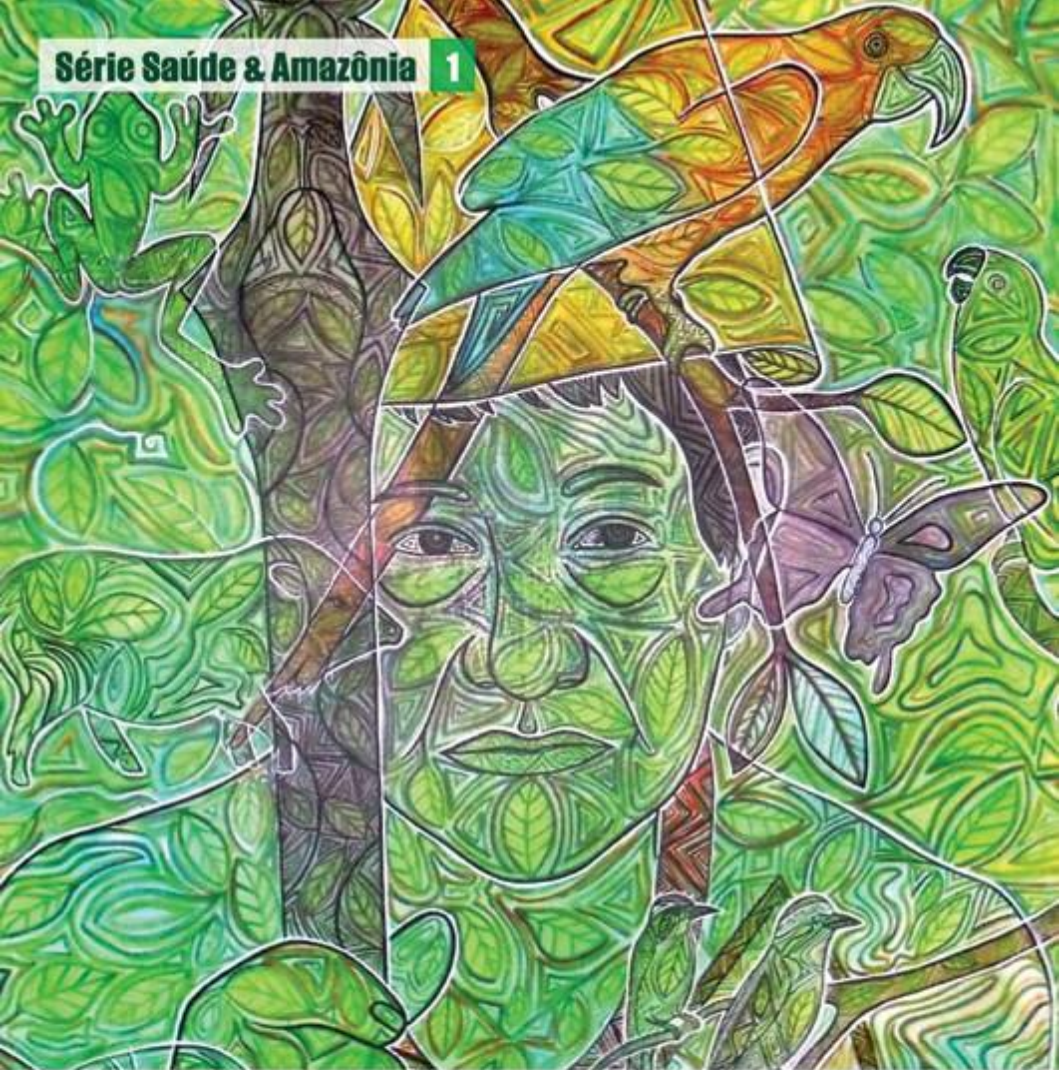


Série Saúde & Amazônia 1



Educação permanente em gestão regionalizada da saúde:

Saberes e fazeres no território do Amazonas



Organizadores: — Júlio Cesar Schweickardt Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Ricardo Burg Ceccim Alcindo Antônio Ferla Simone Edí Chaves



