

Roseni Pinheiro
Alcindo Antonio Ferla
Ruben Araujo de Mattos
Organizadores



GESTÃO EM REDES:

Tecendo Fios da Integralidade em Saúde

EDUCS – CEPESC – IMS/UERJ
Rio de Janeiro 2006

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

Conselho Editorial

Alcindo Antonio Ferla (UCS), Emerson Elias Merhy (FM-UNICAMP), Kenneth Rochel de Camargo Jr. (IMS-UERJ), Madel Therezinha Luz (IMS-UERJ), Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES), Mary Jane Spink (PUC-SP), Ricardo Burg Ceccim (UFRGS), Roseni Pinheiro (IMS-UERJ), Ruben Araujo de Mattos (IMS-UERJ), Yara Maria de Carvalho (USP)

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar

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

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

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.ims.uerj.br/cepesc

Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde

Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)

1ª edição / agosto 2006

Copyright © 2006 by Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araujo de Mattos

Capa: S. Lobo

Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: S. Lobo

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira e S. Lobo

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

Esta publicação contou com apoio de OPAS/OMS, CEPESC e IMS-UERJ

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ / REDE SIRIUS / CBC

G393 Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: EdUICS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006.

112p.

ISBN 85-89737-29-2

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública – Administração – Brasil. 3. Saúde – Planejamento - Brasil. 4. Política de saúde – Brasil. I. Pinheiro, Roseni. II. Ferla, Alcindo Antônio, 1967- III. Mattos, Ruben Araujo de. IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. V. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 614.008.5(81)

Impresso no Brasil

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

SUMÁRIO

Apresentação	05
Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos, Alcindo Antonio Ferla	
1. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS	09
Francini Guizardi, Roseni Pinheiro, Felipe Rangel Machado e Tatiana Delaai	
2. Novos espaços e estratégias na gestão em saúde pública: notas sobre parcerias entre Conselhos de Saúde e Ministério Público ...	25
Felipe Rangel de Souza Machado, Roseni Pinheiro, Francini Lube Guizardi, Tatiana de Laai, Felipe Dutra Asensi e Thiago Bruno S. V. da Silva	
3. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde	37
Luiz Carlos de Oliveira Cecilio e Norma Fumie Matsumoto	
4. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte	51
<i>Helvécio Miranda Magalhães Júnior</i> e Roseli da Costa Oliveira	
5. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman	65
Lélia Maria Madeira e Elysângela Dittz Duarte	
6. Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança: o papel das redes na estratégia de suporte à desinstitucionalização	81
Ana Paula Guljor e Cristina Vidal	
7. Integralidade: implicações em xeque	97
Emerson Elias Merhy	

APRESENTAÇÃO

Participação, necessidades e gestão do cuidado: construindo os fios estratégicos das redes de integralidade em saúde

Esta coletânea inaugura a série Saúde Participativa, do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, destinada a discutir e refletir criticamente sobre temas concernentes às práticas de gestão do cuidado na saúde em diferentes níveis analíticos, a partir de experiências no Sistema Único de Saúde.

Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde reúne textos que buscam apresentar o fio da meada de questões que têm nas análises de experiências de gestão local de saúde o principal foco de reflexão. Neste sentido, pensar as estratégias e táticas de constituição de redes de serviços que tenham como eixo a integralidade das ações de saúde evidencia uma possibilidade auspiciosa de combinar proposições analíticas sobre o modo de produção cotidiana da gestão do cuidado em saúde.

Para iniciar a discussão, Guizardi *et al.* apontam algumas questões sobre os modos de produção da gestão no SUS, destacando a participação, a democracia institucional e a competência como componentes explicativos e operativos capazes de ultrapassar o caráter normativo dos processos decisórios e propõem a lógica da competência centrada nas relações e em seus efeitos – a abertura de novos espaços institucionais efetivamente democráticos e reconfiguradores para o principal objeto da gestão: as relações no trabalho na saúde. Redes de práticas participativas reescrevem tecnologias de gestão e de organização do trabalho.

Na esteira de novos espaços e parcerias, Machado *et al.* identificam contradições entre a “constituição cidadã” e direitos que na prática dificilmente são efetivados. Registram que os princípios universais do SUS – entre os quais universalidade do acesso e integralidade das ações de saúde – podem oferecer importantes subsídios para dimensionar esse problema. Os autores apresentam notas sobre as parcerias entre Conselhos de Saúde e Ministério Público, como iniciativas inovadoras de novos arranjos institucionais que constituem

um regime de resolução de conflitos com a qual a gestão cotidiana da saúde se torna mais porosa às necessidades de saúde. Redes de práticas interinstitucionais fazem avançar a garantia de direitos à saúde.

Em seguida, três textos falam de redes de práticas nos serviços de saúde e nas estruturas de gestão transformam a diretriz ética e legal em possibilidade no cotidiano do SUS.

Com o tema “necessidades de saúde”, Cecílio e Matsumoto oferecem valiosa contribuição, propondo uma taxonomia operacional das necessidades de saúde, cuja principal preocupação é construir um referencial teórico-analítico, fruto de trabalhos anteriores que têm na sistematização de possibilidades interpretativas no campo da saúde um caminho para estudos e processos formativos em saúde. A produção conceitual, também ela uma prática, amplia aqui as práticas de gestão voltadas para a integralidade, formando uma rede em que conceitos e práticas de gestão dialogam com essa diretriz ética e legal da saúde.

No plano das práticas cotidianas da gestão, Magalhães Júnior e Oliveira discutem as dificuldades da efetiva operacionalização do princípio da integralidade no SUS, a partir das várias possibilidades de conceituação, partindo da afirmação da importância do seu cumprimento na formulação de respostas às necessidades individuais e coletivas apresentadas pela população no seu conjunto. Os autores propõem a linha de cuidado como potente ferramenta para desenvolver uma estratégia de operacionalização do princípio da integralidade, cujos subsídios têm no sistema municipal de saúde de Belo Horizonte uma experiência de realização.

Em perspectiva semelhante, mas focalizada na gestão de uma unidade hospitalar, Madeira e Duarte discutem a qualidade da assistência hospitalar, em particular a assistência à mulher e ao recém-nascido, como um campo rico de produções coletivas que mantêm a alteridade com as usuárias. Forjam-se novos arranjos institucionais ancorados na efetiva participação social e no protagonismo dos usuários, para resolução de conflitos e respostas afirmativas às necessidades apresentadas pelas usuárias do Hospital Sofia Feldeman – instituição lócus da reflexão. São redes de práticas híbridas, embasadas na idéia de participação, acenando para a viabilidade do SUS e a capacidade de produzir nomadismos orientados pela integralidade, mesmo nos serviços que muitas vezes se confundem com o gradiente tecnológico com que operam.

Guljor e Vidal apresentam uma análise sobre o papel das redes na estratégia de suporte à desinstitucionalização no âmbito da saúde mental, a partir do estudo sobre o centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança, refletindo sobre os diferentes arranjos institucionais e as experiências paradigmáticas no campo da saúde mental no estado do Rio de Janeiro.

Por fim, Merhy, de forma vigorosa, trata do tema da integralidade, colocando em xeque as implicações do uso do termo “integralidade”, buscando construir um tenso e produtivo diálogo com os trabalhadores em saúde, sobre o significado de serem protagonistas de projetos de ação comprometidos com os sentidos radicais que o termo deve carregar, entre os quais a afirmação da vida, individual e coletivamente, profundamente vinculados a um modo ético-político de se posicionar no mundo das práticas produtoras de vidas. Coletivos e indivíduos em tensões criativas, em torno de seus fazeres, tornam-se mais sujeitos de seus destinos, mais comprometidos com a produção da sua liberdade como liberdade no outro. A rede aqui é formada pelas práticas dos trabalhadores no cotidiano dos serviços, gerando integralidade pela capacidade de alteridade e pelo compromisso e implicação ética com a vida.

No entanto, a presente coletânea é apenas o fio da meada de pensamentos e práticas de integralidade em saúde que a antecedem e que esta tem intenção de fortalecer e ampliar. Para além de sua intencionalidade, o vigor e a potência das contribuições aqui colocadas evidenciam que a análise das práticas de integralidade representa boa fonte de inovações para o fortalecimento do SUS. Bem mais forte e efetiva que as grandes abstrações analíticas de alguns teóricos que vêm tentando enfraquecê-la.

Esperamos que os leitores apreciem a leitura e que esta possa contribuir em suas reflexões em coletivos de trabalho em saúde. Afinal, o novo das redes de integralidade se constitui, como vimos nas análises que compõem este primeiro número da série, das práticas participativas grávidas da vontade de construir o SUS e o cuidado com a vida.

Roseni Pinheiro
Alcindo Antonio Ferla
Ruben Araujo de Mattos

Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS

FRANCINI LUBE GUIZARDI^{*}
ROSENI PINHEIRO^{**}
FELIPE RANGEL DE SOUZA MACHADO^ˆ
TATIANA DELAAI^{ˆˆ}

Introdução

A temática da gestão exige-nos o debate acerca dos rumos tomados com a reforma sanitária, como um convite a confrontá-los com o compromisso de transformação social que a fundamenta. Talvez o ponto de partida desse exercício seja a percepção de que permanece o desafio de radicalização de seu projeto democrático, sem o qual a luta pela atenção à saúde – em outras palavras, a luta pela concretização na realidade social dos princípios que organizam o SUS - assume o caráter restrito de acesso e consumo de serviços.

Neste sentido, é preciso indagar quais são hoje as fronteiras¹ a avançar e superar no SUS. Uma breve retrospectiva de seu processo de consolidação nos mostraria o grande avanço em sua institucionalização, em especial os instrumentos de organização da atenção. Destaquem-se, a esse respeito, o impacto das normas operacionais e a reorganização da atenção primária, com a estratégia do Programa de Saúde da Família

^{*} Psicóloga; mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: fguizardi@hotmail.com.

^{**} Sanitarista; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; professora adjunta do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

^ˆ Sociólogo; mestre e doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; pesquisador do LAPPIS. Endereço eletrônico: feliperangel@lappis.org.br.

^{ˆˆ} Antropóloga e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: tatianadelaai@lappis.org.br.

(PSF). Esses são importantes exemplos de artifícios institucionais que responderam pela estruturação do SUS em âmbito nacional, por sua significativa capilaridade em tão abrangente contexto e num período histórico relativamente curto. O PSF, por exemplo, atingiu a cobertura de quase 70 milhões de pessoas em dez anos de implantação, chegando muitas vezes a localidades antes desprovidas de qualquer forma de assistência (BRASIL/MS, 2004).

A presença marcante de artifícios normativos aponta, também, qual tem sido a tendência hegemônica na elaboração e efetivação das políticas de saúde. Em razão dela, e não negligenciando os avanços alcançados em sua implementação, alguns indícios nos fazem questionar se os desenhos institucionais que hoje configuram o SUS respondem plenamente aos desafios de democratização das políticas do setor, perspectiva que orienta o direito constitucionalmente assegurado à saúde. Enormes são as resistências micro e macropolíticas, assim como ainda se revelam grandes os obstáculos confrontados no cotidiano dos serviços. Castanheira (2000, p. 222) ilustra alguns, entre os quais: “os conflitos entre a necessidade institucional de estabelecer normas para o atendimento e as necessidades mais imediatas trazidas pelos usuários”. Ou ainda, “o conflito entre os interesses de grupos de trabalhadores da unidade, e de cada trabalhador individual, com as normas da instituição, de um lado, e com as demandas dos usuários, de outro”.

Para entender a organização que hoje caracteriza o SUS e sua relação com as questões colocadas pelo dia-a-dia do sistema, é útil retomar o contexto histórico de luta por sua concretização. Tomamos como referência um período, especialmente situado na década de 70, em meio ao regime militar, em que a assistência pública à saúde foi fortemente mercantilizada. Imperava um modelo assistencial considerado hospitalocêntrico, pautado pela demanda espontânea e fundado na prática médica liberal, por alguns autores também identificado como modelo da consulta (SCHRAIBER, 1990).

Em face desse quadro, a luta por um sistema público de saúde universal e equânime foi identificada com o referencial teórico da epidemiologia e com as correntes que tinham por objeto o planejamento e a planificação das políticas públicas, especialmente representadas na CEPAL. Grande exemplo foi a experiência paulista de programação em saúde na década de 80, direcionada à construção de um “modelo sanitário de controle sobre a doença e sobre as condições de saúde da população” (SCHRAIBER,

1990, p. 20), que tinha como princípio e instrumentos:

“Os conceitos de *magnitude, vulnerabilidade e transcendência*, nos quais funda a eficiência e a eficácia de seu subseqüente projeto de ação. Também é seu o princípio de recortar a realidade por meio dos *danos*. Através disso é que essa técnica passa a se aproximar das necessidades sociais pela via das doenças, mas que são *coletivamente* tomadas, e será a partir dessa abordagem (epidemiologia das enfermidades e das mortes) que propõe a intervenção: as práticas de saúde” (SCHRAIBER, 1990, p. 21).

A normalização e a racionalização das práticas, em decorrência dessa trajetória, foram fortemente identificadas com o projeto de reforma sanitária, como caminho impreterível para a construção de um outro modelo assistencial, delineando como conseqüência os modos de gestão das políticas de saúde e a especificidade das responsabilidades que configuram a inserção institucional do gestor.

Não haveria como questionar essas características sem associá-las à tradição que tem orientado os modos de gestão modernos. Motivo que nos reporta a sua emergência histórica, marcada por necessidades específicas do modo de produção que se configura a partir do final do século XIX, com o desenvolvimento do capital monopolista. A conseqüente reordenação do processo de trabalho das grandes indústrias, expressa particularmente pela Administração Científica do Trabalho, de Frederic Taylor, e pelas propostas organizacionais de Fayol, tornaram necessária essa nova função no processo produtivo.

“A introdução de maquinário pesado, sua concentração, e o maior parcelamento do trabalho, com a emergência de inúmeros trabalhos especializados e com a cisão entre momentos de concepção e execução, são mudanças que exigem a incorporação de uma atividade que reúna o conhecimento do processo global de produção. [...] É este novo trabalho que recompõe as ações parcelares e exige conhecimentos de caráter globalizador que passa a ser ocupado pela gerência, e é o domínio desse conhecimento que lhe permitirá desenvolver técnicas de supervisão e controle do trabalho. Esta tarefa também lhe permite a reorientação do modo de operar cada uma das etapas do processo de trabalho, redefinindo-lhe o conteúdo no sentido de aprimorar o processo de divisão do trabalho, permitir maior controle e otimizar sua capacidade de produção” (CASTANHEIRA, 2000, p. 224).

Nesse contexto, a emergência da gerência sinaliza, principalmente, a redução da autonomia dos trabalhadores sobre a tarefa, condição legitimada pela separação nas organizações sociais entre o momento da concepção e o da execução. Nos serviços públicos de saúde, a gerência possui, ainda,

a incumbência de fazer a mediação entre as políticas públicas, as opções de governo e o projeto ético, técnico e político que o SUS representa.

Como afirma Campos (2000), não obstante seus compromissos democráticos, a efetivação do SUS seguiu os cânones dessa racionalidade gerencial hegemônica, marcada pelo exercício do controle e da disciplina. Os baluartes desse modelo são os mecanismos de indução financeira responsáveis pela implementação dos programas verticais e das normas operacionais que estruturaram o sistema – forma de condução que deixa transparecer a premissa de uma grande concentração de poder no “núcleo central” da gestão e a respectiva limitação da autonomia dos demais segmentos e sujeitos implicados.

“A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos a eles)” (CAMPOS, 2000, p. 23).

Não seria, afinal, coincidência que grande parte dos problemas identificados (como os relacionados anteriormente) no cotidiano do sistema diga respeito à relação dos sujeitos com as normas que organizam a produção dos serviços no SUS. A tentativa de exercer um controle eficaz é viável apenas se acompanhada de formas de contenção, ou mesmo de eliminação, das subjetividades singulares na concretização das tarefas. Em certa medida, podemos imaginá-las como instrumentos de garantia do sistema, apesar dos sujeitos que o compõem.

Essas considerações não pretendem advogar a possibilidade de organizações sociais sem recursos e instrumentos institucionalizados. Não é por esse caminho que pretendemos conduzir a problematização da gestão. Como já colocamos, nosso objetivo é pensar as possibilidades que os modos de gestão apresentam de construção de novas formas de participação, que não somente as delineadas pelos muros da representação. Interessa-nos, para tanto, repensar a tendência predominante observada na construção dos mecanismos de planejamento e gestão, na qual a “hipervalorização de técnicas de objetivação e, portanto, de uniformização, arrefeceu em muito a preocupação dos saberes em saúde com a subjetividade e a cultura de seus clientes” (CAMPOS, 1994, p. 251).

A tendência se explica em parte pela preocupação de transformar o modelo assistencial a partir da integração das práticas clínicas e sanitárias.

A despeito da legitimidade histórica de tais objetivos, não há como desconsiderar que:

“nunca será possível, através da epidemiologia e das ações programáticas, normalizar toda ou mesmo a maior parte da demanda espontânea. Há nela uma dimensão que escapa aos nossos instrumentos técnico-sanitários, e embora tendo expressão aparentemente individual é histórica e socialmente condicionada” (CAMPOS, 1994, p. 76).

A proposta de discussão dos modos de gestão em seus atravessamentos com as possibilidades de participação remete à impossibilidade de total centralização do processo decisório. É preciso enfatizar que esse “ato de gerir” não é jamais estritamente uma tarefa técnica (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEME, 1990), como tampouco é uma tarefa exclusivamente determinada pelo gestor. Ainda que sob a égide de normas e instrumentos operacionais de controle, os trabalhadores gerem e configuram a assistência prestada, ao escolherem agir numa ou noutra direção. Mesmo que em “discretos gestos”, escolhem estabelecer determinadas relações com os demais profissionais e com a comunidade. Atualizam velhos modelos ou delineiam novas possibilidades. Assim como o fazem a comunidade e os usuários singulares, ao procurarem um pronto-socorro para resolver uma queixa que tecnicamente é considerada relativa à atenção primária. Ou ainda, quando visitam a rezadeira antes de dirigir-se à equipe de saúde da família para tratar a diarreia da criança, ou quando retornam aos profissionais dessa equipe, efetivando uma contra-referência que inexistia no cotidiano da prática profissional. Igual condição podemos referir às demais inserções que compõem o SUS: gestores hospitalares, os diferentes profissionais, conselheiros, coordenadores de nível central etc.

Algumas vezes pequenas, outras vezes mais aparentes, essas escolhas convertem as normas e desenhos institucionais em atos de pessoas referidos a pessoas. É nelas que a instituição mostra-se “vida”; é com elas que o direito à saúde ganha materialidade. São essas pequenas escolhas que tornam a concepção racionalista do sistema de saúde um modelo frágil e sempre deficitário.

“o denominado ‘sistema de saúde’ é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora” (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p. 199).

Cecílio e Mehry (2003, p. 199) nos propõem pensar o “sistema” como uma “rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços”. Ou seja, o sistema se torna rede porque nenhum conceito ou estratégia racionalizadora é capaz de antever e engessar as movimentações sociais. Mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada por normas, protocolos e programas, todos esses sujeitos, com suas diferentes inserções, são um pouco autores desse desenho institucional e de seus fluxos singulares em cada contexto, pois não se pode esquecer que normas e instrumentos somente existem como prática social em situações reais, históricas. Esse aspecto coloca um grande desafio aos modos de gestão, já que tal vitalidade depende da percepção de que sua intervenção diz mais respeito à construção de relações do que à estrita normalização do processo de trabalho.

Neste sentido, a separação entre os momentos de concepção e execução se revela frágil. Se, de fato, à gestão cabe “gerir a coordenação” dos processos de trabalho sob sua responsabilidade, isso não deve representar a centralização do poder de decisão acerca deles. Afinal, são nessas decisões que a assistência ganha forma e intencionalidades; são nessas decisões – poderíamos dizer, em termos foucaultianos, micropolíticas – que os sujeitos implicados podem exercer sua capacidade normativa, podem exercer a participação como ela própria uma atividade de saúde.

Participação, saúde e democracia institucional

A norma, fundamento da racionalidade gerencial hegemônica, que arroga para si a exclusividade de sua determinação, remete necessariamente à eleição de valores. Na medida em que se institui uma referência de normalidade, alguns valores são eleitos em detrimento de outros e se afirmam então como constitutivos dos parâmetros nos quais uma desejada normalidade é reconhecida. Em outras palavras, a norma, o normal, apenas existe como escolha de valores, ainda que sendo usualmente feita de forma equivalente à compreensão naturalizada de saúde.

“O elemento que circula do disciplinar ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações, e que permite controlar a ordem do corpo e os feitos de uma multiplicidade humana é a norma” (CAPONI, 1997, p. 300 - tradução nossa). Essa dimensão, em verdade alicerce da normalidade, não é evidente em si mesma. Implícitos e pouco enunciados em suas implicações, os valores que fundamentam a compreensão do normal e, portanto, das normas que o organizam, não são debatidos democraticamente nas instituições.

Caponi (1997), em seu texto sobre estatuto epistemológico do conceito de saúde na obra de Canguilhem, apresenta uma interessante leitura do institucional como o âmbito alheio aos enunciados e discursos, como precisamente o não-discursivo. Em grande medida, essa definição explica e explicita o silêncio característico nas instituições acerca dos valores que pautam suas normas.

Esse aspecto não pode ser dissociado da forma como a gestão se concretiza. Como expusemos, sendo relação e não substância ou lugar passível de ser possuído, o exercício do poder não é jamais completamente expropriado dos sujeitos implicados, o que faz com que essa forma de gestão apenas seja possível com a limitação da autonomia desses sujeitos, muito embora ela permaneça intervindo como elemento essencial de determinação dos processos sociais. Daí a necessidade de centralização da capacidade de governo e de acesso aos instrumentos e dispositivos formais desse exercício. Como pensar a democracia nesse cenário?

Quanto a essa pergunta, é interessante analisarmos como se têm concretizado os espaços públicos de participação no SUS, em especial no que diz respeito à dialogia como condição ética da existência efetiva desses espaços. Reportamo-nos tanto ao cotidiano dos serviços, como aos conselhos locais, municipais e estaduais de saúde.

Em diversos estudos (PINHEIRO, 1995; GUIZARDI, 2003, TATAGIBA, 2002; SOARES; RIBEIRO, 2003; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; PESSOTO; NASCIMENTO; HIEMANN, 2001; BORGES, 2003) tem-se observado que a fala dos demais segmentos além dos gestores, em especial os usuários, não é inserida no diálogo articulado nesses espaços. É forçada a um lugar de quase invisibilidade, não fossem os desconfortos que esse exercício de poder de anulação do outro inevitavelmente gera. A principal estratégia desse “não-conversar” são as várias formas como o saber é usado como artifício de relações de poder. Com frequência, a legitimidade da argumentação técnico-científica impõe o silêncio às experiências dos sujeitos, desautorizando sua expressão e posicionamento, ao se colocar como requisito ao diálogo. Relação de poder em que a deliberação e gestão política do SUS configuram como espaço restrito ao Poder Executivo.

Um exemplo seria a freqüente impossibilidade de reconstrução do sentido das palavras por parte dos usuários, como no caso de seus representantes nos Conselhos de Saúde, que muitas vezes não conseguem

acessar as informações trazidas pelo Poder Executivo. A inviabilidade da troca que assim se coloca pode ser mais bem compreendida quando se verifica que essa dinâmica se deve em parte à não-percepção dos usuários como portadores de um saber válido. Esse é um exemplo de como, nos modos de gestão que historicamente caracterizaram os serviços de saúde, não há abertura para a alteridade que as diferentes inserções dos atores no SUS introduzem na arena política. A experiência dos conselhos (PINHEIRO, 1995; GUIZARDI, 2003, TATAGIBA, 2002; SOARES; RIBEIRO, 2003; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; PESSOTO, NASCIMENTO; HIEMANN, 2001; BORGES, 2003) mostra-nos com clareza que não há como o debate público nutrir-se da transversalidade da atividade, dessa gestão sempre presente no cotidiano nos sujeitos, sem que eles possam recuperar e formalizar, por meio de novos conceitos, seu fazer. Sem isso, os conhecimentos e saberes requisitados e gerados em seu viver cotidiano não têm como “entrar em disputa” política com aqueles que já orientam as práticas nas instituições.

Um episódio presenciado no trabalho de campo de uma das pesquisas realizadas (GUIZARDI, 2003) ilustra bem isso. Numa reunião, a representante de uma comunidade periférica fez um desabafo emocionado, quase ao fim, depois de duas horas de informes e conversas técnicas das quais não participou, sobre o caso de uma gestante de sua comunidade que perdeu a criança em função da peregrinação pelos postos de saúde, em particular pelo mau atendimento recebido em um deles. A fala dessa senhora despertou uma série de outros relatos nos demais representantes dos usuários, grande parte contando experiências marcadas pela falta de respeito dos profissionais. Depois de se justificar, falando da existência de uma maternidade recém-inaugurada, encerrando assim a reunião, a secretária (presidente do Conselho), cujo discurso tendia sempre à “valorização da cidadania da população”, queixou-se com outros conselheiros de que os usuários “sempre fazem isso, sempre trazem casos isolados” e nunca discutem a organização do sistema. Ou seja, toda a experiência de uso concreto dos serviços, das dificuldades enfrentadas pela população, as formas encontradas e manejadas para o enfrentamento dessas situações, nada disso diz respeito à organização do sistema.

Somos aqui confrontados com uma tradição de concentração das decisões, pautada pela verticalidade descendente das informações, uma tradição da qual os sujeitos que vivem as políticas pouco ou nada sabem;

para a qual o planejamento dessa esfera, supostamente pública, apenas se pode dar pelo recurso aos saberes disciplinares, numa dinâmica em que a concepção é anterior e exterior à execução das políticas. Uma pretensão de intervir no viver desde uma exterioridade forjada.

Dado o peso dessa tradição, o projeto político do SUS só pode se concretizar se esses saberes são colocados em discurso, ainda que este, por definição, não expresse toda a complexidade e inventividade da experiência cotidiana desses sujeitos. É preciso produzir ferramentas de comunicação que permitam recriar o uso das palavras para e pela atividade. Usos *linguajeiros* que se afirmem como ações, como artifícios de intervenção simbólica em objetos reais. Nessa medida, usos que conformem novos e outros sentidos para o real, que não aqueles do silenciamento e da exclusão dos atores implicados. Nesse sentido, a participação é basicamente uma atividade de linguagem.

