 2014).

Desta forma, após apresentar o escopo teórico que orientou a referida pesquisa, apresento uma síntese de seus resultados com ênfase na formação e nos saberes profissionais dos trabalhadores técnicos das equipes de Saúde da Família investigadas. Discuto suas fontes de conhecimento tal como eles nos possibilitaram captar, com base no conceito de dualidade epistemológica, o qual define o fato de tanto a ciência quanto a experiência serem fontes de conhecimentos. Esses, mediante processos de cognição – abordados aqui de forma muito sucinta – e de sociocognição, estruturam os saberes profissionais dos trabalhadores, que podem ser mais ou menos compartilhados no interior das equipes.

Finalmente, fazemos uma reflexão, a título de conclusão, sobre desafios da formação desses trabalhadores e da regulação do trabalho no sentido de qualifica-las, frente ao fato de que tanto a formação quanto o trabalho influenciam na qualidade dos saberes profissionais dos

² Estudo desenvolvido no estágio de pós-doutorado sênior, realizado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) de Portugal, com a supervisão de Telmo Caria.

trabalhadores e da equipe. Entendo que os resultados da pesquisa e a interpretação que eles nos permitem fazer trazem importantes subsídios para o estudo do processo de trabalho em saúde, assim como para o fortalecimento das políticas públicas comprometidas com o Sistema Único de Saúde.

O CONCEITO DE SABERES PROFISSIONAIS E O ESTUDO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Deve-se dizer, primeiramente, que os saberes profissionais dizem respeito ao conhecimento em uso na prática, no trabalho e não ao conhecimento enunciado. Este último pode ser chamado de conhecimento proposicional ou conhecimento formal ou, ainda, de conhecimento científico e teórico, validado socialmente. Este é tratado em nosso estudo como uma das fontes do saber profissional, o qual, por sua vez, se manifesta no uso do primeiro pelo trabalhador nas situações concretas de trabalho.

O saber profissional tem uma relação com as competências, o que, porém, foge ao escopo deste trabalho³. A pesquisa a que me referi se baseou na construção teórico-metodológica sobre os saberes profissionais, entendendo-os como o saber em uso no processo de trabalho e que resulta de dualidades, uma de caráter epistemológico, outra, de caráter cognitivo.

Neste texto abordo diretamente a dualidade epistemológica. Esta quer dizer que nossos saberes têm sempre duas fontes, sendo

3 Entendo a competência profissional como a complexa relação entre a ação – o desempenho observável do trabalhador – e o que sustenta essa ação, isto é, os modos de cognição ou modos de mobilização cognitiva de conhecimentos em situação. Valendo-me da metáfora do iceberg para definir esse complexo, diria que as competências entendidas como tarefas e desempenhos profissionais seriam a ponta do iceberg, isto é, a dimensão visível da competência profissional que pode ser prescrita, controlada e avaliada na forma do “fazer ou ser capaz de fazer algo”. O que está subjacente ao iceberg, não visível, que não se pode prescrever, controlar ou avaliar objetivamente, seriam os modos de cognição. É essa última dimensão da competência que exploramos na pesquisa (RAMOS, et. al., 2017).

uma delas a ciência. Trata-se do conhecimento científico formalizado ao qual temos acesso, em geral, pela formação, com forte ênfase no processo educacional formal. A outra fonte é a experiência; no caso das profissões, a prática no trabalho. Nessa, validamos um conhecimento muito mais pela experimentação frente a um problema do que pelo conhecimento formal. O critério de validação do conhecimento usado é a eficácia - importa se e o quanto uma ação deu certo e não porque deu certo. Já no plano científico, o critério de validação do conhecimento é o da sua coerência com o fenômeno que ele explica. Assim, o conceito de dualidade epistemológica dos saberes profissionais equivale a reconhecer que os saberes profissionais têm sempre duas fontes: a ciência que vem da formação ou da educação formal e a experiência na prática profissional.

A outra dualidade, com a qual dialogarei menos aqui, é a dualidade cognitiva. Esta tem a ver com o fato de termos dois tipos de mente. Uma é a mente pragmática, enquanto a outra é a mente analítica. Interessamos também perceber como é que esses saberes são constituidores da cultura profissional de uma equipe, ou seja, o compartilhamento que lhe dá identidade. No âmbito da pesquisa aqui referida, trata-se da equipe da Saúde da Família, de caráter multiprofissional. Para esse estudo, usamos preliminarmente o referencial da Marina Peduzzi (2001), com a ideia da equipe integração e da equipe agrupamento. Na relação com os saberes profissionais, a integração equivaleria a um compartilhamento e a uma construção coletiva dos saberes, enquanto o agrupamento refere-se à construção e à retenção dos saberes mais de forma individual, assim como seu uso expressa a divisão social e técnica do trabalho no interior da equipe.

Categorizamos três tipos de conhecimento usado pelos trabalhadores, os quais dizem respeito ao conteúdo dos seus saberes profissionais. São eles: a) o conhecimento de tipo científico-técnico,

que diz respeito às ciências que fundamentam a sua profissão e a especialidade das técnicas usadas nos procedimentos; b) o conhecimento de tipo relacional, que diz respeito à forma como o trabalhador aborda, acolhe o usuário e se relaciona com os membros da equipe e com os usuários, o que pode ser visto na seguinte fala, por exemplo: *“tenho paciência, eu explico, eu peço para ter calma”*, referindo-se à relação de um trabalhador com o usuário; c) finalmente, tem-se o conhecimento do tipo ético-político, que se refere ao conhecimento sobre direitos e deveres do trabalhador no exercício da profissão seja no âmbito das práticas profissionais, seja no âmbito político. São exemplos de um saber que usa esse tipo de conhecimento: a manutenção do sigilo de alguma informação na relação com o usuário; a prudência em não se realizar um procedimento que não lhe compete. Uma situação que ocorre frequentemente com os ACS é o trabalho fora de sua jornada. Ele faz isto, mas sabe que não deveria fazer, porque, por direito, seu trabalho estaria restrito à carga horária regular. Esse trabalhador, em geral, sabe também que tem o direito, por exemplo, de se manifestar numa reunião de equipe, mesmo que na equipe predominem relações hierárquicas.

Esses tipos de conhecimentos convergem para uma conceituação do saber profissional, a partir dos quais se reconhece a especificidade do trabalho profissional. É importante dizer que o trabalho profissional aqui considerado é o trabalho que tem uma componente relacional, isto é, o trabalhador, necessariamente, se relaciona com outras pessoas no seu cotidiano. Ele tende também a ser pragmático, por quê? Porque é preciso dar resultados eficazes no tempo esperado. Mas essa pragmática pode assumir formas diferentes. Por um lado, ela pode se fazer por um pragmatismo meramente utilitário, dando resultados, mas sem se preocupar com os determinantes do problema ou com as fontes de conhecimento que levam aos resultados, e nem mesmo com as consequências desses resultados. Por outro lado, o trabalho profissional

pode se fazer por uma “pragmática práxica”, dando resultados eficazes no tempo esperado, porém, mediante a relação entre o agir e o pensar, entre as determinações do problema e as possíveis formas de se resolvê-lo.

Uma “pragmática práxica” no trabalho profissional depende da qualidade das respectivas fontes de conhecimento; em outras palavras, se o trabalhador aprende na educação formal e aprende também no trabalho, tanto a educação formal quanto o processo de trabalho têm que ser de boa qualidade. Neste último caso, a qualidade refere-se não somente às condições objetivas de trabalho, mas aos relacionamentos no interior da equipe multiprofissional. Depende, ainda, do tipo de conhecimento que se aprende.

Analisado em termos cognitivos, isto significa que o trabalhador teria a capacidade de colocar em prática os seus conhecimentos científicos, ou seja, recontextualizá-los. Neste caso, o trabalhador diria: *“eu aprendi o conceito, a técnica, o procedimento, a teoria, mas eu consigo contextualizá-los numa situação dada”*. O contrário também é verdadeiro. O trabalhador seria capaz de analisar os conhecimentos da prática, o que ele aprendeu ou utilizou em situações concretas de trabalho e para além delas.

Essas ações do pensamento implicam voltar à situação concreta de trabalho numa dimensão analítica, o que nos remete aos modos de cognição: o automático, o intuitivo/associativo e o analítico⁴.

4 Não tratamos os modos de cognição diretamente neste artigo. Uma sintética explicação pode ser exposta como se segue. Em um extremo, temos o modo de cognição automático, que implica no processamento pragmático do pensamento sobre um conhecimento consolidado, muitas vezes tácito e prático. Esse se manifesta em ações de rotina e, diante de imprevistos, a ausência de qualquer proposta resolutiva tende-se a transferi-la para outrem. Em outro extremo, temos o modo de cognição analítico, quando o conhecimento científico ou sistematizado é tratado de forma analítica, o que tende a ocorrer em situações não rotineiras, quando se dispõe de tempo e autonomia para não agir em situação antes de se analisá-la. A dinâmica do saber profissional com componente relacional tende a se orientar por um outro modo de cognição que é o intuitivo/associativo. Este implica processar pragmaticamente um conhecimento científico

Objetivamente, o que me interessa neste momento é pensar que o trabalho deve ser resolutivo, produzido por uma pragmática utilitária ou praxica, isto é, advindo de uma relação entre o pensar e agir, entre a teoria e a prática, entre conhecimentos científicos e sociais. Isto reforça o quanto é necessário que as duas fontes de conhecimento – ciência e experiência – sejam de qualidade.

Esses processos, quando associados ao trabalho em equipe, nos permitem concluir sobre o quanto a equipe se faz por agrupamento ou por integração. Quando eles são mobilizados mais individualmente tende-se a caracterizar o primeiro tipo de equipe; quando eles são compartilhados, pode-se ter o segundo tipo de equipe. Veremos tais aspectos concretamente a partir de resultados da pesquisa “Processo de Trabalho dos Técnicos de Saúde na Perspectiva dos Saberes, Práticas e Competências” (RAMOS et. al., 2017).

EXAMINANDO OS SABERES PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Passo, então, a trazer alguns resultados da referida pesquisa (RAMOS, et. al.) que nos mostram um relativo estado da arte sobre a formação dos técnicos em saúde hoje inseridos nas equipes de Saúde da Família. Discuto, inicialmente, a trajetória escolar e de formação profissional desses trabalhadores e, então, a fonte e os tipos de seus conhecimentos.

ou sistematizado e/ou processar analiticamente um conhecimento já consolidado, normalmente advindo da prática. Assim, uma ação muitas vezes vinda aparentemente da “intuição”, na verdade tende a surgir de duas possibilidades, a saber: a) ou houve pensamento analítico sobre um conhecimento da experiência, o que possibilitou associar uma ação bem-sucedida com uma nova (“em outra situação, fiz assim e deu certo; tentarei fazer de novo”); b) ou se processou pragmaticamente um conhecimento científico (o que parece uma intuição é, na verdade, a capacidade de recontextualizar/transferir um conhecimento formal para uma situação concreta). Ambos os cruzamentos equivalem a saberes profissionais estruturados e revelados somente na ação; por isso, são “saberes” e não somente “conhecimentos”. Essa abordagem está mais detalhada em Ramos e Caria (2015 e 2017) e em Ramos (2014).

A formação escolar e profissional dos técnicos de nível médio das ESF

Os técnicos que mais elevaram a sua escolaridade nos últimos anos foram os ACS, como resultado de um movimento desses próprios trabalhadores. Todos os técnicos identificam, como principais obstáculos à continuidade de estudos, o horário relativo ao próprio trabalho e, no caso das mulheres, a conjugação da jornada de trabalho formal com a do trabalho doméstico. Como facilitadores tem-se a oferta de formação em parceria com as instituições de saúde, especialmente se forem gratuitas e realizadas durante o turno de trabalho; ou mesmo a distância.

Pode-se concluir, então, que o acesso aos programas sociais e políticas públicas de educação é um fator determinante da elevação da escolaridade da força de trabalho técnica de nível médio das equipes. É necessário, então, que haja políticas públicas de educação para esses trabalhadores, sejam as implementadas no âmbito da política nacional de educação, sejam as políticas específicas de formação e regulação da força de trabalho em saúde de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Sobre a formação inicial dos técnicos estudados, vimos não existir um padrão. Isto quer dizer que os técnicos tendem a buscar sua formação inicial onde e quando houver oportunidade. Os técnicos de enfermagem o fazem normalmente em cursos de escolas privadas. Os técnicos em saúde bucal, na sua maioria, fazem o mesmo ou se valem de cursos oferecidos pela categoria profissional da Odontologia, como os Conselhos Regionais de Odontologia ou equivalente, também de natureza privada. Os ACS e ACE, por sua vez, têm a sua formação inicial escolar delimitada pela educação básica, ainda que muitos ACS tenham elevado sua escolaridade para o nível superior, como já assinalamos.

A inexistência de um padrão de formação inicial dos técnicos relaciona-se ao fato de sua oferta pelo empregador não ser uma prática

instituída pelo SUS. Mesmo assim, eles identificam que a sua formação inicial tende a ser satisfatória para o reordenamento do modelo de atenção à saúde.

Os ACS e os ACE são os que tendem a passar pela formação profissional inicial ofertada pelo sistema de saúde, na forma do módulo básico ou introdutório para os ACS e da formação inicial de 40 horas para os ACE; todas como formação específica para o exercício da função.

A categoria que mais aponta que a sua formação inicial atende ao modelo de atenção na Estratégia Saúde da Família são os técnicos em enfermagem, ao reconhecerem que predomina o paradigma biomédico e hospitalocêntrico. Os técnicos de saúde bucal referem-se frequentemente ao seu aprendizado com o dentista e destacam a especificidade do trabalho na Atenção Básica em relação ao realizado em outras organizações em que já trabalharam.

Questionamos também sobre formação continuada desses trabalhadores. Esta tende a assumir a forma de capacitação de curta duração. Palestras, cursos e oficinas em geral são oferecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, no horário de trabalho, abordando temas variados e frequentemente associados a problemáticas emergentes relacionados ao seu processo de trabalho. Exemplos são o programa “Brasil Sorridente”, Dengue, Chikungunya, Zica, dentre outros. Os técnicos fazem referência também ao Programa de Profissionalização dos Auxiliares de Enfermagem (PROFAE), dos anos de 1990, assim como ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, o APSUS.

É muito frequente a lógica do trabalhador multiplicador, quando a equipe conversa e decide quem vai para uma formação. Este, então, assume a função multiplicadora, prática bastante verificada com os ACE.

Assim, eles declaram a escassez da oferta de cursos de caráter mais estruturado, e se ressentem da ausência de capacitações mais longas e voltadas para temáticas específicas das suas próprias categorias. Isto se relaciona com nossa abordagem anterior sobre a qualidade da educação formal como fonte de conhecimento desses trabalhadores.

Fontes e tipos de conhecimentos dos trabalhadores técnicos de nível médio das ESF

Além de os saberes profissionais se caracterizarem pela dualidade epistemológica das fontes de conhecimento, é preciso dizer que, no uso desses conhecimentos, os critérios de coerência – típico da ciência – e de eficácia – típico da experiência – podem até mesmo entrar em contradição. Mas essa não é uma questão que, necessariamente, preocupe o trabalhador, já que ele pode estar sendo movido pela premência do resultado, ele busca os recursos de que dispõe e que podem advir de experiências anteriores.

Do ponto de vista da investigação às fontes de conhecimento, a ciência foi identificada como tal quando os trabalhadores revelavam terem aprendido segundo processos de formação inicial ou continuada – cursos profissionais e treinamentos específicos (coletivos ou individuais, como estágio ou aprendizagem formalmente orientada pelo superior), diretamente ligados ou não a sua profissão – ou outros processos formais de aprendizagem, como orientações repassadas em reuniões de equipe ou da unidade e procedimentos autodidatas, como consultas a fontes bibliográficas, incluindo as disponíveis na Internet, etc. Ou seja, todas as fontes que veiculam formalmente algum conhecimento fazem parte da fonte ciência/formação.

Ao mesmo tempo, conhecimentos que têm a experiência como fonte foram considerados quando os trabalhadores revelavam aprendizagens da prática, ocorridas não só no processo de trabalho

propriamente dito – na relação com o seu objeto de trabalho, com o usuário e com outros profissionais –, mas também experiências vividas na prática, seja no exercício da função, seja na vivência cotidiana em família, comunidade, território, seja na inserção em movimentos de diversas ordens – sociais, políticos, sindicais, religiosos, culturais, etc. Ou seja, considerou-se toda a experiência que aparece na execução do trabalho, mas também os fatores além dela que a influenciam.

Para além das fontes de conhecimento, foi preciso saber qual o seu conteúdo, isto é, captar não só onde os trabalhadores aprenderam, mas o que aprenderam. Construiu-se uma tipologia com três tipos de conhecimentos, já referidos anteriormente, cuja definição aqui se apresenta mais detalhadamente: a) técnico-científico; b) relacional; c) ético-político. Esses são assim definidos:

- a) Conhecimento de tipo técnico-científico: relativo às ciências que fundamentam a profissão/especialidade e às técnicas adequadas aos respectivos procedimentos. Pode-se identificar o uso desses conhecimentos de forma considerada correta ou não. Fazer o devido registro, se isto ocorrer. Exemplos: “para manusear o larvicida, eu antes coloco a luva”; “eu aprendi a usar o peresal”; “pesar, ver a pressão”.
- b) Conhecimento do tipo relacional: relativo à forma como aborda/acolhe o usuário e à forma como se relaciona com os membros da equipe. Exemplo: “aí eu explico para ele que é importante não faltar à consulta”; “eu tenho que usar o bom humor”; “a gente tem que ter muita paciência”; “aí eu peço para ele ter calma”.
- c) Conhecimento do tipo ético-político: relativo a direitos e deveres no exercício da profissão, seja no âmbito das práticas (sigilo de informações do usuário, prudência em não realizar procedimentos que não sejam de sua atribuição), seja no âmbito

da organização social/política. Exemplo: “eu sei que permaneço na unidade mais tempo do que é a minha obrigação”; “aí eu vou lá, na reunião e falo, porque sei que todo mundo tem o direito de manifestar sua opinião”; “eu procurei o pessoal do sindicato”.

Os trabalhadores demonstram que a prática é a principal fonte de conhecimento. Eles reconhecem mais o exercício prático do trabalho do que a educação formal. Esta é uma questão bastante importante para nos perguntarmos sobre a política de formação desses trabalhadores. O que ainda nos chama muito a atenção, dada a sua relevância, é que os conhecimentos relacionais e ético-políticos têm como fonte, em geral, a experiência; ou seja, a formação e educação formal não contempla a aprendizagem de conhecimentos relacionais e ético-políticos. Cabe nos perguntarmos por que não.

A resposta pode estar na análise da política e da concepção educacional deste país, mas também na responsabilidade do Ministério da Saúde em ordenar a formação dos trabalhadores da saúde. Sendo os conhecimentos relacionais e ético-políticos estruturantes na Estratégia de Saúde da Família, temos, assim, um problema.

Se não, vejamos. O conhecimento técnico-científico normalmente é reconhecido como um aprendizado da educação formal. Nesta, então, se aprendem os conhecimentos fundamentais da profissão, enquanto na prática, nos desafios, no imprevisto, se aprendem outros. Ao mesmo tempo, somente na relação com o território, com os usuários é que se aprende a dimensão relacional e ético-política do trabalho.

Assim, a prática também aparece como fonte dos conhecimentos técnico-científicos, mas que são validados sempre por critérios de eficácia e não de coerência com a realidade. Trata-se, então, de um “aprender a fazer” sem se buscar seus fundamentos. Isto é, o trabalhador pode aprender a proceder de acordo com conhecimentos técnico-científicos,

sem que se conheçam os respectivos fundamentos.

Nesse sentido, podemos falar de uma importante capacidade resolutive das equipes, porém em circunstâncias débeis e/ou heterogêneas de formação no interior da equipe. No que tange à educação formal, tendo-se a ciência como uma das fontes, tais debilidades e/ou heterogeneidades decorrem, de um lado, dos limites da formação inicial; e de outro, da insuficiência da formação continuada. Já em relação aos aprendizados da prática, quando a experiência predomina como fonte de conhecimentos, a manutenção de relações hierárquicas, ao invés de tornarem a heterogeneidade da formação em oportunidades de aprendizagem mútua, acabam por reiterá-las, perdendo-se, assim, o potencial formativo da experiência profissional vivida coletivamente e confirmando a configuração mais de equipes agrupamentos do que integração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: PROBLEMATIZANDO A PROBLEMATIZAÇÃO

Apresentei aqui um resultado bastante sintético do que identificamos quanto à formação dos técnicos das equipes da Saúde da Família e seus saberes profissionais. Problematizo, então, os desafios que a realidade empírica constatada nos impõe. Trata-se de desafios do ponto de vista tanto da concepção da formação profissional quanto das políticas de regulação do trabalho em saúde.

Em outros trabalhos identificamos que o pragmatismo é a filosofia hegemônica da educação profissional em saúde (RAMOS, 2010). Em trabalho mais recente, demonstramos a relação teórica entre a proposta das metodologias ativas e essa mesma filosofia (RAMOS, 2017). Na historicidade da formação em saúde pode-se constatar a hegemonia da filosofia pragmática, dentre tantos outros aspectos, pela ênfase na problematização do trabalho nos serviços como o ponto de

partida para a educação em saúde.

As metodologias ativas têm afinidade com a lógica do “aprender a aprender”. Nesse sentido, há uma coerência com o fato de ser a prática a principal fonte de conhecimento desses trabalhadores, porque a partir da problematização, a partir da experiência na prática, pode-se problematizar as situações e, assim, “aprender a aprender” independentemente de concepção pedagógica coordenada em todas as suas dimensões. Daí a ênfase da formação em saúde na metodologia, por vezes tomando-se a problematização como a própria pedagogia e não como um momento didático.

Entendo que problematizar as situações vividas no processo de trabalho, mesmo em busca de soluções de problemas, não é suficiente. Considerando-se que empiricamente os trabalhadores identificam a prática como sua principal fonte de conhecimento, a problematização dessa prática é extremamente importante, pois dessa problematização pode-se chegar aos fundamentos teóricos dos problemas e à necessidade do conhecimento científico. Mas, se isto acontecer, será preciso, então, ir além da problematização das práticas, avançando-se para o acesso ao conhecimento sistematizado nos seus respectivos campos epistêmicos. Por esse caminho, torna-se necessário distanciar-se da lógica pragmática da formação para uma perspectiva histórico-crítica.

Afinal, as mudanças necessárias na atenção em saúde não implicam somente as mudanças de práticas cotidianas no trabalho, mas também mudanças conceptuais e ético-políticas. Nesse sentido, trago a perspectiva da totalidade e da determinação social da saúde como necessária. Por essa perspectiva, tanto a prática profissional em saúde quanto a condição humana de se ter saúde não são situações ou experiências isoladas, delimitadas pelos serviços ou pela assistência, mas sim mediações e expressões do conjunto de relações sociais e históricas de produção.

Em termos pedagógicos, é necessário, sim, adotar-se a problematização como um momento didático, não somente das situações de trabalho, mas também de suas determinações. É necessário, ainda, discutir o que se problematiza, com que finalidade e orientados por qual concepção de mundo. Daí os princípios da totalidade social e da determinação social da relação saúde e doença. Essa relação não é um fenômeno exclusivamente biomédico, sabemos disso, assim como sua solução não é tributária exclusivamente da capacidade ou competência do trabalhador em promover a atenção à saúde.

O sentido dos conteúdos de ensino na formação básica e profissional dos trabalhadores depende da compreensão que se tem sobre o que é a realidade. Em outras palavras, reconheço que a pertinência da problematização da prática é indubitável, mas a finalidade e a extensão dessa problematização precisam ser discutidas. Para se ir além das situações de trabalho ou das demandas dos usuários em direção à determinação social da saúde na perspectiva da totalidade, é necessário fazer-se um deslocamento da prática como a principal fonte de conhecimento para a educação formal, como outra fonte igualmente relevante.

Apesquisa demonstra que a educação formal é reconhecida como fonte de conhecimentos técnico-científicos e não dos conhecimentos relacionais e ético-políticos. A fonte predominante desses últimos é a prática e alguns trabalhadores, a exemplo dos ACS e ACE, têm a prática como principal fonte. A articulação, porém, entre os conhecimentos técnico-científicos, relacionais e éticos políticos é fundamental para que a saúde seja compreendida pela determinação social na perspectiva da totalidade.

O fato de a prática se apresentar como a principal fonte dos conhecimentos relacionais e ético-políticos é coerente com a problematização como metodologia/pedagogia no sentido pragmático.

Porém, a superação pragmática utilitária – aquela em que importa somente os resultados – em benefício da práxis consciente e consistente exige situar tais conhecimentos também no plano científico. Em outras palavras, a ciência não é o campo exclusivo dos conhecimentos técnicos, mas também dos relacionais e ético-políticos.

Dito de outra forma, os trabalhadores aprendem conhecimentos relacionais e ético-políticos na prática de modo que esses se lhes apresentam desprovidos de base científica. Eles os aprendem na experiência muito mais pela sensibilidade e pelo valor humanitário de seu trabalho e por seu envolvimento com o território, do que pelo fato de que a saúde das pessoas se estrutura também sobre esses conhecimentos.

A prova de que tais conhecimentos também têm base científica e precisam compor a formação dos trabalhadores está nos seus respectivos campos epistêmicos, como a Filosofia, a Sociologia, a História, a Psicologia, dentre outras. Não defendo aqui a pura “cientifização” desses conhecimentos, mas sim que eles nos desafiam a considerar a formação profissional na perspectiva da totalidade social.

O inverso também é verdadeiro. Ou seja, o conhecimento técnico-científico não é privilégio das respectivas ciências de origem, seja da Biologia, da Fisiologia, da Química, seja da Bioquímica e assim por diante. Trata-se de conhecimentos plenos de historicidade; são também sociais, culturais e ético-políticos. Assim, se por um lado é preciso trazer a dimensão científica para os conhecimentos relacionais e ético-políticos, por outro, é preciso trazer as dimensões histórica, social, cultural e política para os conhecimentos técnico-científicos. Aí podemos ter uma formação unitária dos trabalhadores técnicos da saúde.

Além disto, outro desafio está em se buscar a articulação entre as duas fontes de conhecimento: a educação formal e prática profissional;

entre as duas dimensões do trabalho, às quais se vinculam os modos de cognição aqui apresentados – trabalho manual e intelectual; e entre teoria científica e prática profissional.

Para isto, a formação técnica em saúde precisa ser orientada pela totalidade e determinação social da saúde, que são princípios filosóficos que se materializam na historicidade dos processos de produção. Quem pode fazer isso? Somente as políticas públicas de formação em saúde, donde se põe como estratégico o Estado democrático e de direito, uma vez que os entes privados não assumiriam tais perspectivas.

REFERÊNCIAS

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

RAMOS, M. “Metodologias ativas”: entre movimentos, possibilidades e propostas. In: Souza, R. M. (Org.). **Redescola e a nova formação em saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/REDESCOLA, 2017, p. 43-66.

_____. O estudo de saberes profissionais na perspectiva etnográfica: contribuições teórico-metodológicas. **Educação em Revista**, v. 30, n. 4, p. 105-125, 2014.

_____. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UFRJ; EPSJV/Fiocruz, 2010.

RAMOS, M. et. al. **Processo de trabalho dos técnicos de saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; MS; OPAS, 2017.