**Série
Saúde & Amazônia**

**Educação permanente em gestão
regionalizada da saúde: saberes e
fazeres no território do Amazonas**

Série Saúde e Amazônia

Júlio Cesar Schweickardt
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla
Simone Edi Chaves
Organizadores

**Educação permanente em gestão regionalizada da saúde:
saberes e fazeres no território do Amazonas**

1ª Edição
Porto Alegre - 2015
Rede UNIDA

Esse Livro foi produzido e organizado com base nas atividades de pesquisa de interação acadêmica entre A Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Rede Governo Colaborativo em Saúde e o Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

E24 Educação permanente em gestão regionalizada da saúde : saberes e fazeres no território do Amazonas [recurso eletrônico] / Júlio Cesar Schweickardt ... [et al.] organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015.
240 p. : il. – (Série Saúde & Amazônia)

ISBN: 978-85-66659-42-9
DOI: 10.18310/9788566659429

1. Educação permanente – Saúde. 2. Educação continuada. 3. Saúde coletiva. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Integralidade em Saúde. 6. Regionalização. I. Schweickardt, Júlio Cesar. II. Lima, Rodrigo Tobias de Sousa. III. Ceccim, Ricardo Burg. IV. Ferla, Alcindo Antônio. V. Chaves, Simone Edi. VI. Série.

CDU: 614:37
NLM: WA18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre -RS
Fone: (51) 3391-1252 - www.redeunida.org.br

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

Copyright © 2015 by Rede Unida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Angel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Júlio Cesar Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil
Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rossana Staeve Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Sueli Goi Barrios - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil
Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar
João Beccon de Almeida Neto

Sumário

Série Saúde & Amazônia

Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas

Organizadores

Júlio Cesar Schweickardt
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla

Simone Edi Chaves

Editoras Associadas da Série Saúde & Amazônia

Cristina Neves Hugo
Renata Flores Trepte

A série Saúde & Amazônia, coleção institucional da Associação Brasileira Rede Unida, pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Digital da Rede Unida: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital>

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 500 exemplares

Coordenação da Série Saúde & Amazônia

Alcindo Antônio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Júlio Cesar Schweickardt, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), Fiocruz/
Amazonas

Consultores Ad Hoc

Nicolás Esteban Castro Heufemann, Universidade do Estado do Amazonas
Henry Walber Dantas Vieira, Universidade Federal do Amazonas
Ana Caroline Carvalho, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba
Anízia Aguiar Neta, Fiocruz/Amazonas
Fabiana Mânica, Universidade Federal do Amazonas

Elaboração colaborativa dos textos:

Alcindo Antônio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Camilo Darsie de Souza, Universidade de Santa Cruz do Sul
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Denise Antunes de Azambuja Zocche, Universidade do Estado de Santa Catarina
Félice Oliveira Lopes Cavalcanti, Ministério da Saúde
Izabella Barison Matos, Universidade Federal da Fronteira Sul
Jeane Félix da Silva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Júlio Cesar Schweickardt, Fiocruz/Amazonas
Lisiane Boer Possa, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Luiza Helena Dalpiaz, Universidade do Oeste de Santa Catarina
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos, Universidade Federal de Sergipe
Ricardo Burg Ceccim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Fundação Oswaldo Cruz
Simone Edi Chaves, Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Stela Nazareth Meneghel, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Sueli Terezinha Goi Barrios, Ministério da Saúde

Capa, projeto gráfico e diagramação

Vanderlei Dutra (Dutcom Saúde)

Imagem de capa:

Título: O Sábio da Floresta. Autor: Ismael Martins.

O artista plástico Ismael Martins encontra a inspiração para suas obras na floresta amazônica. Nesta imagem, retratou a fauna, a flora e o pajé da Tribo Yawanawá, que tem 104 anos e é conhecido como “Sábio da Floresta”. Segundo Ismael, o pajé tem muito conhecimento sobre plantas medicinais, cipó, sapo capu. O povo Yawanawá vive na Aldeia Nova Esperança, à margem do Rio Gregório, no município de Tarauacá, Oeste do Acre.