Mas é preciso, sobretudo, que os atores e segmentos sociais, historicamente excluídos da deliberação acerca da gestão das políticas públicas, reconheçam esses espaços como espaços de disputa, nos quais seu saber é requisitado como estratégia política de constituição de realidades sociais. Sem isso os serviços de saúde tendem a expressar o movimento de permanência nos registros que organizam as normas antecedentes das instituições.

Frente a esses desafios, Campos (2000, p. 41) propõe “um método para análise e co-gestão de coletivos”, cujos principais objetivos são “o fortalecimento dos sujeitos (em sua capacidade de análise e intervenção) e a construção de democracia institucional”. Imaginamos que essa é uma perspectiva interessante, na medida em que remete a democracia à capacidade de ser normativa, o que implica, necessariamente, possibilidade de co-gestão dos processos coletivos.

“Todo homem quer ser sujeito de suas normas. A ilusão capitalista está em acreditar que as normas capitalistas são definitivas e universais, sem pensar que a normatividade não pode ser um privilégio. [...] A vida não é, a bem da verdade, segundo nós, senão a mediação entre o mecânico e o valor, é dela que se tiram por abstração, como termos de um conflito sempre aberto, e por isso mesmo gerador de toda experiência e de toda história, o mecanismo e o valor. O trabalho é a forma que toma para o homem o esforço universal de solução do conflito” (CANGUILHEM, 2001, p. 121).

A participação no SUS poderia colocar-se, assim, como uma discussão sobre a construção dessa democracia institucional, sobre a publicização

dos processos decisórios, pois não existem opções estritamente técnicas que justifiquem a centralização do poder de governo. Ao contrário, a tarefa de repensar a gestão apenas pode ser abordada na opção pela politização da técnica. O ponto de partida deve ser o “tornar políticas” as ações e seu cotidiano, no sentido de expor suas implicações com a configuração da assistência, seus efeitos sobre a coletividade. Em outras palavras, trata-se da explicitação, de “tornar público” o debate dos valores que permeiam e embasam essas decisões.

A partir dessa compreensão, os desenhos institucionais esboçados no SUS nos levam a questionar as decisões que os tornaram possíveis, as opções técnico-políticas que os embasam. Falamos, aqui, do desafio de constituição de espaços públicos que dêem visibilidade aos processos decisórios que os determinam. É no âmbito da gestão desses processos, nos territórios reais onde ocorrem, que podemos pensar a participação social. A participação como sendo ela própria uma atividade de luta e saúde. Esses são dois sentidos dificilmente separáveis – saúde e luta – já que, seguindo o caminho delineado por Canguilhem (CAPONI, 1997, p. 291 – tradução nossa), a saúde seria essa capacidade de “enfrentar e superar as infidelidades do meio”, a margem de segurança que nos permite confrontar os fracassos, erros e desafios inerentes à vida. Distante da alternativa de manutenção perene de qualquer equilíbrio, a saúde é justamente esse movimento de luta pela vida, pela condição de ser sujeito em suas trilhas, autor de seus percursos. Em outras palavras, não apenas o movimento de adaptar-se, mas a luta em ser normativo.

“É preciso pensar em um conceito de saúde capaz de contemplar e integrar a capacidade de administrar de forma autônoma essa margem de risco, de tensão, de infidelidade, e por não dizê-lo, de ‘mal-estar’ com o qual inevitavelmente todos devemos conviver” (CAPONI, 1997, p. 30 - tradução nossa).

Tornar a normatividade que regula as práticas de saúde no SUS objeto de disputa política não pressupõe, como preconiza o regime de saberes da sociedade disciplinar, a necessidade de legitimação do especialista. Não se pretende, entretanto, supor serem os conhecimentos científicos dispensáveis, mas somente conferir visibilidade aos efeitos de poder que engendram ao serem afirmados como porta-vozes exclusivos da verdade do corpo e dos sujeitos. Há, inclusive, uma dimensão da experiência humana que somente é acessível àquele que a vive, o que torna sua participação fundamental na definição de como as políticas públicas podem

ou devem intervir em sua saúde.

Ainda que demarcado pela singularidade da experiência individual, consideramos importante destacar, no plano dos processos saúde-doença, suas implicações políticas, já que a possibilidade do exercício normativo implica necessariamente a coletividade. E é nesse exercício que tanto saúde como doença adquirem significados e limites, não havendo como separar esses âmbitos de intervenção. Nessa medida, o público (não se leia aqui inadvertidamente o estatal) é uma arena de disputa normativa incontornável. Essa compreensão não responde, contudo, a um problema recorrente: o de que as políticas públicas não podem sobrepor-se à autonomia dos sujeitos. Saúde e autonomia são sentidos que não podem ser dissociados. Mas essa garantia depende, ela própria, de uma luta que remete à coletividade, à instituição de outras normas, à construção de outros dispositivos de participação na disputa pelos valores a serem legitimados e institucionalizados.

À guisa de conclusões: o desafio da competência e as possibilidades de produção de novos modos de gestão

As questões aqui abordadas remetem à necessidade de repensar os modos de gestão do sistema de saúde, já que o cotidiano das instituições expõe as limitações que a tradição gerencial e de planejamento enfrentam na concretização dos projetos e programas elaborados. Poderíamos resgatar, a título de exemplificação, algumas das dificuldades vividas por inúmeras equipes de PSF na transformação do modelo assistencial que pauta e fundamenta suas práticas: a ineficácia do sistema de referência e contra-referência, ou seja, as dificuldades no diálogo e efetividade dos (chamados) demais níveis de complexidade; a inserção dos agentes comunitários, a falta de delimitação e compreensão de sua inserção na equipe e a necessidade que eles enfrentam de inventar uma outra forma de ser profissional de saúde (no que muitas vezes recorrem aos territórios profissionais já instituídos: o desejo de se tornarem auxiliares de enfermagem); a dificuldade de assumir uma responsabilidade coletiva nas equipes, persistindo as definições e fronteiras corporativas nas práticas profissionais; a manutenção de padrões hierárquicos e valores característicos do modelo biomédico; o confronto entre a representação idealizada do programa e a demanda de serviços e ações de maneira imediata e emergencial (TELES; PEDROSA, 2001).

Esses são apenas alguns dos inúmeros exemplos possíveis que nos demonstram que a realização concreta de programas como esse vai muito além de sua adequada formulação, ou da criação de mecanismos de controle burocratizados. Eles nos indicam que não basta estabelecer objetivos, novos instrumentos de produção de informação, reorganizar os processos de trabalho e reformular a composição das equipes, construir novas unidades e disponibilizar verbas, inclusive grandes investimentos em capacitação. De fato, essas dificuldades nos confrontam com os limites das tentativas de reformar as instituições sem alterar as relações de poder que as conformam. É nesse ponto que o debate sobre a competência, ao nosso ver, incide. Entendemos por competência uma negociação complexa, individual e coletiva, em busca da eficácia da ação, que requer dos sujeitos tanto a apropriação das normas e saberes que antecedem a situação imediata de trabalho, como a gestão das variabilidades inéditas que essa situação apresenta em sua historicidade.

Neste sentido, a competência requer a construção de outras relações com a atividade que não aquelas de execução do antevisto, do prescrito. Poderíamos também dizer que requer outras relações entre os profissionais, a chefia e as comunidades, que não as tradicionalmente construídas nas formas hegemônicas de intervenção no campo da saúde. É preciso, enfim, reinventar o trabalho, pois com a transformação dessas diversas interações ele adquire outras composições, outros sentidos.

Talvez seja essa a principal reflexão a ser trazida para o SUS: como podemos construir outros sentidos para nossas práticas (e aqui nos referimos tanto às práticas profissionais, como as dos usuários e seus representantes), que nos permitam produzir saúde (além da prevenção e controle da doença, para não dizer da normalização dos sujeitos)?

Produzir saúde reclama, portanto, ressignificar os sentidos do trabalho através do exercício das capacidades normativas dos sujeitos, colocar em debate os valores que o orientam, o que envolve a própria configuração institucional das alternativas de intervenção. É importante, quanto a esse ponto, destacar que em última instância essa sempre é uma tarefa local, que deve implicar a autonomia dos sujeitos que irão vivenciá-la. Sem isso, se torna frágil a exigência de sua responsabilização e co-reponsabilização em relação às atividades de que participam, já que se trata de formas de implicação que se constroem quando situadas como contrapartidas da autonomia e da descentralização da tomada de decisão. Como salienta

Zarifien (2001), responder por é assumir valores de envolvimento pessoal; acrescentaríamos, é assumir-se co-autor dos processos em questão.

“A relação que um indivíduo pode estabelecer entre a série de atos que realiza em seu trabalho e o sistema de valores que orienta esses atos, valores aos quais adere com sinceridade, pode ser chamada de ‘sentido’ particular dado a uma atividade profissional. O indivíduo precisa reconhecer-se nesses valores. Precisa aderir a eles com conhecimento e convicção pessoais. Contudo, ao mesmo tempo, em uma atividade profissional é preciso que esses valores sejam compartilhados. Esses valores são éticos, no sentido de que regulam os comportamentos concretos dos indivíduos e que estes, ao mesmo tempo, aderem a eles. [...] Na lógica da competência, os valores não são impostos de forma hierárquica ou tecnocrática: encontrando certo consenso, implícito ou explícito, eles emergem e podem ser formalizados” (ZARIFIEN, 2001, p. 124).

Reinventar o trabalho, escapando assim das pesadas instituições que demarcam o campo da saúde. Objetivo que confronta os sujeitos à necessidade de analisar e compartilhar as implicações das situações que enfrentam, instrumentalizando, em função delas, a co-responsabilidade com a formalização de compromissos coletivos (ZARIFIEN, 2001). Mais do que redividir tarefas (como no caso do PSF, em que os profissionais de enfermagem respondem necessariamente pela administração do posto de saúde) ou mesmo inventá-las (o melhor exemplo seriam os agentes comunitários de saúde, cujas tentativas de construção de relações diferenciadas com a comunidade freqüentemente esbarram nas resistências da equipe, traduzidas por estratégias de deslegitimação de sua função), é preciso compartilhar sentidos e significados que direcionem o trabalho coletivo, articulando as competências necessárias em função deles (e não o inverso: determinar o objetivo do trabalho a partir dos postos de trabalho, da configuração corporativa das profissões). Tarefa delicada, sem a qual, contudo, não são desfeitas as fronteiras corporativas que desenham os processos de trabalho em saúde, configurando os limites da atuação das equipes. Fronteiras e muros cuja persistência (que mobiliza diversos recursos de poder, pautados historicamente no assujeitamento do outro) atravança a construção de cadeias de cooperação que permitiriam a criação de novas iniciativas, ou mesmo de novas formas de intervenção, uma vez que freqüentemente essas experiências requerem a mobilização de uma rede de atores e instituições, sendo dificilmente levadas adiante por indivíduos isolados. “Um dos efeitos mais importantes da utilização da lógica da competência é que ela exige que a autonomia de ação, ainda

que sempre tenha raízes na competência técnica, possa concentrar-se nos efeitos relacionais produzidos” (ZARIFIEN, 2001, p. 97).

Nisso se situa sua potência: o foco nas relações e em seus efeitos. Centralidade que expõe os dispositivos de poder que respondem pela restrição da capacidade de governo da vida da maioria. Com certeza, ao reconfigurar o objeto da gestão – não mais resultados e produtos, mas as relações no trabalho –, a lógica da competência incita a redefinição dos instrumentos de seu controle, da divisão das tarefas, das condições propiciadas para sua efetivação, em suma, a redefinição do próprio sentido do trabalho e da organização das instituições.

Quem sabe, portanto, propicie a discussão sobre o que seja e o que se deseja da ação de participar. Talvez a partir daí os espaços institucionalizados deixem de reproduzir as relações de força que os sujeitos vivenciam no cotidiano do sistema de saúde, e se revelem abertos à reinvenção das possibilidades democráticas no SUS.

Referências

- BORGES, S. F. A representação das associações de moradores nos Conselhos de Saúde. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7. Brasília, 2003. *Livro de Resumos II*, Rio de Janeiro: Abrasco, 2003, p. 456.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. D.O.U., Brasília, 28 dez. 1990.
- CAMPOS, G. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. *Um método para análise e gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. *Pro-posições*, v. 12, n. 2-3, p. 109-121, jul.-nov. 2001.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico de salud. *História, Ciências, Saúde*, v. 4, n. 2, jul-out. 1997.
- CASTANHEIRA, E. R. L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 197-210.
- CÓRTEZ, S. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 7, ano 4, p. 18-49, jan.-jun. 2002.
- GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.670-1.681, nov-dez., 2004.
- GONÇALVES, R. B. M., SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.
- GUIZARDI, F. L. *Participação política e os caminhos da construção do direito à saúde: a experiência da*

Pastoral da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HIEMANN, L. S. A gestão semi-plena e a participação popular na administração da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, jan-fev. 2001.

PINHEIRO, R. *Conselhos de Saúde: o direito e o avesso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

SCHAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SOARES, N. R. F.; RIBEIRO, M. S. Levantamento da realidade dos Conselhos de Saúde e dos Conselhos no Estado do Mato Grosso. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7. Brasília, 2003. *Livro de Resumos II...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2003, p. 450.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-104.

TELES, J. B. M.; PEDROSA, J. I. S. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.621-1.628, nov-dez. 2002.

ZARIFIEN, P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001.

Nota

¹ Usamos o termo *fronteira* em sua significação de limite que delimita o reconhecimento de pertencimento a determinado território, ou seja, o (s) limite(s) que nos confronta(m) com o diverso, com o que se constitui como alteridade às nossas construções de sentido.



Novos espaços e estratégias na gestão em saúde pública: notas sobre parcerias entre Conselhos de Saúde e Ministério Público

FELIPE RANGEL DE SOUZA *MACHADO*^{*}

ROSENI PINHEIRO^{**}

FRANCINI LUBE GUIZARDI^{***}

TATIANA DE LAAI^{****}

FELIPE DUTRA ASENSI^{*****}

THIAGO BRUNO S.V. DA SILVA^{*****}

Cenário atual e a emersão de novos sujeitos

O processo de construção do Sistema Único de Saúde tem-se desenvolvido ao longo dos anos paralelamente a uma intensa discussão a respeito de seus limites e possibilidades de atuação. Esses limites decorrem de barreiras criadas por uma lógica financeira, em oposição ao pleno desenvolvimento dessa política social – concretamente, uma das mais completas e consistentes já implementadas no Brasil¹. O impedimento desnuda a seguinte contradição: a própria “Constituição Cidadã”, assim declarada no ato de sua proclamação, garante direitos na área da saúde que na prática não vêm sendo assegurados em sua plenitude, uma vez que cerceados pela referida lógica de mercado. Uma análise substancial dos princípios fundamentais do SUS, notadamente a “universalidade do acesso” e a “integralidade das ações de saúde”, é capaz

^{*} Sociólogo; mestre e doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; pesquisador do LAPPIS. Endereço eletrônico: feliperangel@lappis.org.br.

^{**} Sanitarista; doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; professora adjunta do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

^{***} Psicóloga; doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: flguizardi@hotmail.com.

^{****} Antropóloga e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: tatianadelaai@lappis.org.br.

^{*****} Graduando em Ciências Sociais pela UERJ; graduando em Direito pela UFF e bolsista de Iniciação Científica do LAPPIS. Endereço eletrônico: felipedml@yahoo.com.br.

^{*****} Graduando de História pela UERJ e Bolsista de Iniciação Científica do LAPPIS.

de nos fornecer valiosos subsídios no dimensionamento do problema. Um estudo acurado desses princípios evidencia a necessidade de se olhar a prática cotidiana dos serviços de saúde muitas vezes em desacordo com o enunciado na Carta Magna.

A contradição tem tido maior evidência conforme a consolidação das instituições democráticas brasileiras, na medida em que estas se tornam cada vez mais permeáveis ao diálogo e ao debate com a sociedade civil, e a própria participação de amplos segmentos sociais, que adquire maturidade no enfrentamento de questões relevantes à própria dinâmica dessas instituições. Exemplo desse processo tem sido a tentativa, por parte de novos agentes do SUS, de materialização dos direitos assegurados constitucionalmente. A estratégia privilegiada de disputa de tais agentes por novas reivindicações tem incidido sobre o campo do Direito, esfera que tem oferecido garantias efetivas na luta pela superação das contradições mencionadas entre direitos constitucionais, até então abstratos, e as práticas concretas das políticas públicas de saúde.

A atuação dos novos agentes é representativa de uma tendência de mudança, ainda não hegemônica, do paradigma de cidadania vigente, caracterizado pela mera delegação eleitoral, para uma participação ativa nos rumos das políticas públicas. No que concerne a este trabalho, interessam à análise do novo modelo de participação o papel representado pelos seguintes atores institucionais: a) o sujeito empenhado na materialização do direito à saúde – o Conselho de Saúde; b) o sujeito canalizador dessa reivindicação – o Ministério Público; c) o sujeito responsável pela execução das políticas públicas de saúde – o gestor de saúde; e, finalmente, d) o sujeito avaliador da legitimidade da ação perpetrada pelos dois primeiros sujeitos contra o terceiro – o Poder Judiciário.

O presente artigo se propõe a discutir a atuação dos agentes envolvidos na política de saúde no Brasil. Todavia, centraremos esforços na atuação do Ministério Público (MP), dado seu relevante peso na articulação dos demais atores. As questões ora suscitadas, apesar de obedecerem a uma abordagem predominantemente teórica, por se compreender serem necessárias algumas generalizações, são oriundas de pesquisa em andamento no LAPPIS².

As funções essenciais à Justiça e o Poder Judiciário

O direito à saúde se insere nos chamados direitos de titularidade difusa e coletiva. Segundo Ingo Wolfgang Sarlet, esses direitos “trazem como nota

distintiva o fato de se desprenderem, em princípio, da figura do homem-indivíduo, como seu titular, destinando-se à proteção de grupos humanos (família, povo, nação), e caracterizando-se, conseqüentemente, como direitos de titularidade coletiva ou difusa” (SARLET, 2001, p. 52). São, assim, novas facetas do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, que traduz a idéia de que “o Estado existe em função da pessoa humana, e não o contrário, já que o homem constitui a finalidade precípua, e não meio da atividade estatal” (SARLET, 2001, p. 103). A dignidade do ser humano, portanto, constitui-se, a um só tempo, como limite e tarefa dos poderes do Estado.

Em decorrência disso, para além dos direitos individuais, existem direitos que dizem respeito à sociedade como um todo. As instituições judiciárias devem, portanto, se adequar à nova modalidade de direitos, tornando-se mais dinâmicas. Como afirma José Eisenberg (2002, p. 53), “o direito deve ser uma instituição flexível, capaz de aprendizado e sensibilidade para reagir às necessidades sociais e às aspirações humanas”. Os principais atores envolvidos no processo de concretização desses direitos são o Poder Judiciário e, precipuamente, os órgãos que compõem as funções essenciais da justiça, dispostos na Constituição – a saber, o advogado, o Ministério Público, a Advocacia-Geral da União, os Procuradores dos Estados e do Distrito Federal, e a Defensoria Pública.

No Poder Judiciário – esfera de poder do Estado responsável pela atividade jurisdicional – a atuação para a concretização de direitos ocorre mediante provocação de quem se sentir lesado pela ação ou omissão de outro; do contrário, tal instituição deve se manter estática enquanto não for chamada à resolução do conflito. É necessário, pois, que existam instâncias dinâmicas para garantia de direitos, como o caso do Ministério Público, cuja função é justamente “ativar o Poder Judiciário em pontos em que este remanesceria inerte, porque o interesse agredido não diz respeito a pessoas determinadas, mas a toda coletividade” (BASTOS, 1998, p. 414), não precisando ser, ademais, provocado para exercer sua função.

Segundo a Constituição, o MP é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbido da defesa: da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses individuais indisponíveis (imanescentes à personalidade humana e pertencentes a uma coletividade) e dos direitos

coletivos e difusos (caracterizados por abranger jamais indivíduos ou grupos singulares, mas sim aqueles que possuem necessariamente algo em comum)³. Para tanto, é necessariamente autônomo e, conseqüentemente, não se encontra submetido a nenhum dos Poderes da República. Trata-se de uma instituição de regulação não eleita, na qual a sociedade encontra possibilidades de legitimação de suas demandas, assim como a Defensoria Pública, que, ao contrário do MP, é um serviço de assistência judiciária gratuita de caráter *individual* destinado à garantia dos direitos dos financeiramente desfavorecidos.

A atuação do MP, dos Conselhos de Saúde e o lugar do direito

Embora existam o Ministério Público Estadual, composto por Promotores de Justiça, e o Federal, por Procuradores da República, observa-se que, nas localidades estudadas, a atuação de ambos na área da saúde acontece de maneira integrada, senão complementar. A inexistência de conflitos em suas distintas competências e prerrogativas permite diluir suas fronteiras. Sendo assim, para efeito de exposição, iremos nos referir indiscriminadamente às atuações do Ministério Público Estadual e do Ministério Público Federal.

O Ministério Público fundamenta suas atividades em torno de dois eixos: a fiscalização dos gestores e prestadores de serviço, e a mediação de conflitos entre todas as instâncias da saúde pública, inclusive entidades representantes de classe (Conselhos de Medicina, Farmácia, Enfermagem etc.) e outras associações da sociedade civil (GAPA, Associação de Renais Crônicos, de Obesos, dos Donos de Farmácia etc.).

Os Conselhos de Saúde, não obstante, são os principais parceiros na atuação do MP. Isto pode ser inferido facilmente nas assembléias dos Conselhos de Saúde estadual e municipal em uma das localidades estudadas, pois há sempre a participação de pelo menos um representante do MP. Existem vantagens para ambos os lados advindos desse espaço de mútua cooperação; ao mesmo tempo em que se enriquece de recursos a atuação dos Conselhos, estes legitimam a ação do MP na defesa dos direitos coletivos.

A associação entre Conselhos de Saúde e o MP tem sido, por essa razão, prática cada vez mais recorrente na referida localidade. Os procuradores e os promotores justificam a parceria pelo interesse do MP em *entender* mais apropriadamente as necessidades da sociedade, para que se torne mais receptivo às suas demandas. O diálogo entre as duas instâncias

é exemplo evidente de como é possível ao MP escapar a práticas paternalistas de tutela que dirijam ou simplesmente substituam a atuação efetiva da sociedade civil. Pelo contrário, como assinalou Werneck Vianna:

“Pode-se afirmar, portanto, que, entre a sociedade e o MP, a relação não é tanto de assimetria e dependência da primeira *vis-à-vis* o segundo, e sim de interdependência, que, quanto mais se consolida, mais legitima os novos papéis do MP (VIANNA, 2002, p. 445).

Além disso, esse espaço de encontro se tornara fundamental na supressão de um hiato que divorciava a sociedade civil de um Estado de direitos – fundamento da cidadania democrática, inibindo a realização das prerrogativas constitucionais do MP de contribuir para o saneamento das necessidades daquela. Conforme observou um dos profissionais do MP:

“Há uma dificuldade nossa de comunicação com a sociedade. Como é que nós vamos nos comunicar a partir desse mundo que nós temos, um mundo jurídico, um mundo técnico, como é que nós vamos conseguir sair disso pra ir pra sociedade?”

O questionamento é significativo do amadurecimento dessa instituição em reconhecer a distância entre os mundos do Direito e a prática social cotidiana; é expressão, ainda que precária, de como o MP tem-se debruçado sobre o processo de formação de seu próprio saber, ainda bastante apegado a aspectos estritamente técnicos, sem quaisquer vínculos com a prática. Além de o profissional de Direito não ser formado para lidar com questões que fujam à lógica da normatividade escrita, “a tradição jurídica brasileira tem pouca experiência na questão do Direito Sanitário. Este direito não é ensinado na universidade nem no curso de Direito como cadeira obrigatória” (COSTA; DODGE 1995, p. 11). O informe técnico número 19 da OPAS é mais contundente em relação à dificuldade dos graduados em Direito para lidar com outras situações que não aquelas especificadas na lei ou relativas a conceitos mais amplos.

“Essa formação, supostamente técnica e centrada nas características gramaticais e estáticas das leis postas pelo Estado, menospreza as abordagens multidisciplinares. Não é sensível aos novos conflitos e movimentos sociais, às novas demandas por direito e justiça e, até mesmo, aos novos modelos de luta e organização jurídica da sociedade” (CAMPILONGO, 1192, p. 2).

Os profissionais do MP, aos se depararem com um contexto novo de atuação – a área de políticas públicas, mais especificamente da saúde – são induzidos a repensar sua prática jurídica, apoiada num modelo ora

inaplicável, ou, quando muito, insuficiente para responder de maneira satisfatória aos novos estímulos provocados pelo contato epidérmico com essa realidade antes tão afastada das cadeiras da universidade, dos escritórios de advocacia, dos fóruns, tribunais etc. De acordo com um dos profissionais entrevistados:

“A outra dificuldade é o fato de que nós, da área do Direito, não somos formados pra atuar na área de políticas públicas. A nossa formação jurídica, a lógica do Direito é uma lógica binária, é a lógica do ‘tem direito ou não tem direito’, saúde pública, assim como outras áreas de políticas públicas, a lógica é outra; é a lógica de buscar a melhor solução dentro do que está disponível do ponto de vista técnico, financeiro, de recursos humanos – é buscar este possível”.

A importância da associação do MP com os Conselhos de Saúde está, portanto, em estes serem um dos canais de acesso mais apropriados na busca desse possível, uma vez que são instâncias legítimas de proposição e fiscalização das ações de saúde. A aproximação do MP com a sociedade civil é também percebida por Werneck Vianna, em estudo sobre o MP em outra localidade, no qual ele afirma:

“[O Ministério Público], ao desempenhar suas funções constitucionais nas ações coletivas, não se tem comportado como expropriador de papéis da sociedade. Verificou-se, ao contrário, uma consistente e emergente presença da sociedade nessas ações, seja como autora de ações judiciais, seja na provocação do Ministério Público” (VIANNA, 2002, p. 484).

A presença do MP junto às instâncias de participação da sociedade civil as qualifica sobremaneira, tanto em termos simbólicos, quanto em termos práticos. A atuação dos conselhos frente aos gestores torna-se mais consistente e eficiente graças à autoridade que lhes é investida por um representante do MP. Ao incorporar táticas, técnicas e enunciados – a saber, a própria lógica de compreensão e de atuação específica ao campo do Direito no exercício de suas competências –, os conselhos não apenas alteram seu modo de abordar problemas e de propor soluções, mas se tornam principalmente aptos a ensejar novas questões na área, tanto do direito quanto na saúde. No entanto, deve-se considerar que as ações do profissional do MP, seja de fiscalização dos gestores e prestadores de serviços, seja no intuito de mediar conflitos nas demais instâncias da saúde, seriam infrutíferas se não fosse a contribuição dos conselheiros. Logo se observa que o MP, longe de apenas encontrar nos conselhos a legitimação de sua autoridade, também encontra ali espaço, meios e objeto definidos para sua atuação.