RAMOS, M.; CARIA, T.. Une proposition théorique et méthodologique pour l'étude des savoirs professionnels. **Travail et Apprentissages**, v. 16, p. 143-155, 2017.

_____. Professional Cultures and Knowledge: an interdisciplinary perspective. In: SILVA, A. M. C.; APARÍCIO, M. T. (Org.). **International Handbook of professional identities**. 1 ed. California: Scientific & Academic Publishing, USA, 2015, v. 1, p. 66-90.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA



DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Marcos Aguiar Ribeiro

CONTEXTUALIZAÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e representa um sério problema de saúde pública, uma vez que é responsável por grande morbidade e mortalidade, o que faz necessário o reconhecimento dos Determinantes Sociais envolvidos, de modo a possibilitar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento coerentes com as realidades epidemiológicas, sociais, culturais e de acesso aos serviços de saúde, segurança e assistência social.

Neste sentido, o Modelo da Determinação Social da Saúde permite a compreensão do fenômeno da violência em uma dimensão macro e microsocial. Na dimensão macrosocial, cabe ao setor saúde demonstrar a relação existente entre as iniquidades de saúde ocasionadas pelas iniquidades sociais, e desta forma subsidiar a construção de políticas públicas atravessadas pelos princípios da universalidade e equidade. No nível microsocial, pode-se facilitar o acesso por meio de articulações interinstitucionais e intersetoriais e pela participação social (MAEYAMA et al., 2015).

Além disso, o Modelo da Determinação Social da Saúde Dahlgren e Whitehead aponta que os determinantes sociais estão vinculados aos comportamentos individuais, às condições de vida e

trabalho, bem como relacionados à macroestrutura econômica, social e cultural, com íntima relação entre eles (CNSDSS, 2008).

Nesta perspectiva, as práticas de saúde precisam reconhecer que o cuidado e o enfrentamento às situações de violência precisam de intervenções intersetoriais de maneira a garantir a territorialidade e a singularidade deste fenômeno. Desta maneira, o setor saúde configura-se como um meio e processo potente de detecção de casos de violência, construção, articulação e pactuação de uma linha de cuidado intersetorial, colaborativa e inteprofissional, com vistas a transformação.

Assim, faz-se necessário refletir o fenômeno da violência de modo a considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de serviços e ações em saúde para o seu enfrentamento. Neste ínterim, estes tensionamentos nos levam a resgatar na literatura aspectos teórico-conceituais sobre o fenômeno da violência em um contexto de construção de redes assistenciais.

O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA

A violência é reconhecida como um fenômeno sociocultural, em sua origem e repercussões, e quase sempre concebida como atinente à segurança pública e ao judiciário. Desse modo, reconhecê-la como uma questão também da Saúde Pública é desafiador e a precedência histórica de sua abordagem pelas Ciências Humanas e Sociais reforça esse ponto de vista. Como acontecimento sociocultural, violência é definida por atos que constituem violação de direitos, na perspectiva legal e ética (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009; MINAYO, 2008).

A violência pode ser ainda concebida como o uso instrumental de poder, situação em que o sujeito detentor de maior poder se vale

daqueles atos para reiterar ou ampliar seu poder, o que não lhe dá legítima autoridade, senão um poder coercitivamente instaurado. Isto acentua desigualdades sociais, como as de gênero, e nega relações interativas e/ou comunicativas, como referido ainda pelos autores supracitados.

Contudo, Rückert et al. (2008) destacam que a violência é, antes de tudo, uma questão social, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde. Ela se torna um tema desse campo pelo impacto que provoca na qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços de saúde.

Já no plano nacional e internacional, a violência é reconhecida, além de questão social, como de saúde pública. É considerada, mundialmente, como violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos. Debate-se, contemporaneamente, a expansão de domínios da violência, de modo paradoxal com a expansão dos direitos humanos e sociais. Da violência do próprio Estado, tal qual nos crimes de guerra ou abusos e negligências de suas instituições, estende-se às situações de caráter interpessoal no mundo privado. Não bastarão para seu controle apenas apelos aos sentidos de responsabilidade ética e social dos indivíduos. Trata-se, antes, da redefinição desses sentidos, do ponto de vista moral e legal (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Os mesmos autores mencionam ainda que, ao definir violência como “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”, destaca a intencionalidade do ato violento, excluindo os incidentes não intencionais. Inclui o uso do poder, exemplificado por ameaças de agressões ou intimidações, e por negligências e omissões.

Cabe aqui refletir a conceituação de violência atribuída pelo Ministério da Saúde. Este refere que a violência é tida como ações praticadas por indivíduos, grupos, classes ou nações, que tenham como consequência danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outro. Ainda, violência envolve regras e uma relação de poder, na qual o agressor mantém um domínio sobre a vítima, seja de forma física, econômica, emocional, entre outras. Nesta perspectiva, compreende-se que a propagação da violência tem sua gênese na desigualdade social e de poder (NOGUEIRA; BELLINI, 2006).

De acordo com Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006), no mundo afora e também no Brasil, a violência é o retrato da crise de sociabilidade, identificada nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais e interpessoais em tempos de guerra ou de paz. Nota-se, então, que a violência não é um mero processo que inflige pessoas, mas uma sociedade, onde seus padrões normativos são rompidos pela busca do benefício próprio, seja qual for este.

Logo, a violência é considerada pelos estudiosos como um fenômeno complexo e de difícil conceituação e pode ser entendida como todo evento representado por relações, ações, negligências e omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a outrem. As raízes da violência se encontram nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais (ANDRADE; FONSECA, 2008).

REDES DE ATENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA

A sociedade hoje está configurada como uma “sociedade em rede”, sendo o conceito rede utilizado em diversas organizações, como a da saúde. Na organização de uma rede, todos devem reconhecer explicitamente suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizados, imposições, desnível de mando - todos devem, juntos, construir condições jurídicas, administrativas e de informações para operar serviços, sistemas e organizações (CARVALHO et al., 2008).

Os autores acrescentam que na rede tem que haver cooperação e coordenação compartilhada: todos colaboram e atuam ao mesmo tempo e para o mesmo fim; na coordenação há um sentido de ordem, de proporção, de ligação de coisas sempre unidas. Numa rede, deve haver tanto esse sentido de ordem, proporção ou ligação como também a cooperação durante todo o processo, o agir.

O SUS, surgido com a Constituição de 1988, dispõe em seus artigos 198 e 200 a designação de seu caráter “único”, em virtude da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema, a ser executado por muitos entes políticos e autônomos. Contudo, mais dois aspectos foram acrescentados; além de ser único, o sistema era, ao mesmo tempo “descentralizado”, sendo imposto ao sistema um modelo de rede no qual todos os envolvidos se interconectam, e mantêm-se como unidade autônoma; e é integradora das ações e serviços (art. 198, II, da CF, e art. 7º, II, da Lei nº 8.080/90). Sem uma rede de serviços, não é possível garantir a integralidade da atenção à saúde; é com esses três elementos que se impõe uma rede de saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Na realidade, é o conceito de integralidade da assistência à saúde que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. A integralidade é resultado da visão sistêmica da vida, a qual compreende que somos totalidades integradas, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente (CAPRA, 2006).

Neste sentido, Santos e Andrade (2011) concebem o conceito de Redes de Serviços de Saúde como a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, tecnologias, profissionais e organizações existentes no sistema, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Assim, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Deve haver algum grau de integralidade “focalizada”, mesmo que não seja suficiente, quando uma equipe, em um serviço de saúde, por meio de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

A concepção das redes assistenciais pode ser compreendida como fundamental ao SUS, embora seja necessária ainda a operacionalização dos serviços e da atenção, num amplo processo de compromisso e de responsabilização entre a sociedade civil e os três níveis da gestão do SUS (BRASIL, 2006; ARRUDA et al., 2015).

Cada serviço pode ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que

necessita. Cabe o desafio de “conectar” essas redes assistenciais, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Os autores afirmam que, para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias dispõe da totalidade dos recursos.

Conforme Hartz e Contandriopoulos (2004), a efetivação da imagem ideal de um “sistema sem muros” nos quais se eliminariam barreiras de acesso entre os diversos pontos de atenção interligados por corredores virtuais, embora desfrute de relativo consenso em relação aos seus princípios, ainda constitui importante desafio aos sistemas de saúde, demandando avaliações para sua efetiva implementação.

A capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados mais coordenados ao minimizar barreiras de acesso entre níveis assistenciais, oferecer atenção em saúde mais sincronizada e em tempo oportuno pode ser otimizada pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial (ALMEIDA et al., 2010).

No que se refere ao enfrentamento à violência, é essencial o estabelecimento de vínculos formalizados entre os diversos setores, de modo a configurar uma rede integrada de atenção às pessoas em situação de violência. Assim, a rede de atenção à violência deve ser voltada à promoção de atividades de sensibilização e capacitação de pessoas para humanização da assistência e ampliação de atendimento, bem como para a busca de recursos que garantam a supervisão clínica e o apoio às equipes. Estruturar rede de atenção a pessoas em situação de violência é um processo contínuo e permanente de articulação e

comprometimento entre os setores envolvidos, mas principalmente de envolvimento dos profissionais destas instituições (BRASIL, 2011).

Desse modo, para a estruturação de uma Rede de Atenção a pessoas em situação de violência é necessário *a priori* o diagnóstico do território e dos serviços disponíveis. Assim, conhecer a população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das redes de atenção (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

Neste processo de diagnóstico é importante mapear todos os serviços governamentais e não governamentais que atuam no cuidado integral, na promoção dos direitos de crianças, adolescentes, homens, mulheres e idosos nos territórios, como também identificar no município os serviços que se constituem como porta de entrada preferencial ou primeiro atendimento para atenção integral à pessoa em situação de violência, além de caracterizar os serviços/instituições que realizam o atendimento à pessoa (BRASIL, 2014; MENEZES et al., 2014; GONCALVES et al., 2015).

Ainda para a estruturação da rede de atenção à violência é fundamental o reconhecimento e clara definição dos papéis profissionais que atuam na rede. Além disso, é fundamental a construção, articulação e pactuação de fluxos ou linhas de cuidado com claros mecanismos de referências e contrarreferência e mecanismos formais que assegurem a manutenção da rede, tais como decretos, portarias e protocolos (BRASIL, 2014).

São necessárias ainda a sensibilização e capacitação permanente de todos os profissionais para a atenção em rede, de modo que os protocolos, guias, cartilhas disponíveis para o aprendizado e divulgação

da rede para a população configuram-se como potentes tecnologias para educação permanentes dos trabalhadores da saúde e educação em saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2014).

Todavia, mesmo que a rede não esteja totalmente estruturada, é possível realizar acompanhamento e encaminhamento das pessoas em situação de violência, porém faz-se necessário o empoderamento dos trabalhadores no que se refere ao conhecimento dos serviços existentes (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

Ou seja, é necessário promover uma articulação política entre atores dos diversos setores da sociedade para que se possa reconhecer que o outro existe e é importante, bem como conhecer o que outro faz e colaborar, cooperar e associar-se, por meio do compartilhamento de saberes, ações, poderes, objetivos e projetos (OLIVEIRA, 2001).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. M. G. S. Considerations on domestic violence, gender and the activities of family health teams. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 591-595, 2008.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). OLIVEIRA, C. S.; DELZIOVO, C. R.; LACERDA, J. T. (Orgs.). **Redes de atenção à violência**. Florianópolis: UFSC, 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: MS, 2006. 300 p.

_____. Presidência da República. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jun. 2011.

CAPRA, F. **Alfabetização Ecológica**. A educação das crianças para um mundo sustentável. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 2, p. 93-98, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONCALVES, C. F. G. et al. Atuação em rede no atendimento ao adolescente vítima de violência: desafios e possibilidades. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 976-983, 2015.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

MAEYAMA, M.A. et al. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, p. 129-143. 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549p.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da**

saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEZES, P. R. M. et al. Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.

MINAYO, M. C. S. Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa: é possível prevenir e superar. In: BORN, T. (Ed), **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa** (pp.38-45). Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

NOGUEIRA, L. A.; BELLINI, L. A. Sexualidade e violência, o que é isso para jovens que vivem na rua? **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 610-616, 2006.

OLIVEIRA, R. C. **O silêncio dos vencedores. Genealogia, classe dominante e Estado no Paraná.** Curitiba: Moinho do Verbo, 2001.

RÜCKERT, T. R. et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v. 7, n. 2, p. 180-186, 2008.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica.** São Paulo: Faculdade de Medicina USP, Departamento de Medicina Preventiva, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. s205-s216, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 112-120, 2006.

**REDES EDUCACIONAIS: TENDÊNCIA
OU OUSADIA DE UMA ESTRATÉGIA DE
GESTÃO?**



REDES EDUCACIONAIS: TENDÊNCIA OU OUSADIA DE UMA ESTRATÉGIA DE GESTÃO?

Anya Pimentel Ferreira Gomes Vieira Meyer

Maria Socorro de Araújo Dias

No contexto atual o termo REDE tem sido bastante utilizado em várias áreas do conhecimento e em vários tipos de atividade (e.g., redes de serviço, redes colaborativas, redes educacionais, rede de profissionais, rede de conhecimento, rede de softwares, entre outras). Esta terminologia é comumente utilizada como algo positivo, entretanto, o entendimento do que é rede, como ela se organiza/se constitui não é percebido pelos estudiosos da mesma maneira, nem colocado em prática pelos constituintes destas redes da mesma forma. Assim, gostaríamos, neste capítulo, de discutir algumas destas questões, orientadas pela indagação anunciada no título: Redes, mais especificamente, as redes educacionais se constituem uma tendência como estratégia de gestão educacional ou uma ousadia para os sonhadores? É nosso intuito, ainda, partilhar com os leitores a realidade de construção e atuação de uma rede educacional: a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). O intuito é que, ao falarmos sobre o exemplo da RENASF, possamos refletir sobre as potencialidades de se trabalhar em rede, como também os desafios a serem enfrentados e as condições mínimas necessárias para um efetivo e harmonioso funcionamento de uma rede educacional.

REDES: ENTENDIMENTOS E CONCEITOS

Vários são os entendimentos e conceitos sobre o que é uma rede, assim como seus objetivos e forma como se constituem.

Para Rovere (2003), um dos estudiosos sobre o assunto, Rede é um arranjo interinstitucional contemporâneo que se remetem a uma prática difundida muito rapidamente no mundo moderno. Para ele, as redes possibilitam, entre outros subprodutos, a conexão e o enlace entre os diferentes, a mobilidade que rompe fronteiras de projetos, ideias e pessoas, superando a noção de espaço e recriando outras geometrias de organização, a formação de vínculos e a viabilização de diálogos entre partes interessadas, instituindo parcerias. Desta forma, o foco para este autor parece ser a conexão entre partes, que juntas conseguem superar desafios que individualmente seriam mais difíceis de enfrentar.

Reis e colaboradores (2004) trazem outras perspectivas para as Redes que não contradizem Rovere, mas, em nossa opinião, dão maior completude à definição de Rede. Para estes autores, Redes são espaços onde se compartilham notícias e se busca saber o que se passa com os outros. A ideia de rede compreende a mobilização de um conjunto de pessoas, projetos, instituições, associações, organizações e outros atores que compartilham a tarefa de promover o desenvolvimento de um determinado campo temático e de relações sociais entre si e com a sociedade. Assim, fica clara a necessidade do compartilhamento, seja de ações, informações, seja de decisões. Esta ideia de compartilhamento também é trazida por Teixeira (1995), ao enfatizar que a operacionalização de uma rede deve se basear em uma construção permanente, que permita intercâmbios que ajudem no desenvolvimento de competências e circulação de informações.

Contudo, devemos lembrar que uma Rede precisa ter uma

identidade e um objetivo pactuado. Uma rede não existe por existir, ela só deve se formar e só conseguirá se manter se tiver um objetivo comum entre seus partícipes, mesmo que existam discordâncias em outros aspectos, o objetivo (ou objetivos) da existência da Rede deve(m) ser a força motriz de suas ações.

Assim, uma Rede de serviço, por exemplo, deve ter um objetivo comum pactuado (e.g., o atendimento integral do paciente), mesmo que isto signifique que parte dos integrantes da rede trabalhem mais voltados para procedimentos de maior complexidade e outros com procedimentos de menos complexidade, ou ainda, que parte dos membros da rede se vinculem mais ao atendimento do usuário/paciente enquanto outros membros se alinhem às ferramentas de integração dos serviços prestados. O importante é que todos trabalhem conjuntamente para alcançar o objetivo comum desta Rede, que no caso seria o atendimento integral do paciente.

É importante frisar que esta diversidade de possíveis ações dentro da Rede deve preservar a identidade de seus membros, ao mesmo tempo que compartilha com eles o mesmo foco. Desta forma, Granda (1996) enfatiza que o compartilhamento na Rede deve se preocupar em apoiar a constituição de identidade dos grupos que sustentem a diversidade de projetos individuais e coletivos.

Como podemos ver, as definições tendem a se complementar e vão nos ajudando a organizar nossos pensamentos não só sobre o que é Rede, mas também sobre seus possíveis intuitos, foco de trabalho e viabilidade como estratégia de gestão. Para termos uma visão ainda mais ampla sobre a diversidade das definições de redes nos últimos tempos, trazemos o Quadro 1, preparado pelos autores Cambiaghi e Passador (2013). Mais uma vez, podemos notar que, apesar das diferenças, elas não se contradizem e podem inclusive, em vários casos, serem utilizadas conjuntamente para melhor compreensão da Rede.

Quadro 1 – Conceitos de redes, segundo cronologia e autoria. .
Fortaleza, CE- BRASIL, 2018.

Autor	Definição
Miller (1994, p.379)	[...] relações sociais que são recorrentes, mas são menos formais e presas que relações sociais institucionalizadas em funções organizacionais. Entretanto, as relações em rede são regularmente suficientes, possibilitando a ocorrência de atos de fazer sentido, construção de confiança ou compartilhamento de valores.
Rhodes (1996, p.658)	[...] redes para descrever uma série de atores interdependentes envolvidos na prestação de serviços. Essas redes são compostas de organizações que necessitam trocar recursos (por exemplo, dinheiro, informação, conhecimento) para atingir seu objetivos , para maximizar sua influência sobre os resultados, e para evitar a dependência de outros jogadores no jogo.
Börzel (1997, p.2)	[...] redes políticas como um conjunto de relações relativamente estáveis , de natureza não hierárquica e independente , que vincula uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em referência a uma política, e que realizam intercâmbio de recursos para prosseguir esses interesses compartilhados, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns.
Mendell (1999, p.1)	[...] consiste em organizações públicas, privadas e sem fins lucrativos e/ou membros da comunidade em ação, organizados de forma colaborativa para atingir, por meio de consenso, algum propósito ou propósitos

Fleury (2005, p.77)	[...] redes, de políticas ou estruturas policêntricas, envolvendo diferentes atores, organizações ou núdulos, vínculos entre si a partir do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada a essa estrutura reticular , que se assenta em um poder compartilhado e relações horizontalizadas .
Nascimento e Ckgnazarro (2007, p.2)	Rede de política pública é um conceito o qual tem sido empregado para identificar relações relativamente estáveis entre diferentes atores governamentais e organizações privadas, interdependentes, que operam uma política pública.
Procopiuck e Frey (2009, p.67)	[...] representação de espaços relacionais simbólicos que atribuem sentido ao conteúdo estratégico e às ações individuais e coletivas de atores envolvidos em políticas de caráter público.

Fonte: CAMBIAGHI e PASSADOR, 2013.

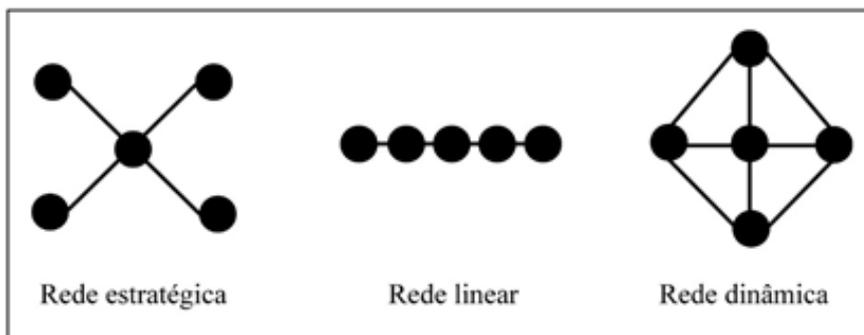
Esta amplitude de definição pode ser vista como algo negativo por alguns, entretanto, para nós, é tida como algo positivo, já que entendemos que as redes podem se organizar de várias formas, ter vários objetivos e se conceituarem de modelos diversos – mas sempre com trabalho coletivo. São estas inúmeras possibilidades de organização do trabalho coletivo que nos encantam.

TIPOS DE REDE

Mas com tantas possibilidades, seria possível categorizar as formas de rede? Tentando problematizar esta questão, algumas possibilidades se apresentam. Uma das que consideramos relevante é a que pega emprestado a tipologia de rede de empresas, classificando as redes de acordo com o relacionamento existente entre seus participantes. De acordo com Corrêa (1999), as redes podem ser estratégicas (orientadas

para interesses do mercado e com uma organização central), lineares (empresas envolvidas em determinada cadeia de valor) ou dinâmicas (relacionamento contínuo e intenso entre várias organizações), como representa a Figura 1.

Figura 1 – Esquema visual de modos de organização das redes. Fortaleza, CE- BRASIL, 2018.



Fonte: Corrêa, 1999.

Focalizando a modalidade de rede que nos interessa para esta discussão, qual seja, as redes educacionais, podemos vislumbrar as possibilidades dos três tipos descritos. Cada um com suas potencialidades e limites. Em uma rede linear, por exemplo, podemos ter participantes que são responsáveis pelo ensino básico, outro que é responsável pelo ensino médio e, por fim, outro responsável pelo nível superior da formação educacional dos indivíduos de um determinado local. Neste exemplo, a interação entre os partícipes ocorre principalmente com os que antecedem e se sucedem na “linha de produção”. Nota-se que as responsabilidades são bem definidas, mas a interação e o trabalho colaborativo entre os participantes tornam-se potencialmente limitados.

No caso de uma rede estratégica para a oferta de um curso, por exemplo, podemos ter um partícipe responsável pela titulação dos alunos (organizador central) e outros partícipes responsáveis por

questões referentes a necessidades deste organizador central, como por exemplo: produção de material didático, formação docente, infraestrutura física para o curso. Neste caso, os partícipes da rede interagem com o organizador central, mas não obrigatoriamente com os demais participantes, limitando o potencial colaborativo da rede, mas com maior controle das suas ações pelo organizador central – que também tende a ser o “líder” da rede.

Na rede dinâmica, as interações ocorrem entre todos os partícipes e de forma mais horizontalizada. Para nós, as redes dinâmicas são aquelas que melhor possibilitam o trabalho colaborativo entre os entes partícipes. O relacionamento contínuo, não fortemente hierárquico e participativo, proporciona um ambiente de cooperação entre as partes. No exemplo de rede educacional que iremos apresentar neste texto, o caso da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), elucida-se que esta se afilia à perspectiva de rede dinâmica. Assim, a qualidade e desafios deste formato serão discutidos posteriormente.

REDES: PISTAS PARA TORNAR A OUSADIA EM ESTRATÉGIA POTENTE

Acreditamos que a efetividade de uma rede se relaciona à forma de sua organização, assim como do grau de profundidade de vínculo e responsabilidades assumidas entre seus participantes, que, por sua vez, arrolam-se com o amadurecimento das relações e das ações da rede.

A efetividade se desenvolve com movimentos contínuos e sistemáticos, requerendo tempo, cuidado, altruísmo e planejamento. A gestão deste processo é desafiadora e estratégica para maior ou menor êxito. O início é delicado, precisa de atenção criteriosa e rigorosa

(vigilância ininterrupta, consideração às interinstitucionalidades, ruptura com as racionalidades hierarquizadas, cuidado dos micro e macroprocessos), depois é preciso compartilhar responsabilidades (planejamento e execução colaborativos das ações e decisões). No desenvolvimento desta é preciso monitorar e avaliar e reiniciar o ciclo, respeitando as diferenças e considerando-as possibilidades de soma. Sobretudo, é preciso atentar para os elementos que unem todos os entes envolvidos e voltar-se para os objetivos. Este processo, sugere, muitas vezes, abrir mão de poderes constituídos para juntos construírem uma nova identidade, não mais de uma instituição, mas de um coletivo conectado. Só assim teremos uma Rede forte e resistente às intempéries da experiência nessa modalidade de trabalho.

Falamos em intemperes por que nem tudo é harmônico no trabalho em rede, apesar das inúmeras vantagens. A construção coletiva, democrática e participativa exige um esforço significativo de todos os participantes. Uma rede com diferentes instituições, cada uma com distintos interesses, perspectivas e conduta organizativa, faz do trabalho em conjunto, mesmo com um objetivo em comum, um grande desafio. Contudo, a participação efetiva de todos os membros, o empoderamento das instituições partícipes das ações que estão sendo desenvolvidas e a afetividade entre os membros nos distintos níveis organizacionais das redes têm o potencial de possibilitar um trabalho profícuo.

Importante destacar que Rede não é uma abstração, ela se concretiza numa relação entre pessoas. Passa, portanto, pelo estabelecimento de vínculos entre os participantes e reconhecimento de uma nova identidade que possibilita a colaboração, a cooperação e a associação entre eles. Isto requer uma construção em que as diferenças pessoais e institucionais são vistas como heterogeneidade positiva para a rede possibilitando troca de valores, trabalho conjunto e crescimento mútuo, ao mesmo tempo que fortalece a identidade dos participantes

e, portanto, contrapõe-se à busca pela homogeneidade, que é marca da gestão tradicional, a qual ainda impregna as práticas das instituições nos dias atuais (Dias; Vieira-Meyer, 2015).

Entretanto, para que uma rede possa se organizar da forma supramencionada, algumas características precisam ser trabalhadas, entre elas o pertencimento e o empoderamento, que precisam ser trabalhados em todos os níveis da rede. É difícil para uma pessoa e ou uma instituição sentir-se empoderada ou pertencente a uma rede se não participar das tomadas de decisões e não conhecer o que ocorre nos “nós” da rede. Entretanto, para que isto ocorra, são necessários uma interação democrática entre os partícipes e um envolvimento real deles nas tomadas de decisão e na execução das atividades que a rede se propõe.

Rovere (1998) chama a atenção para determinadas características, às vezes consideradas comportamentais ou atitudinais, que podem colaborar ou repelir a adesão ao trabalho em rede. Para o autor pessoas com tendência a comportamento burocrático, que sentem que não controlam os processos de trabalho, não estão dispostas a trabalhar em rede, pois terão a sensação de não participarem das decisões. Estar em rede implica em reconhecer que há coisas possíveis de se decidir e colaborar com a sua efetivação. É reconhecer a autonomia na decisão coletiva.

Para análise do grau de profundidade dos vínculos, Rovere (2003) propõe um esquema ascendente de classificação, conforme apresentado no Quadro 2. Quanto maior o nível/profundidade de vínculo, maior a maturidade da rede e maior o seu potencial de sucesso como uma rede interativa, democrática e produtiva.

Quadro 2 – Grau de profundidade dos vínculos entre os atores de uma rede. Fortaleza, CE- BRASIL, 2018.