A Série Saúde & Amazônia foi organizada e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA) e pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), da Fiocruz/Amazonas, com manuscritos sobre antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção/assistência, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde na Amazônia e outros temas de interesse, a partir de trabalhos produzidos nos cursos de especialização de Saúde Pública para Gestores do SUS no Amazonas, de História da Saúde na Amazônia, de Planejamento e Orçamento Público em Saúde e de Educação Permanente em Gestão Regionalizada do SUS Amazonas, realizados no período de 2010 a 2014. A chamada dos textos ocorreu a partir do EDITAL N°01/2015 EDITORA REDE UNIDA – SÉRIE SAÚDE & AMAZÔNIA. Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Apresentação **11**

Capítulo I **25**

**POR UMA FORMAÇÃO QUE FAZ BANZEIRO E ENCHARCA OS
COTIDIANOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Capítulo II **55**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DO
TRABALHO E DE TRABALHADORES NO ÂMBITO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Capítulo III **87**

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: CONSTRUÇÃO DA UNIVERSALIDADE
E INTEGRALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Capítulo IV **121**

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: ELEMENTOS DA
TRAJETÓRIA PARA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Capítulo V **163**

A ATENÇÃO BÁSICA E O COTIDIANO DA GESTÃO EM SAÚDE

Capítulo VI **201**

EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE: USOS E APLICAÇÕES NO SUS

Apresentação



Saberes e fazeres em gestão regionalizada em saúde no Amazonas

Esse livro registra parte de uma história: a formação em gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde no Amazonas. Uma história do curso e dos desdobramentos do mesmo. A ideia do curso surgiu da necessidade de aprofundar o debate, ao mesmo tempo conceitual e operacional, da regionalização do sistema de saúde considerando um território concreto, mas também muito singular, que é o estado do Amazonas. Não se tratava de aumentar a expertise de profissionais da gestão e da atenção para o tema da regionalização; tratava-se de produzir tecnologias para a solução de problemas do cotidiano, por meio de capacidades profissionais. Ou seja, o desenvolvimento do trabalho, para qualificar o sistema.

O desafio de construir capacidades locorregionais para a gestão regionalizada do sistema de saúde acompanha a história recente da saúde no Brasil. Ao contrário de restringir-se à implantação de redes assistenciais com hierarquias regionais crescentes em sofisticação tecnológica, há a necessidade e o compromisso político para a construção de sistemas regionais de saúde com gestores com uma formação ampla e criativa. Redes assistenciais são “fixos”; sistemas locorregionais são “fixos” e “fluxos”¹. Para ordenar “fixos” e “fluxos”, é preciso capacidade de gestão, sensibilidade ao cotidiano e compromisso ético com as saúdes que habitam os territórios.

A Região Norte, no contexto da gestão da saúde e das políticas públicas, traz desafios que convivem com o seu contexto geográfico,

¹ “Fixos” e “fluxos” são figuras de pensamento, mais do que conceitos, utilizados por Liane Beatriz Righi na sua tese de doutorado, para pensar em componentes estruturais (serviços, equipamentos, especialistas) e organizativos (fluxos de referência e contrarreferência, encaminhamentos, estratégias de regulação, movimentos espontâneos de usuários e trabalhadores) que, ao final, compõem as redes de atenção no cotidiano (RIGHI, 2002).

populacional, cultural e político, mas não é apenas em relação ao contexto de suas necessidades que queremos chamar a atenção, mas também em relação às potencialidades. Os processos social e histórico que constroem e as forças que reconstróem cotidianamente os sistemas locorregionais na região amazônica dizem para a capacidade de gestão do SUS mais do que apenas deficiências e dificuldades que precisam ser superadas: falam também de movimentos concretos e tecnologias produzidas no cotidiano que podem ser potencializados e aprendidos. A partir de um conceito ampliado da saúde, as diferentes saúdes são construídas e reivindicadas nesse território vivo da Amazônia.