O MP, em sua aliança com os conselheiros de saúde, amplia largamente suas possibilidades de ação, na medida em que, como mencionado, passa a perceber de forma mais consciente as rugas de uma dinâmica social que antes, por sua perspectiva distanciada, lhe pareciam planas. Por esta razão, o MP vislumbra outras estratégias para solução de conflitos existentes entre os gestores e os conselheiros de saúde, e altera substancialmente sua prática de intervenção. Ao associar sua atuação aos grupos da sociedade civil,

“a atividade dos agentes do sistema jurídico, bem como a dos agentes sociais em direção a ele, são interpretadas enquanto ação política que busca, no plano da aplicação do direito, soluções e resoluções para dilemas oriundos de conflitos sociais” (EISENBERG, 2002, p. 46).

É importante mencionar que, ao denominar como “ação política” a atuação do MP, de forma alguma se sugere que esta seja partidária. Entendemos política como uma forma mais ampla de ação. Até mesmo porque “confundir a política com o direito é certamente um risco para qualquer sociedade democrática” (CITTADINO, 2002, p. 18). As normas escritas da Constituição, por exemplo, são o ponto de partida da discussão dos movimentos sociais e base para a própria solução jurídica. Frequentemente, o campo do Direito é instigado a tomar decisões com conseqüências políticas, pois os questionamentos dos conselhos extrapolam em muito aquela, já aludida, racionalidade binária do Direito. Werneck Vianna (2002, p. 348), neste sentido, esclarece que, segundo Gramsci, o direito “não se reduz a um instrumento de controle social nem de garantia da ação dos agentes econômicos no mercado. Para ele [Gramsci], o direito se deve tornar um lugar de mudança social, ao admitir como uma de suas fontes o domínio da sociedade civil”.

Diferentemente do Poder Judiciário, a postura do MP ante a lei e a própria Constituição é de uma compreensão mais ampla, não se apegando exclusivamente à “forma do texto”. O MP é um organismo em contínuo movimento, pois tem sido capaz de absorver, assimilar e participar ativamente das transformações sociais. A partir dessa atuação, pode-se pensar numa espécie de “papel pedagógico” na sociedade. Nos dizeres de Gramsci, o Direito é “filosofia que se afirma em ato”, portanto, está destinado a cumprir importante papel de caráter educativo e criativo na mudança social. “O Direito deve, sem perder sua integridade como súmula de princípios da vontade geral, responder às demandas emergentes da vida social” (VIANNA, 2002, p. 359).

Os novos espaços de interlocução na saúde e os instrumentos de atuação

As procuradorias e promotorias têm revelado um potencial de interlocução entre a sociedade e o Estado, fomentando, de forma específica, o acesso direto da sociedade civil às questões referentes ao espaço público. Isso vem acontecendo conforme o conceito de J. Habermas de “ação comunicativa”, segundo o qual o debate e o diálogo travados nas esferas públicas podem, através da evocação de valores como a “razão”, “verdade”, “retidão” e “inteligibilidade” gerar ações políticas efetivas na dissolução dos conflitos. Tais valores, segundo seu pensamento, devem ser levados em consideração para se obter consenso e entendimento na arena política, o que, como elucidamos, vem-se construindo com a consolidação progressiva das instituições democráticas, cada vez mais permeáveis à sociedade civil.

Os canais de diálogo no interior do MP são espaços que articulam práticas relacionadas à gestão de políticas públicas, já que neles os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas encontram-se implicados. Essas práticas são engendradas pelo MP no momento em que este assume a postura de mediação de conflitos entre esses atores em sua interface com a gestão. A utilização do instrumento do “inquérito civil” – onde há a prerrogativa de intimação – auxilia esse processo, caracterizando o MP como um espaço tanto de resolução extrajudicial de conflitos, como de formulação de novas propostas e projetos na área da saúde, justamente por ser arena de uma ampla negociação política. Esse papel de mediação pode ser exemplificado, a seguir, pela fala de um dos profissionais do MP:

“O gestor não estava conseguindo por si próprio a abertura de alguns hospitais. O que acontecia? Chamavam o MP lá, o que ele percebia? Que os diretores dos hospitais com a presença do MP tinham uma outra postura. Aquela questão do medo da sanção, o medo da sanção fazia com que esses gestores [dos hospitais] viessem a participar do processo”.

Todavia, como se apreende do trecho acima, o MP tem-se investido mais de um certo “poder simbólico” do que precisamente de um poder sancionador. Embora a sanção não seja descartada, não cabe ao MP aplicá-la; somente o Judiciário tem essa autoridade e prerrogativa. Aliás, se avaliarmos mais atentamente a questão em termos de saúde pública, cogitar a possibilidade da sanção torna-se ainda mais difícil, pois não há legislação específica que preveja a aplicação de penas ao administrador,

exceto em casos nos quais ocorre lesão ao patrimônio público, danos morais que firam os direitos coletivos, ou ainda uso indevido do dinheiro público⁴.

Segundo os relatos, dos quais se destaca o seguinte, os juízes encontram grande dificuldade para julgar os casos impetrados pelo MP ou pelos conselhos, por deficiência mesmo de formação adequada às políticas públicas de saúde e conseqüente desconhecimento de suas questões correlatas.

“Nessa passagem para o Poder Judiciário nós encontramos até hoje uma grande dificuldade, porque todo aquele nosso processo de capacitação, de conformação para atuar em questões de saúde que levou, no meu caso, vários anos, obviamente nós não podíamos exigir que o juiz em um processo entendesse esse processo todo de políticas. Quando passávamos a bola para o Poder Judiciário, o que significava entrar com uma ação judicial, a gente percebia que o resultado na maioria das vezes ia ser negativo.

Desta maneira, a atuação do MP tem convergido para as fases pré-processuais, baseadas principalmente no inquérito civil, visando a estabelecer compromissos e acordos políticos entre os diversos atores em conflito. O MP costuma recorrer, sempre que possível, a pactos informais e extrajudiciais, valendo-se sobretudo de sua influência e autoridade simbólica. Assim, em boa parte dos casos, o dissenso é contornado sem que haja necessidade de encaminhar processos à Justiça. “Um simples telefonema, uma visita ou um ofício podem resolver a questão”, conforme atesta um dos profissionais do MP. No entanto, se falham essas iniciativas na busca pelo consenso e resolução das demandas pleiteadas pelos Conselhos de Saúde junto aos gestores, o MP vem constantemente lançando mão dos Termos de Ajustamento de Conduta, considerados instrumento preferencial em substituição à Ação Civil Pública.

O Termo de Ajustamento é uma espécie de contrato de compromisso entre as partes em desacordo, que visa a estabelecer a responsabilização dos gestores em corrigir problemas específicos de demanda e, além de compreender propostas claras de possíveis soluções, também estipula prazos de execução. Embora seja um pacto mediado pela ação do MP, ele prescinde de quaisquer processos judiciais; em contraposição, a Ação Civil Pública necessariamente tramita perante o Poder Judiciário até ser resolvida.

O uso cada vez mais freqüente, pois, dos Termos de Ajustamento como estratégia por excelência de ação do MP no campo da saúde deve ser examinado atentamente para se entender com exatidão seu êxito no processo de resolução dos litígios. Não se trata tanto de discriminar as características particulares dos Termos de Ajustamento em contraposição

às da Ação Civil e, a partir daí, delas depreender o porquê do uso preferencial de um em detrimento da outra, mas sim de compreender como tal uso recorrente é significativo de uma alteração substancial na lógica da atuação do mesmo MP. Não há qualquer característica intrínseca a esses instrumentos que designe forçosamente sua escolha para a resolução dos casos relativos à saúde, visto que antes era justamente a Ação Civil Pública o instrumento corriqueiro aplicado a esses mesmos casos.

Foi a partir da aproximação do MP e dos conselhos que se observou maior ênfase na prática de aplicação dos Termos de Ajustamento de Conduta. Isso torna relevante, portanto, que o papel desempenhado por determinada técnica não são necessariamente seus atributos inerentes, mas, de fato, é uma certa finalidade específica da qual ela é investida em um contexto próprio de disputa de forças, sem o qual tais atributos não fariam sentido. É a lógica que rege o campo da Saúde Pública que, ao interferir na prática do MP, confere sentido de ação ao Termo de Ajustamento; de outro modo, não seria ele nem preferencial, nem necessário. A parceria entre o MP e os conselhos originou um *novo regime de resolução de conflitos*, que imprimiu aos Termos de Ajustamento de Conduta o caráter primordial de *estratégia de ação* em saúde.

Deve-se esclarecer, contudo, que não foi o uso mais freqüente desse instrumento que o transmutou numa estratégia privilegiada de ação, mas, pelo contrário, foi a partir da nova compreensão das forças em jogo no campo específico da saúde pública, propiciada pela aliança com os conselhos, que os Termos de Ajustamento foram reorientados conforme esse *novo paradigma de ação* do MP. A lógica jurídica do “tem ou não tem direito” não se mostra mais aplicável – logo, ineficiente para enfrentar os conflitos mais comuns na saúde. Desta maneira, não por acaso, regidos pela “lógica do possível”, isto é, pela noção da necessidade de concretizar em ações dos gestores os preceitos abstratos do direito à saúde, os Termos de Ajustamento passaram a reorganizar mais harmoniosamente os elementos discordantes no campo. Assim, esse instrumento foi alçado ao papel estratégico de ação do MP e dos conselhos, não por mera escolha aleatória, mas por se fazer necessário à rearticulação de forças antagônicas no campo da saúde através do consenso, do acordo e do diálogo.

Esse novo regime de resolução de conflitos se funda não mais na prática técnica formal jurídica, mas parte da compreensão ético-política, no campo da saúde, de que esses valores, muito próprios ao que Habermas

define como “ação comunicativa”, são um dos caminhos mais viáveis para solução das demandas e necessidades em saúde, bem como na criação de novos direitos que fortaleçam a participação social e, por conseguinte, a cidadania.

Referências

- BASTOS, C. R. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 1998.
- BODSTEIN, R. C. A cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 185-204, abr-jun. 1997.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências*. Desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. *Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências*. Gestão dos serviços de saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- CAMPILONGO, C. F. *O trabalhador e o direito à saúde: a eficácia das normas jurídicas de proteção à saúde do trabalhador*. Brasília: OPAS, 1992 (*Informes Técnicos* n. 19).
- CITTADINO, G. Judicialização da política, constitucionalismo democrático e separação dos poderes. In: VIANNA, L. W. (Org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.
- COSTA, A. A. R.; DODGE, R. E. F. O Ministério Público e o Direito à Saúde. *Conjunt. Saúde*; v.20, p. 10-16, mai-jun. 1995.
- DAGNINO, E. Cultura e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S. E.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (Orgs.). *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
- DALLARI, S. G. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- DALLARI, S. G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, n. 6, v. 30, p. 592-601, 1996.
- DUTRA, D. J. V. *Razão e consenso em Habermas: a teoria discursiva da verdade, da moral, do direito e da biotecnologia*. Florianópolis: UFSC, 2005.
- EISENBERG, J. Pragmatismo, direito reflexivo e judicialização da política. In: VIANNA, L. W. (Org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- FERLA, A. A.; SANDRA, M. S. F. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 1993.
- TELLES, V. S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- VIANNA, L. W.; BURGOS, M. Revolução processual do Direito e democracia progressiva. In: VIANNA, L. W. (Org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

Felipe Rangel de Souza Machado *et al.*



Notas

¹ Vários autores já trataram desse tema em seus trabalhos, tais como Pinheiro e Mattos (2001, 2003 e 2004); Ferla e Fagundes (2002) e Brasil/Ministério da Saúde (2002e 2002a).

² Essa pesquisa, realizada em quatro municípios brasileiros – Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Pirai (RJ) e Aracaju (SE) – intitula-se *Estudos multicêntricos sobre o direito à saúde: as relações entre o Ministério Público e a sociedade civil* e conta com o apoio do CNPq.

³ Mais propriamente, os direitos coletivos e difusos representam interesses que transcendem o âmbito de proveito individual, atingindo área de benefício de um grupo indeterminado de pessoas, e que, inegavelmente, possuem preponderante carga de natureza pública.

⁴ Está em tramitação no Congresso o Projeto de Lei nº 4.604, de 2004, de autoria de Roberto Gouveia, que dispõe sobre responsabilização sanitária dos agentes públicos e estabelece penalidades administrativas para um gestor em saúde que traga prejuízo para a população.



Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO*
NORMA FUMIE MATSUMOTO**

Introdução

A taxonomia de necessidades de saúde e as reflexões apresentadas neste capítulo foram sistematizadas, inicialmente, para criar um referencial teórico-conceitual para conduzir uma pesquisa acadêmica (MATSUMOTO, 1999), mas depois passaram a servir como um bom roteiro para avaliação de serviços, para orientar processos de capacitação gerencial (CECILIO; PIMENTA, 2000) e como eixo para reestruturação de práticas em serviços de saúde. A taxonomia já foi citada em trabalhos anteriores, como Cecilio (2001), mas apenas de forma parcial, de forma que os pressupostos teóricos que a embasaram ainda permaneciam inéditos na forma de publicação. Com este trabalho pretendemos apresentar, de forma mais sistematizada e detalhada, a construção teórica da taxonomia.

Nossas reflexões são devedoras da excelente investigação realizada por Eduardo Navarro Stotz, em sua tese de doutorado (*Necessidades de saúde: mediações de um conceito*), tanto pela exaustiva revisão teórica que

* Médico sanitário e doutor em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP e do Programa Integrado de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas. Pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: cecilioluiz@uol.com.br.

**Enfermeira; especialista e mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – SP. Endereço eletrônico: normamatsumoto@ig.com.br.

faz sobre o tema, como pela indicação que faz da possibilidade de construção de determinada taxonomia de necessidade de saúde como instrumento de investigação.

Adotamos, de forma bem sintética, as seguintes conclusões teóricas daquele autor:

a) embora a saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social dos fenômenos da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares da cada homem ou mulher;

b) as necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes;

c) as necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações decorrentes deste valor: o individual;

d) necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado “livre”, abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela “estrutura” social colocada de forma genérica.

Apresentação e discussão da taxonomia de necessidades de saúde construída pelos autores e utilizada na investigação

Partimos da idéia defendida por Stotz sobre a utilidade de se trabalhar com uma certa taxonomia de necessidades de saúde (NS) que fosse mais “operacional” enquanto instrumento de pesquisa e, podemos completar, de educação em saúde e como roteiro para avaliação e organização da assistência. O autor defende a idéia de que conceitos descritivos e operacionais adotados em determinada taxonomia “precisam ser reconceitualizados para poderem exprimir a dialética do individual e do social” (STOTZ, 1991, p. 136). Esta foi nossa pretensão: assumir uma dada taxonomia de NS construída com determinados conceitos descritivos e operacionais e fazer um esforço por reconceitualizá-los, com base em vários enfoques teóricos. Adotamos uma taxonomia de NS que “dialoga” com distintos enfoques e perspectivas de necessidades de saúde desenvolvidas por diferentes autores, a partir de múltiplas perspectivas teóricas. É uma taxonomia intencionalmente eclética.

Para o autor:

“apesar da crítica geral às teorias centradas no sujeito individual, abstraído de suas relações sociais e desistorizadas [...] que esta vertente liberal-democrática elaborou conceitos operacionais que dão conta da diversidade de situações e de posições do sujeito social” (STOTZ, 1991, p. 63-64).

E a taxonomia das necessidades de saúde desses autores (os funcionalistas) constitui “a forma de colocar o problema da contradição que permeia a relação de uma sociedade baseada no mercado e a intervenção do Estado, obviamente sob o prisma da teoria marginalista” (STOTZ, 1991, p. 64).

Nossa aposta central é que a utilização de determinada taxonomia mais operacional de NS pode ter potência para verificar o quanto as necessidades de saúde estão sendo consideradas – escutadas e atendidas – na operacionalização dos serviços de saúde. Como afirma Stotz,

“simplesmente porque agora se trata de demonstrar que a teoria é capaz de orientar a investigação. Melhor dizendo, queremos saber *como* o conceito de necessidade de saúde, delimitado teoricamente [...] pode ser útil no processo de conhecimento” (STOTZ, 1991, p. 137 – grifo no original).

Também esta foi a pretensão dos autores, tomando a idéia de “processo de conhecimento” de maneira ampliada, qual seja, para além de sua aplicação em eventuais trabalhos de cunho mais acadêmico, temos a pretensão de que a taxonomia possa ser apropriada pelos trabalhadores em processos de educação permanente e produção de novos conhecimentos no e para os serviços de saúde.

Essa taxonomia tentou dar conta de vários aspectos ou enfoques de necessidades de saúde, trabalhados a partir das diferentes vertentes teóricas das Ciências Sociais que deságuam na constituição do campo da Saúde Coletiva, sejam elas de cunho mais funcionalista ou mais devedoras do marxismo, por exemplo. Não houve, como não seria possível, qualquer tentativa de “síntese conciliatória”, mas o esforço de, a partir de uma postura bastante eclética, ir percebendo tanto certas regularidades, como eventuais complementaridades existentes entre as diferentes abordagens. Não é um trabalho com pretensão de originalidade, na medida em que tenta fazer, apenas, uma sistematização e compilação de determinada produção teórica existente relacionada com o tema das necessidades de saúde. O quadro que organiza o conjunto das diferentes contribuições teóricas, sempre na perspectiva de fazer uma certa cartografia das distintas concepções sobre necessidades de saúde (um conceito, por natureza, tão polissêmico), é que resulta no que estamos chamando de uma taxonomia de necessidades de saúde e que apresentamos na seqüência. Na verdade, ele é um quadro-resumo de leituras mais extensas, originárias do trabalho acadêmico já citado (MATSUMOTO, 1999), mas compatível com o espaço que pudemos ocupar na presente coletânea.

Quadro 1 – Uma taxonomia de necessidade de saúde

Necessidades de Saúde	Idéias trabalhadas pelos seguintes autores e/ou "escolas" e/ou modelos de atenção
Necessidade de boas condições de vida	<ul style="list-style-type: none">• No funcionalismo-humanista de San Martín.• Por autores marxistas, como Berlinguer ("doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade") ou Franco ("a saúde como conjunto de possibilidades de vida") e mesmo Castellanos ("A reprodução humana implica a reprodução da vida").• Tais concepções estão operacionalizadas em modelos tecnoassistenciais, como "Cidade Saudável" e SILOS. Fazem parte do discurso clássico da Saúde Pública e de organizações como a Organização Mundial da Saúde ("Saúde para todos no ano 2000").
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	<ul style="list-style-type: none">• Temas desenvolvidos nas clássicas taxonomias de saúde desenvolvidas por Bradshaw e Pineault.• Inclui a concepção de ação programática, tal qual apresentada, entre outros, por Neme e Schraiber.• Inclui a concepção de necessidade individual tal qual apresentada por Campos.
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	<ul style="list-style-type: none">• Incorpora as idéias difundidas por Campos e Merhy, com base em uma "recuperação" do vínculo existente na Clínica.• Incorpora idéias que têm sido de saúde da família trabalhadas no programa (PSF), tal qual a elaborada pelo Ministério da Saúde e adaptada à várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros.• Recupera a idéia do vínculo, como trabalhado por Kloetzel.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida" (construção do sujeito)	<ul style="list-style-type: none">• Incorpora as idéias defendidas por Merhy e Campos, com base nas idéias de Canguilhem: "os modos de andar a vida".• Incorpora idéias do pensamento crítico em Educação em Saúde.

Necessidade de boas condições de vida

O tema das condições de vida aparece tanto no enfoque humanista (de extração funcionalista) como no marxismo.

A saúde, para San Martin (um funcionalista humanista, segundo Stotz), “é um fenômeno vital que se manifesta como unidade relacional do natural e do social, do individual, do coletivo, relação dupla e indissolúvel”. O autor enfatiza que “entre comunidade e sociedade existe uma tensão permanente e as clivagens de classe perpassam pela comunidade, surgem inúmeras necessidades induzidas e outras tantas desconhecidas”. Com base no reconhecimento de que a saúde-enfermidade é um produto global de um complexo de associações causais (dinâmico e permanente) de determinações sociais, o autor preconiza que “*necesitamos con urgencia és un tipo de desarrollo social fundado en las necesidades de la población*” (SAN MARTIN *apud* STOTZ, 1991, p. 72).

Para San Martin, a comunidade “reflete” a sociedade, a estrutura (econômica, social etc.) ocorrendo diferenciações no interior dessa comunidade (SAN MARTIN *apud* STOTZ, 1991, p. 67).

Para caracterizar o enfoque marxista, poderíamos lembrar o pensamento de Berlinguer, que considera a doença como um sinal, sendo expressão da dificuldade na vida de uma pessoa, que “num indivíduo, fenômeno internamente ligado à sua existência privada, é raramente um caso isolado”. Sendo “processos patológicos semelhantes, verificam-se paralelos em outras pessoas, e são expressões de forças produtivas que agem sob a coletividade”. Trata-se de “um sinal coletivo e também individual”. E assim, “a doença é, de fato, com freqüência, ou pelo menos inicialmente, somente a expressão de dificuldades na vida de uma pessoa” (BERLINGUER, 1988, p. 94).

Para o autor, a luta pela saúde tem despertado grandes transformações culturais e sociais e trata-se de “uma maior solidariedade, estimulada pela consciência de que as doenças são expressões de conflitos que se resolvem, pode ser expressa na prevenção, nas ações coletivas de saúde pública” (BERLINGUER, 1988, p. 135):

“[...] para combater este tipo de doença não basta uma ação preventiva específica do tipo técnica (como as vacinações), mas é necessário mudar a maneira de viver, de produzir, de relacionar-se entre os homens. E exatamente para melhorar a saúde que não se pode aceitar passivamente uma realidade que gera doença” (BERLINGUER, 1988, p. 138).

E ainda: “as condições, se impróprias, podem ser modificadas, é necessário reagir, lutar enquanto indivíduo e enquanto grupos de indivíduos” (BERLINGUER, 1988, p. 139).

Franco, segundo Stotz, refere que “a saúde pode ser vista como o conjunto de possibilidades de vida historicamente dada em uma certa sociedade, possibilidades que dependem das forças sociais em luta, no contexto das relações sociais que se encontram envolvidas e condicionadas” (FRANCO *apud* STOTZ, 1991, p. 88). A doença seria, assim, “as dificuldades para reprodução da vida na sociedade e, deste modo, as relações de força desfavoráveis e destrutivas para certos grupos e classes sociais” (FRANCO *apud* STOTZ, 1991, p. 88).

Castelhanos adota “a categoria reprodução social, compreendendo que a reprodução humana implica a reprodução da vida nos ‘momentos’ biológico, econômico, ecológico e ideológico”. Destaca que “essa definição de saúde e doença, além de situar o problema de determinação social, não perde de vista o caráter histórico do processo” (CASTELHANOS *apud* STOTZ, 1991, p. 83).

A idéia de necessidade de boas condições de vida também está expressa em vários modelos tecnoassistenciais de saúde. Segundo Silva Junior (1996, p. 56), a proposta de SILOS (Sistemas Locais de Saúde) tem seu marco conceitual apresentado na XXII Conferência Panamericana, em 1986, sendo ratificado no documento da OPAS-CD 33/14, de 1988, que recomenda:

“[...] um Sistema Local de Saúde deve contemplar a estrutura político-administrativa de um país, definir-se a um espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes neste espaço, responder aos processos de descentralização do Estado e do setor da saúde, às necessidades da população e à estrutura da rede de serviços de saúde e organizar-se para facilitar a condução integral de ações” (OPAS, 1990 *apud* SILVA JUNIOR, 1996, p. 56).

O SILOS destaca, ainda, a centralidade das condições de vida ao referir-se, por exemplo, à necessidade de adoção de mecanismos de dotação de recursos que devem ser orientados para garantir atenção integral à saúde. Deve-se incluir o saneamento básico ou o desenvolvimento de um novo modelo de atenção que possam aumentar a capacidade de análise da situação de saúde de populações, definidas territorialmente, até o nível de microrregiões, reorientar os serviços de saúde para o enfrentamento do conjunto de problemas vivenciados por aquelas populações.

A proposta de Cidade Saudável surgiu em Toronto, Canadá, em 1984. O movimento ganhou adesão de cidades europeias e, sob a articulação da OMS, difundiu-se pelo simpósio de Lisboa, Portugal, em 1986 (SILVA JUNIOR, 1996, p. 58). Tal proposta visa a “construir uma rede de cidades determinadas a procurar, em conjunto, novas maneiras capazes de promover a saúde e melhorar o ambiente” (SILVA JUNIOR, 1996, p. 58). Seu desenvolvimento toma como diretrizes questões que lembram o tema de boas condições de vida como uma necessidade. A saúde como qualidade de vida visa a superar a visão polarizada da medicina sobre a saúde, contemplando as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano. A saúde é vista com respeito à vida e defesa do ecossistema e enfatiza “a intersetorialidade como principal estratégia de articulação política e operacional na promoção à saúde” (SILVA JUNIOR, 1996, p. 59).

Garantia de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida

A idéia da garantia de acesso às tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida está presente em vários autores, entre os quais destaca-se Bradshaw, com sua já clássica taxonomia, que tenta mostrar as diferentes perspectivas segundo as quais podem ser definidas as necessidades de saúde: do ponto de vista do planejador, do técnico ou instituição que oferece os serviços, assim como do indivíduo e coletividade que vêm à procura de acesso às tecnologias (BRADSHAW *apud* STOTZ, 1991, p. 60). Tal taxonomia é construída a partir de quatro tipos de necessidades: necessidade normativa; necessidade sentida; necessidade expressa; e necessidade comparativa.

Pineault elabora também uma taxonomia na qual o estado de saúde pode ser descrito por diferentes códigos de morbidade, nos quais o usuário ou a coletividade vêm à procura de acesso tecnológico (PINEAULT *apud* STOTZ, 1991, p. 61), qual seja: morbidade sentida; morbidade diagnosticável; morbidade diagnosticada e morbidade real.

Em cada uma dessas taxonomias, pode-se reconhecer que, implicitamente, se fala de necessidades identificadas pelos técnicos ou pelos usuários do sistema, traduzidas ou não em demanda, da mesma forma que se está tentando qualificar em que medida os serviços de saúde estão dando conta de como lidar com essas demandas.