Nível	Ações	Valor
5. Associar (acordo ou contrato de compartilhamento de recurso)	Compartilhar ações e projetos	Confiança
4. Cooperar (existe uma coproblematização e uma forma mis sistemática de ação)	Compartilhar atividades e/ou recursos	Solidariedade
3. Colaborar (no sentido de trabalhar com uma ajuda espontânea caracterizada pela falta de sistematicidade)	Prestar ajuda esporádica	Reciprocidade
2. Conhecer (interesse sobre o outro)	Conhecimento do que o outro faz	Interesse
1. Reconhecer (aceitação do outro, reconhecer que o outro existe e tem o direito de existir)	Reconhecimento da existência do outro	Aceitação

Fonte: ROVERE, 2003.

Neste íterim, seguimos com a descrição de uma rede educacional em processo contínuo de maturação, na qual os vínculos entre os partícipes têm sido fortalecido com o tempo e com uma base democrática de gestão e construção coletiva.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (RENASF): UM CASO VIVO DE REDE EDUCACIONAL

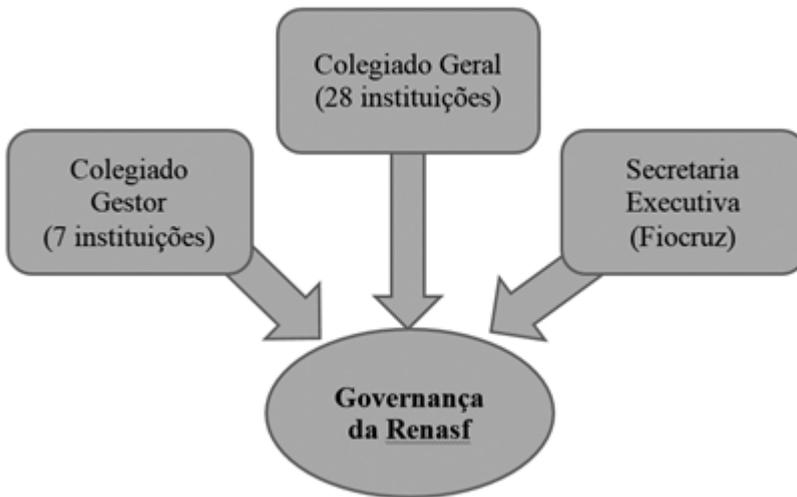
Com a instalação no estado do Ceará, no Nordeste brasileiro, em 2008, de uma nova unidade da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que tem entre seus objetivos “Fortalecer a atenção primária à saúde e a Estratégia da Saúde da Família”, essa unidade, toma a iniciativa de criar, em 2009, a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renasf), em parceria com instituições de ensino, pesquisa e serviço da região – incluindo a Secretaria Estadual e Secretarias Municipais de Saúde.

A missão da Renasf é contribuir com a formação em saúde na perspectiva do desenvolvimento profissional da Estratégia em Saúde da Família (ESF); reforçar a relação das ações de formação com a gestão do trabalho em saúde; e fortalecer instâncias colegiadas para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A Renasf se constitui em exemplo vivo que configura uma forma de organizar e movimentar grupos de pares, com algum grau de identidade, em torno de interesses e objetos comuns, em uma nova forma de aglutinação de interesses coletivos, sem sobreposição de uns sobre outros, ou seja, uma rede verdadeiramente colaborativa que paulatinamente vem cultivando uma cultura de pertencimento, coadunando com o escrito por Rovere (2003), como rede.

Sua organização ocorre por meio de um Colegiado Geral, que é composto por representantes das 28 instituições que formam a rede; um Colegiado Gestor, composto por representantes de 7 instituições - eleitos pelo Colegiado Geral; e uma secretaria executiva, organizada pela Fundação Oswaldo Cruz. Como exposto na Figura 2.

Figura 2 – Organização estrutural da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Brasil. 2017



Fonte: própria

IDENTIDADE SIMBÓLICA DA RENASF

A identidade simbólica (ilustrativa) da Renasf diz muito da visão que seus partícipes têm da rede. No Nordeste existe uma semente que faz a alegria das crianças durante todo o verão. Os dentes de leão, conhecidos popularmente como esperança, são soprados por todos os jardins, janelas e plantações. As sementes aladas são facilmente levadas pelo vento a distantes lugares onde geminarão, florescerão e darão outras sementes iguais, repetindo esse ciclo de vida e renovação. A sua forma é dada pela união de várias pequenas estruturas. Juntas elas lembram a juba de um grande leão. E é juntas que elas se desenvolvem, ligadas a um mesmo núcleo central, até o momento de serem lançadas ao vento.

Figura 3 – Identidade simbólica da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Fortaleza, CE- BRASIL, 2018.



Fonte: DIAS; VIEIRA-MEYER (2015)

Desta forma vimos a Renasf como uma rede que é formada por várias instituições que possuem um núcleo, e juntas são fortalecidas (assim como um leão) para alcançar seus objetivos comuns.

EVIDÊNCIAS DE EFETIVIDADES DAS AÇÕES DA RENASF

Várias são as ações da Renasf frente a sua missão. Entre estas sobressai a de promover formação na área da saúde da família com o intuito de apoiar sua qualificação e contínuo aprimoramento por meio de pesquisas e intervenções. Nesse sentido a primeira ação estratégica foi um Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), o qual foi proposto e aprovado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em 2010, tendo suas atividades iniciadas no ano de 2012 com a oferta de 100 vagas. A 2ª turma iniciou em 2014 oferecendo 130 vagas. A seleção da terceira turma do mestrado ocorreu no primeiro semestre de 2017, selecionando 190 dentre os mais de 1.700

profissionais inscritos para a seleção.

Somam-se a esta a construção a elaboração de uma proposta de Doutorado Profissional em Saúde da Família recentemente submetida para avaliação da CAPES e a elaboração de projetos de pesquisa em comum, interligando várias das instituições partícipes, entre eles a avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ no estado do Ceará.

Estas ações, além de contribuir para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, também fortalecem as instituições partícipes e possibilitam parcerias que ultrapassam as fronteiras da Renasf. Como mencionado anteriormente, o trabalho participativo não é fácil, entretanto, ao presenciarmos as conquistas e o fortalecimento da Renasf e do SUS, nos enchemos de alegria e de esperança, pois, apesar das adversidades, novas trilhas estão sendo percorridas.

Por ser o Mestrado Profissional em Saúde da Família a ação com mais solidez e constância, passamos a discorrer sobre seu percurso.

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF)

O MPSF pode, atualmente, ser considerado a ação mais significativa da Renasf em curso, por isso, vamos descrevê-lo de forma mais detalhada. Este Mestrado é fruto de uma construção coletiva que reconhece o mestrando como protagonista do processo ensino-aprendizagem Baseia-se na crença do trabalho como princípio educativo, na relação educação-trabalho e na compreensão do sistema saúde-escola. É o local de trabalho o ambiente de aprendizagem e prática dos mestrandos. A andragogia é a filosofia de ensino que inspira este programa e as metodologias ativas são a base do processo de

ensino-aprendizagem.

Este Mestrado tem como finalidade contribuir com a formação de profissionais da rede de atenção primária em saúde por meio da interação de diversas instituições de ensino, pesquisa e serviço. Tem como prioridade fortalecer a formação científica destes profissionais de saúde, incentivando o uso do método científico e de evidências para a tomada de decisões e para a gestão do processo de trabalho e cuidado.

As instituições partícipes do Mestrado se organizam em três categorias: as Nucleadoras, as Colaboradoras e as Consorciadas. As Nucleadoras são Instituições de Ensino Superior (IES) que possuem pelo menos um Mestrado ou Doutorado na área da saúde, que tenham docentes permanentes e colaboradores, que disponibilizem estrutura física adequada e realizem procedimento de certificação. As Instituições Colaboradoras são as instituições que participam de forma sistemática de atividades do Curso, disponibilizando infraestrutura adequada e recursos humanos, como membros do corpo docente e colaboradores. As Consorciadas são as instituições com potencial de participação em atividades do Curso, disponibilizando infraestrutura adequada e recursos humanos, e que já atuam na área de Saúde da Família por meio de docentes com desempenho acadêmico compatível com a modalidade profissional.

Atualmente existem nove instituições nucleadoras (Universidade Estadual Vale do Acaraú, Universidade Regional do Cariri, Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Piauí/Fiocruz Piauí, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Fundação Oswaldo Cruz) distribuídas em sete cidade e cinco estados nordestinos.

O Mestrado possui seu próprio processo de governança. É

organizado em colegiados por nucleadora, composto pelo coordenador, vice-coordenador, docentes, e representante discente. Há também um Colegiado Geral do MPSF, composto pelos coordenadores e vice-coordenadores dos diferentes colegiados. Conta ainda com o apoio pedagógico, responsável pelas diretrizes pedagógicas do curso e pela coordenação do processo de ensino-aprendizagem e avaliação deste processo.

CONSIDERAÇÕES

Como vimos, as Redes Educacionais buscam, de forma abrangente, uma ação coletiva e solidária, possibilitam a aproximação entre pessoas e/ou instituições de ensino e pesquisa. Propiciam, ainda, a prática dos princípios de horizontalidade, cooperação, convivência respeitosa entre diferentes, administração e resolução pacífica de conflitos, compartilhamento de responsabilidades, construção coletiva de conhecimentos, valores e competências necessários a uma sociedade democrática.

Retomando a pergunta de partida, entendemos que Redes tanto representam ousadia pelos elementos constitutivos descritos no decorrer do texto, inerentes ao seu processo de constituição, de desenvolvimento e de recorrente avaliação, quanto representam estratégia inovadora de gestão educacional. A Rede nos convida a sair do imobilismo para a proatividade, do individualismo para a coletivismo colaborativo e multidisciplinar. O que lhe dá sustento é o movimento fluido e dinâmico que inspira, de modo sinérgico, a interação permanente entre seus elos, em busca de um objetivo comum.

A opção por descrever sobre uma experiência de Rede, por

nós vivida, expressa o desejo de compartilhar os sucessos da Renasf e do MPSF, para ajudar na compreensão de como redes educacionais trabalham e quais são os desafios e benefícios de se trabalhar desta forma. Como mencionado anteriormente, acreditamos no trabalho compartilhado, em uma rede que abriga a heterogeneidade de sujeitos e de instituições, possibilitando troca de valores, trabalho conjunto e crescimento mútuo, ao mesmo tempo que fortalece a identidade dos participantes. Juntos, temos a possibilidade de fazer mais, de otimizar recursos, de crescer coletivamente, de aprender uns com os outros e assim nos fortalecer.

REFERÊNCIAS

CAMBIAGHI, B. P.; PASSADOR, J. L. Configuração e Composição de uma rede de cooperação para desenvolvimento em economia solidária. **Cadernos Gestão Social**, v.4, n.2, 2013.

CORRÊA, G. N. **Proposta de otimização da integração de parceiros na formação e gerência de empresas virtuais**. 1999. Tese (Doutorado em Engenharia Mecânica) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 1999.

DIAS, M. S. A.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Rede de formação em saúde da família: a experiência do nordeste brasileiro. **Estudios Avanzados**, n. 24, p. 76-89, 2015.

GRANDA, E. **Algunas ideas sobre la organización de redes en salud**. Quito: Corporación Utopía (Mimeo), 1996.

REIS, R.; TONHA, M. G. D. C.; PADOANI, M. P. Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 2, n. 1, 189- 202, 2012.

ROVERE, M. **Gestión de calidad de los posgrados en salud pública: adecuación crítica en un mundo en cambio**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

_____. **Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos**

hu- manos, las instituciones, la comunidad. Argentina: Instituto de la Salud Juan Lazarte/Secretaria de Salud Pública de Rosario, 1998.

TEIXEIRA, M. Algumas considerações sobre o papel das relações de parceria entre centros de pesquisa e a construção de tecnologias no setor energético. Rio de Janeiro, 1995.

**REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL, NUM MOMENTO
DE GRAVE AMEAÇA À REFORMA
PSIQUIÁTRICA E À DEMOCRACIA
(CONFERÊNCIA DE SOBRAL)**



REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, NUM MOMENTO DE GRAVE AMEAÇA À REFORMA PSIQUIÁTRICA E À DEMOCRACIA (CONFERÊNCIA DE SOBRAL)¹

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Atenção psicossocial é o nome dado ao modo de fazer peculiar da reforma psiquiátrica, à sua prática. Nem sempre se utilizou esta expressão para designar a assistência no campo da saúde mental. Foi a mudança do modelo de atendimento neste campo, fruto do movimento da reforma psiquiátrica, que exigiu a invenção de uma nova maneira de designar a prática diária dos trabalhadores da saúde mental. A “assistência psiquiátrica” ou a “assistência em saúde mental” passou a chamar-se atenção psicossocial, porque ocorreu uma mudança de paradigma, produzida pela reforma psiquiátrica. Esta mudança de paradigma ficou mais clara a partir da metade dos anos 1990, e vem se consolidando desde então, nestes últimos 20 anos (VENANCIO; LEAL; DELGADO, 1997).

Hoje vivemos uma ameaça concreta de retroceder ao modelo anterior, por causa da crise política que ameaça dois pilares indispensáveis para a atenção psicossocial: a democracia e um Estado capaz de prover políticas públicas de bem-estar social, entre as quais o SUS. Assim, é importante debater o que caracteriza a atenção psicossocial, para fortalecer o movimento de resistência contra o retrocesso.

Não duvidem, estamos vivendo momentos decisivos para a

¹ Conferência proferida na mesa-redonda “Abordagens Psicossociais”, no Congresso Internacional de Saúde e Sociedade, em Sobral, Ceará, 02/06 /2017; texto revisto e atualizado pelo autor.

reforma psiquiátrica em nosso país. A inserção no SUS, isto é, em um sistema público e universal de saúde, é intrínseca e indissociável de nossa prática diária. A prática social que exercemos almeja o cuidado clínico, e também a busca de uma vida melhor para os usuários, com mais autonomia, liberdade, condições dignas de existência e reais oportunidades de inclusão social. Ora, se estamos vivendo, desde 2016, um processo visível e planejado de dismantelamento de políticas públicas universalistas e inclusivas, como o SUS, certamente esta crise afetará diretamente a prática que designamos como atenção psicossocial. Precisamos, portanto, defender arduamente nossa prática, para defender também a liberdade, a democracia e a equidade.

Vamos abordar alguns aspectos, na forma de um diálogo sobre nossa prática comum, que é extremamente diversificada e sensível às marcas culturais e peculiaridades institucionais dos mais de cinco mil municípios brasileiros. Diversa, heterogênea e sensível às peculiaridades culturais, ainda assim a atenção psicossocial se assenta em princípios e conceitos compartilhados pelos trabalhadores da nossa área nas várias regiões do país.

A atenção psicossocial se realiza no território – O lugar concreto onde se realiza nossa prática é o território, com seus moradores, hábitos, cultura, formas de organização da atividade econômica, serviços de saúde, educação, assistência social, manifestações de violência e intolerância, mas igualmente de solidariedade, diferentes sotaques e visões de mundo. Não se trata apenas do espaço geográfico, mas de uma vasta região a ser conquistada no dia a dia do cuidado. Não é apenas o bairro ou município sob responsabilidade do serviço, é mais que isso, porque é um conceito teórico a ser revisto e elaborado permanentemente. No Brasil, os trabalhos do geógrafo Milton Santos foram muito importantes para a construção deste conceito decisivo para o entendimento da atenção psicossocial. Fiquem atentos, porque

a desconstrução da Reforma buscará nos seduzir com o canto de sereia de serviços desterritorializados: ambulatórios que de tão especializados não cabem no mundo real; lugares de confinamento, fora do mundo vivo dos usuários e familiares, como os antigos hospitais psiquiátricos e as atualíssimas comunidades terapêuticas; o retorno do trinômio ambulatório-emergência-internação, como se fosse a única forma racional de organizar a assistência psiquiátrica. E, especialmente, a tentação de uma prática de cuidado atemporal, sem história e sem vida diária, que fala de um sujeito universal, que tanto pode morar no Cariri como em Copacabana, como se o calor que faz nestes dois territórios fascinantes produzisse os mesmos efeitos sobre a vida diária das pessoas. Por causa desta marca do território, a atenção psicossocial vem cada vez mais dialogando com as disciplinas que tratam da cultura e do espaço humano, como a antropologia e a geografia.

No território, todo cuidado é pouco - Não é só o usuário que habita o território, o trabalhador de saúde também, pois sua ação busca integrar-se permanentemente com a vida diária e a história do lugar e das pessoas. Os territórios da atenção psicossocial do SUS são, em sua maioria, duramente marcados pela iniquidade, e aprendemos que a busca da autonomia e da inclusão social está presente na nossa prática. Assim, todo praticante da atenção psicossocial é um militante contra a iniquidade social, e viverá uma experiência de desamparo no território (DELGADO, 2007), semelhante ao desamparo daqueles a quem oferece o cuidado. É uma experiência muitas vezes aflitiva, quase sempre intensa, mas protegida por uma densa energia de solidariedade humana. O desamparo é empático. Homem algum é uma ilha no território psicossocial: não há saúde sem saúde mental, nos recomendou a OMS em 2001 (proclamando o óbvio, sempre necessário), não há saúde mental sem a atenção primária em saúde, a assistência social, a escola, a rede de proteção social da infância e juventude, as iniciativas culturais e de geração de renda, a sensibilidade

etnográfica, a militância pela inclusão social, a autonomia, a luta contra a violência e o preconceito. A percepção da vulnerabilidade social produzirá um duplo efeito nas subjetividades do cuidador e dos usuários/familiares: a atenção psicossocial me ampara, mas produz a consciência incômoda dos limites do cuidado, e me faz desejar mais a autonomia e a liberdade (experiência dos usuários e suas famílias); o cuidado que ofereço é sempre menor que as necessidades das pessoas, e a vivência e protagonismo no território me afetam, me colocam a céu aberto, no sertão de Guimarães Rosa ou das balas perdidas (experiência dos cuidadores). Todo cuidado é pouco.

Desinstitucionalização como grande matriz interpretativa – A história da constituição do campo da atenção psicossocial é uma via de mão dupla: os grandes hospitais psiquiátricos foram progressivamente reduzidos e fechados, enquanto uma rede de serviços comunitários (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura) iam sendo ao mesmo tempo implantados. Era necessário que os serviços comunitários se mostrassem potentes para acolher os usuários com transtornos graves e permanentes, isto é, que fossem verdadeiramente “substitutivos”, designação que remetia à sua efetividade para permitir a desinstitucionalização. Cerca de 28.000 camas de tipo asilar foram fechadas desde a Lei 10.216, em 2001, até 2015, e aproximadamente 1.400 serviços comunitários do tipo CAPS implantados, além de 600 residências terapêuticas, em números aproximados. Conceitualmente, é preciso entender de modo dialético esta substituição progressiva, observando o exemplo de outros países que mudaram o modelo manicomial, como Inglaterra, Canadá e Itália. A Itália fez isto com a radicalidade da lei 180, que “desinstitucionalizou” o estatuto de periculosidade genérico do louco, e com isto tornou-se matriz ética e teórica para a experiência brasileira. Mas há um ponto comum nos três exemplos nacionais, que foi a necessidade de aprofundar a “institucionalidade” dos novos serviços

comunitários. Assim, ressaltada a herança do anti-institucionalismo radical dos anos 1960, que é componente da matriz histórica da reforma psiquiátrica brasileira (refiro-me às experiências da antipsiquiatria de Laing e Cooper e da psicoterapia institucional de Oury e Lapassade, e à contribuição de Michel Foucault, que foi muito além desta datação dos anos 60 e 70), é preciso considerar na desinstitucionalização uma espécie de motor dialético e contraditório da construção do modelo da atenção psicossocial. Da minha parte, escuto com baixa acuidade o mantra da danação institucionalizante dos CAPS ou demais dispositivos territoriais (vertente que pode ser designada como a crítica do “capsicentrismo”), e valorizo a ameaça real da neoinstitucionalização, especialmente no contexto trágico de retração das políticas públicas e do empobrecimento vertiginoso da população e ampliação do desemprego a partir do golpe de 2016. A neoinstitucionalização está presente no sistema socioeducativo, no encarceramento, na proliferação das comunidades terapêuticas, nos abrigos de longa permanência da assistência social e outros dispositivos. E considero que deve ser trazido ao centro da cena do debate a contradição dialética da “institucionalização da desinstitucionalização”, isto é, a necessidade de consolidação dos serviços territoriais, dos saberes constituídos em torno da nova prática de cuidado, da sustentabilidade de financiamento da rede de atenção psicossocial, das reformas pedagógicas que preparem profissionais para atuar no território, da institucionalização da política de saúde mental baseada nas premissas da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

As grandes tradições teóricas – psiquiatria, ações de promoção da cidadania e inclusão social, psicologias (especialmente a Psicanálise) – A atenção psicossocial é a convergência de diversas tradições teóricas relativas ao cuidado clínico e à autonomia do sujeito, muitas vezes em diálogo tenso, frequentemente em disputa aberta por hegemonia, às vezes assumindo feições caricaturais do despotismo de uma tradição sobre as outras. Não teríamos a atenção psicossocial sem

o diálogo permanente, desenvolvido na prática diária, dura e intensa, exigente e espinhosa, dos CAPS, da atenção básica, nos NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, das residências terapêuticas, entre as tradições fundadas por Kraepelin, Freud e Basaglia, para nos cingirmos a três entidades deste terreiro. Mas no Brasil tivemos Luiz Cerqueira, Hélio Pellegrino, o companheiro Antônio Lancetti, que nos deixou este ano, tantos outros, que vêm contribuindo com a construção de um saber aberto, dialógico, prático, fincado nas exigências éticas da nossa prática social. Este diálogo não produz nem almeja um ecletismo pacificador, mas uma tensão permanente que produza caminhos do cuidado no território. Assim, entendo a atenção psicossocial como um campo plural, aberto, cuja unidade se dá na ética do cuidado, e na complexa articulação do cuidado (ou clínica) com a política. E vejo a disputa entre profissões como um sintoma do mal-estar do trabalho no capitalismo.

Geração de renda e economia solidária – Como prática social que foi se constituindo nos últimos 25 a 30 anos, a atenção psicossocial construiu diálogos extremamente fecundos com outros movimentos sociais e matrizes teóricas. Um dos mais importantes foi o “encontro feliz” com a Economia Solidária, na definição de Paul Singer para o início da articulação entre as duas políticas, em 2005, durante o Governo Lula (BRASIL, 2005). Reunindo a valiosa experiência do cooperativismo social italiano com as propostas programáticas da Secretaria Nacional de Economia Solidária, a atenção psicossocial conseguiu transpor o paradigma da “geração de renda” e “trabalho assistido” para a perspectiva de inserção em outra economia, capaz de construir veredas sustentáveis fora da lógica do trabalho sob o capitalismo. O cooperativismo social enfrentou obstáculos políticos poderosos para se consolidar na política de saúde mental no Brasil, mas incorporou-se definitivamente ao repertório teórico da atenção psicossocial.

Redução de danos, a ética da autonomia possível no campo de álcool e outras drogas – De modo semelhante à economia solidária, no difícil processo de incorporação do tema de álcool e outras drogas à política de saúde mental, claramente datado a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 e da Portaria 336, de fevereiro de 2001 (que institui os primeiros serviços territoriais para o cuidado neste campo, os CAPS-AD), o diálogo com a concepção e a prática redução de danos forneceu novas referências para os fundamentos éticos e teóricos da atenção psicossocial. O diálogo se deu com as práticas – nascidas na segunda metade dos anos 1990 – de troca de seringas com usuários de drogas injetáveis (UDI). Os resultados obtidos pelo SUS na redução da infecção pelo HIV entre UDI foram um êxito impressionante da estratégia de redução de danos, e o diálogo entre as duas políticas iniciou-se já em 2001. A redução de danos (conceito complexo, com grande potencialidade de maior desenvolvimento prático no SUS) tornou-se referência decisiva no conjunto de fundamentos teóricos da atenção psicossocial.

Autocuidado como poderosa matriz geradora das estratégias clínicas - Na base da pirâmide do cuidado, bem antes da busca pelas portas de entrada da atenção primária (estratégia de saúde da família) ou dos CAPS, situam-se os diversificados e poderosos recursos do autocuidado. O debate internacional do *recovery* (recuperação), iniciado pelo movimento de usuários de serviços psiquiátricos dos Estados Unidos, tem tido importante ressonância no Brasil, e passa a ser estudado e conhecido pelos trabalhadores da atenção psicossocial. É uma retomada do conceito de autonomia, porém com a incorporação da ética da militância do sujeito que vive a experiência do sofrimento mental na direção da sua própria recuperação (*recovery*). Mas não apenas do *recovery* se trata aqui, mas igualmente daquilo que, nos idos de 1992, o psiquiatra inglês David Goldberg (1992), importante formulador da saúde mental comunitária, designou como a base da pirâmide do cuidado

para os “transtornos mentais comuns”, destacando, desde então, que os serviços comunitários deveriam buscar as competências desenvolvidas pelas pessoas que sofrem *antes* de acessarem os serviços de saúde. As estratégias pessoais de lidar com o sofrimento e o desenvolvimento da autonomia e do cuidado compartilhado são conceitos operacionais importantes da atenção psicossocial.

Compartilhamento do conhecimento – Apenas nos últimos anos os serviços territoriais de saúde mental começaram a desenvolver iniciativas de compartilhamento do conhecimento, envolvendo outros profissionais de saúde, trabalhadores intersetoriais e, destacadamente, os usuários e seus familiares. Não podemos dizer que o *knowledge translation* (designação adotada no Canadá, um dos países que mais efetivamente incorporam o compartilhamento do conhecimento às políticas públicas de saúde) já seja um conceito incorporado ao repertório da atenção psicossocial, mas certamente deve ser estimulado, constituindo-se em uma nova abordagem da relação entre a universidade e os serviços públicos de saúde, onde se busca assegurar a centralidade da participação e protagonismo de todos os segmentos envolvidos no cuidado e na pesquisa (BURSTYN; DELGADO, 2017).

Prática clínica, prática social, prática política: a atenção psicossocial não existe fora de sua história concreta - A experiência de Sobral, iniciada no final dos anos 90, e consolidada a partir de ousada e consistente integração com a atenção primária de saúde, foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como uma inovação importante na organização do modo psicossocial de organizar o cuidado (OMS, 2009). Mas não apenas Sobral: o estado do Ceará, na metade dos anos 90, protagonizou o primeiro ciclo de interiorização da reforma psiquiátrica no Brasil, com a implantação de CAPS em Quixadá, Canindé, Iguatu e depois Sobral. O primeiro CAPS de Sobral recebeu o nome de Damião Ximenes, usuário que foi vítima

da política manicomial praticada no Brasil, que a reforma psiquiátrica vem lutando para substituir pelo paradigma da atenção psicossocial. O Brasil foi denunciado na Corte Interamericana de Direitos Humanos, na Costa Rica, pelo caso Damião Ximenes, e nosso país reconheceu a responsabilidade do Estado brasileiro, porque nos anos 90 predominava de fato o modelo manicomial, não havia a lei 10216, e os CAPS eram experiências ainda isoladas. A atenção psicossocial não pode ser apartada de sua história, como se fosse uma prática puramente técnica (toda prática humana tem sua história), uma especialidade clínica específica e neutra. A historicidade concreta da nossa prática ilumina o caminho a ser percorrido, ajuda a formular melhor os desafios, dirige o diálogo tenaz entre as várias tradições teóricas que nos formam. Na operação de desmonte da atenção psicossocial, que se tornou clara em 2017, o mercado das ideias e das profissões oferecerá profusamente tentações reducionistas, técnicas e a-históricas. Mensagens imperativas surgirão, como: torne-se um psicólogo clínico da corrente tal, atenha-se à psicanálise, prescreva medicamentos segundo os últimos *guidelines*, esqueça o território, não se deixe distrair pela História.