Partindo da taxonomia de Bradshaw e Pineault, pode-se ver que, para fazer frente aos diferentes tipos de necessidades de saúde, deve-se lançar

mão tanto das ações de caráter mais coletivo como do atendimento à demanda espontânea por atendimento clínico; ou, ainda, que para se garantir acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, pode-se trabalhar a partir de uma abordagem mais coletiva ou individual.

A abordagem das tecnologias baseadas num recorte mais coletivo pode ser vista nas idéias de Neme, ao falar da programação em saúde, quando afirma:

“a base tecnológica da ação programática implica a utilização de diagnósticos coletivos na definição dos produtos do trabalho; a rigor, portanto, o conhecimento epidemiológico dirige a escolha dos objetos de trabalho. Quer dizer que há uma priorização, uma supremacia de alguns objetos sobre os outros” (NEME *apud* SCHRAIBER, 1996, p. 62-3).

Falar em necessidade de acesso a todas as tecnologias disponíveis inclui, para além das necessidades captadas no plano mais coletivo, através da Epidemiologia, a concepção da necessidade individual tal qual apresentada por Campos. O autor defende a idéia de que não há oposição entre a Clínica e a Epidemiologia, ao afirmar que “não há sentido em opor radicalmente estas duas disciplinas, nem de atribuir à clínica uma base exclusivamente médica, e à Saúde Pública uma Epidemiologia” (CAMPOS, 1994 p. 68), ou ao citar Capistrano, que não há Epidemiologia sem a Clínica, “sem a identificação individual dos casos de doença, ou de risco e até de não-doença” (CAPISTRANO *apud* CAMPOS, 1994b, p. 68).

Para o autor, as necessidades e demandas individuais são expressas pela procura espontânea por serviços de saúde e

“[...] esta demanda também traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais: o direito à vida saudável, ao alívio da dor, a uma velhice ativa e prazerosa. E que o desenvolvimento desta nova consciência tem uma dinâmica que nenhum diagnóstico epidemiológico é capaz de conter; que nenhum Conselho Popular é capaz de representar completamente, a não ser quando a instituição pública for capaz de criar mecanismos para captar estas reivindicações e desejos, expressão do movimento de milhões de pessoas que procuram conforto e ajuda, e que o mercado tão bem aprendeu a respeitar e a manipular” (CAMPOS, 1994b, p. 73).

Necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação)

Campos enfoca que “as viáveis alterações fundamentais na prática clínica” reforçam a idéia do “vínculo profissional/equipe de saúde, sendo o paciente

um dos instrumentos capazes de potencializar transformações nessa prática”. Refere que “a idéia do vínculo prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a construção de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Ou seja, só há vínculo entre dois sujeitos quando se exige que o paciente assuma a condição de sujeito que fala e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994, p. 53). Para o autor, a eficácia da Clínica e da Saúde Pública será resgatada somente pelo “restabelecimento da arte de fala e da escuta entre profissionais e paciente, entre equipe e família, entre instituições médico-sanitárias e sociedade” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994: 55).

Campos trabalha, também, com a noção de vínculo doente/família como responsabilidade de uma equipe, em que “o vínculo do doente/família não ocorreria exclusivamente de um único profissional, mas com uma dada equipe localizada em um certo serviço”, ficando caracterizado quem é “o responsável por cada tarefa, por cada situação de rotina ou imprevista” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994, p. 63). E, durante esse processo, deveria ser criado um contrato que institui esse vínculo; o contrato seria diferente do econômico profissional instituído pelas clínicas privadas – no serviço público, poderíamos trabalhar com “um contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde.” O contrato significa “a explicitação de um certo projeto terapêutico, onde sejam considerados elementos técnicos, as possibilidades de acesso, de intercâmbio usuário/serviço, etc.” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994, p. 63).

Para Merhy:

“no cotidiano dos nossos trabalhos e na coletivização da gestão dos nossos serviços [constrói-se] um novo proceder em saúde que se orienta pela construção de um vínculo efetivo entre os usuários e trabalhadores na busca da garantia do acesso dos usuários às ações de saúde, oferta de múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde” (MERHY *apud* CECILIO, 1994, p. 124).

O Ministério da Saúde, considerando que as reformas administrativas, políticas e organizativas do setor saúde não se concretizaram na transformação da prática sanitária brasileira em seus planos de ações e metas prioritárias, vislumbra as estratégias de saúde de família e agentes comunitários de saúde como meios possíveis no processo de reorganização da atenção básica em saúde (BRASIL/MS, 1997), com forte ênfase na

idéia de criação de vínculos e de responsabilização, da equipe, por grupos populacionais bem definidos.

Kurt Kloetzel, apoiado em muitas décadas de exercício da clínica e de formação de gerações de médicos, defende com veemência a necessidade da criação do vínculo como aspecto essencial da prática clínica. Para ele,

“o vínculo médico-paciente consiste de uma parceria que, além do componente puramente técnico, é acompanhada de uma boa dose de envolvimento emocional – como ocorre, aliás, com outros tipos de colaboração bem-sucedida, entre pessoas, amigos ou colegas de trabalho. Em poucas palavras: por parte do médico tal envolvimento se traduz por duas distintas atitudes: gostar da profissão e interessar-se pela pessoa do paciente” (KLOETZEL, 1999, p. 55).

Necessidade de autonomia e autocuidado na construção do “modo de andar a vida” (a construção do sujeito)

Campos (1994), partindo das idéias de Canguilhem, reflete que “curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do Coeficiente de Autonomia dessa própria pessoa” e que

“o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente [para] melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994, p. 50).

Nesta medida, tal projeto pressupõe demonstrar que a passividade do paciente ou da comunidade é, em geral, um empecilho à cura, à prevenção e à promoção à saúde, que esta é uma “forma mais contundente do combate à medicalização do que a introdução no discurso da saúde, e [...] nas práticas médicas, do tema do autocuidado” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994, p. 51). Toda ação deveria ser avaliada por “sua capacidade de influenciar o coeficiente de autonomia dos pacientes” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994, p. 51). Para o autor, viver, em qualquer circunstância “só se consegue gastando a vida, gastando saúde” e, com base em Canguilhem, afirma:

“saúde seria exatamente essa maior disponibilidade de escolher entre vários modos de andar a vida, e a doença seria a redução dessas possibilidades, e a morte zero absoluto de escolha entre riscos, a almejada condição idealizada do risco nulo de adoecimentos” (CAMPO *apud* CECILIO, 1994, p. 54).

Para o autor, o objetivo das instituições de saúde seria a ampliação da capacidade de autonomia das pessoas. Para que tal objetivo seja cumprido, é necessário compreender

“que a doença ou risco de adoecer pode cobrar das instituições um apoio de longo curso [para] a construção desta autonomia, o paciente ‘curado’ depende de uma combinação de técnicas de apoio individual (fármacos, atenção clínica, acesso às informações, reabilitação física, referência em [casos de] crises), com outras de feição mais sociocultural (socialização, capacitação para o trabalho, para a convivência, para viver em um mundo de conflitos e disputas)” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994, p. 60-1).

Portanto, devem ser repensadas a “desinstitucionalização e a desmedicalização” (CAMPOS *apud* CECILIO, 1994, p. 61).

A necessidade de autonomia é muito trabalhada no campo da Educação em Saúde. Stotz nos esclarece que “a forma renovada do positivismo, o marxismo e a fenomenologia constituem as linhas fundamentais do pensamento que informam as abordagens de educação e saúde” (STOTZ, 1991, p. 15). Estas poderiam ser classificadas em quatro vertentes “filosóficas”, a saber: enfoques educativo, de desenvolvimento pessoal, radical e preventivo (STOTZ, 1991, p. 15). No enfoque educativo, seus defensores enfatizam “o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade”, propondo, no campo da ação, o princípio “da eleição informada sobre os riscos à saúde”. O sujeito da ação é o educador, que deve “compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre o serviço, bem como discutir suas implicações práticas”. Esse enfoque “pressupõe simplesmente a demonstração de que o usuário tenha uma compreensão genuína da situação” (STOTZ, 1991, p. 16).

O enfoque de desenvolvimento pessoal “adota, em linhas gerais, as mesmas proposições do educativo, aprofundando-as no sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo”. É essencial “facilitar a eleição informada, desenvolvendo destreza para a vida, a exemplo da comunicação, da gestão do tempo, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos” (STOTZ, 1991, p. 16).

De forma geral, segundo Stotz, os dois enfoques anteriores “pressupõem indivíduos livres e em condições de realizar a ‘eleição informada’ de comportamentos ou ações”. Para o autor, “o enfoque de educação sanitária dominante nos serviços de saúde é o preventivo”, cujos pressupostos básicos são:

“[que] o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas (crônico-degenerativas), comportamento visto como fator de risco (dieta, falta de exercício, fumo etc.) e também o de que os gastos

com a assistência médica têm alta relação em termos de custo-benefício” (STOTZ, 1991, p. 17-18).

Apesar desse enfoque, prevalece a idéia de que “a medicina curativa teria fracassado ao lidar com os problemas de saúde comunitária, a educação orienta-se segundo o ‘modelo médico’.” Elabora-se, assim, uma série de programas cujo conteúdo é extraído da Clínica Médica e da Epidemiologia. A etiologia das doenças e os “fatores de risco” são abordados pela Educação Sanitária Preventiva. Cabe, dentro desta perspectiva, persuadir as pessoas a modificar os padrões comportamentais e os de doença (STOTZ, 1991, p. 18).

Segundo Stotz, os enfoques até aqui expostos baseiam-se na “assunção da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem através da educação” (STOTZ, 1991, p. 18). O enfoque radical parte do propósito de que “as condições de vida e estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde”, cujos defensores são “os herdeiros da medicina social do século XIX (Neumann, Virchow e Guérin), que se colocavam, via de regra, na perspectiva educativa orientada para a transformação das condições geradoras de doenças”. A educação sanitária, segundo esse enfoque, é visualizada como uma atividade cujo intuito é facilitar a luta política pela saúde, sendo a luta política no âmbito da ação, envolvendo o Estado. A intervenção pelas “medidas legislativas, normativas e outras pode modificar as condições patogênicas”. Só assim, acreditam os apoiadores desse enfoque radical, pode possibilitar “escolhas que conduzem à saúde (Vuori) ou superar enfoques que culpabilizam a vítima (Navarro)”. Em função das próprias premissas, nota-se que o “enfoque radical assemelha-se ao preventivo quanto à relevância da persuasão como princípio orientador da ação educativa” (STOTZ, 1993, p. 18).

Stotz conclui que “a necessidade de combinar enfoques diferentes [...] de procurar uma síntese que incorpore aspectos de distintas abordagens resulta da própria natureza do ‘objeto’ com que lidam os educadores sanitários”. E enfatiza que “os educadores [...] dirigem-se a indivíduos que para enfrentar os seus problemas devem agir como sujeitos de suas próprias vidas e, para tanto, adquirir consciência da ampla tessitura social na qual estão inseridos” (STOTZ, 1991, p. 19).

Mills, citado pelo autor, definiu a “imaginação sociológica”, que deveria ser aplicada criativamente na saúde pública, o que na realidade seria “saber relacionar a vida dos indivíduos (suas experiências, valores e expectativas),

com o tempo histórico da sociedade, em sua estrutura, dinâmica e representação” (STOTZ, 1991, p. 20).

Cabe ressaltar a importância dos educadores sanitários, pois as “relações entre o indivíduo e social não são facilmente percebidas e compreendidas pelos indivíduos”. Ressalta que “a dimensão do sofrimento individual e do direito da pessoa à saúde não deve ser secundarizada (ou mesmo esquecida) pela ênfase dada ao caráter social da doença e das necessidades de políticas públicas na área da saúde”. Citando Campos, afirma que “as necessidades de saúde são [...] necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas” (STOTZ, 1991, p. 20-1).

Stotz, citando Brown, refere o que esse autor chama de “abordagem ecológica”: educação e saúde (saber) e educação sanitária (prática) devem facilitar as capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais para terem o máximo poder sobre as suas vidas (STOTZ, 1991, p. 21).

Uma discussão sobre a utilização da taxonomia como guia para organização do cuidado

Como forma de conclusão deste texto, vale reiterar que os autores têm tido oportunidade de utilizar a taxonomia de necessidades de saúde apresentada com equipes locais e/ou gerenciais, em processos tanto de avaliação de serviços como de capacitação ou mesmo de planejamento de rede básica. Pode-se dizer que a taxonomia tem servido como um bom instrumento de reflexão, sensibilização dos profissionais, e contribuído para a definição de novas estratégias de organização da assistência. Como exemplo, é possível citar o trabalho desenvolvido junto às equipes de saúde da Secretaria Municipal de Chapecó (SC), no correr de 1999, em um programa denominado de “oficinas de integração e humanização”. A taxonomia foi muito útil para abrir uma certa agenda de temas para as equipes, com o olhar centrado nos usuários.

A partir da aplicação da taxonomia, em situações concretas de trabalho, tem sido possível esclarecer melhor certos aspectos ou complementar alguns pontos que não estavam muito bem definidos na proposta inicial, sempre na perspectiva da utilização da taxonomia como instrumento gerencial. Como exemplo, é interessante citar que a necessidade de boas condições de vida foi “alargada” da sua formulação inicial (alimentação adequada, moradia, emprego, lazer etc., tais como destacadas classicamente na Saúde Pública), a partir da incorporação de outros aspectos das “boas

condições de vida” que incluíssem, por exemplo: a) necessidade de ter “pais cuidadores e autônomos” para as crianças; b) necessidade de uma vida afetiva e sexual compartilhada com companheiros mais solidários para as mulheres; c) necessidade dos idosos de se sentirem úteis e integrados etc.

Se, por um lado, tais necessidades ampliadas de saúde “extrapolam” o que o serviço de saúde pode tradicionalmente “atender”, por outro apontam um desafio que só uma organização da atenção de forma mais “vinculante”, “responsabilizadora”, “criadora de autonomia” – ou seja, que toma para si de forma mais ousada o tema das necessidades de saúde – pode oferecer.

Referências

- BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional das Ações Básicas de Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS, 1994.
- _____. Secretaria Nacional das Ações Básicas de Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994b.
- _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994a, p. 29-87.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- _____. *Inventando mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECILIO, L. C. O.; PIMENTA, A. L. (Orgs.). *Saúde e humanização: a experiência de Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- KLOETZEL, K. *Medicina ambulatorial: princípios básicos*. São Paulo: EPU, 1999.
- MATSUMOTO, N. F. *A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.
- NEME, M. I. B. Práticas programáticas de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996.
- STOTZ, E. N. *Necessidade de saúde: mediações de um conceito*. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR^{*}
ROSELI DA COSTA OLIVEIRA^{**}

Introdução

Este texto pretende discutir as dificuldades para a efetiva operacionalização, no Sistema Único de Saúde, do tema da integralidade, colocando-o como sentido real na vida dos usuários, a partir das várias possibilidades de compreensão do seu conceito. Parte do pressuposto de que a integralidade se constitui como diretriz fundamental para orientar a organização dos serviços de saúde na direção de responder às necessidades individuais e coletivas dos usuários. O recorte proposto é o da análise no âmbito do SUS, apesar de o campo da saúde suplementar brasileira também viver dilemas semelhantes ao setor público na garantia da integralidade da atenção.

A Constituição Federal de 1988 determina “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198). A partir desta afirmação, passou-se a considerar a integralidade como um dos princípios basilares do SUS e tema freqüente de discussões e investigações, passando progressivamente a fazer parte como preocupação do cotidiano dos gestores nos vários níveis. Parece estar exatamente no

¹ Médico clínico, epidemiologista, doutor em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Endereço eletrônico: hmiranda@pbh.gov.br

² Médica sanitária, especialista em Gestão Hospitalar, mestre em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Gerente de Projetos Especiais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Endereço eletrônico: roselico@pbh.gov.br

debate da integralidade o refinamento da discussão conceitual, contrapondo os sistemas de recorte mais universalista e com financiamento público, daqueles baseados nas regras de mercado e com apenas uma cesta básica de procedimentos disponíveis a toda a população (MATTOS, 2001).

Dentre os princípios do SUS, talvez a integralidade seja a menos visível nas avaliações técnicas realizadas e no próprio sentido do sistema para os usuários. São evidentes as mudanças ocorridas desde 1988 no aspecto da descentralização, do controle social e mesmo no tema do acesso universal, onde não mais existem barreiras formais na atenção a qualquer usuário. A discussão do cuidado se prende hoje à resolubilidade do sistema, à performance da atenção básica, a sua qualidade e humanização, ao acesso aos vários níveis tecnológicos e a seus resultados no campo individual e coletivo, sempre balizados pelo padrão de financiamento ainda claramente insuficiente no Brasil. Entretanto, no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido evidentes, acontecendo em experiências pontuais, com investigações acadêmicas muito recentes, mas não ganhando, ainda, a generalização e a visibilidade almejadas (MATTOS, 2004). Daí a importância de se conhecer e avaliar a experiência em curso no município de Belo Horizonte, que tem se esforçado para concretizar no mundo da atenção real e da gestão os princípios que são aqui colocados.

O tema da integralidade pode ser compreendido e aprofundado a partir de diferentes dimensões, não sendo estas excludentes e sim complementares, utilizando uma matriz de Mattos (2001). São as seguintes:

1 – Do ponto de vista da saúde coletiva, a integralidade requer a integração entre as ações coletivas e preventivas e as ações curativas; há necessidade de articulação dentro de cada serviço de saúde e também entre os vários setores que formulam e executam políticas públicas. O avanço desta dimensão da integralidade depende da vontade política dos governantes de investir em cada uma das políticas sociais, bem como promover a integração entre as mesmas. A experiência tem demonstrado que, quando a iniciativa de integração parte apenas de um dos setores, as ações conjuntas ou são inviabilizadas ou seus resultados muito aquém das necessidades dos cidadãos. Talvez seja este o caminho para a desconstrução, na prática, da falsa polêmica entre promoção e assistência, que vem contribuindo para empobrecer o debate dos avanços necessários do tema da integralidade na vida dos serviços e sistemas de saúde. É o que pode ser chamada de macrointegralidade, ou o exercício real da intersetorialidade das políticas públicas para fazer efeito no quadro social de uma comunidade.

2 – Do ponto de vista individual, a partir da mesma matriz, a abordagem das pessoas em seu todo, não fragmentando o cuidado em aparelhos, órgãos ou patologias, incorporando-se também um olhar sobre as questões que dizem respeito aos aspectos da subjetividade e do contexto social dos usuários, ou seja, não só a integralidade do corpo, mas do sujeito portador de singularidades e inserido em um dado processo histórico. É o que pode ser chamada de integralidade vertical. Um outro enfoque é a abordagem integral pela equipe de saúde, no qual a sinergia de disciplinas e saberes das várias categorias da saúde interage para abordar o usuário numa atitude integral de olhar de equipe e não como um simples somatório de vários saberes e práticas. Esta abordagem exige um olhar e uma atuação que vão além das queixas imediatas e do relato dos sofrimentos auto-referidos, para alcançar os aspectos da prevenção de agravos e da promoção da saúde.

3 - Usando o mesmo referencial anterior, o que pode ser chamado de integralidade horizontal, configurando o que passamos a chamar de linhas de cuidado, entendendo o conjunto de serviços de saúde como uma rede articulada em que há uma permanente facilitação para o caminhar do usuário na rede, a partir de uma noção da gestão do cuidado pelas equipes locais de saúde (CECÍLIO, 1997; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004). É fundamental que essa integração se dê em todos os serviços e de forma contínua. Nas unidades básicas de saúde, porta de entrada que se pretende preferencial do sistema, onde o usuário apresenta em primeiro lugar suas demandas e deve ser cuidado continuamente, a qualidade desse atendimento é definidora para o caminhar do usuário no sistema. A qualidade dependerá da formação técnica e ética dos profissionais e do trabalho em equipe. A formação técnica é determinante para a resolutividade clínica do caso e a formação ética definirá o grau de vínculo e responsabilização dos profissionais com o usuário e seus problemas. As duas contribuem para a elaboração de um projeto terapêutico que produza o cuidado integral e coordenado em uma rede efetivamente integrada. Este caminhar exige a introdução de conceitos e ferramentas da chamada regulação assistencial (MAGALHÃES JR., 2002).

A organização do processo de trabalho em unidades de saúde, orientada pelo princípio da integralidade, requer alguns pressupostos:

- A gestão do sistema de saúde orientada para trabalho em rede – os sistemas geralmente são organizados, do ponto de vista do desenho organizacional, em níveis hierarquizados (básico, secundário e terciário), representado por uma pirâmide,

contribuindo para a fragmentação da assistência (CECÍLIO, 1997).

- Modelo assistencial orientado pelos princípios de responsabilização e vínculo entre profissionais de saúde e usuários – dispositivos fundamentais para que haja credibilidade do usuário nas ações adotadas pelos profissionais. Só com confiança e credibilidade é possível estabelecer um contrato entre as duas partes em torno do projeto terapêutico. Mesmo que a conduta adotada seja a mais correta do ponto de vista científico, não surtirá efeito se o usuário não se comprometer com ela. No limite, os usuários possuem a autonomia de recusar intervenções sobre seu corpo se não acreditarem ou não concordarem com as mesmas.

- Trabalho em equipe – a formação dos profissionais de saúde se dá a partir de disciplinas que estudam os seres humanos a partir de diferentes recortes. Isto é válido para a formação médica, como também para outras profissões. A integração verdadeira entre elas, a transdisciplinaridade, é potente para produzir um resgate da integralidade, desde que haja processos de integração, que podem ir desde a anotação e leitura do prontuário por todos os profissionais como a discussão sistematizada dos casos clínicos, compartilhando seu melhor encaminhamento. A gerência deve ser capaz de motivar a troca de saberes e conhecimentos, de modo a ampliar a visão sobre o problema e ampliar as possibilidades de adotar ações que defendam a vida e diminuam o sofrimento sempre.

- Disponibilidade de recursos tecnológicos necessários à continuidade e/ou complementação da assistência em todos os outros níveis – este é hoje um grande entrave para a concretização da integralidade, tanto do ponto de vista da necessidade de apoio diagnóstico e terapêutico ágil e de boa qualidade para atenção básica, como na insuficiência de oferta a consultas e exames especializados, sobretudo de média complexidade.

- Sistema de informação que dê conta da complexidade e da atualidade de um conjunto de informações, algumas necessariamente em tempo real, para que a equipe gestora do cuidado de determinado usuário possa poder cumprir seu papel efetivo de gestor do projeto terapêutico estabelecido pela equipe, adicional ao papel de cuidador principal do projeto. Outro aspecto fundamental é a necessária desagregação das informações e também sua integralidade informacional para poder compor a base de dados clínicos de cada usuário, com origem nos vários serviços que participaram de algum procedimento ou intervenção naquele projeto terapêutico.

Dificuldades enfrentadas na construção da atenção integral

Hoje é possível constatar que o Sistema Único de Saúde encontra diversas dificuldades para obter maiores avanços no movimento de aproximação da integralidade. Dentre essas dificuldades, destacam-se as seguintes:

- o padrão da formação dos profissionais médicos, subordinada às exigências do mercado de trabalho de recorte liberal, que valoriza o especialista e tende a formá-lo hegemonicamente com uma visão estanque do usuário/paciente e desvinculada do funcionamento real do sistema;
- o atual modelo de funcionamento da atenção ambulatorial médica, cujo atendimento baseado no formato queixa-conduta dificulta o estabelecimento de vínculo entre médicos e pacientes, sendo este fundamental para a adesão ao tratamento, para não dizer de um determinado vazio ético que impede o estabelecimento da responsabilização clínica;
- a falência da proposta tradicional do processo referência e contra-referência. Há que se formular novas estratégias que possibilitem uma comunicação mais viva entre os profissionais da atenção básica e os especialistas, as estruturas de atenção às urgências e o aparato dos hospitais;
- a grande procura dos usuários pelos serviços de pronto-atendimento, onde o padrão queixa-conduta é muito forte, em que as estratégias ainda são incipientes para garantir a continuidade do tratamento em unidades básicas de cuidado continuado e coordenado;
- atenção hospitalar muito autônoma, exercendo grande força centrípeta e tecnologicamente atrativa, pouco inserida no sistema de atenção, não garantindo assim a volta do paciente ao cuidado contínuo da rede ambulatorial;
- política de financiamento da atenção secundária no SUS atrasada e baseada exclusivamente no pagamento individual de procedimentos, tendo como consequência graves estrangulamentos de oferta de consultas especializadas e exames de média complexidade. Na verdade, há ainda ausência de uma política nacional para a atenção especializada, especialmente na média complexidade.

O resultado desse panorama para os usuários do SUS é enfrentar longos períodos de espera para acessar determinados serviços, o que impede o prosseguimento na condução do seu quadro clínico e descredibiliza todo o sistema de atenção, despotencializando o aparato da atenção básica. Há que se destacar, sobretudo, a dificuldade de acesso a exames cujo equipamento é operado por médicos, elevando o custo dos mesmos, inviabilizando a compra pela tabela atual de procedimentos do SUS.

Alguns municípios, dentre eles Belo Horizonte, conseguiram de certa forma equacionar o acesso à atenção básica e de alta complexidade. A primeira, financiada pelo próprio município com incentivos financeiros do Ministério da Saúde, do Programa de Saúde da Família. A segunda, facilitada pelos valores da tabela de procedimentos do SUS, compatíveis com os valores praticados no mercado e organizados a partir de uma lógica potente de regulação pública pelo gestor, com a experiência de dez anos de gestão plena do SUS. Permanecem como sérios obstáculos à efetivação da integralidade a atenção secundária ambulatorial e a atenção hospitalar de média complexidade, particularmente o estrangulamento na oferta de leitos resolutivos de clínica médica e de algumas especialidades cirúrgicas, para tratar do caso de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2004a).

Qual a saída para essas questões?

Uma ferramenta potente para desenvolver estratégias de aproximação da integralidade é a chamada “linha de cuidado”. É uma forma de se imaginar o caminho a ser percorrido, de forma horizontal ou em círculo, e não com base na pirâmide, como tradicionalmente é representado o sistema de saúde. Trata-se de pensar o usuário iniciando o cuidado a partir de uma porta de entrada, que na maioria das vezes é a unidade básica, mas também pelos serviços de urgência ou unidades que quebram com a organização tradicional do sistema, juntando vários serviços numa mesma unidade, como por exemplo, o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e, posteriormente, acessando os diferentes serviços, de modo a completar a gama de cuidados necessários à abordagem mais adequada ao seu problema. O desenho da linha permite aos gestores simularem todas as situações decorrentes do problema de saúde inicial, de modo a desenvolver ações gerenciais que possam prover as necessidades dos usuários (BELO HORIZONTE, 2004b).

As linhas de cuidado podem ser pensadas a partir de patologias (tuberculose, hanseníase, hipertensão), a partir dos ciclos de vida e gênero (recém-nascido, criança, adolescente, mulher, adulto, idoso) ou de problemas de saúde como a saúde mental, saúde bucal e portadores de necessidades especiais (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004).

Além de potente ferramenta para organizar os serviços, as “linhas” podem representar dispositivos de integração da gestão, na medida em que, para se concretizarem, necessitam de pactos e pressupõem o diálogo e a negociação entre os diversos gestores de serviços, com monitoramento e aferição dos resultados.

FIGURAS 1, 2 e 3 - Linhas de cuidado da gestante e do recém-nascido elaboradas pela equipe de Coordenação da Saúde da mulher e da Criança e Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Figura 1

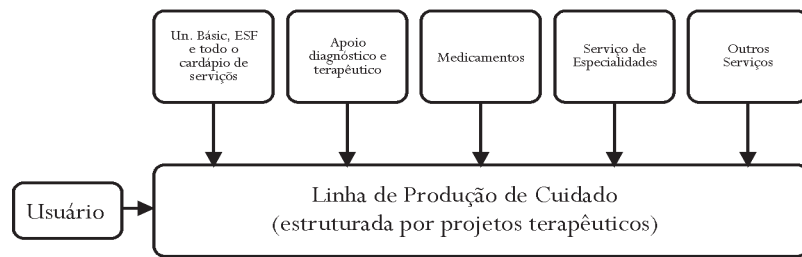


Figura 2

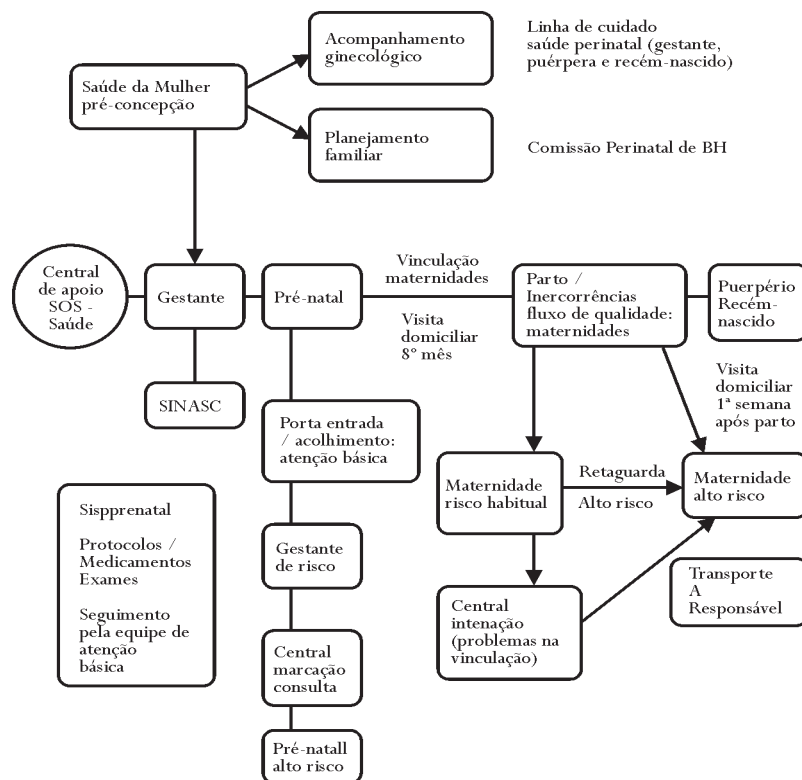
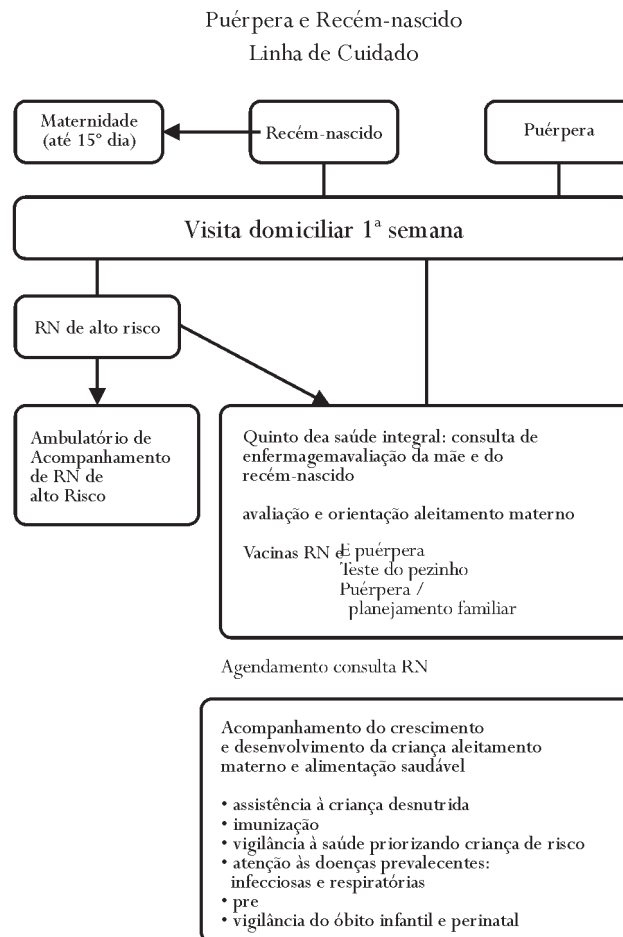


Figura 3



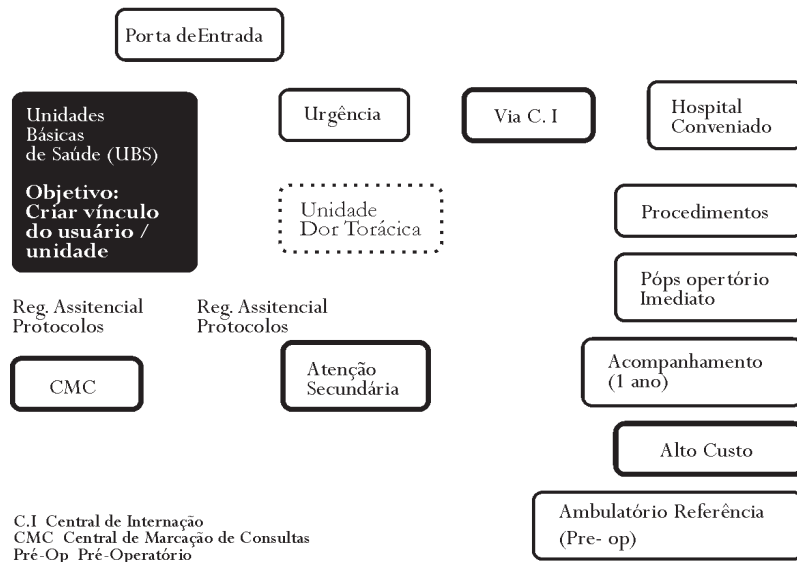
As figuras acima representam a história de um trabalho que vem sendo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte desde 1992, trabalho coletivo no fórum denominado “Comissão Perinatal”, composto pelos vários setores da Secretaria (Gerência de Assistência, Gerência de Regulação e Gerência de Epidemiologia) e por outros atores (hospitais públicos, privados e filantrópicos que prestam serviço ao SUS, Associação dos Hospitais de Minas Gerais, representante do Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Rede Feminista de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Pastoral da Saúde,

Coordenadoria de Direitos da Mulher, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, Sociedade Mineira de Pediatria e Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia) (BELO HORIZONTE, 2002).

Nesse fórum são feitos tanto os pactos assistenciais, como avaliados os problemas detectados no funcionamento dos mesmos. A Comissão Perinatal desenvolveu duas ações fundamentais para garantir a qualidade da assistência ao parto em Belo Horizonte: 1) avaliação da qualidade da assistência prestada ao SUS por maternidades privadas contratadas, o que levou ao descredenciamento de cinco maternidades; 2) definição de referenciamento das gestantes, a partir do território do Distrito Sanitário e do Centro de Saúde, com a maternidade responsável pelo atendimento ao parto sendo previamente reconhecida.

Outro passo importante foi a elaboração de um cardápio de indicadores para avaliar o resultado das medidas implementadas. Esses indicadores são quantitativos (a partir dos bancos do SIS Pré-Natal, SINASC, SIM e AIH) e qualitativos, com dados levantados a partir do prontuário, do trabalho da supervisão hospitalar e pesquisa de satisfação das usuárias, estes últimos em fase de implantação.

Figura 4 - Linha de Cuidado Cardiovascular



A construção dessa linha partiu da necessidade do setor de regulação dos serviços de alta complexidade de estabelecer uma regulação mais qualificada para a autorização de cirurgias e outros procedimentos em cardiologia, saindo do modelo tradicional controlador. O problema colocado era que quase 100% dos procedimentos solicitados eram autorizados e depois da autorização não havia mais nenhuma informação sobre os pacientes, além de não haver nenhuma integração com a atenção básica e secundária.

Observou-se que os pacientes com maior poder aquisitivo conseguiam acessar os serviços com maior agilidade, uma vez que realizavam a consulta especializada e os exames de média complexidade (ecocardiograma, teste ergométrico e *holter*) nas suas operadoras de planos privados de assistência à saúde ou na modalidade desembolso direto, entrando no SUS com todas as condições necessárias para a realização dos procedimentos de alta complexidade, em especial as cirurgias. Outro problema diagnosticado era a entrada de pacientes do interior do Estado, com indicação de cirurgia eletiva, diretamente na porta da urgência dos hospitais cardiológicos, por orientação do seu médico assistente no município de origem, também desrespeitando a fila de espera e a pactuação intemunicipal.

O objetivo foi estabelecer um fluxo bem claro, regulado pelo gestor municipal, que garantisse o respeito à fila, com avaliação clínica das prioridades e o retorno do paciente para acompanhamento no serviço indicado, conforme protocolo clínico. Para que tais objetivos fossem alcançados, foram implementadas as seguintes ações:

- criação de um grupo para gerir a linha de cuidado, envolvendo as gerências de Assistência, Regulação e Epidemiologia;
- entrada de todos os pacientes de Belo Horizonte, como casos eletivos, pelos centros de saúde, já com priorização clínica pelas equipes de saúde da família;
 - entrada dos pedidos dos demais municípios pela Central de Internação;
 - entrada dos casos de urgência pelas unidades de urgência autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
 - avaliação das indicações de cirurgia pelo ambulatório regulador pré-operatório, funcionando no Hospital das Clínicas da UFMG em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com instituição da segunda opinião;
 - agendamento de consultas de cardiologia feita pela central de marcação de consultas para atender os pacientes encaminhados pelo centro de saúde;

- agendamento das consultas para avaliação de risco cirúrgico (agenda do prestador) feita pela central de internação;
- agendamento da cirurgia feita pelo prestador e comunicado diretamente ao paciente;
- acompanhamento do pós-operatório feito no prestador por tempo definido no protocolo clínico;
- retorno para as unidades de referência secundária de cardiologia;
- retorno para o centro de saúde, para acompanhamento contínuo e conforme o caso.

A implantação desse fluxo foi precedida de um processo de negociação com cada prestador individualmente, informação para toda a rede municipal, capacitação dos médicos cardiologistas da rede própria e formalização através de portaria do secretário municipal.

Um dos grandes problemas enfrentados para se obter maior sucesso nos resultados é o fato de não existir no município uma unidade de urgência cardiológica pública, implantada com o objetivo de regular os casos de urgência. Outro problema é a insuficiência de leitos de terapia intensiva para adultos, o que leva a uma competição na ocupação de leitos com casos clínicos e casos pós-cirúrgicos (BELO HORIZONTE, 2004b).

O pouco tempo de efetiva implantação de todos os componentes gestores na linha de cuidado cardiovascular e a complexidade do sistema de saúde da cidade e do seu entorno não permitiram, ainda, um processo detalhado de avaliação do impacto real dessa proposta. No entanto, diversos indícios qualitativos mostram o acerto do caminho, na garantia do atendimento integral e com busca da equidade a partir das necessidades dos usuários. Um fator limitante já identificado, que compromete a análise de impacto, é a restrição do teto financeiro da gestão plena municipal, que exige o estabelecimento de cotas de internações eletivas e priorização absoluta dos casos de urgência. Limites financeiros globais e valores da Tabela SUS muito distantes do mercado dificultam também o acesso aos exames de média complexidade, alongando o tempo de diagnóstico.

Atenção secundária: proposta inovadora de enfrentamento articulado

Como já comentado, a atenção secundária ou de média complexidade é um dos principais obstáculos para se alcançar a integralidade no SUS.

O projeto de atenção secundária de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2004b) foi definido pelo governo municipal como sua prioridade absoluta e apresenta três eixos: ampliação da oferta de consultas especializadas e apoio diagnóstico de média complexidade, a introdução de novas ferramentas de atenção e gestão de toda a rede de especialidades e a implantação dos CEMs (Centros de Especialidades Médicas), sendo este seu eixo mais estruturante.

O CEM é uma proposta de reconfiguração dos tradicionais ambulatórios de especialidades, que busca regionalizar a oferta de consultas especializadas, em sete especialidades médicas, selecionadas pelos seguintes critérios: grande estrangulamento na oferta, prioridade na construção das linhas de cuidado e pouca dependência de equipamentos no momento da consulta. As especialidades são: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Neurologia, Mastologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia.

Os princípios organizativos desse serviço buscam enfrentar os principais problemas enfrentados hoje na organização da atenção secundária, já descritos, e na relação desta com a atenção básica. Dentre eles podem ser citados:

- regulação do acesso – a microrregulação ou a regulação assistencial, ou seja, a qualificação do encaminhamento e a priorização no atendimento, dentro das ofertas disponíveis, que deve ser feita pelas equipes de saúde da família, com apoio de uma estrutura matricial de regulação local nas unidades básicas e, no nível regional, pelos nove distritos sanitários;
- capacitação dos médicos generalistas e médicos de apoio – a ideia é que os especialistas dos CEMs ocupem sua agenda não só com consultas, mas também com a capacitação dos médicos da atenção básica, através da discussão de casos e capacitações específicas, com ações presenciais e remotas;
- adscrição entre equipes básicas e especialistas – as equipes de saúde da família encaminharão seus usuários, a partir da regulação local, para um CEM definido nas especialidades descritas, o que permite estabelecer maior contato entre os profissionais, possibilitando ainda a construção de vínculo que favoreça a qualidade e continuidade da assistência, superando assim o modelo tradicional e pouco eficaz de referência e contra-referência;
- linhas de cuidado – esta proposta já descrita possibilita a implantação, acompanhamento e avaliação das linhas de cuidado prioritárias, uma vez que garante a continuidade da assistência na referência secundária, bem como a integração entre os gestores dos

serviços envolvidos, quebrando com a lógica que prevalece hoje, da distância e impessoalidade entre profissionais e gerentes dos serviços.

Além do CEM, o projeto da atenção secundária propõe nos outros dois eixos várias outras ações para intervir no cenário da atenção especializada e avançar na conquista da integralidade, citadas a seguir.

1. Ampliação da oferta de consultas e exames diagnósticos, através da parceria formal com todas as instituições formadoras na área de saúde e compra de serviços de terceiros por edital público de chamamento.

2. Revisão do modelo assistencial das unidades de referência secundária, elaborando protocolos clínicos para atendimento de alguns grupos de risco, como por exemplo o idoso frágil, previsto nos protocolos que embasam tecnicamente a linha de cuidado do idoso.

3. Aprimoramento da regulação assistencial em todos os níveis, com introdução desta agenda nas discussões do nível local, avançando para buscar cumprir o duplo papel de equipes básicas cuidadoras e gestoras do cuidado mesmo à distância, quando o usuário percorre o caminho nos outros níveis e serviços do sistema.

4. Implantação do novo sistema informatizado de regulação das consultas (SIS-REG), que permitirá melhor distribuição e regulação das consultas especializadas na cidade, com introdução de ferramentas como a fila eletrônica, a quantificação da demanda reprimida, a utilização de consultas para prioridades clínicas e de urgência – enfim, otimizando a oferta disponível. Os resultados na primeira especialidade em operação neste sistema, a Oftalmologia, já são bastante animadores.

5. Captação de recursos para renovar e ampliar o parque tecnológico das unidades secundárias próprias, de modo a ampliar e qualificar a oferta de exames de média complexidade.

6. Implementação de um Centro Metropolitano de Especialidades Médicas, em parceria com o Ministério da Saúde, o Governo do Estado e a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, que significará a ampliação de cerca de 40% na oferta de consultas especializadas e apoio diagnóstico.

7. Ampliação da utilização dos recursos tecnológicos da Telemedicina, em parceria com o Hospital das Clínicas da UFMG, que coloca em comunicação, em tempo real ou remoto, os profissionais da rede básica com mais de 20 especialistas do HC, para discussão de casos.

Concluindo

O conjunto de intervenções que compõem o projeto de atenção secundária de Belo Horizonte significa uma aposta na concretização do princípio da integralidade, no âmbito de um complexo sistema de saúde, que tem sido caracterizado pelo esforço de gerir a globalidade do sistema de saúde do município e já experimentou projetos e propostas inovadoras em vários campos. Assume tratar-se de um recorte no sistema integral de atenção, cuidando da atenção especializada ambulatorial, mas que constitui, por várias evidências, o principal problema de acesso aos serviços públicos de saúde da cidade. Aposta também na potencialização da atenção básica, dando-lhe uma resolubilidade muito superior à média nacional, tratando sempre a totalidade do sistema de atenção e intervindo em problemas concretos da saúde individual e coletiva no município.

A experimentação do dispositivo tecnológico das linhas de cuidado, a reconfiguração produtiva dos novos centros de especialidades e a dotação progressiva de maior capacidade gestora por parte das equipes básicas de saúde são inovações importantes contidas nesta proposta, em um campo extremamente restrito na história do SUS brasileiro. Há que se avançar na necessidade de mensuração dos seus resultados, a partir da eleição de uma plataforma de indicadores que precisam ser testados e avaliados, como possibilidade de expansão desse tipo de projeto para outros locais.

Referências

- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Viva Criança – Redução da Mortalidade Infantil em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2002. 25 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2004*. Belo Horizonte, 2004(a). 174 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *A reorganização da atenção secundária*. Belo Horizonte, 2004b. 15 p.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set., 1997.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR. H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MAGALHÃES JR, H. M. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. *Revista Pensar BH*, fev-abr, 2002.
- MATTOS, R. A Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS. Abrasco, 2001.
- MATTOS, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20 n. 5.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS: Abrasco, 2003.

A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman

LÉLIA MARIA MADEIRA*
ELYSÂNGELA DITZ DUARTE**

Introdução

A qualidade da assistência hospitalar, em especial, a da assistência à mulher e ao recém-nascido, tem sido exaustivamente questionada no cotidiano da assistência à saúde. Do mesmo modo, a gestão hospitalar passa por discussões, sobretudo quando se trata do gerenciamento de instituições hospitalares próprias ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Cecílio e Merhy (2003, p. 199), ao discutirem a integralidade do cuidado no hospital como uma das unidades da rede de assistência à saúde, consideram que o gestor da unidade deve ter a clareza de que esta

“é um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser submissos a uma única racionalidade institucional ordenadora”.

Sendo assim, como parte do sistema de saúde, o hospital deve ter um funcionamento interno e relações externas eficientes que contribuam para o funcionamento em rede.

No momento de transição vivido pela sociedade brasileira, quando tanto se fala em cidadania, direitos dos usuários e humanização da assistência, há

* Enfermeira, doutora em Enfermagem, coordenadora da Linha de Ensino e Pesquisa do HSF. Endereço eletrônico: lelia.bhe@terra.com.br.

** Enfermeira, doutoranda, coordenadora de Enfermagem de Neonatologia do HSF e da Linha do Cuidado Perinatal do HSF. Endereço eletrônico: ditzduarte@ig.com.br.

necessidade de revisarmos os modelos tradicionais de assistência e gestão, com reflexões acerca dos “modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado” (CECÍLIO e MERHY, 2003, p. 199).

Considerando tais assertivas, vislumbra-se uma atenção à saúde que tenha a visão holística do ser humano e que se preocupe com o atendimento das necessidades dos usuários, proporcione maior autonomia e inclusão no processo assistencial – enfim, que se preocupe com a integralidade do cuidado. Além disso, faz-se necessário um local de trabalho cujo foco seja o usuário; que seja capaz de conviver com o autogoverno de todos que atuam na instituição, numa perspectiva de construção coletiva e que seja democrático, responsabilizador, solidário, humanizado e humanizador.

Nesse contexto são apresentados o processo de construção da gestão no Hospital Sofia Feldman e a reflexão acumulada por essa vivência, no sentido de compartilhá-la e de ampliar espaços de discussão para seu aperfeiçoamento.

Novas configurações da gestão: a implementação das linhas de cuidado

O Hospital Sofia Feldman (HSF), pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS), é uma instituição filantrópica de direito privado, localizada no Distrito Sanitário Norte, periferia de Belo Horizonte. Serve a uma população de cerca de 500 mil pessoas, em sua maioria usuária do SUS. Iniciou suas atividades em 1982, com ações voltadas à assistência à saúde da mulher e da criança. Atualmente, assiste à mulher e à criança no período neonatal, e 98% dos seus recursos financeiros são provenientes da prestação de serviços ao SUS.

O hospital é referência obstétrica para os Distritos Sanitários Norte, Nordeste e Venda Nova, o que corresponde a 44 unidades básicas de saúde, do total de 141 UBS do município. Para a assistência neonatal, o hospital é referência para Belo Horizonte, Região Metropolitana e para outros municípios do interior do estado, recebendo a clientela por meio da Central Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH). Oferece ainda serviços de apoio diagnóstico, como mamografia, ultra-som, radiologia e patologia.

Nos primeiros anos de funcionamento, as atividades da instituição foram financiadas quase que exclusivamente por doações da comunidade, pelo trabalho voluntário e contribuição por serviços prestados. Em 1986, o hospital foi incluído nas Ações Integradas de Saúde (AIS), o que permitiu ampliar o atendimento à grande clientela carente da região. No decorrer dos anos, o hospital foi-se organizando e buscando parcerias e recursos para seu funcionamento, tendo definida sua missão: “Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar, com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando a impactar nos indicadores de saúde deste grupo” (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 1991, s/p).

A humanização é um dos pilares assistenciais da instituição, estando presente desde o início de suas atividades. Do mesmo modo, o controle social tem presença marcante, participando da gestão hospitalar por meio de lideranças comunitárias, gestores dos serviços públicos de saúde, conselhos de saúde, voluntários e trabalhadores.

A partir de 1995, o gerenciamento do hospital passou a ser balizado por planejamentos, inicialmente estratégico-situacional e, posteriormente, por planejamentos realizados a cada dois ou três anos. Estes têm contado com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde e dos distritos sanitários de referência, da Fundação de Assistência Integral à Saúde, Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman, sindicatos profissionais, trabalhadores das diversas unidades do hospital, dos Conselhos Distritais de Saúde e a colaboração de um consultor externo.

A Associação Comunitária de Amigos e Usuários do HSF (ACAU/HSF) foi criada em julho de 1994, a partir de uma mobilização da comunidade local, preocupada com as dificuldades financeiras da instituição e com a possibilidade de fechamento do hospital. Foi instituída por lideranças comunitárias e atua como co-gestora na administração do hospital. Em seu estatuto prevê a criação e manutenção de projetos que contribuam para a humanização da assistência e que facilitem o exercício do controle social, tais como: Amiga da Família, Apoiador Social, Doula Comunitária e Ouvidoria.

Em meados de 2003, no auge das discussões sobre a humanização da assistência em saúde, da integralidade, da gestão em saúde baseada na lógica do cuidado, e considerando a experiência institucional na implementação de iniciativas orientadas por muitos desses conceitos,

identificou-se a necessidade de mudanças na gestão institucional.

Tendo como referência o modelo preconizado por Cecílio e Merhy (2003), e em consonância com mudanças no modelo assistencial em curso na rede municipal de saúde, foi utilizado para a organização institucional o conceito de *linha de cuidado*, entendido como planejamento, organização e prestação de assistência à saúde a determinados indivíduos e/ou grupos populacionais, de acordo com os riscos e/ou agravos à saúde enfrentados por estes, baseados na integralidade dos cuidados e envolvendo múltiplos saberes e disciplinas.

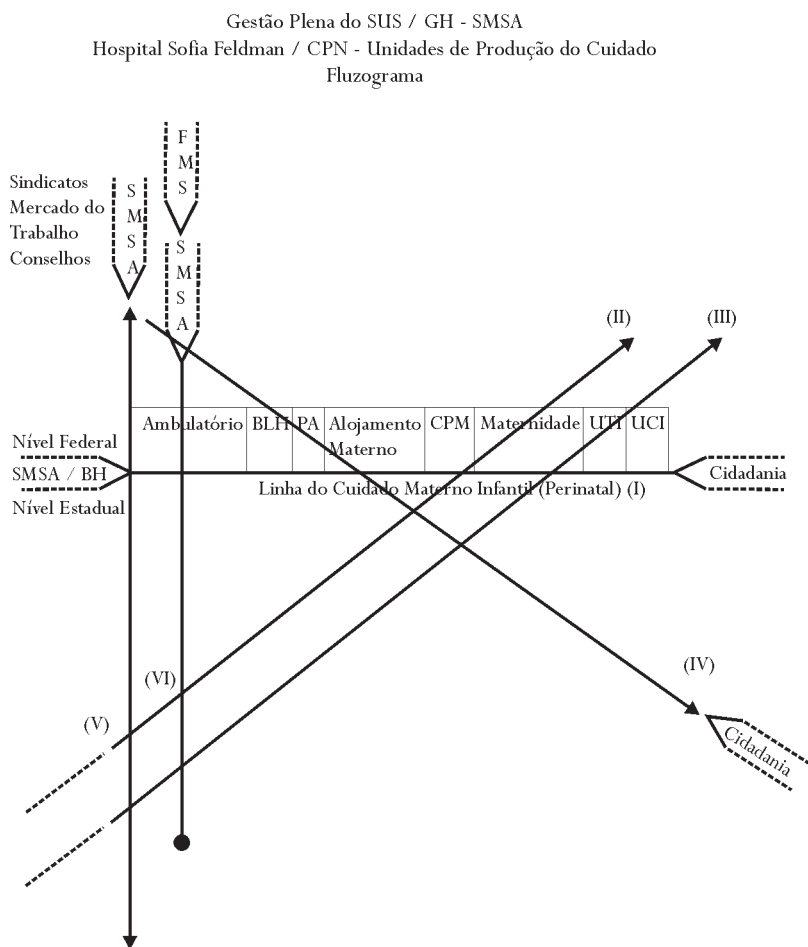
Segundo a proposta, as linhas de cuidado não podem ser delimitadas apenas pelo plano terapêutico, mas devem atender aos anseios, necessidades psicossociais e terapêuticas do usuário. Para tal, devem ser utilizadas todas as tecnologias disponíveis, incluindo aquelas relativas à micropolítica do trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre os profissionais e entre estes e os usuários. Possibilita-se, assim, a criação de espaços para encontros, escutas e trocas, favorecendo a responsabilização e a criação de vínculos entre os sujeitos.