Nos últimos 15 anos, aproximadamente 600 artigos em periódicos indexados foram publicados, utilizando o conceito de atenção psicossocial como descritor referido ou citado no resumo (*abstract*)²; quase uma centena de livros publicados por editora com comitê editorial vieram ao debate; mais de uma centena de dissertações e teses foram defendidas com pesquisas baseadas em perguntas sobre os componentes clínico, social e político da atenção psicossocial (excluídas as produções estritamente especializadas da psiquiatria, da psicanálise ou das práticas profissionais do campo da saúde mental, com menção especial, em termos quantitativos, à enfermagem, serviço social e psicologia). Temos que registrar e considerar, sem excluir

2 Estimativa do autor, com base em pesquisa bibliométrica em andamento (NUPPSAM/UFRJ, 2017).

o necessário exercício da crítica epistemológica e de método, que a história registra um denso e infatigável trabalho de produção conceitual e teórica sobre o que nós chamamos de atenção psicossocial. É preciso reconhecer o grande trabalho sinérgico da prática clínica, da prática teórica e da militância, na produção de um conhecimento crítico no campo da reforma psiquiátrica. Vamos valorizar este trabalho humano valioso, este “saber militante” mencionado por Florestan Fernandes, como ferramentas para construir trincheiras e veredas que atravessem o interregno medieval tecnocrático e baseado em evidências que se anuncia. Será um interregno curto, esperemos: basta recuperar a democracia e derrotar o Estado de Exceção.

A hora da resistência - Vivemos um momento decisivo para a Reforma Psiquiátrica. Há 30 anos, em Bauru, um imenso coletivo de trabalhadores, usuários e familiares, convocou o país a construir uma sociedade sem manicômios. Desde 1992, após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, o Estado brasileiro construiu um programa de saúde mental comunitária, no âmbito do SUS e da intersetorialidade. Em 2001, foi aprovada a Lei 10.216, Lei Paulo Delgado, após 12 anos de luta intensa e de grande visibilidade social. Após a III Conferência Nacional, em 2001, e durante os governos democráticos populares de 2003 a 2015, a Reforma Psiquiátrica e a rede de serviços comunitários avançaram sistematicamente, produzindo uma grande mudança no cenário da atenção psicossocial. Os hospitais psiquiátricos foram substituídos, com uma redução média de mais de 2.000 leitos ao ano no período. Mais de 1.600 CAPS estão implantados no país. A partir do Golpe de 2016, que interrompeu o ciclo democrático iniciado com a eleição da Constituinte em 1986, ações sucessivas de desconstrução vêm sendo realizadas pelo governo ilegítimo. O programa nacional de atenção básica foi descaracterizado. Os CAPS estão sendo sucateados. Em 2017, apenas 16 CAPS foram cadastrados até o momento pelo Ministério da Saúde, o que significa pouco mais de um décimo da média histórica de 2003 a

2015 (120 a 150 CAPS novos ao ano). O Ministério da Saúde anuncia a contratação de novos leitos de tipo manicomial, e contrata centenas de vagas em comunidades terapêuticas. A política de ciência e tecnologia está sendo desmantelada, as universidades públicas estão sob ameaça. A democracia e a política são substituídas pelo Estado de Exceção³, controlado pelo Judiciário, Ministério Público, Polícia Federal e Rede Globo, em aliança ostensiva com parlamentares submetidos aos interesses dos grandes grupos econômicos, especialmente do capital financeiro internacional. É um cenário de terra devastada. Mas em todo o país se organizam as manifestações em defesa da democracia, das políticas públicas e do SUS.

No campo da saúde mental, temos um cabedal de experiência, conhecimento produzido, ações desenvolvidas, reconhecimento internacional. A atenção psicossocial construída pela experiência brasileira é motivo de orgulho para todos os trabalhadores de saúde, usuários e familiares. Vamos defendê-la em nossas trincheiras, nos serviços e práticas desenvolvidos no poderoso desamparo do território.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério do Trabalho. **Saúde mental e economia solidária**. Brasília: MS, 2005.

BURSTYN, D.; DELGADO, P. G. Conhecimento compartilhado e estratégias colaborativas de pesquisa na atenção psicossocial. **Estudos contemporâneos da subjetividade**, v. 7, n. 1, 2017.

3 “As medidas excepcionais encontram-se na situação paradoxal de medidas jurídicas que não podem ser compreendidas no plano do direito, e o estado de exceção apresenta-se como a forma legal daquilo que não pode ter forma legal”. Giorgio Agamben. Estado de exceção. São Paulo: Boitempo, 2004.

DELGADO, P. G. G. Por uma clínica da reforma: concepção e exercício. **Caderno de Saúde Mental - ESP**, v. 1, p. 59-66, 2007.

GOLDBERG, D; HUXLEY, P. **Common mental disorders. A bio-social model**. Nova Iorque: Tavistock/Rutledge, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde: uma perspectiva global**. Wonca: OMS, 2009.

VENANCIO, A.; LEAL, E.; DELGADO, P. **O campo da atenção psicossocial**. Anais do I Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro [1996]. Instituto Franco Basaglia/Te Corá Editora: Rio de Janeiro, 1997.

AVANÇOS E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL



AVANÇOS E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Manuel Desviat

Táís Bleicher

A lei federal de saúde mental de 2001 (BRASIL, 2001) e as leis estaduais anteriores (BRASIL, 2002) sancionaram o modelo de assistência em saúde mental, convertendo-o em doutrina de Estado. Partimos do sucesso da reforma psiquiátrica brasileira, que conseguiu fazer uma rede alternativa de atenção psicossocial ancorada no Sistema Único de Saúde, o SUS. Superamos a supremacia do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, com seu efeito de exclusão de pessoas com problemas psíquicos do seio da sociedade. Uma rede de saúde mental territorializada que vai da atenção ambulatorial à internação em crise aguda, ou, ainda, ao cuidado reabilitador de sofredores psíquicos. Destacamos, neste processo, a implicação sem precedentes da sociedade civil na história das reformas sanitária e psiquiátrica, incluindo a Clínica da Diferença em seu contexto social, econômico, político. Portanto, como parte da redemocratização do país.

Dado o começo tardio do processo brasileiro, já eram conhecidas as dificuldades e acertos dos processos de reforma psiquiátrica que o antecederam, a complexidade de um processo assistencial que cria novas demandas, novos direitos, novos sujeitos - antes ocultos atrás dos muros dos manicômios. Há a necessidade de uma rede socio sanitária ampla, de uma organização que deveria atender não só os egressos dos hospitais psiquiátricos, mas, também, os novos perfis de cronicidade e de sofrimento psíquico (DESVIAT, 2015).

Podemos dizer que a mudança na atenção à saúde mental e na salvaguarda dos direitos das pessoas com problemas psíquicos é imensa, como atestam avaliações recentes que apontam que a rede de saúde mental é continente e traz maiores níveis de satisfação aos usuários em diversas localidades, mas ainda com algumas fragilidades em outros locais (FAGUNDES JÚNIOR; DESVIAT; SILVA, 2016). Embora seja verdade que houve importantes avanços no conhecimento, na assistência, na formação e na pesquisa, também é verdade que ainda não se desenvolveu suficientemente a construção de um modelo teórico, clínico e assistencial que vá muito além do enunciado biopsicossocial. Paiva (2013), ao realizar pesquisa sobre o termo “psicossocial” na produção acadêmica brasileira, chega à conclusão que há pouca definição do que realmente se compreende por esse termo, epistemologicamente, ou, mesmo, que práticas e processos de trabalho poderiam ser entendidos como psicossociais. Além das questões conceituais, no desenvolvimento dos programas hoje considerados mais eficientes, surgem importantes questões éticas.

Por isso, gostaríamos de concentrar nossas observações sobre os desafios para o futuro, além da desinstitucionalização: as parcelas da população escassamente cobertas pelos novos serviços; a sustentabilidade dos processos de reformas sanitária e psiquiátrica, ameaçados pelas turbulências políticas na nação, em um contexto privatizador hegemônico mundial; o desenvolvimento mesmo da reforma, uma vez que a urgência da desinstitucionalização forçou prioridades, como programas eficazes de reabilitação psicossocial, deixando de fora formas de sofrimento psíquico que conformam novas demandas.

QUE PÚBLICO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL?

Em países onde o processo desinstitucionalizador pode ser dado como acabado, vencida a hegemonia do hospital psiquiátrico e com redes alternativas comunitárias de atenção, o desafio está nos sofrimentos psíquicos que podem não se adaptar a programas reabilitadores pensados a partir da velha cronicidade manicomial. No Brasil, três décadas atrás, quando tiveram início as primeiras ações sistematizadas e organizadas para uma reforma psiquiátrica ampla, a realidade brasileira incluía tanto o público egresso dos manicômios quanto as pessoas que viviam em situação de cárcere privado, ambas situações-- limite. A criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS, aliada ao início das ações nos territórios e visitas domiciliares de uma maneira geral, contribuíram para a detecção dos casos de cárcere privado e encaminhamento para os serviços socio sanitários adequados. Hoje, também temos os “novos crônicos” (DESVIAT; RENDUELES, 1986), pacientes que cronificaram, mas que nunca chegaram a ser internados em hospitais psiquiátricos. Portanto, o público que temos hoje nas Redes de Atenção Psicossocial – RAPS é sensivelmente distinto daquele do início da reforma.

As novas patologias psicóticas, as formas graves de neuroses, os transtornos de personalidade e o amplo campo dos transtornos comuns podem não ser apropriados para o atendimento reabilitador estabelecido com a desinstitucionalização. Ao mesmo tempo, não podem ficar reduzidos ao biológico. Há transtornos graves que exigem o uso de toda a rede social; combinações de sintomas ansiosos, depressões menores e quadros somáticos no contexto das dificuldades psicossociais que representam o grosso da demanda ambulatorial. Interrogam-nos sobre as formas de fazer, mais além do fármaco e do aconselhamento.

Outra questão que se coloca é: qual o público que se beneficia dos avanços da reforma psiquiátrica brasileira, do modelo de serviço territorializado, organizado por níveis de atenção e que conta com o modelo de serviço dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, suas equipes interdisciplinares e seus planos terapêuticos integrais?

No Brasil, a insuficiência do processo de reforma psiquiátrica se manifesta na existência de um percentual elevado de pessoas com planos de saúde privados, que têm um modelo de assistência centrado em consultas médicas individuais e na internação (SILVA; COSTA, 2011). É difícil que o sistema privado possa competir com o público na atenção a pacientes psicóticos graves, que exigem um amplo menu psicossocial. Ao mesmo tempo, está cobrindo as demais formas de transtornos mentais, em pessoas com certo nível aquisitivo. Estas pessoas simplesmente desconhecem a realidade de um serviço que disponha de uma equipe interdisciplinar destinada a delinear planos terapêuticos singulares. O usuário elege o profissional que julga mais adequado para o seu caso - geralmente, médico ou psicólogo - e segue sem continuidade assistencial integral. Fragilidade da assistência pública, que, ao não chegar ao conjunto da população, questiona a universalidade e a equidade do sistema, possibilitando uma forma de assistência privada que segue com sua lógica totalmente apartada, e, geralmente, contrária dos avanços no modelo sanitário público pós-reformas.

Esse cenário nos leva a refletir sobre a clínica, o tipo de assistência que estamos fazendo no entorno do que chamamos psicossocial, quem são os atores, as ferramentas, as formas de fazer, e quais teorias sustentam as práticas. Leva-nos a questionar sobre os avanços e desafios na construção das redes psicossociais, na interrelação com as equipes de atenção básica e na articulação com outras políticas públicas ou cidadãos com intervenções transversais; e, ainda, que efeitos existem – ou não –

no sistema sanitário privado.

TEORIA, TÉCNICA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

A desinstitucionalização diz respeito, muito mais, à mudança nas relações de poder que a espaços físicos. A questão é que, hoje, a prática hegemônica desconhece o saber do paciente; quando não nega sua subjetividade. A clínica atual se centra na enfermidade, não no enfermo; trabalha-se, sobretudo, no plano individual: encontros estandarizados pelas classificações internacionais e pela obrigação de um diagnóstico, que os limitam. Embora se reconheça a utilidade de guias, protocolos, diretrizes de atuação, o problema se coloca quando estes substituem a clínica. Que se deixe claro: em saúde mental, a metodologia, o enquadre, os modelos prontos e rígidos são o contrário da clínica. Outro risco se dá quando a burocratização dos serviços e as tentativas de elaboração de quadros diagnósticos, comparativos ou epidemiológicos reduzem a escuta a mero preenchimento de folhas de formulários.

Há teorias que favorecem riscos, como as de base biológica ou comportamental, em suas vertentes radicais, que desprezam a complexidade psicodinâmica. O sujeito não conta, arrebatase sua responsabilidade, e, ao negar sua participação no processo de seu adoecimento, limitam-se suas capacidades de recuperação. Negação da subjetividade, e, portanto, da clínica. Negação da clínica que se dá em muitos serviços comunitários, não só na Psiquiatria biológica, e que nos interroga em nível terapêutico, ético e em nossas estratégias assistenciais. Pensemos no fracasso que supõem as contenções mecânicas, no mau uso do diagnóstico e, às vezes, na Pedagogia paternalista de alguns programas de reabilitação. Pensemos em com quem trabalhamos, com quem forjamos vínculos, mais além do paciente, daquele que sofre, e,

sobretudo, que papel damos a este que é o objeto de nossa atividade.

Encontramo-nos, pois, ante a necessidade de “reformular” o que está inconcluso na reforma, tomada por outras urgências e assediada por um entorno positivista. Temos a necessidade de repensar as estratégias assistenciais, a clínica e a psicopatologia, cada vez mais ausentes, substituídas pelos quadros de critérios de manuais e guias, com frequência mediatizados pela ganância das empresas farmacêuticas. Necessidade que não significa, entendamos, “jogar a criança fora com a água da bacia”. Trata-se de ressignificar as ferramentas clínicas que a Psiquiatria, a Psicologia e a Sociologia foram construindo ao longo da história. Ressignificar desde uma política assistencial os aportes da Biologia, da Psicoterapia, do Cognitivismo, da Fenomenologia e da Psicanálise, no marco de uma teoria e uma prática onde prime a autonomia daquele que sofre, sendo parte, um dos autores; de uma clínica e uma teoria que não pertençam a psiquiatras e psicólogos: que sejam de todos aqueles que trabalham com sofredores psíquicos com um conhecimento adequado. Uma clínica psicossocial, coletiva, ressingularizada (GUATARRI, 1989), em movimento (LOBOSQUE, 2003), de resistência (CECCIM, 2004), que vai além do slogan biopsicossocial, que vá no sentido que dá a clínica ampliada (CAMPOS, 2007), com apoio matricial, continuidade de cuidados e articulação com outros serviços comunitários. Definitivamente, uma maneira de produzir saúde que contempla como condição de possibilidade a dignidade.

Uma nova clínica e uma nova psicopatologia só são possíveis desde as equipes, em um processo que rompa a cisão entre quem faz a clínica e quem escreve sobre ela. Hoje, o problema do conhecimento psi está em que as perguntas que são feitas pelos pesquisadores não são as que se fazem os clínicos. Respondem a estudos publicados em revistas internacionais, com claros conflitos de interesses. Estudos do campo

acadêmico e a pressão por publicar forçam a mais revisões do que a artigos de opinião, ou a restringir a pesquisa a áreas bibliometricamente produtivas, o que gera as ‘*salami publications*’, ou o fracionamento dos artigos em vários, como assinala Omedo (2011), perdendo de vista a complexidade das análises. Por outro lado, sabemos que, em Psiquiatria e na saúde mental, o crescimento exponencial das publicações não corresponde a um melhor conhecimento clínico ou psicopatológico, nem a melhoras terapêuticas, entre outras razões, pelas distorções a que obriga o patrocínio das empresas farmacêuticas — ao controle produtivo utilitário, que inibe a criatividade e estimula o engodo e a dissimulação. É o que leva autores como Richard Smith e Ian Roberts a dizerem que a forma em que as revistas médicas publicam os ensaios clínicos converteu-se numa séria ameaça à saúde pública (SMITH; ROBERTS, s/d.).

Na genética, os endofenótipos, nos quais se depositou a esperança diagnóstica, não têm especificidade, e ainda não conseguimos ter marcadores confiáveis. Não é de admirar que os resultados mais importantes da genética, nas últimas décadas, provenham de pesquisas impossíveis de financiar com o sistema predominante. Isso é algo que, como bem diz Javier Peteiro (2010), está na base das grandes descobertas, as quais, para existir, tiveram de sair dos programas de pesquisa que as entravavam.

A psicofarmacologia, embora útil, continua matando moscas a tiros de canhão, por seus múltiplos efeitos secundários, e, com respeito à Medicina Baseada em Evidências (DESVIAT, 2003), passada a ilusão, dela resta apenas o chavão do termo - um termo que, de tão usado, quase não quer dizer nada. Se procurássemos saber o que ele é na filosofia da ciência, constataríamos que nunca há uma evidência que ateste que uma teoria é verdadeira; a observação é sempre uma “teoria carregada”, isto é, contaminada por pressuposições teóricas anteriores, contaminada

pelos próprios cientistas que a estudam - Kant, Tomas Kuhn e outros, ou, segundo os relativistas de hoje, por fatores que vão muito além dos confins do laboratório, sociais, políticos e culturais.

Isto posto, não desejamos nos colocar diante dessa Psiquiatria monocrômica a partir de um humanismo lacrimoso, pois não se trata de duvidar da importância da biotecnologia e muito menos de sua conveniência e contribuições para a clínica. Seja como for, o problema não está nas deficiências da psiquiatria biológica, mas no empenho dela em reduzir a Psiquiatria e todo o universo a seus caprichos. O problema está em que, até hoje, no secular debate cérebro-mente, o saber da natureza ou do espírito nunca foi ambição de uma tendência tão excludente, tão prepotente e, como disse Fernando Colina, num artigo publicado há alguns anos na revista *Frenia*, tão ignorante (COLINA, 2002). O problema é que sua ambição reducionista vem provocando uma crise na teoria psiquiátrica, e o retrocesso, quando não o simples desaparecimento, da indagação psicopatológica e dos programas de pesquisa que não se atenam a seus fins. O problema é que seu reducionismo desenfreado está se refletindo nas formas de entender a organização da assistência e o cuidado com os problemas de saúde mental, amparado pela política de privatização que os mercados impulsionam, e está ocasionando um retrocesso no modelo comunitário, o qual se pretende substituir pelo modelo mais “rentável” do hospital, da consulta e dos fármacos, subordinando a saúde ao lucro econômico de uns poucos.

Se pensarmos a produção de saúde e conhecimento como uma práxis em que uma teoria e prática sejam elaboradas a partir de serviços assistenciais, ou que tenha seus pilares no trabalho comunitário, há hoje poucos lugares com esse perfil de produção. As exceções estão quando a própria gestão possibilita estratégias de autogestão e de trabalho em equipe, com conseqüente reflexão e possibilidade de criação

de alternativas de trabalho para as equipes de saúde. São exemplos dessas experiências: “gestão colegiada centrada em equipes de saúde” (PAULON; NEVES, 2013), a organização matricial do trabalho, o método Paideia de cogestão de instituições (CAMPOS, 2007; BRASIL, 2009a), o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2009b), sistematizações que norteiam a prática das equipes de atenção primária e de saúde mental.

Na nossa opinião, esse é o caminho para construir uma nova teoria e uma nova prática. É a partir de equipes que sejam sujeitos de uma práxis, no sentido dialético marxista do conceito, que será possível recuperar a Psicopatologia feita no interior das instituições hospitalares, e sobre ela construir uma nova clínica que dê conta da diversidade do ser humano, que se construa a partir da liberdade e da cidadania do paciente, numa confluência fluente aos outros ramos do saber e da técnica.

DA DEMANDA À COMUNIDADE

Uma nova assistência à saúde mental tem que incorporar a comunidade como um dos atores principais do processo. De fato, nas sociedades democráticas, pela pressão do voto, a cidadania começa a ter um papel cada vez mais importante na hora da definição das necessidades e na criação de serviços para satisfazê-las. O Brasil está em um complexo momento histórico, com suposto regime democrático, mas, no entanto, com presidente ilegítimo, não eleito pelo povo e com agenda de ataque às conquistas democráticas oriundas da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Não se trata, portanto, de uma recente adesão acrítica da população ao modelo neoliberal, mas à tomada de decisões a despeito de qualquer pressão popular, dos votos às mais diversas

formas de manifestações: passeatas, abaixo-assinados, ocupações de prédios públicos, entre outras. Some-se a isso, a atual configuração do congresso nacional, a mais conservadora desde o golpe de 1964, basicamente formado por militares, religiosos e ruralistas (ESTADÃO, 2014); e, ainda, as recentes reformas eleitorais que, basicamente, impedem que os pequenos partidos consigam eleger candidatos. A frágil democracia brasileira é reflexo do complexo posicionamento político de seus cidadãos: ora lutando ativamente para exercer os seus direitos e, em outros momentos, acompanhando de forma resignada aos mais diversos desmandos. Esse modo de funcionamento acontece também entre os consumidores de serviços sanitários e seus familiares, que, por vezes, desejam participar ativamente de sua construção, mas, em outros momentos, depositam unicamente nos profissionais a responsabilidade pelo delineamento de programas e ações.

O fato é que nos encontramos num dilema, quando falamos da demanda e dos movimentos dos cidadãos. Por um lado, temos a medicalização da sociedade no mundo desenvolvido e um imaginário social cheio de preconceitos, numa cidadania cada vez mais fragmentada, que confunde identidade com grupos separados por cor, raça, credo, gênero, idade, nacionalidade, entre outros, levantando muros e fronteiras que servem apenas para fragmentar a sociedade. É uma identidade que institucionaliza sua diferença, tornando-se sectária: não a tolera, teme a mescla confusa, o estrangeiro. Afasta-se da cidadania como direito coletivo no qual o singular é possível. Temos demasiados exemplos, na história passada e recente, de fundamentalismos em que o sujeito desaparece numa identidade que o cerca e o define, pois, ainda que a identidade comum seja uma exigência para que exista a comunidade, também se morre ou se mata por uma identidade única (SARACENO, 2004).

Na saúde mental, isso se mostra na progressiva fragmentação

das associações de familiares e usuários da saúde mental, frente à unidade inicial do princípio da reforma psiquiátrica. Agora, temos bipolares, esquizofrênicos, pacientes limítrofes, com transtornos da conduta alimentar, entre outros — identidades artificiais, criadas pela lógica do sistema, que competem em suas demandas, ficando à mercê dos *lobbies* societários que tiverem maior capacidade de influência no poder político. Isso pode perverter a destinação de recursos (veja-se a proliferação de unidades de fibromialgia ou de transtornos da conduta alimentar nos países centrais, fagocitando recursos da atenção à psicose ou às neuroses graves), e situa as pessoas com problemas de saúde mental em territórios definidos por fronteiras intransponíveis, diagnósticos, associações e instituições.

A isso devemos acrescentar como ameaça, se falarmos das associações de familiares e usuários, a política progressiva das multinacionais farmacêuticas de financiar associações de familiares e tentar comprar seus líderes, assim como vêm fazendo com os psiquiatras. O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade - TDAH - é uma boa prova dessa aliança da indústria farmacêutica com as associações de familiares, bem como de sua capacidade de pressão sobre as instâncias governamentais, como assinala Andrew Herxheimer, da *Cochrane Collaboration*: no Reino Unido, a *Children and Adults with Attention/Deficit/Hyperactivity Disorder* - CHADD, uma das associações mais reconhecidas, recebeu, apenas em 2002, meio milhão de dólares das companhias farmacêuticas (HERXHEIMER, 2003). No Brasil, Eduardo Vasconcelos (VASCONCELOS, 2010) menciona um estudo da ONG norte-americana *Essential Action*, dedicada à saúde pública, que indica que pelo menos nove entidades brasileiras de defesa dos direitos dos usuários de saúde são financiadas por fabricantes de remédios.

O outro lado é representado pelos movimentos dos cidadãos que exigem o empoderamento, o envolvimento total na gestão da saúde

mental, dentro do referencial de uma saúde mental coletiva. Conceitos como *recovery* e *advocacy* (recuperação e apoio/defesa) procuram fazer do próprio paciente o protagonista de sua recuperação e fazer do cidadão um participante na gestão de sua saúde. É um poder cidadão necessário, sejam quais forem as suas contradições, pois, sem sua participação ativa, na verdade, não podemos falar em trabalho comunitário e, nem sequer, de uma avaliação adequada das necessidades. Esse compromisso cidadão tem que ir além das associações militantes, além da vanguarda necessária, envolvendo a maioria social. O modelo tem que ser dessa maioria, tem que “se tornar dela”, se quisermos que seja sustentável. A saúde é a saúde dela, a saúde da comunidade, e nós somos especialistas a seu serviço. Boa parte das regressões, dos retrocessos e debilidades dos processos de reforma deve-se a eles não terem sido capazes de chegar à população, incorporando-a.

Nesse trabalho de empoderamento, foram e continuam a ser fundamentais os movimentos de usuários e familiares em todo o mundo. São organizações que reivindicam, a partir de posições mais ou menos integradas nos serviços de saúde (usuários) ou radicalmente críticas (os chamados “sobreviventes” ou os “ex-psiquiatrizados), o seu “empoderamento da saúde”, ou, o que dá na mesma, a transferência para os cidadãos, grupos, organizações e comunidades do poder e da capacidade de tomar decisões que afetam suas vidas. São movimentos diversos, que vão desde o apoio mútuo até a defesa de direitos; que perpassam o individual e o coletivo; que podem ser informais, legais ou profissionais. Muitos deles exigem a participação dos usuários nas políticas de saúde mental, tanto em sua elaboração como na tomada de decisões na execução, avaliação e formação de recursos. Podem ser organizações que lutam pela conquista dos direitos civis para os doentes mentais, pela cidadania plena e por alternativas de autoajuda e serviços. No caso dos usuários, há movimentos que, nos últimos anos, estruturaram-se em organizações ativistas que já não pedem

melhores serviços, mas o direito a coabitar o mesmo espaço e romper a marginalização. Um dos grupos mais ativos desse movimento de nível internacional é o *Hearing Voices*, surgido na década de 1980, com os estudos do psiquiatra Marius Romme e da jornalista Sandra Escher. A ideia central é a de que algumas pessoas podiam conviver normalmente com a escuta de vozes, enquanto que, para outras, escutar vozes seriam experiências que as faziam sofrer e as levavam a procurar os serviços de saúde mental em busca de ajuda.

Ainda nos restam algumas interrogações sobre o que hoje representam a comunidade e o comunitário. As mudanças nas grandes cidades, a onipresença das redes sociais e a grande mobilidade no trabalho exigem redefini-los. É preciso começar a trabalhar com conceitos que sejam capazes de conter a multiplicidade social que se está formando, para que ela possa atuar em comum, conservando suas diferenças — um mundo, como formula Marc Augé em *La communauté illusoire* (AUGÉ, 2010) em que todas as fronteiras sejam reconhecidas, respeitadas e transponíveis. Sem falsas identidades societárias. Isso nos aproxima do termo multidão, tal como definido por Negri e Hardt, em seu livro *Multitud: uma multiplicidade de diferenças singulares que se agrupam, respeitando suas diferenças, para trabalhar em comum* (HARDT; NEGRI, 2004).