Na proposta de reestruturação do modelo de gestão que tenha como referência a linha de produção do cuidado da forma mais integral possível e que permita tomadas de decisões democráticas, descentralizadas e responsabilizadoras, encontram-se grandes desafios. Um dos principais é a necessidade de profissionais desejosos e preparados para implementar a nova proposta de gestão.

No Hospital Sofia Feldman esse movimento ocorreu por decisão política da instituição, com grande efervescência de idéias e participação de trabalhadores e do controle social, culminando com a formalização do modelo de gestão em linhas de cuidado, por ocasião do planejamento realizado em 2003. Na composição da estrutura de gestão foram criadas seis linhas: Cuidado Materno-Infantil (Perinatal), Políticas Institucionais, Ensino e Pesquisa, Apoio ao Trabalhador, Apoio Administrativo e Apoio Técnico (figura 1).

A Linha de Cuidado Perinatal foi criada visando à manutenção do cuidado integral à mulher e ao recém-nascido, obedecendo à mesma racionalidade da Secretaria Municipal de Saúde, que, dentre outras, já havia criado a Linha de Cuidado Materno-Infantil.

Figura 1 - Linhas de Cuidado do Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte, 2003)



- (II) Linha de Políticas Institucionais / Organizacionais (Filantropia, SUS, Hosp. Amigo da Mulher)
- (III) Linha de Ensino e Pesquisa (Todos os níveis de ensino e multiprofissionalidade)
- (IV) Linha de Apoio ao Trabalhador (CIPA, RH, SESMT, crechem projetos diversos)
- (V) Linha de apoio técnico (Laboratório, RX, UIS, ECG, SCIH, Agência Transfusional)
- (VI) Linha de apoio administrativo (Departamento Financeiro, SAME, Controle Social)

Após intensas discussões internas, as linhas foram referendadas no planejamento de 2003, sendo compostas por profissionais e representantes dos usuários, ficando sob uma coordenação colegiada, privilegiando profissionais com formação e/ou experiência próprias daquela linha. A partir da Linha Perinatal, considerada a linha mestra, perpassada e subsidiada pelas demais, buscou-se garantir uma composição que envolvesse o controle social e profissionais que atuavam em diferentes unidades de cuidado do hospital, sendo sua coordenação também colegiada, composta por dois médicos e dois enfermeiros, da maternidade e da neonatologia.

A Linha de Políticas Institucionais, composta pelos diretores administrativo e clínico, pela responsável pela área de recursos humanos do hospital e pelo presidente da ACAU/HSF, associada aos coordenadores das demais linhas (dez membros), compõe o Colegiado Gestor. A presença, neste colegiado, de profissionais de diferentes áreas do conhecimento e membros do controle social, com diferentes visões de mundo e da saúde, tem possibilitado ao grupo identificar com maior sensibilidade e amplitude as necessidades dos usuários e trabalhadores, além de permitir agilidade e responsabilização nas decisões políticas e na implementação das ações assistenciais.

Ao longo dos anos de implementação da estrutura de gestão, identificam-se muitos avanços, mas também muitas dificuldades, que constituem desafios que devem ser superados. Nesse espaço dialógico tem sido possível discutir e pactuar diversas ações, direta ou indiretamente relacionadas ao cuidado do usuário/família e ao trabalhador.

A integralidade em ato: ações, interfaces e articulações de um colegiado de gestão do cuidado perinatal

Além de ser uma instituição sem fins lucrativos, o hospital atende exclusivamente à população usuária do SUS, reforçando e participando da construção de seus princípios e diretrizes, entre as quais destacamos a integralidade.

Integralidade, no nosso entendimento, é um termo que traduz o ideário da reforma sanitária brasileira, de luta por uma sociedade mais justa e uma crítica às instituições de saúde e às práticas de saúde até então hegemônicas. Pode-se considerá-la como um enunciado de certas características desejáveis das práticas de saúde e da organização dos próprios serviços de saúde,

contrastando com as práticas e configuração do sistema de saúde existente (MATTOS, 2001 e 2003).

Diferentes atores constroem a configuração de um sistema ou de uma situação desejada, posto que advindos de um mesmo contexto de lutas e articulados entre si. Entendida desta forma, a integralidade tem vários sentidos, é polissêmica (MATTOS, 2001), podendo ser um termo que agrupa um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma relação entre si (CAMARGO JR., 2003).

Considerando os diversos contextos de uso da expressão *integralidade*, é possível identificar as situações existentes que levam os atores sociais a desejar e lutar por ela. Alguns conjuntos de sentidos de integralidade têm sido utilizados e foram identificados por Mattos (2003) como aqueles que pautam as práticas de saúde, determinam a organização dos serviços de saúde e marcam algumas políticas de saúde.

Por entender que os serviços prestados pelo SUS devem ser de excelência, como um direito do cidadão, sua administração busca permanentemente, com a comunidade, estratégias de avaliação e de melhoria da qualidade da assistência. O hospital tem como princípio resgatar o caráter natural e fisiológico do parto, celebrando o nascimento, permitindo à mulher participação ativa no processo e possibilitando a participação da família. Para tal, conta com a atuação de uma equipe multiprofissional, sendo a assistência ao parto de risco habitual da competência do enfermeiro obstetra. Por sua peculiaridade assistencial de incentivo ao trabalho interdisciplinar, o hospital tem sido local de formação para diversas profissões da saúde, sobretudo de profissionais da enfermagem.

Possui 110 leitos, 50 obstétricos, 10 de hospital-dia e 50 de neonatologia, divididos em terapia intensiva (24 leitos), cuidados intermediários (20 leitos) e cuidado mãe canguru (6 leitos). Atende, em média, 550 partos por mês e são internados mensalmente na UTI neonatal em torno de 70 recém-nascidos. Além dos leitos hospitalares, iniciou-se em 2004 o Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID Neo), como estratégia de desospitalização e inserção da criança no contexto do cuidado familiar.

Desde o ano 2000, a maternidade do HSF tornou-se referência obstétrica para os Distritos Sanitários Norte e Nordeste e, a partir de 2005, foi incorporado também o Distrito Sanitário Venda Nova. Com o objetivo de

consolidar essa integração e ampliar o conhecimento da filosofia institucional, ações têm sido desenvolvidas para pactuação de responsabilidades entre o hospital e os distritos. Por exemplo:

- reunião de gerentes de unidades básicas dos distritos no hospital;
- visitas ao hospital de profissionais das unidades básicas de saúde (UBS), como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitário de saúde;
- inserção de representantes do hospital no Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde Norte e Nordeste, Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Comissão Perinatal Metropolitana de Belo Horizonte, assim como participação nos Comitês de Prevenção de Morte Materna e Neonatal;
- distribuição do jornal *Notícias do Sofia* nas UBS e distritos sanitários; dentre outros assuntos, esse jornal versa sobre a construção da linha do cuidado da mulher e da criança, oferecendo informações de interesse sobre os distritos sanitários e UBS de referência do hospital;
- disponibilização de vagas no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, realizado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com o HSF, onde ocorre a prática do curso, para os enfermeiros da rede municipal, principalmente dos distritos de referência.

Ressalta-se que essa parceria vem sendo construída ao longo dos anos, tendo o hospital vivido momentos de baixa credibilidade por parte de gestores e profissionais da rede, que, por desconhecerem a assistência oferecida pela instituição, tinham restrições quanto ao referenciamento das gestantes usuárias.

A implementação das estratégias de integração tem contado com a participação de representantes do controle social, por meio de voluntários vinculados aos projetos de responsabilidade da ACAU/HSF e, em algumas situações, por membros da sua diretoria. Tal participação é expressa sob a forma de reivindicações junto aos gestores da SMSA/BH, aos Conselhos Municipal e Distritais de Saúde e, diretamente, por meio de solicitações de usuários nos próprios centros de saúde. Entretanto, a concretização das parcerias tem ocorrido ao longo dos anos, à medida que os usuários, vinculados ou não à ACAU, percebem e constataam a importância de sua participação para a manutenção e melhoria da qualidade da assistência oferecida pela instituição.

Tecnologias assistenciais, práticas cuidadoras, cidadania: o agir das linhas de cuidado

Em 2001 foi inaugurado o Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho (CPN), unidade construída e equipada com financiamento do Ministério da Saúde. É uma opção ao parto normal sem distócia e uma estratégia de humanização do parto e nascimento. Baseia-se, legalmente, na Portaria n° 985, que cria o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS e coloca o enfermeiro obstetra como responsável pela equipe de assistência ao parto normal sem distócia (BRASIL, 1999).

O CPN é uma unidade peri-hospitalar do HSF – ou seja, localiza-se em prédio ao lado do hospital. Como estratégia de humanização da assistência, busca resgatar o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto, celebrando o nascimento em família, permitindo o corte do cordão umbilical pelo pai ou outra pessoa da escolha da mulher e incentivando o aleitamento materno. Proporciona, desta maneira, o resgate do parto normal de forma prazerosa, segura e saudável, e o fortalecimento de uma rede de proteção social para o recém-nascido e a mulher. Desde sua inauguração, em 29 de novembro de 2001, tem assistido em média 100 partos por mês.

No hospital, desde sua fundação, sempre se valorizou a presença de um acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto, sendo permitida sua participação nesse processo. A criação da Portaria n° 569/2000, do Ministério da Saúde, que regulamenta a humanização na assistência e prevê o acompanhante 24 horas na rede hospitalar (BRASIL, 2000), fomentou a reflexão da administração hospitalar junto à equipe de assistência, resultando na ampliação da presença do acompanhante em 2001.

O período da implantação gerou resistência dos profissionais e representantes da ACAU/HSF, principalmente ao acompanhante do sexo masculino. Esses acreditavam que a presença de um homem, não-profissional, durante 24 horas na enfermaria poderia gerar constrangimentos por parte das usuárias puérperas.

Para avaliar tal situação, foram feitas reuniões diárias com representantes da administração, do serviço social e da ouvidoria com os acompanhantes masculinos, e foram realizadas visitas às mulheres nos leitos, a fim de ouvir a experiência dos acompanhantes e das puérperas. Nos relatos havia

certo estranhamento em relação ao acompanhante masculino, mas ao mesmo tempo se detectava grande satisfação com a experiência. Nos momentos de discussão coletiva, decidiu-se pela estratégia de saída do acompanhante masculino da enfermaria nos momentos de procedimentos ou de higiene pessoal da mulher, o que superou o incômodo.

Para garantir a presença do acompanhante 24 horas, a instituição oferece infra-estrutura mínima: uma cadeira reclinável, alimentação (café da manhã, almoço, lanche e jantar), sanitário e chuveiro apropriados. Os acompanhantes ainda participam, diariamente, de uma reunião com a assistente social, quando há espaço para trocas de experiências sobre a vivência de acompanhante, do processo do nascimento, do exercício da cidadania e discussão sobre as normas hospitalares.

Atualmente a equipe assistencial tem reconstruído sua visão sobre o acompanhante 24 horas, inclusive o do sexo masculino, vendo-o como um parceiro na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto. Entretanto, um fator restritivo à presença do acompanhante diz respeito a seu custeio, pois, apesar da regulamentação por parte do MS, seu pagamento é muito inferior ao custo real.

Visando à permanência da mãe próxima ao filho, o hospital mantém a unidade Alojamento Materno, com 20 leitos destinados às mães dos recém-nascidos internados na UTI neonatal, geralmente com 100% de ocupação. A elas são oferecidas condições para repouso e alimentação e livre acesso à UTI Neonatal, acompanhamento e orientação da equipe multiprofissional, principalmente terapia ocupacional e psicologia.

Como estratégia de humanização da assistência, o alojamento materno facilita a aproximação entre mãe/família e criança, transformando-as em parceiras no tratamento dos recém-nascidos. Também resgata o direito já consolidado no Estatuto da Criança e do Adolescente, que diz no art. 12: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1991, p. 8).

Desde o início dessa iniciativa, em 2000, a instituição convive com dificuldades inerentes à sua continuidade. No que se refere às mães, observa-se que, apesar de não estarem hospitalizadas, demandam outros cuidados e apoio. Além disso, por ser uma ação de cuidado considerada “a mais”, sem financiamento próprio, a manutenção da unidade está sempre

vulnerável às freqüentes crises financeiras do hospital. Apesar disso, tem-se observado avanços na proposta assistencial, com envolvimento e aceitação por parte da equipe, sistematização das atividades e criação de banco de dados específico.

Com base na filosofia da instituição e na necessidade de prestar maior número de atendimentos às crianças no período neonatal, foi criado, em junho de 2004, o Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID Neo). Após sua implantação, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, através da Portaria nº 03/2005, de 01/02/2005, credenciou o HSF para realizar internação domiciliar neonatal (BELO HORIZONTE, 2005). A equipe assistencial básica é composta por pediatra, enfermeira neonatóloga, técnico de enfermagem e equipe de apoio (fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, neurologista e oftalmologista).

No projeto são inseridas crianças para ganho de peso, fototerapia, antibioticoterapia e as que são portadoras de comprometimentos crônicos. Com essa iniciativa, tem sido possível atender um número expressivo de crianças, constatando-se vantagens para o recém-nascido e sua família, relativas a:

- inserção precoce do recém-nascido de risco na família e na comunidade, com a oportunidade de convívio familiar;
- garantia de assistência integral, interdisciplinar e humanizada;
- favorecimento do aleitamento materno;
- evitar deslocamento para as reavaliações constantes pós-alta;
- participação da família no tratamento e no cuidado, favorecendo a educação para a saúde e o processo de capacitação qualificado para o cuidado ao recém-nascido;
- maior segurança da família com o suporte da equipe.

Durante a implantação, alguns profissionais médicos resistiram a essa estratégia, com diversos questionamentos relativos à sua segurança e eficácia. Diante dos resultados obtidos, a resistência inicial foi superada. Não obstante, ainda se enfrentam dificuldades, como a falta de profissionais com o perfil para atuação no programa e a falta do pagamento por essa assistência.

A Associação de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACA/HSF) e os projetos de controle social

Como mencionado, a ACAU/HSF criou e coordena, junto ao hospital, alguns projetos que se configuram como tecnologias sociais e contribuem

com a humanização da assistência à mulher, ao recém-nascido e à família, além de permitirem o efetivo exercício de controle social no âmbito da instituição.

Em 1997 teve início o processo de estruturação do projeto Doula Comunitária no Hospital Sofia Feldman, pois, apesar de ser permitido às mulheres serem acompanhadas por familiares ou amigas durante o parto, muitas permaneciam sem acompanhantes. O projeto consistiu, basicamente, em oferecer às mulheres, durante o trabalho de parto e parto, o apoio de uma doula voluntária da comunidade.

Doula é uma mulher, preferentemente sem formação técnica na área da saúde, que orienta e assiste a nova mãe no nascimento e nos cuidados com o bebê. O papel da doula é oferecer apoio psicoemocional e físico à parturiente – ou seja, segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranquilidade.

No projeto do HSF definiu-se como doula comunitária uma senhora da comunidade, recrutada pela ACAU/HSF para exercer trabalho voluntário de acompanhante da mulher durante o trabalho de parto, parto e o puerpério, capacitada pela equipe multiprofissional do hospital, focalizando-se alguns conhecimentos básicos para sua atuação. A viabilização desse projeto tem possibilitado a participação ativa da comunidade na assistência hospitalar prestada às mulheres durante o parto e incrementado o controle social da assistência à saúde prestada na instituição.

O projeto Ouvidoria está previsto no estatuto de fundação da ACAU/HSF e vem sendo desenvolvido desde 1994. Consiste na presença de voluntárias da comunidade na instituição, de segunda-feira a domingo, com a função de ouvir a usuária e seus familiares em suas demandas (reclamações, denúncias, sugestões, elogios e informações) e aplicar um questionário junto aos mesmos, com o objetivo de avaliar o grau de satisfação com os serviços recebidos. Essas voluntárias são selecionadas pela ACAU/HSF e são orientadas pelo serviço social da instituição.

O trabalho da ouvidora dentro do hospital tem permitido identificar as necessidades de continuidade ou de mudanças no serviço sob a ótica do usuário, configurando uma forma de comunicação entre usuários/comunidade e a instituição. Dessa forma, o projeto da ouvidoria contribui para a transparência administrativa e credibilidade da instituição e o exercício da cidadania e do controle social por parte dos usuários e da comunidade.

Ao mesmo tempo, existem dificuldades para a manutenção do projeto, uma vez que é difícil identificar lideranças comunitárias com o perfil de

ouvidor, além das dificuldades que surgem nas relações cotidianas estabelecidas com os profissionais da instituição. Apesar de o ouvidor ter papel importante na melhoria do atendimento a partir do espaço formalmente criado para escuta do usuário, os trabalhadores muitas vezes o vêem como “fiscal” de seu trabalho.

O projeto Amiga da Família teve início em setembro de 1994, quando funcionava no hospital a Unidade Pediátrica. As voluntárias permaneciam nessa unidade e auxiliavam nos cuidados com as crianças cujas mães não podiam permanecer na internação conjunta. Nesse contexto, o projeto foi criado com o nome de “Mãe Substituta”. Com o fechamento da Pediatria e a inauguração das unidades neonatais (UTIN e UCIN), a presença da mãe passou a ser mais intensa, devido à importância do aleitamento materno e do aprendizado para os cuidados com o bebê. Assim, a voluntária passou a apoiar e a auxiliar no aleitamento materno e a encorajá-la para assumir alguns cuidados com o bebê, antes realizados pela voluntária ou pela enfermagem. Em decorrência dessas mudanças, o projeto passou a ser chamado de “Amiga da Família”. Atualmente é composto por 14 voluntárias, mulheres da comunidade que já passaram pela experiência da maternidade, com presença de 24 horas na instituição. Suas principais atribuições estão relacionadas ao apoio à mulher/mãe/família durante sua permanência no hospital, orientando e incentivando o aleitamento materno.

Apesar do inegável benefício desse projeto dentro do contexto da instituição – que preconiza e implementa uma assistência dentro dos princípios e diretrizes da humanização e do controle social – verifica-se que ainda há dificuldade, por parte da própria voluntária e de outros membros da equipe, em compreender esse trabalho, fato que muitas vezes gera conflitos internos.

À guisa de conclusões

Concluimos que chegamos ao idealizável? Não, apenas se reforça a idéia de que é preciso prosseguir. Partimos de nossas práticas cotidianas para criar ferramentas de construção de novos arranjos institucionais capazes de alimentar a luta pela cidadania mediante uma discussão crítica sobre nossos processos de trabalho e efeitos, e repercussões de nossas ações nos usuários e na instituição.

Dificuldades e desafios são constantes, assim como as possibilidades de superá-los. Neste sentido, a integralidade em ato requer uma atitude

cuidadora do coletivo de trabalhadores que interagem com a demanda e as necessidades de seus usuários, convocando-os a reinventar o cotidiano na instituição e a romper com os limites e desafiar fronteiras institucionais. Exemplo disso está na criação de mais dispositivos, tais como: acompanhante/registro; PID Neo; ouvidoria e amiga da família.

A reflexão sobre a gestão do Hospital Sofia Feldman permitiu revisitar projetos e estratégias assistenciais e de controle social presentes e em contínua efervescência no cotidiano da instituição. Verifica-se que, na perspectiva das políticas e das ações implementadas, a modalidade de gestão colegiada tem proporcionado a continuidade, o aperfeiçoamento e, mesmo, a proposição de novas estratégias assistenciais, sempre apoiadas nos princípios de integralidade e humanização.

Constata-se a coerência do modelo de gestão e das ações implementadas em relação à missão e à filosofia institucionais que colocam o(a) usuário(a) como o centro das propostas assistenciais, além da decisão política de assistir exclusivamente a população usuária do SUS.



Destaca-se a relevância da presença maciça do usuário, seja como cliente, como acompanhante/familiar ou como voluntário, atuando em algum projeto sob a coordenação da ACAU/HSF. Essa presença marcante nos espaços do hospital tem efetivado o controle social por parte da comunidade, subsidiando as decisões dos gestores, que, por sua vez, gera melhorias na qualidade da assistência prestada às mulheres e aos recém-nascidos.

Finalizando, citamos John Schaar, quando afirma:

“O futuro não é algum lugar para o qual estamos indo, mas algo que estamos criando. Os caminhos não serão encontrados, mas construídos. E a atividade de construí-los transforma ambos, o construtor e o destino. Que seja mais fácil operacionalizar a tecnologia leve, questão que nós temos que aprender no dia-a-dia”.

Referências

- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 003/2005 de 1º de fevereiro de 2005. Dispõe sobre o credenciamento do hospital para a realização da Internação Domiciliar n SUS/BH. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 3 fev. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, Ministério da Criança/Projeto Minha Gente, 1991a. 110p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985. MS. Brasília. DOU. Seção 1, p. 51, 5 ago. 1999.
- CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.,



A gestão hospitalar e a integralidade da assistência

MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003. p. 35-44.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003. p. 197-210.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Hospital Amigo da Criança (UNICEF 1995). *Planejamento estratégico do Hospital Sofia Feldman*. Belo Horizonte: Fundação de Assistência Integral à Saúde, 1991.



MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2003. p. 45-59.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001. p. 39-64.

AGRADECIMENTOS:

Aos profissionais do Hospital Sofia Feldman que contribuíram na discussão e elaboração deste trabalho.





Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança: o papel das redes na estratégia de suporte à desinstitucionalização

ANA PAULA GULJOR*
CRISTINA VIDAL**

Introdução

Nas últimas décadas, o campo da Saúde Mental vem passando por grandes transformações. O processo de ruptura com o modelo assistencial tradicional, a partir do deslocamento do usuário da perspectiva reducionista de “paciente” para a conquista da cidadania, permite que a demanda da clientela seja compreendida para além de sinais e sintomas psicopatológicos. Sendo assim, o objeto de intervenção passa a ser o sujeito em sofrimento psíquico e o “cuidado” se sobrepõe à noção de tratamento¹ no que diz respeito à estratégia utilizada. A resolução da agressividade e o “desaparecimento” das alucinações e delírios localizam-se como parte de uma abordagem terapêutica mais ampla, que compreende também o resgate de direitos básicos, como ter nome, documentos, residência, emprego, amigos.

Sendo assim, a realidade brasileira hoje é bastante favorável ao campo da Saúde Mental comprometido com a atenção psicossocial. A partir da década de 90, podemos observar um incremento na legislação de saúde

* Psiquiatra, mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Ex-supervisora do CAPS Vila Esperança/Paracambi. Preceptora da Residência Médica em Psiquiatria da UFF/FMS-Niterói. Assessora da Coordenação de Programas de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro. Endereço eletrônico: guljor@uninet.com.br.

** Psiquiatra, coordenadora municipal de Saúde Mental do município de Paracambi (1994/1997, 2001/2005 e desde junho/2005); ex-membro do Conselho Gestor da Intervenção na CSDE. Endereço eletrônico: cristinavidal@yahoo.com.br

mental quanto à regulamentação e ao financiamento dos serviços. Em 1991, os NAPS/CAPS (Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial) foram inseridos na tabela de procedimentos do SUS, com a Portaria MS/SAS n° 189/91. No ano seguinte, a Portaria MS/SAS n° 224/92 regulamentou o funcionamento dos NAPS/CAPS. Na entrada do século XXI, as Portarias n° 189/02 e n° 336/02 trouxeram a possibilidade de reorientação do modelo, com a regulamentação desse dispositivo como organizador e regulador do sistema. Além disso, definem seu financiamento com remunerações muito mais altas que as demais consultas de especialidades. Como consequência, os novos dispositivos possuem atualmente uma padronização de funcionamento e da estrutura de recursos humanos e materiais.

No entanto, a transformação de um modelo de assistência ocorre de forma processual, através de mudanças não apenas nas estruturas físicas dos serviços. O contexto de cada localidade, a história da assistência ou “des-assistência” em saúde mental, com seus modelos e teorias, a realidade socioeconômica e política são determinantes nas práticas encontradas.

Neste artigo, travaremos a discussão através da experiência do município de Paracambi, onde as transformações não são simples reflexo de uma legislação, mas fruto de um longo processo de construção e desconstrução de saberes e práticas. Esse entendimento, caracterizado na experiência abordada, sinaliza a importância de uma intervenção mais abrangente dos dispositivos de saúde mental – ou seja, transpor a instituição, passando a envolver os territórios subjetivos e concretos de sua clientela. Ampliam-se os limites do serviço, no sentido positivado,² na medida em que este organiza uma rede de atenção cujo fim não se resume à própria unidade.

Como instrumento conceitual, a noção de integralidade, em seu sentido polissêmico, nos permite embasar a referência de cuidado que defendemos como valor patognomônico nessa experiência. Para além do que seria um ato “terapêutico”, ou seja, uma definição circunscrita à intervenção da biomedicina, a noção de integralidade se apresenta como a articulação teórico-conceitual entre os conceitos de reforma psiquiátrica / desinstitucionalização / clínica e rede / território / cuidado. Desta forma, entre outras estratégias, também permite construir práticas não limitadas ao espaço arquitetônico da instituição.

A saída do espaço asilar, a localização das unidades nas comunidades

e a reciprocidade com suas estruturas de serviços e inter-relações sociais, enfim, a inserção territorial, demarcam um novo campo. Da mesma forma, o serviço funciona como articulador de uma rede, a qual inclui diversos outros dispositivos como forma de construção de um suporte externo ao usuário, configurando a rede social. A construção da rede no município de Paracambi, com sua forte cultura manicomial, não poderia deixar de abranger a comunidade nas atividades desenvolvidas.

Nesta lógica, dentre as estratégias de intervenção utilizadas no campo cultural e político, foi criado inicialmente o Bloco Carnavalesco Maluco Sonhador, fruto do trabalho coletivo das diversas oficinas do CAPS Vila Esperança, abrindo oficialmente o Carnaval com divulgação na mídia e participação da comunidade. O samba elaborado por usuários e técnicos conta com a participação da bateria de uma das escolas de samba da cidade.

Em 18 de maio de 2002 foi inaugurado o programa comunitário Rádio Antena Virada, um desdobramento da oficina de música. Em seu percurso, transformou-se na voz dos usuários transmitida semanalmente pela rádio local, tendo se tornado hoje independente do Programa de Saúde Mental, com participação dos usuários e da Associação Maluco Sonhador.

Em 2004 o projeto “Cinema na Praça” foi instituído, envolvendo a participação do CAPS, serviços residenciais terapêuticos, internos da CSDE-Pbi e comunidade. Este projeto exibia regularmente filmes na principal praça da cidade, permeados com incursões de entrevistas e depoimentos relativos à reforma psiquiátrica.

Portanto, a relação verticalizada, hierárquica, da perspectiva médica, é questionada no que diz respeito a seu aspecto excludente e normatizador. Enfrenta-se de forma coletiva a desconstrução da visão hegemônica do hospital psiquiátrico como resposta à loucura. Uma intervenção multifacetada, inclusiva, apontando para a interdisciplinaridade³ e para alianças com a comunidade como prática, tem sido um caminho.

O CAPS Vila Esperança surge nesse contexto. Seus objetivos se contrapõem ao modelo assistencial até então hegemônico, propondo transformações efetivas no que se refere à organização de serviços, na clínica desenvolvida, mas apontando para uma perspectiva de transformação na cultura, qual seja, na visão historicamente construída da loucura. Desta forma, passamos a discutir um importante desafio colocado no cotidiano do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica.

Desinstitucionalização: o grande desafio

Ao pensarmos a realidade brasileira de um modo mais abrangente de consolidação de políticas públicas de saúde mental – as quais reorientam o modelo assistencial e buscam permitir a expansão de uma rede de serviços pautada na atenção psicossocial – a partir do ano 2000 se agrega um novo desafio: estabelecer condições de possibilidade para desconstruir os grandes depósitos humanos ainda existentes no país.

Apesar da redução de 38% dos leitos psiquiátricos no país em um período de 13 anos,⁴ observa-se que grande parte da população internada hoje é constituída por uma clientela de longa permanência. Neste bojo, a clientela longamente institucionalizada – retrato de décadas de uma política de saúde hospitalocêntrica⁵ – constitui uma massa de moradores de instituições psiquiátricas públicas e privadas marcada pela miséria e destituída, em sua maioria, de seu poder contratual.⁶ Desta, parcela significativa é mantida em grandes instituições psiquiátricas com mais de 600 leitos cadastrados, pois a estruturação da rede de CAPS, com crescimento exponencial nos últimos anos, mesmo sendo considerado o principal instrumento no cuidado aos portadores de transtornos mentais, ainda não logrou reverter esse quadro.

É uma realidade que a redução do número de internações da clientela assistida pelos CAPS é de ordem superior a 80%, se comparada ao número de internações anteriores a sua inserção nesses dispositivos.⁷ No entanto, é preciso também reconhecer que, ao considerarmos o quantitativo de egressos de internações de longa permanência regularmente inseridos nos serviços, o número ainda é reduzido. A política de desinstitucionalização demanda intervenções para além da implantação de centros de atenção psicossocial, ou seja, da organização e ampliação da rede de serviços. Este é um novo desafio.

Neste sentido, estabelecemos uma relação direta entre o conceito de desinstitucionalização e a noção de cidadania. Partindo da compreensão de que a cidadania pressupõe, entre outros aspectos, a política, a ética, a acessibilidade, a equidade e a participação do sujeito nos processos decisórios (controle social/participação popular), a noção de integralidade se insere como um dos cenários principais a ser alcançado no processo de desinstitucionalização. Mattos (2001), no artigo intitulado “Os sentidos da integralidade”, nos contempla com uma elaboração que traduz, para além do campo da Saúde Mental, a ruptura de paradigma a que a

desinstitucionalização se propõe. Referindo-se às “políticas especiais” desenvolvidas para determinados grupos específicos, aponta:

“Integralidade aqui quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (MATTOS, 2001, p. 59).

Sendo assim, a desinstitucionalização não se reduz a um mero processo de desospitalização ou a uma reorganização de serviços, como já levantado. É necessário garantir o acesso e a equidade no que diz respeito a fatores que não estão restritos à saúde *stricto sensu* e que, em resumo, se colocam como determinantes de um processo de resgate da cidadania. A integralidade do cuidado em saúde mental, segundo Alves e Guljor (2001, p. 227) se coloca em negação à seleção: “O sujeito em sofrimento possui necessidades que atravessam diversos campos. O olhar é deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu ‘andar a vida’. Deste modo, o cuidado abarca a construção de projetos de vida [...]”.

Partindo desses pressupostos, é possível iniciar uma reflexão sobre a complexidade de estruturação de políticas comprometidas com essa transformação, e ao mesmo tempo articulá-las às micropolíticas no cotidiano do cuidado. As condições de possibilidade para a integralidade no cuidado em saúde ainda se apresentam como um processo em permanente tensão. Do mesmo modo, no campo específico da Saúde Mental, principalmente se pensarmos a desinstitucionalização da clientela de longa permanência, existe um movimento de disputa política / cultural / jurídica cuja hegemonia ainda não está dada. Entretanto, podemos apontar para caminhar no sentido de uma ampliação do olhar, principalmente se analisarmos os diversos *fronts* envolvidos.

Utilizando a definição de Amarante (2003) sobre as quatro dimensões que envolvem o processo da reforma psiquiátrica, consideramos que no âmbito jurídico-político, paralelamente à regulamentação dos CAPS, também foram publicadas as portarias que regulamentam os serviços residenciais terapêuticos (SRT) e definem a forma de remuneração e suas ações⁸.

Mais recentemente foi sancionada pelo Presidente da República a lei que instituiu o programa “De Volta Pra Casa”.⁹ Tais medidas oferecem as bases para o suporte extra-hospitalar de uma clientela cujos laços sociais foram marcadamente comprometidos pelo tempo de institucionalização.

No entanto, é importante destacar que as condições estruturais por si só não determinam o sucesso do processo de desinstitucionalização. A articulação dos diversos recursos, em paralelo à vontade política dos gestores, precisa somar-se ao exercício de uma clínica comprometida com as diretrizes da reforma psiquiátrica, abarcando também a desconstrução de uma cultura que reconhece o hospício como o “lugar” do louco. O conhecimento e a implementação das noções e conceitos básicos da clínica da atenção psicossocial é determinante na condução dessa trajetória. É preciso enfrentar o desafio do fechamento dos manicômios, mas ter a clareza de que o fechamento não irá sepultar seus valores nos escombros.

Desta forma, passamos a discutir a trajetória do Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança, em Paracambi, e os desafios de um dispositivo implantado numa cidade marcada pela identidade com a cultura manicomial.

Paracambi: breve histórico

O município de Paracambi, atualmente com 40.902 habitantes,¹⁰ foi fundado como distrito em 1911. Localizado a 65 km da capital do estado do Rio de Janeiro, pertence à Região Metropolitana. Utilizando a descrição de Natal (1987), Paracambi cresceu como vila operária e teve seu desenvolvimento marcado pelo crescimento da indústria Brasil Industrial, fundada em 1874. Esta era responsável pela canalização da água, pela luz elétrica e mais tarde pela construção de escolas, clubes, usina elétrica etc. Desta forma, apresentava-se também como referência cultural da cidade. Outras indústrias têxteis também se instalaram no local e, em 1918, 1.250 operários estavam empregados. Em 1954 foi inaugurada a Siderúrgica Lanari S/A, responsável por grande desenvolvimento em Paracambi, que se emancipou político-econômica e socialmente em 1960. A siderúrgica se manteve como grande empregadora local.

Devido à falência da empresa e conseqüente grande desemprego, passou a ocupar lugar de destaque na vida da cidade a indústria da loucura, que ali se instalou, em junho de 1963, com a fundação da Casa de Saúde Dr. Eiras (filial Paracambi), com 2.550 leitos psiquiátricos, e o Hospital Paracambi Ltda. (Cascaeta), com 150 leitos, inaugurado na década de 70.

A decadência das indústrias têxteis ocorre gradativamente e o hospício ocupa o lugar de grande empregador (800 empregos diretos) e de maior contribuinte tributário (35% da receita municipal). Os trabalhadores que

antes alimentavam os fornos da siderúrgica passam a alimentar a indústria da internação, do benefício-doença, como solução para seus conflitos sociais. A Casa de Saúde Dr. Eiras (CSDE-Pbi) passa a respaldar sua influência na cultura local, formalizando o modelo hospitalocêntrico, ao reafirmar na comunidade a necessidade da existência do hospício.

O papel dessa instituição, apesar de diversas tentativas anteriores de ruptura desse modelo – entre elas a criação da primeira estrutura pública de assistência em saúde mental do município, em 1992 – até o final do século XX se mantinha quase inalterado.

Como o objetivo deste texto é discutir o papel do CAPS Vila Esperança, passamos a destacar o processo gradual de sua consolidação. No início da década de 90, a implantação do Pólo de Saúde Mental¹¹ desencadeou o processo de estruturação da rede pública municipal – dispositivo de triagem com internações de até 72h. Essa unidade, localizada no hospital geral da cidade, até 1994 era apenas uma porta de entrada da região metropolitana (Baixada Fluminense – denominada AP-10) para internações nos hospitais psiquiátricos de Paracambi. Sua estruturação ocorre como consequência das denúncias de maus-tratos na CSDE-Pbi, em 1991, pelo Sindicato dos Trabalhadores de Saúde da Rede Privada aos conselhos de categorias profissionais e investigadas pela Assembléia Legislativa estadual.

No decorrer de sua trajetória é credenciada uma enfermaria psiquiátrica no hospital geral, com dez leitos de curta permanência, e em 1995 são implantadas oficinas terapêuticas diárias, voltadas para a clientela mais gravemente comprometida, que em assembleia de técnicos e usuários passa a ser chamada de “CAPS” Vila Esperança. Nos dois anos posteriores observou-se a redução de 80% das internações de moradores do município nos hospitais psiquiátricos da rede conveniada.

A dinâmica desse dispositivo incluía o trabalho no território, com intervenções junto à comunidade. Através das atividades de teatro, os usuários apresentavam-se em espaços públicos, causando incômodo a alguns setores da sociedade local, permeado principalmente pelo argumento da periculosidade. Em uma das apresentações, no cinema da cidade, houve mobilização de diversos grupos pró e contra a reforma psiquiátrica, que culminou em grande debate, com o cinema lotado de pessoas da comunidade, do círculo político, associações de moradores e familiares, entre outros.

A estratégia de inserir o tema da reforma psiquiátrica nas discussões locais teve seu momento de ápice na II Conferência de Saúde da cidade,

em 1995, sobre o tema “Saúde Coletiva e Saúde Mental”. Com plenárias que mobilizavam mais de 200 pessoas dos diversos setores da sociedade, foram aprovadas propostas como a prioridade aos leitos de curta permanência públicos e a garantia da existência dos serviços de atenção diária.

Paralelamente a essas ações, a cada semana se realizavam no espaço do CAPS reuniões entre a direção do hospital geral¹² e a comunidade, nas quais eram discutidos os problemas da saúde no município. Esse processo fez surgir um embrião de organização dos usuários do CAPS, suas famílias e o movimento organizado da cidade (sindicato dos trabalhadores em saúde, associação de moradores etc.) na defesa das diretrizes da reforma psiquiátrica. Surge o movimento “Pólo tá na rua: tecendo vidas”.

No início de 1997, com a mudança da gestão municipal, grande parte da equipe é demitida e outros se demitem em protesto. Os profissionais que permaneceram mantiveram o atendimento ao grupo de usuários num sistema artesanal¹³ de atenção diária, os quais se constituíram nos primeiros usuários e profissionais do CAPS que seria cadastrado oficialmente como CAPS I em 2001.

A mobilização desencadeada nos anos anteriores, se não garantiu a manutenção das diretrizes até então estabelecidas para o Programa de Saúde Mental, permitiu a chegada da ideologia da reforma psiquiátrica na cidade.

A entrada no hospício

Em maio de 2001 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança, em Paracambi. As eleições municipais de 2000 permitiram a entrada de uma gestão comprometida com as diretrizes da Saúde Pública e, como consequência, há um investimento na transformação do modelo assistencial em saúde mental. Cabe destacar que, nos quatro anos anteriores, o caos estabelecido na rede psiquiátrica, identificado principalmente pelo quadro da assistência nos hospitais psiquiátricos conveniados aos SUS, culminou com a perda da gestão plena do sistema, por determinação do Conselho Nacional de Saúde. Esta foi recuperada apenas em janeiro de 2002, com a reestruturação da rede pública de saúde mental e da supervisão hospitalar.

A construção do CAPS ocorreu paralelamente às ações em curso na CSDE. As ações resultaram de um processo de acompanhamento técnico realizado pela SES/RJ, desencadeado por ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal, após visita da Comissão de

Direitos Humanos da Câmara dos Deputados e seguida de auditoria realizada pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto foi decretada, pelo então Secretário Estadual de Saúde, a proibição de novas internações na instituição e instalada uma equipe, que passou a ser responsável pelo censo da clientela internada, realizado de novembro a dezembro de 2000. No âmbito jurídico, foi proferida liminar (ainda em vigor) que proibia internações, bem como determinava a retirada dos quase 1.500 internos da CSDE.

O censo ofereceu a primeira fotografia do quadro que se perpetuava há décadas na instituição. As condições precárias de cuidado, má alimentação e maus-tratos físicos eram apenas a fachada de uma situação ainda mais avassaladora. Sujeitos totalmente destituídos de sua capacidade desejante, massificados pela não-escuta de suas falas, “sem histórias”, cujo único movimento possível era andar a esmo pelos “espaços bucólicos” da instituição. Possuidores ou não de familiares, todos padecendo do mesmo abandono – o abandono do direito à vida.

As ações desenvolvidas na CSDE culminaram com a intervenção, em 17 de junho de 2004, processo que segue em curso até o momento e que não é objeto deste artigo. Destacamos que a perspectiva de desinstitucionalização dos internos, se por um lado reflete o desejo das três esferas de poder envolvidas, por outro se apresenta como uma tarefa de grande complexidade. Cabe enfatizar que essa ação não diz respeito apenas a uma simples desospitalização, mas a uma efetiva inclusão desses sujeitos na comunidade e o resgate de seu direito de cidadãos.

O CAPS como catalisador do processo de desinstitucionalização

No que diz respeito ao objeto de nossa discussão, uma das questões a serem abordadas é a forma de estruturação de um processo de “preparo de saída” dessa clientela, considerando a diversidade de suas demandas concretas e subjetivas.

A CSDE possuía um quantitativo de internos, em sua maioria de longa permanência e com referência de moradia anterior pulverizada por todos os municípios do estado do Rio de Janeiro. Em relação aos direitos civis, a parcela dos que possuíam documentação era ínfima, além daqueles, curatelados ou não, que recebiam “benefícios” do INSS através de familiares ou pessoas outras que não lhes garantiam acesso a seu uso. Portanto, coube ao CAPS todo o processo de garantir a emissão de documentação

e certidões tardias, em parceria com o Ministério Público local, com mais de 230 certidões expedidas até o presente momento, e um processo paralelo de cadastramento no Programa de Volta pra Casa.

A estruturação de um trabalho de parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ), através da Comissão de Acompanhamento Técnico, e o município de Paracambi, através dos profissionais do Programa de Saúde Mental, permitiu o planejamento de ações para o processo de reabilitação psicossocial¹⁴ da clientela. Desta forma, o CAPS Vila Esperança, que até então recebia apenas a população portadora de transtornos mentais que residia no município de Paracambi, passa a ocupar lugar estratégico no preparo de saída dos internos da CSDE. Também recebe, nas atividades cotidianas, a clientela em preparo de saída, para Paracambi e outros municípios.¹⁵

As equipes do programa, em conjunto com as equipes da SES, trabalharam diariamente na CSDE, estabelecendo um acompanhamento dos internos. O Pólo de Saúde Mental (enfermaria psiquiátrica no hospital geral da cidade) foi ampliado, para acolher a clientela que recebeu alta por intercorrência clínica e necessitava aguardar seu retorno ao município de origem, ou sua inserção nos SRT. Deste modo, seus leitos perderam, no primeiro momento, a características de curta permanência. Isto foi necessário para dar flexibilidade ao suporte à demanda dessa clientela, que também passou a frequentar o CAPS e demais atividades do programa. Esse dispositivo permaneceu com esta forma de funcionamento até os primeiros meses da intervenção, retomando posteriormente sua conformação de origem.

Com o decorrer do processo político, pactuou-se com a SES e o Ministério da Saúde que o município de Paracambi seria responsável pela implantação de dez SRTs. Outros dez dispositivos residenciais se configurariam em “casas de passagem” para a clientela da CSDE, cuja referência de moradia seriam os demais municípios do estado. Inicialmente, a implantação de dois serviços residenciais terapêuticos “piloto”, onde residiriam 13 pessoas, determinou o preparo da equipe do CAPS para a recepção de uma clientela gravemente institucionalizada com tempos de permanência hospitalar maior que cinco anos ininterruptos. No momento da elaboração deste artigo, estão em funcionamento onze residências de caráter permanente e dez casas de passagem, totalizando 148 usuários. Sendo assim, já é possível problematizar alguns desafios em curso.

Como estratégia para viabilizar o preparo dos residentes e o gerenciamento das casas, a equipe do programa foi ampliada e uma equipe específica para acompanhar as residências terapêuticas (equipe de seguimento) foi contratada. A integração é uma questão importante neste momento, já que o município possui quatro dispositivos com equipes distintas¹⁶ para o suporte de sua clientela. A necessidade da condução de projetos terapêuticos consistentes que não sejam atravessados por decisões verticalizadas tem-se apresentado como um tema cotidiano nas discussões do CAPS. A ruptura com a cultura manicomial, segundo a qual alguns têm o poder de definir o encaminhamento dos “seus pacientes”, é uma construção coletiva e apenas pode ocorrer no processo diário de repensar as práticas em curso.

A carga de afeto que liga as equipes com os objetivos de seu trabalho, se por um lado contribui para a afirmação de um compromisso, por vezes pode-se apresentar como obstáculo ao desprendimento de determinados lugares cristalizados de poder e para abrir espaço à escuta das diversas opiniões, nem todas consensuais. Essa prática de desconstrução não é um exercício simples ou sem sofrimento. Expor divergências e aprender a construir um consenso possível é o atual desafio aceito pela equipe do CAPS. Diferentemente das discussões entre membros de uma mesma unidade, ouvir críticas e delimitar as fragilidades de dispositivos distintos requer trabalhar com conhecimento das metas a serem alcançadas e dos entraves que a realidade técnico-política pode apresentar.

Além disso, os moradores das residências e suas demandas pressupõem um acompanhamento estreito das equipes do CAPS e das residências, bem como também uma discussão freqüente com o Pólo de Saúde Mental, para evitar que a proximidade da instituição hospitalar transforme a internação em recurso rotineiro. A “hospitalidade” do manicômio não está apenas em sua estrutura física, e com esta noção as equipes têm discutido o manejo das emergências e situações de conflitos que ocorrem nas casas e no CAPS.

Entretanto, criar espaços de encontro dos profissionais é tarefa hercúlea, já que a demanda de intervenções das equipes se apresenta pulverizada em vários locais: CSDE (preparo da clientela), órgãos como INSS, Instituto Félix Pacheco, Fórum, agenciamentos com a comunidade, visitas domiciliares, as próprias casas, entre outros. Assim, além da obrigatoriedade das reuniões semanais das equipes em seus dispositivos, uma vez ao mês acontece a reunião geral com todos os profissionais no espaço do CAPS.

Nesta se discutem os principais impasses dos projetos e os casos de maior complexidade. É o lugar das críticas, do repensar as lacunas do acompanhamento e também de construir novas estratégias. Nessa construção os usuários participam das assembleias diárias e da Associação Maluco Sonhador, garantindo suas decisões no processo. Cabe observar que o Programa de Saúde Mental emprega hoje usuários no seu corpo de trabalhadores, além de desenvolver atividades voltadas à geração de renda que são desenvolvidas no CAPS e na comunidade.

Uma das estratégias implementadas no início do processo foi o Colegiado dos Dispositivos do Programa, que acontecia quinzenalmente. Nele possuíam assento a coordenadora do Programa de Saúde Mental, a coordenadora e a supervisora do CAPS, a coordenadora do Pólo de Saúde Mental, as coordenadoras das residências terapêuticas (definitivas e de passagem) e, por um período, o supervisor do Ministério da Saúde na área de SRT. Caracterizava-se por ser um espaço de pactuação das intervenções na macropolítica e no território, mas também de discussão e avaliação da clínica em curso. Lugar onde era possível redesenhar os fluxos, apontando o que não caminha de forma sincronizada e construindo novas estratégias.

Outro desafio colocado é a tomada de responsabilidade sobre a clientela. O antigo ditado popular, que diz “o que é de todos não é de ninguém”, na clínica cotidiana precisa sempre estar em discussão. No que diz respeito à clientela longamente institucionalizada, a necessidade de um trabalho coletivo aprofunda a abrangência deste conceito.

A clientela que está em processo de saída para os outros municípios, sobretudo aqueles que irão residir temporariamente nas casas de passagem, envolve uma articulação ampliada. Sendo assim, o lugar de moradia (as casas de passagem, o local de tratamento temporário), o CAPS Vila Esperança, o preparo da reinserção na cidade de origem (as equipes dos municípios envolvidos, a SES/RJ e a equipe do MS) constituem pilares do trabalho de reabilitação psicossocial dessa clientela. A responsabilização pela condução dos projetos de vida junto a cada usuário é, ao mesmo tempo que coletiva, singular a cada dimensão envolvida. Não seria suficiente um único espaço de intervenção, mas a clareza dos papéis desempenhados é mister para o andamento do processo, sob o risco de ser repetido o ditado popular acima citado.

Por fim, a caracterização do CAPS como um serviço de base territorial

aponta para a concepção de um trabalho de construção de redes sociais. A saída do CAPS de seus limites arquitetônicos é, principalmente com a história do município de Paracambi, uma das diretrizes prioritárias do programa. O forte componente manicomial da cultura da cidade já responde por si. A intervenção nessa cultura apenas pode se concretizar a partir da aproximação do CAPS com a cidade.

No entanto, gostaríamos de apontar outro aspecto a ser problematizado. As casas de passagem nos apontam para a estruturação de um trabalho que perpassa a construção do sentimento de pertencimento social há muito perdido dentro dos muros da CSDE. Esse pertencimento também diz respeito a um lugar, a um território simbólico que, no caso desta clientela, também precisa se dar no resgate de suas origens em outro município. Neste sentido, o cuidado precisa estar em consonância com esse objetivo e não apenas reproduzir mecanicamente uma integração pura e simples com a cidade que os está acolhendo no momento. A ampliação das trocas sociais é uma demanda que, neste caso, implica uso do conceito de CAPS como estratégia e não apenas como espaço físico. Não se restringirá às oficinas e inserções na comunidade de Paracambi, mas a refazer os mapas de migração desses sujeitos e, a partir de então, tecer novas redes – simbólicas e concretas. A noção de transitoriedade é pertinente à realidade da desconstrução desse hospício. Constituir o CAPS como um lugar de passagem, capaz de acolher e agenciar a reprodução social da clientela, nos coloca diante do desafio de elaborar uma estrutura flexível cuja conformação se dê a partir do encontro com o sujeito em sofrimento e sua história.

Desta forma, travamos este diálogo com o objetivo de problematizar o que vem sendo desenvolvido e ao mesmo tempo apontar as angústias de um processo ainda por vir. O fato de se constituir um centro de atenção psicossocial com diversas oficinas e uma equipe técnica não se transpõe de forma automática para um cuidado efetivamente transformador. A construção de um novo modelo comprometido com a desinstitucionalização, para se realizar, necessita, a princípio, de clareza do que e como se pretende desconstruir.

O *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios” está hoje incorporado ao vocabulário do campo da Saúde Mental, sobretudo na nova geração inserida nos CAPS. No entanto, esta palavra de ordem precisa ser esmiuçada em seus significados, no sentido de apreender seu duplo, no conceito basagliano. A

experiência em Paracambi se coloca como paradigmática no processo de desinstitucionalização brasileiro e assim, para as equipes e usuários envolvidos, mais que um desafio institucional, um projeto de direito à vida

Referências

- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 221-240.
- AMARANTE, P. A. Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.
- BASAGLIA, F. 1985. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. 1990-2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 336/2002, de 19 fev. 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT336.htm>. Acesso em abril 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°189/2002, de 22 mar. 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em : <http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT-189.htm>. Acesso em abril 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. "De Volta para Casa": manual do programa. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- GULJOR, A. P. *Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
- GULJOR, A. P.; VIDAL, M. C.; SCHMID, P. C. Construindo a reforma sobre o domínio do hospício: o pólo de saúde mental de Paracambi. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1. 1997, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro : Te Corá, 1996. p. 582-588.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. *Relatório da Assessoria Técnica do Convênio IFB/CAPS-SMS/RJ: consolidação de serviços municipais de atenção psicossocial nas regiões de Bangu, Campo Grande, Irajá e Santa Cruz. Relatório semestral*. Rio de Janeiro: SMS, jul.-dez. 2002.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, fevereiro 2004 (*Informativo da Saúde Mental*, 13).
- NATAL, C. R. *História de Paracambi*. Rio de Janeiro: Guavira, 1987.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.
- VASCONCELOS, E. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. *Cadernos do IPUB*, v. 7, n. 19-43, 1997.

Notas

¹ Utilizamos aqui a idéia de tratamento como intervenção referente à ideologia cartesiana do problema-solução, doença-cura.

² Essa ampliação visa a que a intervenção dos novos dispositivos seja embasada nas necessidades do sujeito e, este, inserido em seu território. A ação em seu processo terapêutico, neste contexto, se daria também nos espaços sociais que compõem seu cotidiano.

³ Adotamos, neste sentido, a discussão feita por Vasconcelos (1997, p. 26), em que o mesmo encara a interdisciplinaridade como paradigmática, pois exige a transformação de saberes já instituídos a partir de uma interferência dialética de diversos outros campos.

⁴ Em 1996 existiam 85.037 leitos psiquiátricos no país (dados de COSAM/DAPS/SAS/MS, 1996). Em 2004, o Ministério da Saúde contabilizou um total de 52.406 leitos (BRASIL/MS, 2004).