No Brasil, as experiências de participação popular em relação às políticas públicas de Saúde são diversas. O processo de redemocratização brasileiro, as reformas sanitária e psiquiátrica fazem parte de um contexto político mais amplo de contestação do regime ditatorial. No campo da saúde mental, a reforma psiquiátrica teve impulso com a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM. Posteriormente, já no contexto da existência do SUS, com a aproximação de familiares e usuários de serviço, teve início, na década de 1990, a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial

e, posteriormente, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007), com incentivo à formação de “núcleos locais e independentes que poderiam se articular em âmbito municipal ou estadual” (SANTOS, 2016).

Vasconcelos (2011), ao abordar as formas de organização de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares, estabelece alguns modos de funcionamento que não são excludentes. As formas de empoderamento podem se dar desde uma perspectiva mais individual, até formas de atuação mais coletivas. Podemos citar: a construção das narrativas de si, por parte dos usuários; as diversas formas de cuidado de si; os grupos de ajuda e suporte mútuos; as estratégias de defesa de direitos; a participação ativa nos sistemas de saúde; a militância social e política na sociedade e no Estado. A forma como os sujeitos se organizam refletem um contexto social maior. No Brasil, as organizações coletivas de enfrentamento têm uma história importante. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e diversos dos seus núcleos locais ainda existem, mesmo que com dificuldades diversas. Há diversas manifestações artísticas, como blocos de carnaval, conjuntos musicais, entre outras, que têm na saúde mental sua bandeira de luta. São formas de empoderamento muito específicas que tem a ver com a cultura local. Com o SUS, foram criados diversos mecanismos de participação popular, potentes, mas que, ao mesmo tempo, apresentam diversas fragilidades. Hoje, existem inclusive denúncias de “compra”, pelos gestores, de usuários de serviço de saúde que ocupam espaços de representação política. Assim, os espaços que seriam de embate, de disputa de poder, como fóruns e conselhos municipais, estaduais e federais, transformam-se em pseudo espaços democráticos, porque farsantes. Assim como a atual presidência.

VELHOS E NOVOS DESAFIOS

O modelo comunitário de atenção foi feito com dificuldades na maioria dos países, em tempos de Estado de bem-estar, com certa ambiguidade dos governos. Há décadas, em todo o mundo, é uma ação à contracorrente da política econômica, uma vez que o neoliberalismo impõe estados deficitários e que não garantem os direitos do cidadão. Uma política onde a ganância econômica de poucos prima sobre o direito à Saúde, à Educação, e às prestações sociais da grande maioria.

No Brasil, a década de 1990 foi marcada pela luta para garantir recursos para a efetivação do SUS. O investimento econômico massivo, com conseqüente multiplicação de serviços e início da construção das redes e a força-tarefa ministerial para produção de material de apoio às equipes só aconteceram, no entanto, na Era Lula. Os serviços foram redesenhados, com a criação dos CAPS III, que permitem internação 24 horas e que são, por isso, criticados pelo risco de favorecerem a não utilização dos hospitais gerais, podendo favorecer a segregação. A criação dos CAPS AD, para álcool e outras drogas, e sua política pública específica drenaram grande soma dos recursos da saúde mental, com direcionamento, aparentemente, mais guiado por pressão popular que por questões técnicas, especialmente, no que tange ao investimento em relação a ações relativas ao crack. O subfinanciamento do sistema ficou mais evidente a partir dos cortes na gestão Dilma e sua guinada neoliberal. Com o golpe de 2016, o dismantelamento se acelerou, em um cenário de destruição selvagem de todas as conquistas da Constituição de 1988. Portanto, o desafio brasileiro é muito maior. Não se trata apenas de garantir a continuidade das reformas, mas de garantir o próprio regime democrático.

O avanço do totalitarismo tem se manifestado, mundialmente,

em diversos países, seja nos representantes eleitos para governar os países, seja no cotidiano. Portanto, se, em alguns deles, não há mais manicômios, é a própria lógica da exclusão, da violência, do ataque às minorias, que retorna com grande força.

No Brasil, a reforma psiquiátrica nunca avançou no que se refere a outras instituições totais, como os manicômios judiciários, as prisões, os abrigos para crianças e adolescentes, que seguem totalmente à margem das ações das RAPS¹. O financiamento, pelo poder público, de comunidades terapêuticas para usuários de drogas retoma a lógica manicomial, o moralismo, o uso da religião a despeito da técnica científica, a violação de direitos humanos fundamentais, a segregação. Além das questões éticas, a questão técnica de que são modelos que não funcionam como tratamentos sanitários. Os governos voltam a propor serviços que não têm base territorial, como as Unidades de Pronto Atendimento, que não estão integradas à Estratégia de Saúde da Família, e unidades de acolhimento de jovens usuários de drogas, novamente, internados. Voltam a realizar financiamento indireto de serviços privados².

É, portanto, um momento complexo, em que os profissionais estão, bem ou mal, finalmente, sendo formados para trabalhar nos

1 Na Espanha, os processos de reforma sanitária e psiquiátrica levaram ao fechamento dos manicômios judiciários. A revogação da Lei de Periculosidade Social e a entrada em vigor do novo Código Penal em 1996 muda substancialmente a situação dos pacientes que, havendo cometido um delito, são considerados inimputáveis, ou seja, não responsáveis, naquele momento, por seus atos. O apenado deve cumprir a condenação na prisão; o doente deve ser atendido na rede de serviços sanitários. Foram criadas unidades de custódia nos hospitais gerais para pessoas que tiveram episódios psicóticos na prisão. No caso das instituições de privação de liberdade para crianças e adolescentes, também estão à margem da reforma e se converteram em centros de reclusão escassamente reabilitadores.

2 O número de unidades de Psiquiatria em hospitais gerais é ainda insuficiente, tanto com leitos para internação como para atender à urgência e à interconsulta de outras especialidades. Por outra parte, em algumas das unidades criadas, vem se produzindo uma biologização delas – o que vem sucedendo também em outros países. A “saúde mental” destas unidades não mudaram o hospital; o hospital as mudou.

equipamentos das diversas políticas públicas, que coexistem com os que ainda não foram extintos e os novos, que, praticamente, reeditam modelos já fracassados. A situação brasileira, embora tenha suas peculiaridades, pertence a um momento histórico que carrega as marcas do individualismo e seus impactos desde a economia à forma de compreensão sobre o outro.

No Brasil e no mundo, o futuro da atenção à saúde mental não se joga no confronto entre psiquiatria biológica e saúde mental comunitária, mas no modelo da atenção, em modular uma oferta de serviços em função das necessidades da sociedade, e numa prática que deve recuperar uma psicopatologia que dê conta do porque e do devir das doenças mentais, que sirva para definir seu campo de competência e sua finalidade terapêutica, preventiva e reabilitadora. O debate centra-se num modelo médico hospitalocêntrico, frente a um modelo orientado pela saúde coletiva. Ou, em outras palavras, serviços públicos de saúde frente a serviços privatizados (DESVIAT, 2016). Há que insistir mais uma vez, por mais óbvio que seja: a maneira de enfrentar a doença, a invalidez e o cuidado define as sociedades e seus representantes políticos, diferenciando tendências e partidos. O cuidado ético do mundo consiste em assumir a igualdade essencial dos homens. O cuidado, a defesa dos direitos humanos, a proteção dos sujeitos mais frágeis, o respeito às diferenças, ao outro. A saúde mental das populações, em suma, não é um privilégio do poder do dinheiro ou dos governos. Depois de meio século de reformas psiquiátricas em boa parte do mundo, apesar das declarações e dos acordos de organizações internacionais que mostram a magnitude do problema e apontam estratégias para os governos, e apesar dos indubitáveis avanços do conhecimento e da técnica — psicoterapêuticos, psicofarmacológicos, psicossociais, reabilitadores —, a saúde mental continua a ser uma dívida pendente das sociedades e governos; as famílias continuam a ser, no hemisfério norte e no sul, em países ricos e pobres, os principais suportes da cronicidade

psiquiátrica; os pacientes psíquicos mais graves continuam a ser, com grande frequência, parte dos excluídos sociais, sem voz, sem trabalho e nem casa, num contexto que possibilita isso, pois, além da retórica dos organismos internacionais e das reiteradas manifestações acerca do combate à pobreza e às desigualdades, a política neoliberal está aumentando significativamente as desigualdades sociais nos países e entre os países, mantendo a desnutrição infantil em boa parte dos países periféricos, assim como a falta de acesso a condições básicas de saneamento, à água potável, à moradia adequada e a serviços médicos (DESVIAT, 2016).

Nesse cenário, a importância das diversas reformas psiquiátricas realizadas, mesmo que sob risco, foi mostrar que é possível viver sem manicômios, respeitar o outro em sua diferença, cuidar de maneiras distintas. Todas são formas de remar contra a corrente, exemplos positivos que devem ser resgatados e reinventados, provando que outra comunidade é possível, assim como é possível uma saúde pública universal e coletiva. O público não é um presente dos ricos à imensa maioria. O público é um bem do qual ninguém deve ser excluído.

REFERÊNCIAS

AUGÉ, M. **La Communauté illusoire**. Paris: Payot e Rivages, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Lex: disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 ago 2017.

_____. **Lei no 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex: disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 07 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva.

- Legislação em saúde mental 1990-2002.** Brasília: MS, 2002a. 166 p.
_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.
- Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: MS, 2009. 68 p.
_____. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2007.
- CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 259-278.
- COLINA, F. Actualidad hermenéutica de las psicosis. *Frenia. Revista de Historia de la psiquiatría*, v. 2, n. 2, p. 109-119, 2002.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica.** 2a ed.. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
_____. *Cohabitar la diferencia.* Madrid: Grupo 5, 2016.
- DESVIAT, M., FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RENDUELES, G. (1986). La nueva cronicidad. En ESPINOSA, J. **La cronicidad psiquiátrica.** Madrid: AEN.
- FAGUNDES JUNIOR, H. M.; DESVIAT, M.; SILVA, P. R. F. da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1449-1460, 2016.
- GOLDACRE, B. **Mala fama.** Barcelona: Espasa Libros/Paidós, 2013.
- GUATTARI, F. **Cartographies schizoanalytiques.** Paris: Galilée, 1986
- HARDT, M; NEGRI, A. **Multitud.** Barcelona: Mondadori, 2004.
- HERXHEIMER, A. Relationships between the pharmaceutical industry and patients organisations. *BMJ*, v. 326, p. 1208-1210, 2003.
- LOBOSQUE, A. **Experiências da locura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

OMEDO, C. El postre del científico en la ínsula Barataria. *Revista de Libros*, 2011. Disponível em: <http://www.revistadelibros.com/articulo_imprimible.php?art=4990&t=articulos>. Acesso em: 26 ago. 2017.

PAULON, S; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

SANTOS, B. O. **Fórum Cearense da Luta Antimanicomial: sua história a partir das narrativas de militantes**. 2016. 116 f. Monografia (Psicologia), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

SARACENO, 2004. La ciudadanía como forma de tolerancia. **Átopos, salud mental, comunidade y cultura**, n. 3, p. 05-14, 2004.

SILVA, P. F.; COSTA, N. R. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4653-4664, 2011.

SMITH, R.; ROBERTS, I. Patient safety requires a new way to publish clinical trials. **PLoS clinical trials**, v. 1, n. 1, p. e6, 2006.

TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ENTRE NOVOS E VELHOS DESAFIOS



TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ENTRE NOVOS E VELHOS DESAFIOS

José Jackson Coelho Sampaio

Carlos Garcia Filho

O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica-MBRP lançou suas propostas para a transformação da atenção à saúde dos portadores de transtorno mental no final da década de 1970. Passados quase 40 anos, os avanços nesse desafio técnico, ético e político são evidentes. O modelo de atenção psicossocial firma-se como novo paradigma assistencial patrocinado pelas políticas públicas de saúde que formam o arcabouço do Sistema Único de Saúde-SUS.

Por outro lado, as práticas assistenciais biomédicas tradicionais persistem, principalmente sob a lógica privada e lucrativa, disputando o *status* de hegemonia com a atenção psicossocial, organizada sob a lógica pública e gratuita. Também persistem, embora de modo periférico, as práticas asilares, atualizadas sob a forma de comunidades terapêuticas para usuários de álcool e outras drogas, que buscam em paradigma anterior, mágico-religioso, a explicação, cura e justificativa para o isolamento dos portadores de transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica, portanto, não pode ser considerada como um processo concluído, mas como uma disputa ainda em curso entre diferentes concepções técnicas, éticas e políticas sobre a saúde mental. Por se estender pelo período compreendido entre pelo menos quatro coortes de egressos dos cursos de nível superior e quando ocorreram a redemocratização do país e a ascensão e aparente derrocada do “lulismo com Lula”, a luta do MBRP apresentou momentos de maior e menor

tenacidade.

A conjuntura brasileira contribuiu para um arrefecimento do movimento na segunda metade da década de 2010. Mas também ocorreu uma modificação do perfil dos trabalhadores da atenção psicossocial. No início da década de 1990, os profissionais envolvidos nas primeiras experiências com serviços de saúde mental sob lógica comunitária compartilhavam o engajamento na militância no MBRP. Atualmente, com a expansão exponencial desses serviços, a busca pela remuneração necessária para sobrevivência tomou o lugar da militância como fator de escolha da saúde mental como campo de trabalho.

A substituição de uma perspectiva carismática de organização do trabalho por uma burocrática é um processo comum de acomodação das relações entre capital e trabalho, quando ocorre a expansão de um setor produtivo. Embora a matriz ideológica do MBRP seja crítica, uma fração considerável da militância não conseguiu decifrar essa modificação esperada do perfil dos trabalhadores de saúde mental, encarando esse processo como um retrocesso e tornando-se inerte ao contrapor um passado idealizado de luta pela transformação social a um presente de luta pela sobrevivência cotidiana.

Uma das categorias essenciais para compreender-se a dificuldade de consolidação do modelo de atenção psicossocial territorial é o trabalho em saúde mental, que é considerado por Sampaio et al. (2011) não apenas um desafio técnico, mas também político e ético. No contexto da Reforma Psiquiátrica, ocorreram modificações na organização dos processos de trabalho, tanto devido aos avanços da implantação dos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional, quanto à nova concepção do objeto e práticas da saúde mental.

As contradições e problemas desse processo e seu impacto na organização dos processos de trabalhos, na gestão dos serviços e na

saúde do trabalhador podem ser descritas de maneira sumária: 1- a rede de saúde mental não se constitui como prioridade no orçamento público, embora seja considerada como uma política pública prioritária, ensejando ampliação da oferta de serviços sem condições de trabalho adequadas e por meio de vínculos de emprego precários; 2- dificuldade de integração dos serviços de saúde mental com o restante da rede de saúde e dificuldade de integração do SUS com outras políticas públicas, como as de assistência social; e 3- tensões na incorporação de um repertório de práticas e atitudes democráticas e flexíveis em trabalhadores formados sob lógica autoritária e taylorista. As táticas de enfrentamento dessa situação, sugeridas pelos autores são: 1- a ressignificação dos espaços, das práticas e das relações entre gestores, trabalhadores e usuários; 2- a adoção de mecanismos de cogestão; e 3- a supervisão clínico-institucional.

Esse capítulo tem como objetivo discutir de modo crítico os desafios do trabalho em saúde mental, utilizando como mote algumas experiências dos autores na gestão, supervisão e trabalho em saúde mental. Os exemplos utilizados não são experiências “exitosas”, mas são relevantes, pois registram, à semelhança de anedotas, casos ou *exemplum*, situações paradigmáticas de alguns dos desafios do trabalho em saúde mental. O conteúdo das análises dos exemplos pode ser encontrado de modo pormenorizado em Sampaio e Garcia-Filho (2015).

TRABALHO INTERDISCIPLINAR E CORPORATIVISMO

O supervisor institucional de um CAPS sugeriu à equipe que seria importante que os usuários não permanecessem durante todo o dia nas dependências da unidade, mas que fizessem incursões pelo território para reinserção social ou, de modo mais prosaico, os usuários

deviam ser estimulados a fazer pequenos passeios supervisionados pelas imediações do CAPS, como ir a uma praça pública e tomar um sorvete no final da tarde. Embora a proposta não possa ser caracterizada como original, a compreensão dos trabalhadores sobre como operacionalizá-la surpreendeu o supervisor. Um psicólogo e um assistente social foram indicados pelo gestor da unidade para fazer uma escala de passeios para um dos pacientes, alternando-se semanalmente nas visitas ao território.

Na reunião de supervisão seguinte, o supervisor foi abordado pelos profissionais peripatéticos, pois haviam chegado a um impasse sobre como continuar a rotina de incursões do paciente pelo território. Relataram que o paciente havia melhorado sua capacidade de se relacionar com os integrantes da equipe, que sua adesão ao tratamento farmacológico havia melhorado e que ele se sentia muito satisfeito com os passeios. Mas havia um problema. O assistente social afirmava que, se os passeios na praça são terapêuticos, eles devem ser acompanhados apenas pelo psicólogo, pois atividades terapêuticas são prerrogativas desse profissional. Enquanto o psicólogo afirmava que, se os passeios na praça têm como objetivo a reinserção social, devem ser acompanhados apenas pelo assistente social, pois as atividades de reinserção social são prerrogativas desse profissional.

Espantado com a ausência de compreensão sobre trabalho interdisciplinar desses profissionais, o supervisor tomou uma decisão salomônica: os dois profissionais deveriam acompanhar os passeios do paciente simultaneamente.

Esse exemplo ilustra como o avanço interdisciplinar pode ser podado pela disputa entre as corporações. Geralmente, quando se discute o corporativismo na saúde mental, a imagem colocada na berlinda é a do médico psiquiatra, que supostamente se aferraria à defesa de seu saber/poder para barganhar salário e *status*. Contudo, o exemplo aborda a multiplicidade de corporações (médicos, enfermeiros, psicólogos,

assistentes sociais e terapeutas profissionais) que disputam renda, prestígio e poder, na equipe. Portanto, as contradições interpessoais, interteóricas e intercorporativas articulam-se em uma trama de discursos e de comportamentos, gerando pequenas crises que se instalam na equipe, como a relatada. Quando a discussão das relações entre corporativismo e organização do processo de trabalho é silenciada nas equipes, as pequenas crises organizacionais frutificam em crises maiores, que trazem resultados negativos para usuários e trabalhadores.

O corporativismo não se limita às disputas internas da equipe e à condução do serviço, mas espalha-se por outras dimensões da saúde mental como o direcionamento do planejamento e da política, as possibilidades de educação permanente e o acesso a arenas como conselhos e conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde.

TERRITÓRIO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A gestão de um município do interior de um estado do Nordeste identificou a necessidade de implantar um CAPS infantil como estratégia para reforçar os cuidados integrais à saúde da criança e do adolescente. Contudo, a população do município era inferior à definida pelo Ministério da Saúde como mínima necessária para credenciamento do serviço. A opção encontrada pela gestão foi criar um CAPS infantil regional, ampliando os serviços prestados para outras cidades da região. Os princípios da integralidade da atenção à saúde e da regionalização estavam, portanto, contemplados nessa estratégia. Parecia o início de uma história de sucesso.

Quando o serviço iniciou suas atividades, a equipe notou uma dificuldade severa de adesão dos usuários e familiares dos municípios

da região, exceto do município sede. A equipe tentou identificar se o problema da adesão estaria na ausência de satisfação dos usuários com o serviço ou na falta de demanda. Contudo os usuários e acompanhantes estavam satisfeitos com o serviço e os gestores dos demais municípios queixavam-se de que a demanda de usuários que necessitavam do CAPS infantil continuava crescente.

Uma das mães de um dos usuários sintetizou a resposta a esse aparente paradoxo. Ela tinha quatro filhos, um deles portador de transtorno mental severo e persistente, e morava em município localizado a 80 Km do CAPS infantil. O atendimento ao filho usuário do CAPS infantil exigia que ela deixasse os outros três sozinhos em seu município de origem. Dependendo da boa vontade de parentes ou de vizinhos para cuidar das crianças nos dias de acompanhamento de seu filho no serviço de saúde mental, essa mãe decidiu abandonar o serviço, mesmo considerando os cuidados de saúde satisfatórios e reconhecendo que seu filho apresentava melhora do quadro após início da reabilitação.

O pressuposto desse exemplo é que o financiamento público é limitado, portanto existe uma disputa por recursos entre as demandas de infraestrutura, mobilidade urbana, segurança e outras políticas sociais, como educação e assistência social, que impedem a implantação universal dos serviços, segundo os parâmetros territoriais. Os arranjos possíveis para materializar as políticas de saúde em atenção à saúde são, em muitos casos, precários, colocando trabalhadores e usuários no centro das tensões entre urbanização acelerada, ampliação exponencial do acesso à informação, terceirização da força de trabalho, crescimento e envelhecimento populacional, crescimento da capacidade econômica de consumo e da consciência política de direitos, convicção cultural nos medicamentos como panaceia, imediatismo agressivo na demanda por soluções de dores e vazios, ampliação do acesso à drogas lícitas e ilícitas, modificações no perfil e configuração da família.

A experiência brasileira de um movimento nacional de reforma psiquiátrica, antiasilar e “anti-hospitalocêntrico”, apoiado na concepção de atenção psicossocial territorial, em dinâmica de equipe multiprofissional interdisciplinar, instalando Centros de Atenção Psicossocial, no nível secundário, e Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família, no nível básico, trouxe resultados expressivos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, da satisfação dos usuários e do nível de saúde da população. Por outro lado, a implantação desse mesmo modelo de atenção, em muitos casos, ocorre de maneira precária – sem financiamento público adequado, sem decisão política de consolidar a atenção à saúde mental como compromisso de Estado, sem amadurecimento técnico e ético da equipe – substitui-se a força transformadora de dispositivos como CAPS, matriciamento e supervisão institucional por palavras-chave repetidas à exaustão por trabalhadores, gestores e usuários. Um modelo de sucesso é, portanto, empurrado para o fracasso pelas condições de implantação.

SUBJETIVIDADE E CUIDADO EM SAÚDE

Na década de 1980, um travesti foi internado em um hospital psiquiátrico. A primeira opção da gestão foi direcionar o usuário para a ala masculina, mas essa decisão causou revolta nos pacientes, que não aceitaram que alguém com seios e fenótipo feminino permanecesse na mesma enfermaria que eles. A segunda opção foi internar o paciente na ala feminina, causando revolta nas pacientes, que não aceitaram compartilhar sua enfermaria com alguém que possuía um pênis.

A solução criativa encontrada pela gestão foi internar o paciente na ala infantil. O travesti foi acolhido pelas crianças, que não se

importaram com sua orientação sexual e o consideraram como uma “tia doidona” que estava passando um tempo na enfermaria junto com eles. O travesti sentiu-se confortável com o carinho das crianças e encerrou-se a revolta nas enfermarias dos adultos.

Esse terceiro exemplo conduz à reflexão sobre a base genético-probabilística articulando-se com a história e a sociedade para a produção de sujeitos, dotados de modos específicos de viver e de sofrer a condição humana. Os trabalhadores do campo da saúde mental devem compreender as possibilidades de expressão da saúde e da doença em determinado território/momento histórico, com seus movimentos de pobreza/riqueza, guerra/paz, ganho/perda, potência/impotência, amor/desamor para buscar as melhores possibilidades de efetivar o cuidado em saúde. No caso analisado, a relação entre preconceito e identidade para construção da subjetividade e a superação da tensão pela equipe de modo criativo denotam uma aguda sensibilidade clínica em um momento de repressão política e cultural a comportamentos considerados desviantes.

Em todo processo terapêutico é essencial resgatar as histórias, não apenas a história clínica dos usuários atendidos, mas também a dos trabalhadores, das políticas de saúde, das redes de ofertas, das possibilidades de acesso, dos projetos terapêuticos, para a compreensão de como é possível produzir novos significados para saúde e doença e auxiliar na superação das situações de crise clínica e organizacional.

Sampaio (2015) apresenta um esquema que pode auxiliar os trabalhadores a mapear essas possíveis rotas entre história e biologia: os conceitos de base e de expressão. Base caracteriza-se como a dimensão do sujeito que primeiramente é afetada, em decorrência das determinações individuais, e ela pode ser biológica ou psicológica. Expressão é a dimensão do sujeito que, historicamente, organiza para o próprio sujeito e para os outros um conjunto de sinais e sintomas,

que também pode ser biológica ou psicológica. Portanto, uma base de determinação biológica pode gerar expressões predominantemente biológicas ou predominantemente psicológicas, e uma base de determinação psicológica pode gerar expressões predominantemente biológicas ou predominantemente psicológicas. Assim, constitui-se um quadro de quatro grandes possibilidades: bio/bio, bio/psi, psi/bio e psi/psi.

No quadrante bio/bio, a Medicina tradicional, a clínica positivista, encontra-se em seu local de conforto, contudo, nos outros três, ela é colocada diante de suas limitações. O positivismo médico busca modelar em sua perspectiva conceitual restrita o difuso, o impreciso, o psi/bio, o bio/psi, o psi/psi, para dar tranquilidade aos profissionais e permitir a eficiência das instituições organizadas em torno também de uma burocracia também positivista. Nesse espaço conceitual limitado, o sujeito é resumido ao seu diagnóstico. A superação dessa situação exige da equipe uma compreensão ampliada sobre as relações entre base e expressão, portanto expandindo as possibilidades clínicas e organizacionais da atenção psicossocial, de modo radical, isto é, indo às raízes de suas complexas determinações e interdependências.

REFERÊNCIAS

SAMPAIO, J. J. C.; GARCIA FILHO, C. (orgs.). **Saúde Mental: política, trabalho e cuidado**. Fortaleza: Eduece, 2015. 303 p.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2017.

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL:
QUE PROJETO SOCIETÁRIO DIANTE
DOS DESAFIOS DO MOMENTO ATUAL?**



AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: QUE PROJETO SOCIETÁRIO DIANTE DOS DESAFIOS DO MOMENTO ATUAL?

Marco Akerman

PROJETO SOCIETÁRIO?

Está muito difícil neste momento atual do Brasil - novembro de 2017 – delinear e pactuar uma aposta de futuro para o país que entusiasme a grande maioria do povo brasileiro.

Há narrativas e projetos sociais em disputa. Sempre houve, mas testemunhamos hoje uma polarização que contrasta em muito com o que Sérgio Buarque de Holanda certa vez detectou de que os brasileiros seriam “avessos aos conflitos, e mais propensos a encontrar zonas de acordo do que desacordos e brigas” (CALIGARIS, 2017).

Há na história dos Estados Unidos - e claro, em outros países, também - situações e conjunturas que favorecem propósitos comuns. Mark Lilla (2017) assinala um exemplo do governo Franklin Delano Roosevelt que surgiu no meio de um colapso econômico e da ascensão dos fascismos. Que fez Roosevelt? Anunciou um propósito comum aos americanos: lutar por igualdade econômica, emancipação civil e lutar para derrotar o fascismo (COUTINHO, 2017).

Este capítulo não se arvora a criar este comum para uma aposta brasileira. Seria muita pretensão do autor. Apenas ensaio alguns desafios para as políticas públicas no Brasil no momento atual, que talvez pudessem se constituir em sementes para abrir diálogos sobre possíveis caminhadas na direção do futuro.

ABRINDO A CONVERSA SOBRE O “SILÊNCIO DAS RUAS” E A CONSTRUÇÃO NECESSÁRIA DA IMAGINAÇÃO POLÍTICA

Cartunistas vêm retratando de forma ácida e criativa o momento atual.

Na Figura 1, Benett no faz refletir sobre o silêncio das ruas na charge, abaixo:



Fonte: Folha de São Paulo, 28 de setembro 2017.

Mais que mostrar a baixa estima deste ser (algum terapeuta se dispõe a tratá-lo?), o quadrinho, implicitamente, cutuca o povo brasileiro quanto a nossa inação enquanto coletivo, apesar de que não podemos desconhecer que há um conjunto de múltiplas lutas de resistência.

Mas o que move o mundo e o mar? Um tsunami de gente na rua ou pequenas ondas distribuídas pelo mundo afora?

Não pretendo explicar este vazio das ruas, apenas levantar uma hipótese:

- o barulho anterior era muito mais uma articulação ideológica e hipócrita (anticorrupção?) do mercado financeiro e da mídia monopolista para impor uma agenda liberal profunda em disputa com uma anterior, um pouco mais inclusiva e centrada num papel mais protagonista da

estrutura estatal para fortalecer políticas sociais.

Fora esta rápida hipótese, o tempo é de perplexidade, e acho que as ciências sociais e políticas e a astrofísica estão se encontrando.

Outro dia escutei uma entrevista de uma astrofísica dizendo que 4% do universo é composto por planetas e estrelas o restante 96% é massa escura, e “não temos a mínima noção do que seja”!.

Até velhos ditados, não nos servem mais: o tão citado, “tudo é passageiro, menos o motorista e o trocador”, já caiu de moda, o prefeito de São Paulo quer acabar com os trocadores e já há carros, caminhões e ônibus dirigidos por computadores e sem motoristas humanos.

Os tempos são bicudos! E para além dos desafios específicos do momento atual para as políticas públicas, que vou discutir mais à frente, não há como não reconhecer alguns desafios mais gerais que, sem dúvida, se somam aos desafios que temos para formular políticas públicas dignas:

- Desigualdade obscena em alguns países do mundo (Desigualdade aumentando na Europa, EUA, no Canadá) – OITO HOMENS SÃO DONOS DA MESMA RIQUESA DA METADE DA HUMANIDADE. A OXFAN analisou a riqueza de 1810 bilionários incluídos na lista FORBES 2016 das pessoas mais ricas do mundo: 89% são homens. Em seu conjunto eles possuem a mesma riqueza que 70% da humanidade (Radis, 2017). No Brasil, seis pessoas detêm a mesma quantidade de riquezas dos 93% mais pobres.
- Aumento do medo e diminuição da confiança nas cidades.
- Educação precária.
- Fim do emprego como o conhecemos até hoje.

- Envelhecimento sem boas estruturas de proteção social.
- Mudanças climáticas que ameaçam a sobrevivência do planeta.
- Descrença na política e na democracia como instrumentos de mudança.

O cartunista Laerte retratou na Folha de SP, em 22 de agosto de 2017, o momento atual do ponto de vista do silêncio das ruas:



Fonte: Folha de São Paulo, 22 de agosto de 2017.

E isto é muito preocupante, além de denotar o fosso entre representantes e representados, mostra que a democracia não está mais na agenda da maioria dos legisladores brasileiros nesta fase atual de acumulação capitalista.

O filósofo e psicanalista esloveno Slavoj Zizek reafirma esta preocupação ao comentar em seu texto a Democracia Corrompida de 2010 que “*o potencial autêntico da democracia vem perdendo terreno hoje para a ascensão de um novo capitalismo autoritário*”.

Mas será que o silêncio das ruas é diretamente proporcional ao barulho das redes sociais?

Sim, há bons textos e boas reflexões cruzando as redes sociais.

Mas e daí?

Por exemplo, outro dia chegou ao meu *whatsapp* um texto de uma psicanalista se manifestando contra a inércia de seus colegas frente a tudo que acontece no Brasil. Deve ter ficado com a consciência tranquila, porque contribuiu com seu quinhão de revolta e indignação, mostrando, que, diferentemente dos seus colegas, não estava inerte. Talvez ela deve ter ido dormir em paz, imaginando ter feito sua parte. Penso que ela, como nós, está presa na ilusão participativa do *whatsapp*!

Chega de rebeldia digital. Ela serve apenas para nos anestesiarmos e criar falsas sensações de bem-estar participativo!

Temos que buscar outros canais e formas de manifestação que sejam menos endógenas como as redes sociais.

Quarenta anos de discurso dominante de individualismo criaram uma descrença em relação à política, que só fortalece a agenda neoliberal que propugna um grau muito menor de regulação pública (LABONT E STUCKLER, 2015).

Neste sentido, carecemos de IMAGINAÇÃO POLÍTICA e a última Bienal de Artes em São Paulo pautou esta conversa e organizou oficinas de imaginação política. A ideia foi de que há na imaginação uma potência de reinvenção de territórios conceituais e reformulação de perguntas, narrativas e práticas dentro do que compreendemos como política.

DESAFIOS ATUAIS: “HISTÓRIA A QUENTE”

Falar dos desafios do momento atual é “fazer história a quente”, como escreveu a historiadora Juliana Sayuri, na Folha de SP de 13 de

agosto de 2017.

Antes, rechaçada pelos historiadores, pois se acreditava que era necessário deixar o tempo passar para se garantir um olhar objetivo sobre a realidade, agora a história do tempo presente que é “fazer história a quente” começa a se estabelecer como linha de pesquisa entre os historiadores.

Entretanto, os que assumem este caminho não evitam reconhecer o limite de que a história do tempo presente é feita de “moradas provisórias”.

Não sou historiador nem pesquisador nesta linha da “história do tempo presente”, vou apenas pagar um aluguel aos historiadores nesta morada provisória e pretensiosamente, indicar “a quente” alguns desafios do momento atual para as políticas públicas no Brasil.

PRIMEIRO DESAFIO: NEM TODA POLÍTICA PÚBLICA É UMA POLÍTICA SOCIAL

O primeiro desafio, pode passar a impressão de ser meramente semântico, mas penso ser político, um posicionamento que pode indicar claramente de que lado da trincheira se está lutando.

A disputa contemporânea entre capital e trabalho toma a forma da luta por direitos sociais. Portanto, a frase “nenhum direito a menos” não é uma mera palavra de ordem, precisa ser uma lente de análise das políticas. Neste sentido, nem toda política pública é uma política social.

Desculpe o palavrão, mas a famigerada PEC 55, que limita o gasto governamental por 20 anos é uma política pública.

Todavia não é uma política social, pois limita e destrói direitos

sociais. Meu Deus do céu, austeridade fiscal é uma política pública cantada em prosa e verbo por jornalistas e acadêmicos de linha neoliberal!

Os direitos sociais são pressupostos públicos porque se materializam mediante o gasto público social, de maneira que as políticas macroeconômicas exigidas pelos credores da dívida pública, que enfatizam o ajuste fiscal, e, portanto, corte dos direitos sociais, tem um efeito negativo sobre a materialização dos direitos sociais como indicam Marcela Arrivilaga e colegas da Universidade Javeriana de Cali, Colômbia, no livro “Globalização, Livre Comércio e Saúde”, publicado em 2014.

Mesmo em “infrapolíticas”, como por exemplo, a intersectorialidade, a lente dos direitos, precisa ser acionada. Há um estudo recente do colega canadense Ketan Shankardass (2012) em que ele e colegas identificaram, desde 1960, em torno de 5.400 estudos sobre ação intersectorial, mas apenas 190 tinham como aspiração explícita a promoção da equidade. Se estivermos com o genuíno intuito de promover direitos sociais, as outras 5.210 iniciativas talvez não nos interessem, pois seriam meros arranjos tecnocráticos de racionalização da gestão.

SEGUNDO DESAFIO: ENTENDER A LUTA POR DIREITOS COMO DISPOSITIVO DE EFICÁCIA SOCIAL, EFETIVIDADE PÚBLICA E EFICIÊNCIA ECONÔMICA

Um segundo desafio seria o de colocar a luta por direitos sociais não como algo somente do campo aspiracional, utópico mesmo, apenas de base valorativa, como uma imagem-objetivo, sem nenhuma “pegada”

pragmática. Isto é, também entender a luta por direitos como dispositivo de eficácia social, efetividade pública e eficiência econômica.

E de onde tirei este desafio?

Em março de 2017, Joel Pinheiro Fonseca, colunista da Folha de São Paulo, estreou no jornal sua coluna com o título: “Discurso dos ‘direitos’ parece admirável, mas é antidemocrático”.

Ali ele escreveu: “Julga estar em uma cruzada moral quem encara a política como tarefa de defender e expandir direitos...O discurso dos direitos parece admirável, mas é antidemocrático e nos cega para os reais dilemas da política e da ação do Estado...De onde sairão os recursos para isso, ninguém sabe. A noção de direito ocupa, no discurso atual, o papel do velho imperativo categórico ou do mandamento divino: é uma obrigação incondicional, algo que deve ser feito independentemente da dificuldade ou das consequências que porventura gere. Hoje, a falência desse modo de pensar grita em nossos ouvidos. Temos direitos demais para orçamento de menos. A conta não fecha. Simplesmente não dá para todo mundo. Como exercício de uma política menos moralista (e portanto mais democrática) e mais atenta às demandas da realidade, proponho abolir os direitos da discussão”.

Como reação ao texto, escrevi uma carta ao Colunista com o seguinte teor: “Por favor, Joel, não retire os direitos da sua equação econômica. Podemos sim, fazer escolhas racionais pelos direitos, que não sejam somente morais. Por exemplo, o Reino Unido fez escolha pelo direito universal à saúde e gasta 9% do PIB, enquanto os EUA fizeram escolha pela saúde como consumo de mercado e gastam 17% do PIB com piores resultados em saúde que os britânicos. Uma opção pelo direito que é custo-efetiva”.

Segundo a máxima kantiana, é sim um imperativo categórico moral, saber se uma sociedade é justa ao analisarmos a forma como

ela distribui as coisas que valoriza: renda, riqueza, deveres, direitos, poderes e oportunidades. A nós interessa a justiça social, ao liberal Joel Pinheiro Fonseca, talvez não. Para o liberais, imoral é a pobreza; para a esquerda, imoral é a desigualdade.

Mas na atual disputa de narrativas, temos que, também, alimentar este lado pragmático e racional na luta por direitos, e dizer e provar com evidências empíricas que a opção por direitos sociais universais, como, por exemplo, o acesso universal, gratuito e de qualidade à saúde e à educação faz bem para a economia do país.

Com isso, podemos repudiar qualquer insinuação do “caráter destrutivo dos direitos” como se fora uma marca de um “mandamento divino” ou apenas de um “imperativo categórico” sem base na razão material das condições concretas da vida.

TERCEIRO DESAFIO: MEDIR O IMPACTO DA AUSTERIDADE FISCAL SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA POPULAÇÃO

Saúde é um bem público, um direito humano, e não deve ser tratada como mercadoria. Políticas de austeridade fiscal causam iniquidades; não são justas, pois há redistribuição desigual dos sacrifícios!

Estudo recente (LALIOTS et al, 2016) comparou na Grécia os períodos de janeiro de 2001 a agosto de 2008 com setembro de 2008 a dezembro de 2013, e mostrou que a austeridade fiscal imposta pela Troika europeia agregou 242 “novas” mortes por mês às estatísticas epidemiológicas gregas. Enquanto isso o austero e neoliberal “Financial Times” estampava a seguinte manchete, em janeiro de 2017: “*Economia*

grega volta a crescer, mas crise social só piora”.

Evidências de que a austeridade fiscal, concentrada fortemente nos gastos sociais, e desregulamentações variadas fazem muito mal à saúde, nos colocam o desafio de conceber métricas que nos permitam mostrar estes efeitos. Não obstante os avanços representados por inquéritos como o Vigitel, há que se ir além dos dados já consagrados e produzir conhecimentos que possibilitem avaliar o impacto das políticas de austeridade sobre a vida e a saúde dos brasileiros.

A nota técnica de autoria de Fabíola Sulpino Vieira do IPEA (2016) intitulada “Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?”, mostrou os efeitos da austeridade fiscal em diversos países, e há evidências de impactos importantes nos sistemas de saúde e que a piora nas condições sociais, como o aumento do desemprego e o endividamento das famílias, tem repercussões diretas para a saúde mental e aumento dos casos de suicídio e de doenças crônicas e infecciosas.

Fabíola mostrou, ainda, que os cortes levaram à redução do número de profissionais, fechamento de unidades de atendimento, perda de efetividade de programas com o resultante aumento da incidência e prevalência de várias doenças, bem como das desigualdades em saúde.

Além do seu papel de “retratar” a vida por meio de indicadores, o setor saúde deve estar pronto para aprender, e não simplesmente ensinar aos outros setores; elaborar políticas de promoção da saúde efetivas, e investir mais na capacidade dos sistemas de promoção da saúde de modo a implementá-los, além de estimular outros setores a reconhecer o impacto de suas políticas sobre a saúde humana e o bem-estar, que afeta principalmente as populações mais vulneráveis.

O QUARTO DESAFIO: RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO.

Para o SUS, este desafio é uma questão de vida ou morte.

Neste sentido, são urgentes a implementação de medidas de regulação mais transparentes para o avanço das OSS e impedimento do avanço destes planos de saúde de baixa qualidade e baixa cobertura que o atual ministro da saúde e as operadoras de seguros e planos querem impor.

Há clamores, também, de aumentar a contribuição aos planos de saúde dos idosos, desconsiderando-se, inclusive, o Estatuto dos Idosos quando se menciona “estamos vivendo mais e alguém tem que pagar a conta”, disse Lotemberg (2017), que preside há um ano a operação brasileira do grupo *UnitedHealth Group*, que controla a Amil, a maior operadora de planos de saúde do Brasil.

Saúde e educação são áreas vistas como novas oportunidades de negócios e a gula da iniciativa privada tem sido enorme sobre estes setores. Não devíamos tratar a saúde e a educação como objeto de consumo. Não são privilégios, são direitos. Mercantilizar a prestação de serviços de saúde faz mal para a saúde. A busca por lucro força pressões para aumentar cobranças dos saudáveis e limitar tratamento dos doentes.

Há uma disputa ideológica a ser travada para mostrar que a iniciativa privada na saúde não é mais eficaz, efetiva e eficiente. Há evidências que provam isto. Controlado para resultados e mesmo tipo de gravidade o custo médio de uma internação no setor público custa 1500 reais enquanto internações pagas por seguros para usuários de alta renda ultrapassam o custo médio de 12.000 reais.

Na disputa que se trava no espaço público e privado deve-se exigir da mídia brasileira que exerça seu papel de concessionária de serviços públicos, informando com honestidade intelectual os avanços das políticas públicas nos últimos 29 anos desde a promulgação da Constituição de 1988.

O QUINTO DESAFIO: SUPERAR A DESCRENÇA NA MUDANÇA

Na charge, abaixo, há uma sátira ácida, não necessariamente uma propaganda da desesperança.



Fonte: Folha de São Paulo, André Dahmer, 2017

Entretanto, Robert Reich, professor de política pública na Universidade da Califórnia, argumenta que essa é a intenção das elites no poder: fazer com que todos nós sejamos tão cínicos sobre tudo ao nosso redor, que desistimos de reivindicar e de lutar, tornando mais fácil para os interesses do lucro obter o que eles querem (LABONT; STUCKLER, 2015).

Esta pode ser uma explicação, mas também poderíamos dizer que desanimamos por não saber que caminho para as mudanças.

Há múltiplas propostas, tanto no campo da direita, quanto da esquerda, e até do centro.

No campo da esquerda, alguns dizem que a saída é revolucionária, violenta e socialista (Dos Santos, 2016); outros retomam, criticamente, o famoso lema: - “Um outro mundo é possível” - do Fórum Social Mundial, criado para contrapor-se ao Fórum Econômico de Davos, e dizem que não existe ‘outro mundo para se construir’, existem outras relações e modos de vida a se construir nesse mesmo mundo (MORAES, 2017).

Há um longo caminho a se seguir, pois “HÁ UMA GRANDE DESORDEM SOB O CÉU” mas “A SITUAÇÃO É EXCELENTE!”.

A frase atribuída a Mao Tsé Tung renasce com Slavoj Zizek (2012) em seu livro “Vivendo no fim dos tempos” e nos diálogos que travo com meu colega da Faculdade de Saúde Pública da USP, Carlos Botazzo:

“discutindo a onda neoliberal que varre o mundo, com a produção de toda sorte de destruição e guerras, fome, devastação e desenraizamento de populações situa este momento como a atualização do capitalismo contemporâneo e reflexo da superexploração combinada tanto da força de trabalho humana como dos recursos naturais, o que nos aproximaria de uma catástrofe de proporções míticas” (Botazzo et al, 2017).

O sistema capitalista global aproxima-se de um ponto zero apocalíptico.

Quatro cavaleiros do apocalipse:

- 1 - A crise ecológica;
- 2 - As consequências da revolução biogenética;
- 3 - Os desequilíbrios do sistema, como propriedade intelectual, luta por matérias-primas, comida e água;
- 4 – O crescimento explosivo das divisões e exclusões sociais.

Até sabemos que isso acontecerá, mas não queremos crer que possa realmente acontecer, apesar de estar sob nossos narizes a concentração exacerbada da riqueza; fundamentalismo religioso; exclusão social disfarçada de inclusão e re-emergência do fascismo.

Zizek usa um consagrado modelo de Elizabert Kübler-Ross em seu livro “Sobre a morte e o morrer” que mostra cinco estágios do luto:

1. negação;
2. raiva;
3. barganha;
4. depressão;
5. aceitação “Já que não posso lutar, é melhor me preparar”.

A primeira reação é a negação ideológica de qualquer “desordem sob o céu”; a segunda aparece nas reações de raiva contra as injustiças da nova ordem mundial; seguem-se as tentativas de barganhar (“e mudarmos aqui e ali a vida talvez possa continuar como antes”); quando a barganha fracassa, instalam-se a depressão e o afastamento; finalmente, depois de passar pelo ponto zero, não vemos mais as coisas como ameaças, mas como oportunidade de recomeçar. Ou como Mao Tsé-Tung coloca: “Há uma grande desordem sob o céu, a situação é excelente” (ZIZEK, 2012).

A aceitação e o entendimento do que está acontecendo pode provocar uma virada, na direção de um “entusiasmo emancipatório”, como verdade a ser vivida - Prepara-te para a batalha!

Mas a disputa de narrativas é ferrenha: os oponentes dirão que “os jovens dos anos 1960 são os idosos da segunda década do séc. XXI sequestrados por um patético complexo de Peter Pan” (PESSOA, 2017).

E esta batalha, revolução talvez não signifique estatização dos meios de produção, nem a ditadura do proletariado, e, como não há “outro mundo para se construir”, mas a existência de outras relações e modos de vida a se construir neste mesmo mundo.

Neste sentido, teríamos algumas “palavras de ordem” a presidir esta construção de outras relações e outros modos de vida:

PLURALIDADE NA INVENÇÃO DA VIDA: NENHUMA VIDA VALE MENOS!

ABAIXO O FASCISMO CONTEMPORÂNEO QUE DESEJA ELIMINAR A DIFERENÇA!

No entanto, apesar do coro crescente de crítica às políticas de austeridade, parece que muitos políticos não estão recebendo a mensagem. Precisamos trabalhar mais para recuperar a narrativa: não temos uma crise fiscal. Nós temos uma crise de tributação inadequada.

Não vivemos em condições de escassez econômica. Estamos vivendo em condições de extrema desigualdade. Nossas vozes de oposição à globalização neoliberal precisam ser levantadas mais altas e mais fortes.

Evidência e ética estão do nosso lado (LABONT; STUCKLER, 2015).

Neste tempo de outras ditaduras, não há como não deixarmos de recordar CHICO BUARQUE:

Abaixo a ditadura da austeridade fiscal

Abaixo a ditadura do empreendedorismo individual

Abaixo a ditadura da meritocracia numa sociedade em que não há oportunidades distribuídas de forma equitativa

Apesar de você, amanhã há de ser outro dia!

Apesar de você

Amanha há de ser outro dia...

Para não concluir, extraio trecho do texto de Carlos Eduardo Berriel escrito para “Utopia”, Caderno Ilustríssima da Folha em 28 de agosto de 2016, como rememoração dos 500 anos do livro de Thomas Morus:

...o mundo não é apenas aquilo que se nos apresenta, mas é também aquilo que está oculto. Para o bem e para o mal. A utopia não parte de um ponto fora do sujeito histórico (de Deus, por ex.), mas do próprio sujeito. Isto quer dizer que toda utopia, mesmo falando de um futuro fictício, está na verdade falando dos problemas da época em que foi escrita. A utopia possui a sua própria história, que de certa maneira é a história do

inconformismo intelectual diante das formas do mundo estabelecido.

....

Mas isso não é tudo. Se a utopia for julgada apenas pelo seu significado mais negativo, de “sonho impossível”, um passatempo para mentes enfermas, então cairemos na aridez do conformismo insone. O utopista é alguém que pensa em algo que pode ser realizado, talvez não agora, mas que pode orientar a práxis, dar um sentido para a ação. Por mais problemática que seja, a utopia indica a possibilidade de transcender o horizonte, o puro dado; é sempre uma tentativa de não aderir com prostração ao mundo existente, de ir além – o que é próprio do homem, da ontologia humana atual, ou seja, “negar o existente” pensando em algo que se coloca além do próprio existente.

“Há esperanças que é loucura ter. Pois eu digo-te que se não fossem essas já eu teria desistido da vida” (Jose Saramago).

REFERÊNCIAS

ARRIVILAGA, M.; BORRERO, Y.; SALCEDO, J. P. **Globalización, libre comercio y salud**. Ediciones Aurora, Bogotá, 2014.

BERRIEL, C. E. **Utopia**. Ilustrísima, Folha de São Paulo, 28 de agosto de 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2016/08/1807027-carlos-eduardo-berriel-escreve-sobre-a-utopia-que-faz-500-anos.shtml>>. Acesso em 30 nov. 2017.

BOTAZZO, C. et al. (no prelo). Saúde é política,.... Há uma grande

desordem sob o céu. A experiência “comunal” do 15º Congresso Paulista de Saúde Pública. **Revista Saúde e Sociedade**, FSP/APSP, 2018.

CALIGARIS, C. **Somos amigos?** Folha de São Paulo, 20 de novembro de 2017.

COUTINHO, J. P. **A esquerda em seu labirinto**. Folha de São Paulo, 19 de setembro de 2017.

FONSECA, J. P. **Discurso dos ‘direitos’ parece admirável, mas é antidemocrático**. Folha de São Paulo, 28 de março de 2017.

LABONTÉ, R.; STUCKLER, D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. **Journal Epidemiologic Community Health**, v. 70, n. 3, p. 312-318, 2016.

LALIOTS, I.; IOANNIDIS, J. P. A.; STAVROPOULOU, C. Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis. **The Lancet Public Health**, v. 1, n. 2, p. 56-65, 2016.

LILLA, M. **The once and future liberal after identity politics**. Harper and Collins, 2017.

LOTEMBERG, C. **Vivemos mais, e alguém tem que pagar essa conta**. Folha de São Paulo, 9 de outubro de 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/10/1925433-vivemos-mais-e-alguem-tem-que-pagar-essa-conta-diz-medico-a-frente-da-amil.shtml>>. Acesso em 30 ago. 2017.

MORAES, A. **Não existe ‘outro mundo para se construir’. Existem outras relações e modos de vida a se construir nesse mesmo mundo, 2017**. Disponível em <<http://www.ihu.unisinos.br/572943-nao-existe-outro-mundo-para-se-construir-existem-outras-relacoes-e-modos-de-vida-a-se-construir-nesse-mesmo-mundo-entrevista-especial-com-alana-moraes>>. Acesso em 30 nov. 2017.

PESSOA, S. **Esquerda precisa desapegar de crenças e fazer avaliação honesta de anos FHC**. Ilustríssima, Folha de São Paulo, 14 de julho de 2017. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2017/07/1901253-esquerda-precisa-desapegar-de-crencas-e-fazer-avaliacao-honesta-de-anos-fhc.shtml>>. Acesso em 30 ago. 2017.

Oito homens são donos da mesma riqueza da metade da humanidade. **Revista Raidis**, n. 173, 2017.

SANTOS, F. L. B. **Além do PT: a crise da esquerda brasileira em perspectiva latino-americana**. Elefante Editora, São Paulo, 2016.

SARAMANGO, J. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SAYURI, J. **Crise política amplia interesse pela chamada história do tempo presente**. *Ilustríssima*, Folha de São Paulo, 13 de agosto de 2017.

SHANKARDASS, K.; SOLAR, O.; MURPHY, K.; GREAVES, L. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. **International Journal of Public Health**, v. 57, n. 1, p. 25-33, 2012.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Nota Técnica, IPEA, 2016.

ZIZEK, S. Democracia Corrompida. **Revista Cult**, 2010. Disponível em <https://revistacult.uol.com.br/home/democracia-corrompida/>. Acesso em 30 agos. 2017.

_____. **Vivendo no fim dos tempos**. Boitempo, São Paulo, 2012.

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA REFLEXÃO SOBRE AVANÇOS E
RETROCESSOS**



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REFLEXÃO SOBRE AVANÇOS E RETROCESSOS

Juliana Veras Araújo Pinto

Maria do Socorro Melo Carneiro

Raissa Mont'Alverne Barreto

Roberta Cavalcante Muniz Lira

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CENÁRIOS ATUAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sobre gestão pública delineado na VIII Conferência Nacional de Saúde e estimulado pelo movimento sanitário e social, sendo acolhido parcialmente na Constituição Federal de 1988. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social. Sob o preceito constitucional “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços (ARAÚJO et al., 2017).

No entanto, para que a complexidade de seus princípios fosse concretizada, a assistência à saúde necessitava de uma resignificação. Historicamente marcada pela valorização do saber único do profissional médico e da tecnologia centrada nos hospitais como principal meio capaz de resolver os problemas de saúde, a assistência era compreendida

por uma visão biologicista, voltada para a doença do indivíduo. Neste contexto, vários movimentos internacionais já vislumbravam a saúde não apenas como ausência de doenças e, portanto, a organização dos serviços deveria contemplar mudanças no perfil de saúde da população, possibilitadas por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças, e não somente pela cura destas.

Dessa forma, o SUS é considerado um experimento social, cujos avanços são inquestionáveis, mas que ainda passa por enormes desafios voltados prioritariamente para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas, em que o hospital é *locus* privilegiado do modelo assistencial. Então, como estratégia de enfrentamento de tal realidade e de sustentação do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem adquirindo reconhecimento e responsabilidades crescentes (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Nessa perspectiva, a APS vem sendo discutida desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma-Ata), realizada em 1978, com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000, na qual essa estratégia ampliava a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população. De acordo com esta conferência, a APS é compreendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico (FRACOLLI et al., 2014).