⁵ MATTOS (2001), através do enfoque da integralidade, elabora uma crítica a esse modelo, que por décadas foi o predominante no país.

⁶ De acordo com Kinoshita (1996), o poder contratual é o valor atribuído a cada indivíduo dentro do universo social, sendo este o pressuposto para o processo de trocas sociais.

⁷ Dados do relatório semestral do Instituto Franco Basaglia (IFB, 2002).

⁸ Respectivamente, Portarias do MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e nº 1.220, de novembro de 2000.

⁹ Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, sancionada pelo Presidente da República, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para portadores de transtornos mentais egressos de internações. O auxílio consiste no pagamento de R\$ 240,00 aos egressos de instituições hospitalares psiquiátricas onde tenham permanecido por um período igual ou superior a dois anos na época da publicação da lei. Este auxílio está vinculado à reavaliação anual.

¹⁰ Dados do *Diagnóstico de Saúde Municipal* apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde no seminário de governo realizado em janeiro de 2003.

¹¹ Ler mais sobre o tema em Guljor, Vidal e Schmid (1997).

¹² Na época, a diretora do hospital acumulava o cargo de coordenadora de Saúde Mental do município.

¹³ Qualificamos como artesanal, pois não havia subsídios oficiais para o fornecimento de materiais para as oficinas e/ou alimentação para a permanência da clientela. As atividades eram realizadas com materiais de doação e as discussões políticas não podiam ocorrer nos espaços institucionais.

¹⁴ Utilizamos aqui o conceito de Saraceno (1996, p. 16), "*O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social*".

¹⁵ Desde o início do processo de desconstrução, o CAPS Vila Esperança vem recebendo regularmente internos da CSDE para suas atividades diárias. O veículo do município realiza o transporte pela manhã e retorna ao final da tarde para a instituição.

¹⁶ A saber: equipes dos Serviços Residenciais Terapêuticos, das Casas de Passagem, do CAPS e do Pólo de Saúde Mental.



Integralidade: implicações em xeque¹

EMERSON ELIAS MERHY*

O desafio de ser igual é reconhecer a igualdade no outro.

Intenção

Para não transformar a conversa sobre integralidade na saúde num modismo – o que a esvaziaria dos sentidos radicais que deve carregar, enquanto ambicioso projeto de mudança das práticas de saúde, procuro criar problemas para aqueles que se vêem implicados na busca de novos modos de agir no cotidiano dos serviços de saúde, que negam produtivamente os atuais modelos de produção de atos de saúde “antividas”. Nesta direção, este texto busca construir um tenso e produtivo diálogo com os trabalhadores de saúde, sobre o significado de serem protagonistas de projetos de ação comprometidos com aqueles sentidos.

As idéias centrais deste texto saíram do artigo “Fórum Social Mundial e a saúde: por uma ética global da vida”, que publiquei, em 2002, na *Revista Interface*, e do texto da conferência “A loucura e a cidade: outros mapas”, que proferi em 2003, no encontro promovido pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental. A partir deles, considerando que a integralidade permite, na sua polissemia, abordagens de muitos diferentes níveis reflexivos, tento abrir este ensaio para um livre pensar, que procura abordá-la como um campo de práticas de saúde cuja “alma” deve ser a produção de novos sentidos para o viver individual e coletivo.

* Professor livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Pesquisador colaborador do LAPPIS. Endereço eletrônico: emerson.merhy@gmail.com.

As implicações dessas possibilidades são muitas, mas em particular destaco a que está amarrada à construção de um agir ético-político intransigente com a produção da vida, ou seja, um agir que seja permanentemente um ato autopoietico, no qual vida produza vida.

Nesta direção, este texto procura destacar que quem aposta em processos desse tipo, de uma integralidade autopoietica, deve ter clara sua inserção numa rede de amplas disputas contra-hegemônicas, que se orienta em oposição a um modo predominante como vem se instituindo o conjunto das relações individuais e coletivas entre homens e mulheres, histórica e socialmente. Além disso, deve pensar sobre o quanto está implicado num ambicioso roubo: o que pretende expropriar as práticas sociais em geral e de cuidado, em particular, de seu agir instrumental, corporativo-privatista, de seus modos “antivida” de realizações, obrigando-o a se posicionar como ator político, “portador de futuro”, disputando outros imaginários e ações. E, como tal, nem sempre atuando em condições favoráveis.

Enfim, quem está nesse *front* não pode desconhecer que, com seu fazer cotidiano implicado, está inserido num conjunto de lutas radicais, no sentido de ir às raízes.

Disputando futuros

Um dos principais caminhos em que alguns movimentos sociais do campo da saúde vêm apostando – como forma de torná-los profundamente envolvidos com a produção de um modo de viver que não viole a potência de vida que há no mundo das coisas, do social e das pessoas – tem sido construir projetos (como o da integralidade) e lugares em que grupos e indivíduos, como “portadores de futuro”, se envolvem com a construção social de um *com-viver* solidário e igualitário, através das práticas de saúde.

Tais qualidades não podem ser compartilhadas pelas relações sociais governadas por mecânicas instrumentais, como são as capitalísticas dirigidas, que tudo transformam em recursos utilizáveis e têm sido demarcadas pela antiprodução, por matar dia a dia a vitalidade daqueles mundos: das coisas, do social e das pessoas.

Produzir modos de viveres coletivos que ao construírem vida não gerem destruição não só é possível como é um desafio a ser fabricado

diariamente pelos coletivos sociais, em geral, e pelos coletivos de trabalhadores, em particular. Mas isso exige lutas sem tréguas. Lutas pela possibilidade de ser imaginada. De ser desejada. De ser constituída. Produzida.

E isto não é privilégio de um modo correto e único de viver. Porém, é com certeza mais viável quanto mais múltiplos forem os modos de se inventar o viver, compatíveis com as muitas distintas maneiras de se poder criar e recriar os desejos e suas concretizações, com a aposta de que a minha vida é a sua vida, a minha liberdade é a sua liberdade, o meu direito é o seu direito. A minha igualdade é a sua igualdade – na medida em que somos responsáveis pelo que construímos e estamos profundamente implicados com a produção da igualdade como a aceitação da singularidade do outro. Com a defesa intransigente de que todos somos tão iguais, que devemos ser diferentes, poderemos usufruir da crença num futuro distinto do atual e mais rico para todos.

Mas ledo engano que seja tranqüilo construir isso. Sua justeza não se traduz em facilidades; essas situações são duras de acontecer. Remam contra o modo dos processos exploradores da vitalidade das coisas, contra os interesses mesquinhos e de poucos, mas poderosos e dominantes. Contra a força do mercado. Contra a massacrante massificação de uma globalização capitalística, que a todos quer clonificar.

Remar contra isso exige a construção permanente de coletivos autônomos, que não tenham medo de se publicizar, de se submeter às tensões tão necessárias dos encontros nos espaços públicos. Exige produzir espaços sociais, praças de *com-viver*, atados à noção de que outro futuro, diferente do predominante, é possível e está vinculado às distintas maneiras de se criar e participar de processos coletivos de produção de novas subjetividades, implicadas na defesa intransigente da vida individual e coletiva. Além da criação de situações interrogadoras, para esses coletivos, que lhes permitam pensar sobre a realidade vivida, dela duvidar e intervir na busca de novos sentidos para si.

Para tanto, os coletivos que atuam na saúde têm o desafio de viabilizar a expressão de multiplicidade interna no seu modo; de buscar novos sentidos para suas práticas, com a intenção de trocar vivências e experimentos; de constituir redes de produções de saberes e de

solidariedades; de pautar eixos problematizadores; de se espalhar pelo mundo e de enredar redes. Devem permitir que suas conquistas e erros apareçam em espaços mais abrangentes, ampliando as possibilidades de análises e compreensões, tornando-se disponíveis para mudanças de rumos.

A construção de novos modos de agir em saúde, que se orientam pela lógica de uma integralidade radicalmente comprometida com a produção da vida, deve estar articulada às intenções que ambicionam um agir micropolítico como dobra de fazeres macro, como o ecologista que deve imaginar seu fazer aqui e agora, olhando para o mundo em geral e o amanhã.

Acontecimentos, portadores de futuro e autopoiese: implicações

Início esta parte sob o ângulo da discussão dos chamados “portadores de futuro” e como algo que me instiga profundamente nos pequenos acontecimentos. Fico pensando que nestes acontecem coisas que permitem atravessar os limites dos nossos olhares sobre cenas enxergadas, nas quais temos muita dificuldade de visualizar processos que podem nos arrancar dos lugares, nos desterritorializar. Isto é, dificuldade de perceber a existência de movimentos de futuros diferenciados, ali onde está a repetição.

Vejo que, se pudéssemos nos abrir para observá-los, talvez tivéssemos outros olhares dos encontros nos pequenos acontecimentos, colocando-nos em lugar diferente de onde, no início, nós os mirávamos. Pode-se criar a seguinte imagem: pensar as cenas na perspectiva de uma micropolítica de encontros de distintos sujeitos.

De posse dessa idéia, da micropolítica de encontros, podemos olhar, de novo, para todas as cenas / acontecimentos. Não mais sob a ótica de que o presente instituído é duro, definido e dado, e que o futuro já estaria feito. Mas, sob o olhar de “lugares” onde se encontram ou se relacionam territórios e sujeitos, em acontecimentos. E aí, todas as cenas podem expressar outras possibilidades: nelas existem sujeitos, territorializados e em desterritorializações, encontrando-se nas suas dificuldades, comensalidades, nas suas possibilidades, lutas; ali há encontros de territórios e sujeitos em movimento.

Nesse movimento podemos criar, para nós mesmos, novas categorias para mirarmos e pensarmos sobre o que acontece ou poderia acontecer, numa micropolítica dos encontros. Uma primeira noção que podemos

utilizar é que, nas cenas, acontecem várias coisas ao mesmo tempo, que não necessariamente se excluem. A segunda é que isso nos permite ver a existência de múltiplos encontros de distintos “portadores de futuro”, alguns implicados com a repetição e outros com uma mudança radical do encontro. A terceira é de que, na micropolítica dos encontros que ocorrem nas cenas, há várias relações de interdições e fugas, ou seja, conformam-se relações em que territórios e sujeitos interditam outros territórios e sujeitos. Os encontros nas cenas explodem como uma revelação de que agrupamentos de sujeitos se colocam diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento. Parece que o outro, como estrangeiro, é para ele um grande incômodo, não suportando a possibilidade de esse outro existir. Movimento que se dá em todos os lados, de um a outro, sem parar.

Entretanto, essas cenas/acontecimentos contêm esses movimentos em paradoxo. Contêm também outros processos de encontros, outras situações ocorrendo no mesmo tempo do processo da interdição, desses mesmos agrupamentos sujeitos/portadores de futuro, que, nos seus modos de processarem suas micropolíticas, produzem outro tipo de acontecer no acontecimento-interdição, como uma dobra. Essa tensão marca interdição com potência de desobstrução e me permite entender os encontros dos portadores de futuro como encontros autopoieticos.

O que é encontro autopoietico? É onde ocorre, micropoliticamente, encontro de duas vidas, de três vidas, de quatro vidas, de n vidas, em mútuas produções. Esta palavra, “autopoietico”, empresto da biologia, quando se conceitua o movimento de uma ameba. Dessa formulação utilizo a imagem de expressão e significação do caminhar de um ser vivo que, em seu movimento, produz vida. Adoto esse nome por sua força de representar o movimento da vida que produz vida e não a morte. Sob este olhar, podemos ressignificar as cenas, que passam a ter novos sentidos: o mesmo lugar, ocupado pela interdição, é também espaço de encontro autopoietico. Há uma micropolítica inscrita dentro da outra. É isso que permite a sensação, por exemplo, de que uma cena que pode transmitir angústia de morte, de repente, ser carregada, preenchida pela possibilidade da produção da vida.

Os acontecimentos são lugares de encontros de “portadores de futuro” em suas micropolíticas. As interseções² entre seus territórios existenciais

e de interesses ético-políticos possibilitam efeitos instituintes mútuos, posicionando os sujeitos implicados em situações de linhas de fuga e abrindo alternativas de novos desenhos éticos e estéticos de indivíduos e coletivos.

A chance de abrir esses processos – como uma postura intencional dos coletivos de trabalhadores de saúde que ocupam as cenas / acontecimentos no dia-a-dia dos serviços – com dispositivos interrogadores das implicações instituídas passa pela possibilidade de questionar, como “provocação”, certas linhas de ações que permitem constituir eixos / apostas de construção de outras alternativas de práticas de saúde, por permitir tornar intenção explícita algo que já ocorre.

Tenho a intenção de sugerir e ofertar idéias para isso, olhando como foco as implicações de um agir que procura se comprometer com a fabricação cotidiana da integralidade radical em saúde. Uma integralidade autopoietica.

Implicações em exposições: dispositivos

Colocar na parede, criar tensão produtiva. Pôr em dúvida o sentido perseguido. Apontar certos lugares implicados com uma aposta centrada na vida e sua manifestação múltipla. Criar pautas de conversas em coletivos produtores de atos de saúde, em gestores de políticas e em operadores de serviços. Essas são as idéias de ofertar certos eixos apostas / desafios, lugares de implicações, buscando com isso construir sujeitos interrogadores, portadores de futuro, que possam disparar processos coletivos de elaborações protagonistas. Que vêem o movimento do micro para o macro como acumulativo e produtivo, para as mudanças dos sentidos das práticas de saúde em direção a um futuro diferente.

Assim, os eixos apontados adiante servem como idéias-apostas para serem usadas pelos coletivos, diante de muitas outras criadas pelos mesmos, que podem operar a construção de novas maneiras de agir. Não são as únicas e nem necessariamente as mais adequadas, diante das múltiplas realidades vivenciadas no território da saúde. No entanto, funcionam como possibilidades de criar, no conjunto dos vários sujeitos interessados nesse território, modos de um certo “olhar analítico” sobre o dia-a-dia das práticas de saúde, que abram para julgamento, compreensão e transformação, as várias maneiras de os trabalhadores coletivos operarem a construção dos sentidos de suas práticas.

Aposto que coletivos mais interrogadores – que colocam em dúvida seus microprocessos políticos, organizacionais e produtivos – se tornam mais nítidos para si e para os outros, aumentando a chance de produzirem mecanismos mais solidários de ação. Tornam-se mais responsáveis e mais públicos. São mais democráticos. Mexem no mundo aqui e agora de modo mais implicado.

Eixos interrogadores como idéias / apostas

A vida de todos, e de cada um, é igualmente fundamental

A grande missão do campo da saúde é considerar-se como território de saberes e práticas tecnológicas, produtoras de distintas maneiras de cuidar em saúde, envolvido com a construção de homens e mulheres cada vez mais autônomos e qualificados para apostarem na produção da vida, como valor de uso inestimável para si e para os outros, em todas as suas formas de expressões e dimensões. Ao tomarem para si tal complexidade, como objeto e finalidade, os vários atores que constituem o campo de práticas da saúde devem procurar compreender como, no seu dia-a-dia, com seu fazer mais simples, estão criando intervenções em processos que prometem tanto. E, assim, poderem expor para a análise suas implicações nos fazeres das pequenas cenas / acontecimentos. Ser produtor ou contribuir para a realização de atos de saúde, nas relações com outros, traz em si os vários modos de se valorar o viver do outro, enquanto bem individual e coletivo.

A humanidade, na saúde, construiu muitos tipos distintos de saberes nessa direção, não sendo privilégio de nenhum, em particular, ser eficaz e efetivo no cumprimento dessa missão, pois são muitas as formas de realizá-la. Entretanto, independentemente da conformação tecnológica que o agir em saúde adquirir, deverá responder sempre às mesmas questões-chave: do ponto de vista da ética da vida, o que você produz? Você aposta na vida? Como?

Se o agir estiver voltado para si mesmo e não para o mundo das necessidades de saúde dos vários grupos populacionais e dos usuários dos serviços de saúde, como forma de expressão do que a potência de viver ambiciona, não será um caminho interessante a ser perseguido. Se esse agir não permitir a clareza de que a vida de cada um, e de todos, é igualmente importante, não poderá somar na direção de uma sociedade mais solidária.

Por isso a tarefa tem sua dureza, pois terá de contribuir, sem titubeio, no seu modo de operar no dia-a-dia a produção da saúde, com a produção de um imaginário social no qual a vida é um valor em si a ser preservado, sob todas as suas formas de expressão. E a melhor maneira de isso ser constituído é respeitar e apostar na qualificação da vida de todos, na evidência de que todo produtor de atos de saúde, em última instância, protagoniza novos sentidos para o mundo e como tal está profundamente comprometido com a possibilidade da sobrevivência da vida ou da sua destruição.

Terá que apontar para outros caminhos que não os que as sociedades capitalísticas, incrivelmente instrumentais, constroem para o consumo da vida individual e coletiva. Ou seja, terá que mostrar a compatibilidade entre produzir vida no e com os outros, produzindo vida para o mundo como um todo. Muito ao contrário do que vivemos atualmente, no campo da saúde.

Na mesma direção interrogadora e com grande poder auto-analítico, um trabalhador pode e deve se imaginar um usuário do seu próprio fazer e, assim, de modo muito significativo, expor suas implicações. Ainda mais se for uma atividade pensada e elaborada em conjunto com seus parceiros de trabalho.

Ser usuário do seu próprio trabalho: fazer a troca de lugares

Trabalhar em saúde tem certas marcas específicas, que, se entendidas, podem contribuir para ações que permitam aos implicados na sua construção se posicionar em relação às finalidades de seus fazeres. Diferentemente de outros trabalhadores, os da saúde não podem nunca afirmar que um dia não serão usuários de atos de saúde.

São inúmeras as histórias que mostram que um fabricante de bicicletas ou de automóveis pode não saber utilizá-los ou mesmo nunca ter experimentado seu uso. Entretanto, é impossível dizer isso sobre um trabalhador de saúde, que, de uma hora para outra, mesmo no cotidiano de seu trabalho, pode mudar para o lugar de um usuário. Isso é um problema e um instigamento, pois sempre podemos perguntar nos ambientes de trabalho e nos encontros entre coletivos de trabalhadores: vocês seriam usuários de seus próprios trabalhos?

Imaginem como é constrangedor para um coletivo dizer que não. E, não tenhamos dúvidas, parece-me que em muitos lugares a maioria diria exatamente isso. Que tal isso poder ser dito no dia-a-dia dos serviços e

virar um dispositivo a tratar das implicações dos fazeres de cada um dos construtores dos processos de cuidado?

Visualizando possibilidades de gestões democráticas do público

As sociedades, hoje, têm caminhado para consagrar a imagem de que o privado, sob qualquer forma, é o que vale. E nesse processo vai-se consolidando como natural que tudo que é público, que é coletivo, é ruim ou pouco interessante. Com isso, os indivíduos e coletivos vão também se convencendo e vivendo de acordo com essas idéias. A tensão entre público e privado vai pendendo para o individualismo, pela não-responsabilização pública dos atos pessoais, pela premissa do aqui e agora, pela ética da não-prestação de contas.

A possibilidade de colocar em xeque essa forma de só responder à sua consciência ou no máximo, no caso da saúde, à sua corporação profissional ou política, é uma idéia / aposta fundamental, se o que se deseja é a ação individual e coletiva, como maneiras de se produzir melhores formas de vida no plano individual, de acordo com coletivos autopoieticos.

Outro movimento interessante de se fazer nos microprocessos, pelos coletivos de trabalhadores, é conhecer e submeter a uma discussão os processos vivenciados por outros níveis de coletivos, que estão além do seu próprio: quem define e o que são os fundos públicos ou sociais que financiam as ações de saúde? Quem os governa? De que modo e com que finalidades? A que interesses obedecem? Como determinam suas decisões? Como praticam a democracia em seu âmbito?

A gestão democrática das intenções das políticas, bem como da operação do cotidiano dos processos produtivos em saúde, deve estar em interrogação o tempo todo nos coletivos, em círculos de tensões enriquecedoras.

Enfrentar com projetos centrados na vida as transições tecnológicas centradas no capital

Para imaginar como enfrentar a globalização capitalística que vem sendo inventada na construção de uma nova lógica produtiva para o setor saúde – a partir da centralidade do capital financeiro, na direção de uma cidadania anticapitalística, solidária e como defesa radical da vida individual

e coletiva –, é preciso interrogar e refletir sobre as intenções que atravessam os agires tecnológicos produtores de atos de saúde.

Os saberes tecnológicos – nas suas expressões duras (equipamentos), leves (relacionais) e leve-duras (clínica, epidemiologia) – têm sido operados, em qualquer processo centrado no capital, em função de uma lógica dos procedimentos, sejam as dos atos dos profissionais de saúde ou as dos burocrático-administrativos.

Uma forma de os coletivos interrogarem esses possíveis sentidos em qualquer nível (no da política, da organização ou da produção do cuidado) é tomar como referencial o complexo modo de expressão do mundo das necessidades dos usuários, individuais ou coletivas.

Por uma questão didática e reflexiva, aquelas necessidades e a produção do cuidado podem ser pensadas a partir das seguintes interrogações²:

- De que modo e com que capacidade o agir tecnológico contribui para satisfazer as necessidades de boas condições de vida e de se viver em processos sociais de inclusão?

- Como se constroem ações para encarar o outro como alguém singular, sujeito de direito e cidadão nominal?

- De que modo se contribui para garantir o acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação); poder acessar, ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema?

- De que modo se produzem autonomia e autocuidado, contribuindo para a escolha ativa das maneiras de se “andar a vida”?

Deste modo, pode-se submeter seu modelo tecnoassistencial a um olhar ético-político, centrado no território situacional dos usuários: lugar legítimo a definir o sentido e as intencionalidades dos *agires* em saúde.

Socializar o estado e dar novos sentidos sociais para o privado

A disputa que é travada no mundo entre a saúde como bem público, direito de todos e problema de toda a sociedade, e a do mercado, que a considera como bem trocável, é uma tensão central em todos os lugares.

Porém, há que se reconhecer que a forma privada de prestação de serviços de saúde é um dado da realidade, não tão fácil de ser negado. Uma das questões-chave, em relação a isso, é o equacionamento de sua responsabilidade e compromisso com a natureza pública, do campo onde atua; além da construção social de distintas formas de regulá-lo, sob a ótica do interesse coletivo. Isto está inscrito na aposta de que a produção privada de serviços de saúde, nas suas intenções de comercialização, deve-se pautar pela perspectiva da produção de saúde como um bem público.

Nesta direção, regular o privado deve ser desejado como um ganho social, para aqueles que tratam da saúde na ótica do direito universal e equânime. É um tremendo desafio, mas não impossível, construir um caminho que não torna incompatível a produção privada de serviços de saúde com a própria produção da vida nos planos individual e coletivo. Em particular, naquelas sociedades em que a vida é vista dentro de uma lógica muito instrumental e nas quais só as de alguns são valorizadas, como um valor de uso inestimável.

A produção privada de serviços de saúde deve ser enfrentada dentro do princípio de realidade segundo o qual as sociedades terão que garantir a responsabilização social de qualquer um que esteja operando nesse campo de práticas, inclusive os próprios serviços estatais, que por si só não são públicos nos sentidos que vimos tratando neste texto. Por isso, uma das aprendizagens é que só uma grande capacidade de regular, do ponto de vista do interesse público, poderá impor certos percursos para os processos produtivos na saúde, implicando-os na produção autopoietica de seus atos.

Deste modo, outras questões também podem ser colocadas para os gestores das políticas governamentais em saúde: suas atividades de regulação e controle sobre o conjunto dos produtores de práticas de saúde conformam o quê? Que direcionalidades estão sendo dadas para o agir tecnológico, implicando-o no mundo das necessidades dos usuários? Como os interesses econômicos e/ou corporativos dos empresários, gestores e trabalhadores do setor podem conviver com isso? A produção da saúde como bem público está sendo sacrificada pelos interesses particulares dos empresários e corporativos dos trabalhadores do setor?

Creio que os únicos interesses privados do setor saúde que devem ser respeitados, acima de tudo, são os dos usuários, reais expressões do que são as necessidades de saúde em suas n manifestações.

Enfim

Procurei, neste texto, dar conta de muitas questões, o que pode muitas vezes ter sacrificado a clareza, mas uma é central: o campo das ações de saúde deve ser um encontro das multiplicidades, no qual se pode apostar que sujeitos sujeitados conseguem emergir como sujeitos autônomos, produtores de novos sentidos para o viver e compromissados de maneira mais efetiva com a vida, em suas muitas formas de expressão. Apontar para a integralidade como “alma” do agir em saúde implica reconhecê-la como um “portador de futuro” que deve fazer de sua microacumulação, macro, na direção da construção de uma sociedade mais cooperativa e autopoietica.

Procurei buscar a constituição de eixos interrogadores como dispositivos que pudessem contribuir para esse tipo de processo e que permitissem expor, do privado para o público, as implicações dos vários sujeitos situados no campo. Era minha intenção instigar os coletivos e indivíduos, sobre questões que pudessem colocá-los em tensões produtivas de novas subjetividades, em torno das problemáticas que afetam a capacidade de se produzir saúde ou não. Provocar que isso se transforme em situações de intervenções sobre a realidade, numa busca militante por um novo sentido para a vida, comprometido com a cumplicidade em todas as suas formas de expressão: humanas, sociais e ecológicas.

Contribuir, deste modo, para o entendimento de que, com o nosso agir diário, todos estamos, individual e coletivamente, profundamente vinculados a um modo ético-político de se posicionar no mundo das práticas produtoras ou *des-produtoras* de vidas. Aposta-se, aqui, que coletivos e indivíduos em tensões criativas, em torno de seus fazeres, tornam-se mais sujeitos de seus destinos, mais comprometidos com a produção da sua liberdade como liberdade no outro, mais iguais, vendo-se na igualdade do outro.

E, enfim, que tudo isso tem a ver com a integralidade em saúde.

Agradecimentos

Este texto seria impossível sem a atenta leitura de Erminia Silva.

Referências

- CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. *Uma taxonomia para as necessidades de saúde*. Campinas, 2001. Mimeo.
- GUATTARI, F. *Micropolíticas*. Cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.
- FRANCO, T. B. *et al.* *Acolher Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

Notas

¹ A maneira como trato esta idéia, *implicação*, é mais trabalhada no texto “O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido” (FRANCO *et al.*, 2004).

² O sentido da noção de interseção está mais claro no livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (MERHY, 2002).

³ Aqui faço uso direto do trabalho de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Norma Matsumoto (CECILIO e MATSUMOTO, 2001)