Starfield (2002) define a Atenção Primária como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, sendo seus principais atributos o primeiro contato, constituindo-se como a porta de entrada do serviço, a continuidade do cuidado, também chamada de longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. Além da presença

destes, outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em atenção primária à saúde: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

Em meados de 1994, a APS passou a conceber a Saúde da Família como o modo prioritário para organização do sistema, em consonância com os preceitos do SUS. Inicialmente, propôs-se o Programa Saúde da Família (PSF) como domínio (re)estruturante da APS, com base em ações de promoção da saúde, de prevenção de eventos mórbidos, de assistência e de recuperação com qualidade, o que favoreceu maior aproximação entre os serviços e a população. Nesse contexto, a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF) foi assumida por se configurar como estratégia prioritária de reformulação do modelo assistencial e de cuidado à saúde na APS (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Com duas décadas de implantação, estudiosos corroboram o expressivo aumento de cobertura pela ESF, o qual está diretamente implicado no aumento do acesso aos cuidados em saúde e da melhoria dos principais indicadores de saúde da população brasileira. Acreditam ainda que ela contribuiu para a quantificação e avaliação das informações relacionadas à situação sanitária de uma população (MAGALHÃES et al., 2012; FEITOSA et al., 2016).

As ações da ESF também têm ampliado a distribuição de medicamentos e o acesso a exames, destacando-se o de colpocitologia oncótica, e gerado um quantitativo maior de acompanhamento pré-natal. Entretanto, as contribuições mais significativas têm sido identificadas em três grandes áreas de atenção: saúde da criança, da mulher e do adulto. Na saúde da criança, destacam-se o declínio da mortalidade infantil e o aumento da cobertura vacinal por tetravalente em crianças menores de um ano. Na saúde da mulher evidenciou-se tendência de queda na proporção de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos

de idade, assim como a redução da mortalidade materna e mortalidade por câncer de colo uterino. Na saúde do adulto, com o controle da hipertensão arterial sistêmica, verificou-se declínio dos indicadores de internações por Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Cardíaca Congestiva na população acima de 40 anos (SORATTO et al., 2015).

Esses progressos inquestionáveis da ESF, no processo de consolidação do SUS, também vêm viabilizando o seu fortalecimento e o da qualificação das equipes de saúde como os principais pontos de pauta nas inúmeras discussões relacionadas à organização da APS no Brasil (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Estudiosos observam e destacam que, apesar de grandes avanços conquistados no nível primário de atenção e sendo a APS considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, ainda há muitos problemas que precisam ser gerenciados para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde, particularmente no que se refere à equidade do acesso, resolutividade e qualidade da atenção (FEITOSA et al., 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; CAMPOS, 2005).

Essa discussão coloca em pauta também a necessidade de investimentos não só na quantidade, mas na qualidade das equipes de saúde da família em atuação, envidando esforços para que o objetivo, que antes era somente de ampliação da estratégia, hoje seja de sua consolidação.

Nesse ínterim, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde é necessário estruturar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), sanando alguns problemas que se apresentam na forma de acessibilidade ineficaz de alguns serviços, insuficiência e perfil inadequado dos gestores e trabalhadores, difícil acesso aos insumos, pouca efetividade de políticas e ações de saúde e inadequada estrutura física de algumas

UBS (RIBEIRO et al., 2015).

Somado a isso, autores acrescentam a baixa densidade tecnológica, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento como os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O financiamento tem sido, portanto, desde o início do SUS, em um contexto de endividamento do Estado e de sua reduzida capacidade de atuação, um dos principais desafios para que o sistema de saúde assegure o acesso universal, integral e equânime a ações e serviços de saúde. Desta forma, enfrentar o desafio do subfinanciamento, em um cenário de crise política e financeira, exige o resgate dos ideais que legitimaram o Movimento Sanitário Brasileiro. O momento exige uma ação de resistência, em defesa do SUS, para assegurar a garantia da universalidade, indiscutivelmente a maior conquista social da população brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Outro desafio atual que a ESF enfrenta é a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual tem sido alvo de várias críticas dos movimentos sociais, trabalhadores da saúde, pesquisadores e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A nova PNAB publicada em 2017 revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF e esvazia o papel dos ACS na APS, representando uma ameaça aos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social no SUS.

É preocupante a proposição de uma reformulação da PNAB. É um ataque aos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, agravado pelo sítio fiscal imposto com a promulgação da Emenda Constitucional 95, que reduzirá progressivamente os recursos do SUS

por 20 anos.

Uma coordenação de esforços favorece que o debate sobre a APS possa ser simultaneamente aprofundado e capilarizado, resgatando a ideia de ampla participação social. A base sobre a qual esse debate deveria se dar é o compromisso com o atendimento das necessidades de saúde da população e a responsabilidade de preservar as orientações que consolidam a APS como espaço de institucionalização da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: AVANÇOS *VERSUS* DESAFIOS

A Política Nacional de Atenção Básica, lançada em 2006, afirma que a “atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema único de Saúde” (BRASIL, 2012). Nesse âmbito, a PNAB vem compor um conjunto de iniciativas estruturadas em torno do fortalecimento da ESF como modelo de atenção básica, idealizada como porta de entrada do sistema de saúde articulada com os demais níveis de atenção.

Entretanto, diversos são os desafios e dificuldades encontrados em sua implementação para que a Saúde da Família se consolide, de fato, como uma estratégia capaz de reorientar as ações de saúde, contribuindo com a substituição do modelo assistencial hegemônico, centrado no médico, para um modelo que preconiza a prevenção e promoção da saúde de forma humanizada e com acesso universal.

Para Guarda (2009), o componente do contexto profissional está entre os principais desafios para o fortalecimento da atenção básica, e por ele perpassam diversos fatores condicionantes, como as condições e ambiente de trabalho, motivação, realização no trabalho,

forma de vínculo, estabilidade financeira e fixação dos profissionais. E nos últimos anos, a disponibilidade de profissionais médicos tem se apresentado como uma das principais causas do reduzido crescimento na cobertura da ESF. O quantitativo de médicos disponíveis é insuficiente para ocupar os postos de trabalho existentes e para a criação de novas equipes. Identificou-se a redução da carga horária de trabalho pelos médicos associada à alta rotatividade das equipes, comprometendo sobremaneira a prestação dos cuidados e a qualidade da assistência na atenção primária (PINTO, SOUZA; FERLA, 2014).

Nessa perspectiva, buscando enfrentar os principais desafios relacionados à falta de profissionais, o governo federal, condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica no país, criou o Programa Mais Médicos, por meio de Medida Provisória nº 621 de 8 de julho de 2013, regulamentada pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

O Programa Mais Médicos foi criado com a finalidade de dar uma resposta ao problema da falta de profissionais da medicina, especialmente em áreas rurais e remotas do Brasil. A agenda política iniciou a partir da manifestação pública da Frente Nacional de Prefeitos (FNP) que, em 4 de fevereiro de 2013, liderou um movimento denominado *Cadê o médico?* e organizou uma petição por mais médicos no SUS, demandando resposta do Governo Federal. A frente reivindicou a adoção imediata das medidas necessárias para a contratação de médicos formados em outros países. Em junho do mesmo ano manifestações populares reivindicaram melhorias nos serviços públicos, sobretudo de educação e saúde, que provocaram o governo federal a concluir a formulação da política pública que estava sendo gestada desde o início do ano (COMES, et al, 2016).

Segundo Starfield (2002), um maior número de médicos de

atenção primária reduz os efeitos adversos da iniquidade social, e uma maior disponibilidade de médicos de atenção primária resulta em melhores indicadores de saúde da população. Silva et. al (2016) relatam que, em 2006, a Organização Mundial de Saúde publicou um relatório recomendando uma relação de 2,3 médicos por 1000 habitantes para que haja uma prestação de serviços adequada. Assim, a partir da avaliação da implementação do PMM, observou-se uma redução da carência de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis, sendo isso possível pelo fato do programa ter inovado com a realização das chamadas internacionais para contratação de médicos e o acordo de cooperação com Cuba mediado pela OPAS, uma inovação frente às outras estratégias implantadas até então no Brasil (OLIVEIRA et al., 2016).

Gonçalves et al. (2016) citam que o Nordeste foi a região que recebeu o maior número de médicos pelo PMM nos cinco primeiros ciclos de adesão e início de atividades profissionais. Porém, dados mais atualizados do Sistema de Gerenciamento de Programas do Ministério da Saúde, 12.068 médicos que iniciaram suas atividades até o 10º ciclo, 4.127 profissionais destinaram à região Sudeste, seguido da região Nordeste com 3.013 médicos, sendo o estado do Ceará aquele que mais recebeu esses profissionais.

Foram identificadas possíveis lacunas na implementação do Programa Mais Médicos, e Oliveira et al (2016) mostram que 22,7% dos municípios prioritários para o SUS ficaram de fora da iniciativa, pelo fato de a adesão não ser obrigatória, e entre estes, 72% se localizam na região Norte e Nordeste. Além disso, de acordo com a distribuição dos municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos, sem critério de prioridade ou vulnerabilidade, a maioria estava localizada nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste.

Outro fato importante em relação à distribuição dos médicos

do PMM, é que ao se integrar esses profissionais às equipes de saúde da ESF existentes, a razão de médicos por 10.000 habitantes ficou abaixo do esperado (GONÇALVES et al., 2016). A partir de tal fato levanta-se o seguinte questionamento: a integração dos médicos teve caráter de reposição nas equipes incompletas ou substituição? Presume-se mudança de vínculos dos profissionais médicos, que deixam de trabalhar para o município e aderem ao programa governamental em busca de melhores condições salariais.

A despeito da magnitude do PMM, em relação aos problemas de escassez de profissionais médicos que se busca solucionar, é necessária a real implementação de mecanismos que aumentem a sua efetividade, eficácia e eficiência, entre eles: formação de capital social e efetiva avaliação das políticas públicas, com consequente utilização dos resultados (OLIVEIRA et al., 2016).

Muitos questionamentos ainda perpassam pelo itinerário do programa, e busca-se refletir se realmente a chegada de novos atores possibilitou melhorar a efetividade da ESF. Tentando responder a esse questionamento, Gonçalves et al. (2016) adotaram um dos instrumentos comumente utilizado para avaliar a efetividade da APS em diferentes contextos, que é a observação das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), pois se pressupõe que quando a APS é acessada em tempo oportuno pode reduzir ou evitar a hospitalização por algumas CSAP, e dessa forma sua efetividade pode ser medida. Assim, observou-se uma redução da média de internações por Diarreia e Gastroenterite de origem infecciosa presumível (DG) na amostra investigada, com expressivo declínio nos últimos dois anos, em comparação ao ritmo de redução de todas as condições sensíveis no período de 2008 a 2014, sugerindo a influência do PMM.

Embora tenha havido considerável aporte do PMM e a redução de DG, parece não ter sido suficiente para o aprimoramento da APS.

Um dos pontos a se destacar é que a desejável busca por distribuição mais homogênea de médicos no país não veio acompanhada de investimentos na qualidade de equipamentos e infraestrutura, algo previsto no marco legal do Programa Mais Médicos (GONÇALVES et al., 2016). E Mendonça et al. (2016) trazem também à tona os déficits em infraestrutura e na organização dos serviços que não atendem as necessidades da população.

Podemos ainda externar a importância do olhar do usuário no processo de fortalecimento da atenção básica a partir do Programa Mais Médicos, por meio da avaliação da satisfação. Segundo Comes et al. (2016), os usuários do Programa reclamam por melhorias na infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos, Mais Médicos (mais profissionais inseridos no Programa Mais Médicos), maior apoio do município para os médicos, melhoras no transporte para o acesso às comunidades rurais e remotas, mais especialistas e a garantia de continuidade do Programa.

Uma das variáveis importantes para avaliar a efetividade da assistência na APS é a acessibilidade que significa, além de porta de entrada no sistema, a resolutividade do problema de saúde do usuário.

Essa premissa não se confirmou em estudo realizado por Carrer et al. (2016), pois nas unidades com médicos do PMM o atributo acesso teve menor índice, numa realidade já desfavorável, pois não se espera de unidades com a ESF que haja problemas com o acesso dos usuários, uma vez que este modelo de atenção prima por mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, justamente para contemplar os princípios da APS em seu cotidiano. Quando o atributo acesso se mostra com fraca orientação para a APS, demonstra-se a necessidade de reformulação no processo de trabalho e no acolhimento ao usuário, de mudanças nas práticas organizacionais das unidades, de modo a qualificar as ações relativas à acessibilidade dos usuários a APS.

Refletindo sobre o acesso e os gastos financeiros que o PMM exige, observou-se que esse programa, com financiamento federal, desonerou nos municípios importantes gastos em saúde, e que em um momento de crise econômica pode-se inferir que a ausência do programa deixaria os municípios ainda mais vulneráveis em relação ao acesso e ao cuidado médico e aos resultados em saúde de sua população (MENDONÇA et al., 2016).

Em relação à efetividade da assistência oferecida na APS após a implantação do PMM ainda existem controvérsias, pois outro ponto importante a ser fortalecido com a implantação desse programa é a diminuição da rotatividade de médicos e a garantia do princípio da longitudinalidade, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica, que propõe o desenvolvimento e consolidação das relações de vínculo e responsabilização entre as equipe e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. O PMM intenta fortalecer o atributo longitudinalidade, quando propõe a fixação de profissionais em locais onde atualmente há dificuldade na sua obtenção. Contudo, como o programa prevê um prazo finito para esta disponibilidade profissional, a longo prazo pode evidenciar-se esta dificuldade para a APS. Assim, é necessário o fortalecimento do vínculo com o serviço, ou seja, com todos os profissionais da unidade, não somente com o médico (CARRER et al., 2016).

Considerando que o PMM é uma política pública constituída para enfrentar o problema da carência de médicos nas regiões prioritárias, a fim de reduzir as desigualdades, os esforços para avaliá-lo se revestem de grande importância. Há ainda lacunas que impactam nos resultados dessa iniciativa, gerando incertezas quanto ao seu potencial de resolutividade.

Diante disso, observamos a importância de seguir na produção

de conhecimento acerca da continuidade de programas e políticas públicas por meio da avaliação dos serviços de saúde, pois, por meio deste conhecimento, se faz possível identificar, nas práticas cotidianas, os processos que necessitam de reafirmação ou reformulação para o fortalecimento da APS, com a participação e o compromisso de profissionais de saúde, gestores e população na busca por melhores condições de saúde.

AValiação DOS SERVIÇOS EM BUSCA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A avaliação, em sua dimensão ligada à qualidade das ações na Estratégia Saúde da Família, deve ser compreendida como uma importante ferramenta relacionada à tomada de decisão, orientando desde o planejamento local das equipes, em busca de superar suas fragilidades, à gestão no provimento dos recursos necessários.

O desenvolvimento de tecnologias que buscam o fortalecimento da ESF possibilita aos profissionais a oportunidade de avaliar suas ações e planejar a superação de suas fragilidades, de forma que compreendam ações, programas e políticas implantadas, bem como os efeitos dessas intervenções, por meio do estabelecimento de padrões de qualidade e o desenvolvimento de processos avaliativos.

A avaliação de políticas públicas é relevante para o fornecimento de informações sobre necessidades de reajustes em programas, estabelecendo evidências sobre a efetividade das ações, assim como permite a prestação de contas aos atores envolvidos, e provê informações úteis para a formulação de outras políticas, sem deixar de contemplar o contexto, aprimorando o processo de tomada de decisão (CRUZ, 2012).

Para Hartz e Silva (2005), a avaliação constitui-se como uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, ou seja, um processo organizativo que visa não apenas à melhoria das atividades em andamento, mas também, planejar o futuro e orientar sobre a tomada de decisões, situando-se aí a importância da avaliação em saúde como meio e processo de gestão da atenção.

Porém, apesar desses esforços auxiliarem na identificação de deficiências e propor medidas corretivas, o processo avaliativo é tecnicamente desafiador, tanto em termos de conhecimento requerido, como também relacionado à obtenção dos dados necessários para a sua análise, o que pode resultar em políticas públicas ineficazes ou mesmo prejudiciais, gerando baixas expectativas ou negativas acerca do seu sucesso (WU et al., 2014).

A valorização da avaliação é crescente no que se refere a instituições e programas propostos nos novos e complexos contextos da sociedade atual, em que a velocidade do fluxo de informações, a economia de escala e a focalização de ações enfatizam a necessidade de tomada de decisão sobre o uso dos recursos – onde, quanto e em que investir (MINAYO, 2011).

Nesse contexto, o uso da avaliação se fortaleceu na prática como ferramenta para medir custo *versus* efetividade dos serviços de saúde. Entretanto, o entendimento do construto qualidade, como um componente estratégico no campo da saúde, fez com que metodologias fossem sistematizadas e incorporadas pelas instituições públicas e pelo sistema de saúde com o intuito de apreender essa dimensão no processo de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O processo de avaliação que vem sendo preconizado no Brasil decorre de uma trajetória de experiências e iniciativas tomadas ao longo dos anos, desde a criação da Estratégia de Saúde da Família para

regimento da política nacional de saúde. Também, modelos utilizados em diversos países têm sido utilizados para comparação, apoio e discussão, ampliando conceitos fundamentais para a construção de um modelo nacional (NEY; PIERANTONI; LAPÃO, 2015).

Porém, esta prática no Brasil ainda se apresenta por intermédio de processos incipientes, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco ordenada e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial (CARVALHO; SHIMIZU, 2016; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Os sistemas de APS podem ser avaliados ou comparados de acordo com o impacto que têm sobre o estado de saúde das pessoas (STARFIELD, 2002). Assim, é necessário medir constantemente os resultados para que se obtenham dados precisos e concretos da atual situação e do que deve, prioritariamente, ser melhorado, tornando-se importante demonstrar fatos, conceituar produtividade em saúde e embasar as reivindicações de melhoria contínua da qualidade (NEPOTE, 2003).

Diante de tais desafios e tentativas de estimular processos contínuos e progressivos de melhoria de padrões e indicadores de acesso e qualidade no nível primário de atenção, estratégias de avaliação em saúde para a APS foram implementadas pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de que sejam consolidadas práticas direcionadas para melhorias de qualidade da assistência no sistema de saúde (ARAÚJO et al., 2017).

Dentre as iniciativas propostas e incentivadas pelo Ministério da Saúde estão a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), Avaliação da Atenção Primária à Saúde por meio do

Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil e o recente Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Fica evidente o interesse em desenvolver tecnologias que busquem o fortalecimento da ESF. Isso possibilita aos profissionais a oportunidade de avaliar suas ações e planejar a superação de suas fragilidades.

A avaliação deve ser compreendida como uma importante ferramenta relacionada à tomada de decisão. Isso orienta tanto o planejamento local das equipes em busca de superar suas fragilidades quanto a gestão no provimento dos recursos necessários.

O Ministério da Saúde almeja, portanto, executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acessibilidade e qualidade da atenção em saúde para toda a população (RIBEIRO *et al.*, 2015). A aplicação dessas estratégias permite uma mobilização das equipes de saúde da família a se conhecerem, fazerem uma autoavaliação dos processos desenvolvidos e, a partir daí, buscarem estratégia para melhoria do desempenho e qualidade dos serviços prestados. Além disso, promove articulação entre os profissionais das equipes e os sistemas de apoio em busca do alcance dos resultados.

A reorganização das práticas de trabalho demanda princípios e atividades fundamentais, como o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação local, a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde e socio sanitários, a abordagem interprofissional, a referência e contrareferência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social. Se faz necessário repensarmos a ESF, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, que tenha como base conceitos como vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção sanitária humanizada (PERREAUTL *et al.*, 2016).

A NOVA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA: IMPACTOS PARA O SUS

A publicação da nova PNAB em 2017, aprovada pela comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 31 de agosto de 2017, vem sendo alvo de críticas por parte de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), e também de instituições como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), uma vez que afeta de forma significativa o financiamento e a organização da Atenção Básica, especialmente na modificação do papel dos Agentes Comunitários de Saúde. Mais que isso, outras equipes também serão impactadas, como as equipes de Saúde Bucal, Consultórios de Rua, Saúde Prisional e NASF. São 20 diferentes profissões que atuam em parceria com as equipes de Saúde da Família. (RADIS, 2017)

A Atenção Básica à Saúde, conceito considerado muitas vezes sinônimo de Atenção Primária à Saúde, mas com algumas diferenças marcantes, refere-se à garantia de acesso à atenção, promoção e prevenção em saúde, sendo no Brasil, considerada a ordenadora das ações da Rede de Atenção à Saúde e “porta de entrada” do SUS, tendo como objetivo reduzir substancialmente as desigualdades no acesso à saúde.

Segundo Morosini e Fonseca (2017), a nova PNAB contém ideias que merecem ser problematizadas, tendo em vista suas potenciais repercussões para o modelo de atenção e para a gestão do trabalho. A mudança proposta pela nova PNAB confere o mesmo status de equipe tanto às equipes completas de Saúde da Família, quanto a uma modalidade específica denominada Equipes de Atenção Básica, reduzida a um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de

enfermagem, que apresenta menor custo. Na disputa pelos mesmos recursos, os gestores municipais serão levados a optarem pelas equipes reduzidas. Outro ponto a ser destacado, é que, nestas equipes reduzidas, é permitida a contratação de médicos por até 10 horas semanais, o que inviabiliza qualquer trabalho em Atenção Básica, desconfigurando a longitudinalidade e a universalidade do cuidado em saúde.

Além disso, segundo Stevanin, (2017), a nova PNAB fará com que equipes que não estavam aptas a receber investimentos por não apresentarem a qualidade mínima exigida nas avaliações do PMAQ-AB, passem agora a receber esses recursos. Não é só o fim da expansão da ESF, mas sua retração, que implicará em uma ausência de ações de perspectiva regional, mais uma vez criando desigualdades num sistema que tem como princípio a universalização.

A delimitação de ações e serviços estratégicos e essenciais na denominada “cesta de serviços” afeta diretamente o princípio da integralidade, favorecendo as terceirizações e permitindo que se comprem serviços diretamente do setor privado, numa clara relação mercadológica. O cenário é de desmonte e sucateamento intencional da Atenção Básica, gerando uma série de questões ligadas ao enxugamento, à diminuição e à desresponsabilização, especialmente nos gastos com a saúde. Stevanin (2017) coloca que, na prática, temos hoje municípios contando com cada vez menos recursos já que a PNAB está atrelada à retirada de financiamentos do SUS e da seguridade social pelas próximas duas décadas, em prejuízo das políticas sociais.

Há que se refletir por que nenhum ponto da consulta pública realizada e das mais de seis mil contribuições foi considerado na redação final do documento. Hoje, após quase um ano da publicação não se pode desistir de coordenar esforços para que o debate sobre a atenção básica possa ser simultaneamente aprofundado e capilarizado, reafirmando e reforçando a participação social. A base sobre a qual esse debate deve

se dar é o compromisso com o atendimento das necessidades de saúde da população e a responsabilidade de preservar as orientações que consolidam a Atenção Básica como espaço de institucionalização da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. (RADIS, 2017).

Apesar de em curso, a nova PNAB não pode deixar de ser debatida. A observação de seus impactos deve acontecer nos diversos segmentos da sociedade, como forma de fortalecer a participação e mobilizar todos os envolvidos em defesa do SUS e da ESF. As conquistas desde a implantação do SUS revelam o quanto as condições de saúde têm melhorado no país ao longo dos anos. Não se pode deixar que a porta de entrada do SUS corra o risco de fechar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. C. et al. Qualidade dos serviços na estratégia saúde da família sob interferência do PMAQ – AB: análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 712-7, 2017.

BARBIANI, R. et al. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2721, 2016.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Medida provisória nº 621 de 8 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013a.

BRASIL. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013a. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

Diário Oficial da União 2013b, 23 out.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 5, supl 1, p. S63-S69, 2005.

CARRER, A. et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2849-2860, 2016.

CARVALHO, A. L. B.; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Interface**, v. 21, n. 60, p. 23-33, 2017.

COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21(9):2749-2759, 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p.705-712, 2006.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011, p. 180-198.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FRACOLLI, L.A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860. 2014.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das interações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016.

GUARDA, Flávio R. B. **Perfil sociodemográfico e motivação dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,

Recife, 2009.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L.M.V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005.

MAGALHÃES, A. C. F. et al. Indicadores de saúde e qualidade de vida no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 1, p. 31-42, 2012.

MENDONÇA, C.S. et al. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2871-2878, 2016.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde e Transformação Social**, v.1, n.3, p. 2-11, 2011.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. N. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.1, 2017.

MOTTA, L.C.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

NEPOTE, M. H. A. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, v. 5, n. 21, p. 21-30, 2003.

NEY, M. S.; PIERANTONI, C. R.; LAPÃO, L. V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 43-55, 2015.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**, v.66, n. spe, Brasília Sept. 2013.

OLIVEIRA, J. P. A. et al. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, 2016.

PERREAULT, M. et al. Programa de Saúde da Família no Brasil: reflexões críticas à luz da promoção de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 159-179, 2016.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38 (esp.), p. 358-372, 2014.

Radis. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, n. 183, 2017

RIBEIRO, J. P. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado do Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 1-11, 2015

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, B. P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Revista RENE**, v. 8, n. 2, p. 50-59. 2007.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 584-592. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEVANIM, L.F. Quem banca o essencial. **RADIS**, n. 183, p. 22-23, dez 2017.

WU, X. et al. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Traduzido por Ricardo Avelar de Souza. Brasília: Enap, 2014. 160 p.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Palestra proferida no Seminário Internacional Saúde e Sociedade. 03/
JUN – Sobral-CE

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

De 1997 para cá, Sobral vive um processo importante. Foi aqui que conseguimos implantar a primeira escola de saúde da família do Brasil, com o esforço de sistematizar as práticas e os saberes da Estratégia Saúde da Família.

As experiências internacionais são as de médico de família: experiência europeia de médico de família, experiência cubana de médico de família. Já a nossa, experiência brasileira, é a de saúde da família. Nessa perspectiva, lembrando as relações feitas pelo velho Foucault, em “As palavras e as coisas”, destacamos que ter uma estratégia de atenção básica centrada no médico de família é uma coisa potencialmente centrada na biomedicina. Ser centrada em médico de família reduz a perspectiva de pensar a equipe de saúde da família. Vejam a diferença.

Pensar em equipe é pensar novas práticas e saberes diferentes. Pensar em equipe é você discutir espaço de poder interprofissional. Pensar em equipe é você trabalhar a construção de uma nova prática de saúde, compondo uma certa “reforma agrária” no poder de cada um. Você vai ter que construir um processo de trabalho na linha do cuidado, na relação, na construção dos projetos terapêuticos singulares, com a participação da equipe. Isso, sem dúvida nenhuma, constitui um diferencial da experiência brasileira. Isso, para o Brasil, para o Nordeste,

faz uma diferença brutal porque muitos municípios não tinham nada, passaram a municipalizar a saúde, a partir da década de 1990, e já municipalizando a saúde, criando uma equipe de saúde da família.

Só para vocês terem uma ideia do tamanho da dívida social que estamos resgatando: nós estamos trabalhando com esse mantra de universalizar a atenção básica, de construir a integralidade da atenção, de construir uma porta de entrada decente, para o cidadão, no Sistema. Somente por esse caminho, foi possível começar a pensar em universalidade, onde a gestante tenha direito de fazer um pré-natal decente; que o hipertenso tenha o direito de ter um acompanhamento decente, evitando a evolução para um AVC (Acidente Vascular Cerebral); que o diabético tenha um cuidado decente para que ele não perca/ampute a sua perna. É de cortar o coração você visitar as enfermarias dos hospitais em Fortaleza e ver a quantidade de pessoas com amputação de membro. Isso precisa de um cuidado, de um zelo.

Mas as pessoas não têm esse cuidado, porque nós não tínhamos, inclusive, médicos, para garantir a integralidade da atenção. Foi preciso uma presidenta, que foi golpeada, mas que teve a coragem de colocar 18 mil médicos, por meio do Programa Mais Médicos, para garantir atenção à população, porque não tem coisa mais frustrante do que ser uma enfermeira numa unidade de saúde sem médico, ou ser uma agente de saúde numa unidade de saúde sem médico, e não tem coisa mais frustrante de ser um paciente, que chega na unidade de saúde para ter uma atenção, um cuidado e recebe a informação de que não tem médico.

Eu estou valorizando o médico? Eu estou fortalecendo o modelo medicocêntrico e hospitalocêntrico do Século XX?

Na minha compreensão, não estou. Estou afirmando a importância de prover os profissionais de que a população precisa e tem direito a eles. Por isso, o nosso desafio ainda é nessa perspectiva de

construção de um sistema de quantidade e de qualidade de profissionais, sistematizando um processo de educação permanente.

É nesse sentido que Sobral construiu e está construindo uma ideia de Sistema de Saúde Escola, considerando que a estrutura do sistema de saúde tem um diferencial das outras áreas, requerendo uma organização e funcionamento de um sistema de escola permanente. Por que quando vamos deixar de estudar? Quando? Nunca! É uma necessidade cada vez maior e não podemos delegar, para o profissional, a responsabilidade do custo da educação. A responsabilidade de custear a educação dele é do Estado, que tem que garantir essa condição para os profissionais.

Principalmente, no momento em que vivemos, que é a era do conhecimento. Imagine quantos trabalhos de enfermagem são produzidos por dia no mundo. Muitos deles trazem uma informação, que pode fazer a diferença no exame físico, e a conjunção de uma informação pode salvar uma vida, no diagnóstico de enfermagem.

Cada vez mais, o *gap* entre o conhecimento produzido e o conhecimento aplicado é enorme, imenso. E a redução desse *gap* não pode ser responsabilidade desses profissionais, essa é uma responsabilidade do Estado, da Educação Permanente, de políticas integrais o tempo todo.

Foi nessa perspectiva, que Sobral construiu uma escola de saúde da família e não uma escola de saúde pública. Precisamos, inclusive, discutir a necessidade de termos departamentos de saúde da família, nas nossas universidades. Tomo, como exemplo, a minha área, a da medicina, onde situo um problema que precisamos resolver com urgência! Porque ser médico de saúde da família, no Brasil, ainda é uma “coisa brega”. Ser médico de saúde da família, no senso comum, é para incompetentes. Tem alunos nossos, da Faculdade de Medicina, que quando decidem fazer saúde da família, ficam seis meses sem condições

de dizer para o pai que vai fazer saúde da família, pois desencadeia uma frustração familiar em escala e tem gente que entra até em depressão. Porque o modelo biomédico criou a ideia de que a especialidade é “chique” e o Saúde da Família é “brega”. Nós temos que superar isso!

A nossa medicina de família ainda necessita de grande aperfeiçoamento. Qualquer médico de família da Espanha lê um eletrocardiograma, 40% dos médicos espanhóis do Saúde da Família fazem ultrassom. A nossa capacidade resolutiva é muito baixa e para a maioria dos brasileiros, ainda, o Saúde da Família é um *pit stop* para fazer um pé de meia e fazer uma residência.

Nós precisamos produzir uma cultura, que componha o entendimento de que é de responsabilidade de qualquer sistema público do mundo ter portas de entradas de qualidade, decentes para a população, com alta capacidade resolutiva para não ficar empurrando o cidadão de um canto para o outro.

Uma porta de entrada, estratégica e fundamental, é a da atenção básica, é a da atenção primária à saúde, e isso, a Inglaterra começou a fazer em 1920. Isso, a Europa fez na repactuação do Pós-Guerra, na construção do Estado de bem-estar social europeu, e isso, nós só começamos a fazer agora, cem anos depois da Europa, e ainda fazemos mal feito e de baixa qualidade. Ainda é um sistema de pobre para pobre. Temos que superar isso! O sistema de atenção básica não pode ser um sistema de pobre para pobre. *Mas por que fazemos isso?*

Porque ainda somos grandes herdeiros da casa grande e da senzala. Porque a casa grande tem o seu sistema de saúde suplementar, a casa grande tem os planos de saúde, e o Estado brasileiro é um *Robin Hood* às avessas, que tira dinheiro dos pobres para dar aos ricos. Porque os ricos vão para os ambulatórios “chiques” dos especialistas, que estão lá. Este é um sistema, inclusive, em crise, centrado todo nas

especialidades e não hierarquizado, e é a porta de entrada “chique” da casa grande. Para o pobre, a entrada é pelo Posto de Saúde, o “postinho”. Nós temos que superar essa perspectiva histórica. Ainda temos muito, muito, muito para caminhar.

Só para se ter uma ideia, se os onze mil médicos cubanos, que estão no Brasil, voltassem para Cuba nós iríamos ter quase quarenta milhões de pessoas sem assistência médica. Agora, essas quarenta milhões de pessoas não estão aqui na Colina, essas quarenta milhões de pessoas não estão no centro “chique” de Sobral. Elas estão na Cidade Dr. José Euclides, estão no Mondubim em Fortaleza, lá em Campo Limpo em São Paulo, estão em Palereiros, no Sul de São Paulo, onde estão os índios, estão na região ribeirinha do Amazonas e estão no interior do semiárido nordestino. Elas não estão na Aldeota em Fortaleza, mas estão no Mondubim, no Vicente Pizon. Elas não estão na Praia de Iracema, mas estão no morro de Santa Terezinha, que fica ali próximo da Praia de Iracema. Essas pessoas sofrem os efeitos dessa cultura de ter um sistema pobre para pobre.

Então, o nosso desafio ainda é um desafio muito grande, porque é um desafio de quantidade, porque nós precisamos ainda ter profissionais em várias áreas para garantir a atenção integral. Assim, trata-se de um desafio de produção de qualidade, portanto, também, político, porque ele envolve uma concepção política de ter um sistema universal. Daí o papel do Congresso, daí o papel da Escola de Saúde da Família de Sobral, daí o papel do primeiro Mestrado Acadêmico em Saúde da Família do Brasil, que é o nosso Mestrado em Sobral. Setenta mestres já saíram desse mestrado, estão tentando sistematizar as práticas e saberes do Saúde da Família, e é diferente de ter um Mestrado em Saúde Pública. *Porque nós criamos esse mestrado, o de Saúde da Família?*

Para que os nossos estudantes, que terminaram a Residência,

pudessem dar continuidade às suas pesquisas. Se você desloca um especialista em Saúde da Família para um mestrado em Saúde Pública, tudo aquilo que ele sistematizou na Residência ele vai ter que “esquecer”, porque o orientador dele não vai querer saúde da família, ele vai querer investigar epidemiologia, políticas públicas.

Mas qual é o papel do educador físico no Saúde da Família? Qual o papel do Assistente Social no Saúde da Família? Qual o papel do Nutricionista no Saúde da Família? Qual o papel do Fonoaudiólogo no Saúde da Família? Essas são questões de investigação que ganham potência no Mestrado de Saúde da Família!

Quando eu tive a primeira residente de fonoaudiologia, foi muito interessante. Em 1998, nós criamos a nossa residência multiprofissional e começamos a admitir. Na primeira turma formada, todos os profissionais de Saúde da Família de Sobral, que quisessem ingressar, seriam residentes, ou seja, todo mundo aqui é residente, não vai ter seleção, a reprovação ou abandono do curso é que vai ser a exclusão, assim, todo mundo entrou. Tinha dias que começávamos as 19 horas e terminávamos mais de meia noite [...] a banca de defesa, qualificação, orientação. Tinha gente que saía dali chorando, mas fizemos um esforço gigantesco.

Quando esgotamos todos os nossos profissionais da Estratégia Saúde da Família, abrimos as turmas para os profissionais de fora do município e veio o desafio de sistematizar o que estava em processo de criação: a tenda invertida, a perspectiva de trabalhar o apoio matricial e, então, chegou uma residente em fonoaudiologia. Ela falou: Professor não tem Bera¹, como eu vou fazer residência em fonoaudiologia? Eu disse, esqueça Bera, esqueça tudo o que você aprendeu na faculdade. Vá lá nos Terrenos Novos e passe lá um dia na unidade, uma semana

1 Exame da área de fonoaudiologia realizado para avaliar a audição, recomendado após a aplicação de outros exames mais rotineiros.

e depois venha falar comigo. Agora, você será uma fonoaudióloga sanitária. Um mês depois ela veio e disse: Professor, estou aprendendo tanta coisa, já sei o que é uma territorialização, já sei o que uma estimativa rápida, já consigo fazer visita, ou seja, nós estamos construindo nessa perspectiva interdisciplinar novas práticas e saberes, e isso é fundamental. Então, esse trabalho que estávamos fazendo aqui, e vocês estão dando continuidade está sistematizado.

Agora mesmo, tem um rapaz que está documentando a morte do Damião Ximenes, o que Damião Ximenes representou para a reforma sanitária brasileira, e aqui, em Sobral, foi fundamental criarmos a primeira Residência Terapêutica do Nordeste. Fechamos o hospital Guararapes, que era o hospital psiquiátrico. Para o fechamento do hospital Guararapes, sem um litígio, foi quase um ano de trabalho e de discussão.

Eu queria rapidamente concluir. Considero uma coisa importante que é a de reforçar que o desafio brasileiro ainda é o de consolidar um sistema público de saúde. Vocês não queiram saber, um sistema desfinanciado, só para vocês terem uma ideia, Loiola sabe bem do que estou falando.

Qual a diferença do nosso sistema, que é universal, para o sistema canadense, que é universal? Loiola é professor, doutor, pós doutor da Universidade de Montreal, chefe do Departamento de Andragogia, se ele usar o sistema canadense, vai procurar o hospital público, vai para o ambulatório público. Nós defendemos um sistema que não usamos, os trabalhadores do sistema não usam o sistema em que trabalham, então, qual o exemplo que passamos para a população a grosso modo?

É que a população usa o sistema que os trabalhadores não usam. Isso faz uma diferença brutal. Agora, quanto gastamos com a saúde?

Gastamos 8%, e o que o Canadá gasta com a Saúde? Gasta 10,4% do PIB segundo a Organização Mundial da Saúde. No Brasil, 4,8% do PIB é para os planos de saúde, que atende a parte ambulatorial e hospitalar, correspondendo a 50 milhões de pessoas, e 3,8% do PIB para atender 200 milhões de pessoas, porque o SUS não é apenas um sistema ambulatorial e hospitalar, é um sistema de promoção, proteção e recuperação. Os 200 milhões de brasileiros usam o SUS o tempo todo.

A água mineral comercializada é uma água do SUS, *por que eu estou bebendo essa água?* Porque o SUS disse beba essa água ela não vai lhe fazer mal. Quando a gente vai comer o pão, coma esse pão, porque ele não vai lhe fazer mal. *Quem diz isso?* É o SUS por meio da Vigilância Sanitária. Quando você vai comprar carne, o SUS diz compre essa carne, porque não vai lhe fazer mal. *Quem diz isso?* É o SUS, o sistema universal de saúde de 100% dos brasileiros e *quem disse que você pode usar o motel?* É o SUS quem diz que você pode usar tranquilo, porque é feita a vistoria da Anvisa.

Agora, nós ainda não incorporamos na alma de que esse sistema tem que ser defendido, ao ponto de fazermos um crime, que foi feito: uma emenda constitucional que congela os recursos do SUS por 20 anos. Essa emenda não congela as doenças, não congela o envelhecimento, não congela a incorporação tecnológica. Então, nós temos que nos preparar para esse embate e defender um sistema universal, integral e ainda com todas essas perspectivas teóricas que a professora Laura Feuerwerker falou.

Não estamos trabalhando no sistema que separa Saúde Pública de um lado e atenção à saúde do outro. Se formos visitar o Ministério da Saúde do Quebec, lá em Montreal, eles dizem: aqui está a Saúde Pública e aqui está a assistência. Nós trabalhamos isso de forma integral, e nós temos uma perspectiva de formulação, que foi impregnada pelo materialismo histórico dialético numa perspectiva de construção crítica,

dialética, dentro da perspectiva de construção de um sistema que é singular também. Daí a importância desse espaço da universidade, daí a importância desse congresso, daí a importância de termos um mestrado nesse campo e é nessa perspectiva, que temos hoje a RENASF (Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família), que Sobral além de ter o Mestrado em Saúde da Família, acadêmico, integra a RENASF.

Professor Loiola, estamos formando 150 mestres por ano, Ceará, Piauí, Maranhão, Rio Grande do Norte e Paraíba, articulados pela Fundação Oswaldo Cruz, da qual sou pesquisador. E vamos criar o doutorado profissionalizante, porque não podemos achar que só o Doutor de fisiologia, o Doutor de farmacologia, devem ter um laboratório produzindo “*paper*” em escala. Você tem que garantir que os Doutores da clínica, da cirurgia e da saúde da família, tenham condições de produzir cientificamente. Mas ele fez o mestrado, fez o mestrado com 40 anos, quer continuar produzindo, sistematizando, vamos dar a oportunidade de ele fazer uma produção epistêmica, porque essa é a diferença do mestrado e do doutorado, porque no doutorado você pode dar uma contribuição epistêmica, sendo um doutorado profissionalizante, inclusive, para aumentar esse nível de reflexão, que a professora Laura também coloca. Feita essa reflexão sobre esse ponto eu queria agora falar um pouco da crise.

Eu queria trabalhar com vocês, numa perspectiva didática, que tenho usado para debater a crise que enfrentamos hoje.

Primeiro, temos que entender que essa crise, que estamos vivendo ocorre em três dimensões, ela tem uma dimensão política, uma dimensão institucional e uma dimensão econômica.

É a primeira crise, que estamos tendo no Brasil depois da Constituição de 1988, que tem essas três dimensões. Nós estamos vivenciando uma crise política estrutural, uma crise institucional

estrutural e uma crise econômica conjuntural. *O que é que eu quero dizer com isso?*

Parte dessa crise está na Constituição de 1988. Existe até um brasileiro, que deu uma entrevista na Folha de São Paulo, defendendo as diretas, ele entende que essa crise é profunda, diz que a Constituição de 1988 não é uma Constituição pura, porque ela já tem 95 emendas constitucionais. E essas emendas constitucionais, a grosso modo, sempre foram para fortalecer os interesses das elites. Parte dessa crise nasce em 1988, porque a Constituição de 1988, para que fosse aprovada, foi preciso aplicar o princípio, que os canadenses usam, denominado de *accommodement raisonnable*. Ou seja, acomodação razoável, ou seja, atender parcialmente os interesses das partes em conflito. A Constituição de 1988 teve que se valer desse princípio, porque, de um lado havia, um centrão, que era hegemônico, constituído por mais de 400 parlamentares de 513, e, do outro lado, havia a esquerda que era minoria. O centrão “sentou em cima” da ordem econômica, “sentou em cima” da ordem política. A esquerda foi compelida a “sentar em cima” da ordem social.

Assim, conseguimos aprovar o tripé saúde, por meio do SUS, assistência social e previdência. No tocante à área econômica, os atores políticos se mexeram muito pouco, não se permitiu depois de cinco anos ter uma Constituição revisora, o que tivemos foi o plebiscito de 1993, quando optamos pelo presidencialismo e o modelo eleitoral permaneceu o mesmo, sendo mantida a relação do financiamento privado com as empresas, a compra de votos, em que a pessoa chega no interior compra os votos e chega em Brasília e não deve satisfação a ninguém.

O modelo do político de não ter programa, nem compromisso, ao ponto de as pessoas, que não discutiram em 2014 nada de reforma previdenciária, não discutiram nada de reforma trabalhista [...] chegam em Brasília e querem votar (ou são impelidos a votar?), porque é uma

agenda imposta pela FIESP (Federação das Indústrias do Estado de São Paulo), imposta pela Avenida Paulista.

Mas qual a legitimidade, como Deputado Federal, que eu tenho para votar na reforma da previdência, se nem um momento eu discuti com meu eleitorado uma reforma tão profunda como essa? O processo das eleições é um processo para pautar e discutir as reformas. Agora, quando um parlamentar, que não discuti nada com a população, chega em Brasília com uma outra agenda, isso é traição, isso é ilegitimidade.

É nesse sentido, que na eleição de 2014 o país saiu dividido, porque o setor da elite não aceitou um conjunto de políticas sociais, que estávamos implantando no país. O Mais Médicos, Bolsa Família, a garantia de compra do poder do salário mínimo. Isso levou a um conjunto de tensionamentos em um congresso extremamente conservador, que resultou no *impeachment* da Presidenta Dilma, que foi ilegítimo.

No meio disso tudo, tem a lava jato, no meio disso tudo, tem o país judicializado. Pela primeira vez, o ativismo jurídico chegou nas cortes, criando um problema de credibilidade institucional, uma crise política que não tem saída, se não pensarmos numa mudança mais profunda. Agora, há um Presidente da República sendo investigado, todos os ministros sendo investigados, quase todos os deputados com problema de investigação e há, assim, um clima, ao meu ver, insustentável.

A perspectiva concreta para sairmos da crise é a aprovação de uma emenda à Constituição e a aprovação das Diretas Já, e que possamos, de imediato, abrir um processo de *impeachment* ou o presidente renunciar. A expectativa ou do *impeachment*, ou do presidente renunciar, ou de ser cassado pelo TSE (Tribunal Superior Eleitoral), com o recado do Gilmar Mendes: ora resolva o problema de vocês, por que é que nós vamos ter que cassar por cassar, o nosso processo é um processo judicial. Nós vamos avaliar, à luz dos autos do processo, ele

tem razão, não é? Porque a expectativa, de uma parte do povo, é a de que ele casse, que o TSE casse para resolver o problema e, a outra parte, quer que o TSE salve, que é para resolver o problema.

Verdadeiramente, eu acho que não saímos da crise se não construirmos um diálogo com a sociedade, que precisa ser ouvida. Nós, para sairmos desse impasse, não dá para sair com 513 deputados, de um momento que tivemos um golpe parlamentar, que não tinha crime de responsabilidade no processo da presidenta Dilma, e isso gera a crise política e a crise institucional.

A crise econômica é consequência das duas anteriores. Parte, é retração do capital, porque o capital se retrai quando se sente em ambiente inseguro, e o capital trabalha com risco, mas ele trabalha com risco presumido, quando o capital passa a não ter risco presumido ele se retrai. Por isso, os representantes do capital, agora, estão exigindo as reformas para interesses deles, para aumentar a favor deles na relação capital e trabalho, e isso, passa pela reforma da previdência, pela tentativa de destruir a seguridade social, e isso, evidentemente, para fazer uma reforma, onde haja uma garantia de dinheiro do orçamento para pagamento dos juros da dívida. Esse fato ninguém discute, e, por outro lado, você também tem um conjunto de reformas que tiram direito dos trabalhadores, fragiliza, desregulamentam a relação do capital e do trabalho, colocando o problema para o mais frágil.

Quando esse prédio estava sendo construído em 2010, 2011 e em 2010, em Fortaleza, com essas regras da previdência, com essas regras atuais trabalhistas, com essas regras atuais da terceirização, nós estávamos vivendo praticamente em pleno emprego [...] não é culpa dessas regras [...] é muito mais resultado da crise institucional, do que da questão econômica e das regras trabalhistas. Evidentemente, que sempre incomoda ao capital o direito dos trabalhadores, isso é uma coisa da natureza da relação capital e trabalho, só que se aproveitam

desse momento de crise para retirarem direitos.

Então, concluindo, queria dizer da importância da participação de vocês nesse debate. Precisamos debater, a sociedade precisa debater e discutir, precisa ter uma participação social. Não somos nós, 513 deputados e 81 senadores, que temos a solução para esse problema. Os setores da elite estão se mobilizando o tempo todo para obter uma saída de acordo com os interesses deles e a sociedade precisa se mobilizar para que haja uma outra saída. E a forma que a sociedade tem como participar é ela votando, é ela debatendo, é ela exercendo o princípio constitucional mais importante da nossa Constituição, “que todo poder emana do povo”, e isso deve ser exercido. Por isso, para que o poder emane do povo, precisamos ter eleições Diretas Já!

Obrigado Gente!!!!

CARTA DE SOBRAL



CARTA DE SOBRAL

CONGRESSO INTERNACIONAL SAÚDE E SOCIEDADE

Sobral, junho de 2017

Nós, participantes do Congresso Internacional Saúde e Sociedade – caminhos da saúde enquanto projeto societário -, realizado em Sobral, Ceará, no período de 31 de maio a 03 de junho de 2017, em tempos de ameaça aos direitos e conquistas sociais afirmamos que é preciso defender a democracia. Para tanto, apresentamos a Carta de Sobral com a intenção de divulgar, refletir e discutir a relação intrínseca entre saúde e sociedade. Este Congresso buscou um necessário encontro entre produtores de conhecimentos, tomadores de decisões e sociedade civil com a finalidade de estreitar vínculos e diminuir o fosso entre universidade, sistema de saúde e sociedade. Representou, ainda, o estímulo à interiorização como expressão de superação de iniquidades ao ser realizado em um município do semiárido cearense e agregar expoentes pesquisadores, legisladores, executivos, trabalhadores, estudantes do cenário nacional e internacional em diálogo com a potência local de Sobral na gestão de políticas públicas, com ênfase na saúde e na educação.

Portanto, para um sistema de saúde público, adequadamente financiado e bem governado:

Conclamamos aos Governos Federal, Estaduais e Municipais a:

1. Fortalecer o papel do Estado na promoção de políticas sociais;
2. Não implementar políticas de austeridade fiscal. Reconhecer que gastar em saúde, educação e saneamento são investimentos sociais com impactos econômicos no Produto Interno Bruto (PIB) e na produtividade

nos serviços, indústria e agricultura;

3. Não apoiar um sistema social e econômico que acelera a acumulação de capital e resulta em concentração extrema de riqueza, pois ele é inconsistente com o alcance de metas de equidade, um dos princípios constitucionais do SUS;

4. Agir para eliminar práticas trabalhistas de empresas que prejudicam a saúde, causam danos ao meio ambiente, e comprometem o bem-estar social;

5. Considerar o princípio da equidade nas práticas de atenção e gestão em saúde;

6. Reconhecer que a participação de cidadãos em decisões de saúde é um direito, e não uma concessão;

7. Utilizar estratégias que fortaleçam e protejam o direito universal à saúde;

8. Expandir a compreensão das ameaças que afetam populações vulneráveis e marginalizadas;

9. Estimular que todos os setores reconheçam o impacto de suas políticas sobre a saúde humana e o bem-estar;

10. Demonstrar um uso melhor e mais transparente da política e do poder;

11. Considerar o princípio da equidade nas práticas de atenção e gestão em saúde;

12. Incorporar a educação permanente em saúde como estratégia de gestão e desenvolvimento profissional;

13. Criar uma Fundação Municipal de Pesquisa, para o apoio no desenvolvimento científico e tecnológico na saúde;

14. Inserir a saúde em todas as políticas públicas.

Convidamos os Cidadãos a:

15. Corresponsabilizar-se pela promoção da saúde, conseqüentemente pela promoção da vida;

16. Não tratar a saúde como objeto de consumo;

17. Não qualificar a iniciativa privada na saúde como mais eficaz, efetiva e eficiente;

18. Participar de uma reflexão crítica sobre seu papel como protagonistas no exercício da cidadania;

19. Exercer seu potencial transformador para mobiliar as universidades, os governos e a sociedade civil para avançarmos nas políticas e processos de promoção da equidade.

Estimulamos os Trabalhadores a:

20. Encantar-se por servir ao público;

21. Adotar novos processos para alcançar participação social efetiva, maior autonomia dos trabalhadores, ação intersetorial e abordagens interdisciplinares;

22. Utilizar evidências como instrumento para mudança social positiva;

23. Desempenhar um papel ativo, por meio do uso de múltiplas intervenções, e de condições que garantam apropriação dos métodos e ativação das pessoas com quem trabalham;

24. Desenvolver e implementar tecnologias leves de cuidado;

25. Incorporar os princípios da educação popular em saúde nas práticas de cuidado.

Rogamos ao Judiciário:

26. Que ao sentenciar determinando o cumprimento das ações, garantindo direitos, possa refletir, no entanto, se não há espaços para mediação política e científica, de modo a não adotar posturas que afrontem as situações não informadas por evidências.

Exigimos da Mídia:

27. Que exerça seu papel de concessionária de serviços públicos, informando com honestidade intelectual os avanços (e retrocessos) do SUS nos últimos 27 anos.

Tensionamos Estudantes, Docentes e Instituições de Ensino em:

28. Fomentar a politização na formação dos profissionais da saúde em defesa do SUS;

29. Comprometer-se, continuamente, com o fortalecimento da visão crítico-reflexiva dos docentes e discentes;

30. Desenvolver competências para atuar no SUS, a partir da mobilização de recursos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos;

31. Promover uma formação que contemple o conceito ampliado de saúde de forma a contribuir com profissionais comprometidos com a assistência integral e não apenas para o desenvolvimento de técnicas;

32. Colaborar com a construção de uma relação mais igualitária entre as diferentes categorias profissionais da área da saúde, estimulando uma formação que valorize a interdisciplinaridade;

33. Implicar os estudantes para uma participação social ativa;

34. Promover o estudo contextualizado das ciências sociais e políticas, para que os estudantes possam compreender a relação entre a teoria e a

realidade;

35. Conhecer os espaços de participação social e buscar o engajamento nos movimentos sociais;

36. Provocar a constituição de espaços colegiados na formação em saúde que estimulem pensamento crítico-reflexivo-participativo;

37. Voltar-se para as comunidades, conhecer suas necessidades e atuar no desenvolvimento de tecnologias que possam atendê-las;

38. Produzir ciência e inovação com cunho social.

ORGANIZADORES



Percy Antonio Galimberti - Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo, Especialista em Psiquiatria pela Comunidade Terapêutica Infância/Instituto de Psiquiatria Social/ABP, Especialista em Saúde Coletiva pela UEL/Abrasco, Mestre em Sociologia pela Pontifícia Universidade Católica/São Paulo, Doutorado em Political Economy and Public Policies (The University of Texas at Dallas, USA). Professor de Psiquiatria e Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), *campus* Sobral. Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da UFC/*campus* Sobral.



Izabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque - Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Vice-Reitora e Docente do Curso de Enfermagem da UVA. Docente Permanente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC/Campus Sobral. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família Nucleadora UVA. Pós-Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem/ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Líder do Grupo de Pesquisa OBSERVA-SUS - Observatório de Pesquisas para o SUS (DGP/CNPq). Membro do Grupo de Pesquisa GEPAG/UNIFESP.

Dentro do tema geral do Congresso Internacional “Saúde e Sociedade - Caminhos da saúde enquanto projeto societário”, acontecido em fim de maio e começo de junho de 2017, apresentamos aqui: reflexões sobre o Sistema Único de Saúde, e as ameaças do momento político que o Brasil atravessa; sobre a Estratégia Saúde da Família, e a importância da mesma para a população brasileira; sobre a Atenção Psicossocial no Brasil, os avanços implementados pela Reforma Psiquiátrica e os retrocessos já evidentes com o desmonte das redes iniciado pelo governo Temer; sobre a importância da formação dos profissionais de saúde, arquitetando e construindo o alicerce responsável por uma visão mais holística e humanista, que leve em conta não apenas os fatores biológicos, mas que integre os determinantes sociais no estudo do processo saúde-doença; e também apresentamos uma leitura sociopolítica do percurso de desenvolvimento urbano da cidade de Sobral e sua relevância como Polo Metropolitano.