Segundo Oliveira (2008), a construção histórica e as características singulares do sistema de saúde na região amazônica pontuam o desafio para a gestão da saúde na região e para o SUS como um todo. Aumentar a capacidade resolutiva dos municípios e das regiões intermunicipais passa por um solidário processo de construção coletiva desta nova realidade da saúde. O processo político envolvido em uma ação social, num território específico do país, vai para além da formulação e implementação de um conjunto de normas rígidas. A regionalização é, ao mesmo tempo, um método para ampliar e qualificar a cobertura assistencial da saúde em determinado espaço geopolítico e um processo social que envolve a participação de indivíduos e coletivos em complexas relações sociais e de poder. Saúdes mais diversas, mais desviantes da norma biomédica, estão potencialmente disponíveis no território da região amazônica. Não apenas disponíveis, mas reivindicando vigência.

Nesse contexto, desenhamos uma proposta de formação na perspectiva da Gestão Regionalizada com base nos princípios da Educação Permanente para o estado do Amazonas. O projeto surgiu da parceria entre o Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) Fiocruz Amazonas e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Ama-

zonas (SUSAM) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM). Guiamo-nos pela experiência de formação realizada no Estado da Bahia (BAHIA, 2009; FERLA et al., 2009), mas isso era apenas a escolha metodológica, uma vez que, para ser educação permanente, a reflexão sobre o cotidiano é mais relevante do que um cardápio de conhecimentos ofertados. E o cotidiano é mais complexo e, portanto, menos previsível pela razão que o conhecimento opera.

O projeto ganhou a denominação de Programa de Educação Permanente em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) Amazonas, consistindo na realização de dois cursos de Especialização e um de Aperfeiçoamento, respectivamente: *Especialização em Educação Permanente em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) Amazonas*, *Especialização em Processos Educativos na Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS)* e *Aperfeiçoamento em Educação Permanente em Educação Permanente em Gestão Regionalizada*. O objetivo do Programa foi atuar como um disparador dos processos regionalizados da gestão do sistema estadual de saúde a partir dos princípios da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007). O processo pedagógico gestão-serviço-educação possibilitou que os alunos fossem protagonistas de sua aprendizagem, sendo atores nas regiões de saúde do Amazonas. Os cursos foram desenvolvidos em sete das nove Regionais de Saúde do Estado (Alto Rio Solimões, Médio Rio Solimões, Entorno de Manaus e Rio Negro, Rio Negro e Rio Solimões, Rio Madeira, Médio Rio Amazonas e Baixo Rio Amazonas).

O Programa desenvolveu um conjunto de ações pedagógicas que se complementaram no decorrer da formação. O processo de formação dos gestores e profissionais de saúde foi acompanhado por tutores que também estavam em formação. Assim, tivemos alunos-tutores e alunos-gestores que se formaram no processo juntos. No processo de aprendizagem, dividiam o mesmo espaço alunos de es-

pecialização e de aperfeiçoamento, significando que não importava tanto as diferenças de formação, mas o seu lugar como um sujeito de gestão. Utilizamos como recurso e proposta metodológica as ferramentas da metodologia ativa, que buscavam discutir os problemas do contexto e o cotidiano de trabalho.

A dinâmica de cada turma foi diferenciada, tanto motivada pela metodologia da Educação Permanente como pela particularidade de cada região de saúde do estado do Amazonas. As atividades foram surgindo pelo contexto e pelas necessidades locais. Tanto os encontros regionais como os estaduais se constituíram como espaços de trocas de experiências, de compartilhamento de ideias e de conhecimento das especificidades culturais e políticas de cada região.

Um dos Encontros Estaduais aconteceu juntamente com o Encontro Regional da Rede Unida Norte, em setembro de 2013, sendo, portanto, um evento potente de experiências tanto de formação como dos serviços de saúde nas diferentes regiões do estado. O tema “Girar a vida na Amazônia: o banheiro² no cotidiano do SUS”, mobilizou gestores, alunos, pesquisadores, atores dos movimentos sociais e trabalhadores para repensar as práticas e políticas de saúde para a necessidade de realização dos movimentos.

A temática de Educação Permanente em saúde percorreu os trabalhos finais dos alunos, possibilitando o entendimento e a aplicação em diferentes contextos da saúde na região e no município. Os projetos de intervenção partiram de situações e necessidades locais em que a Educação Permanente poderia potencializar as ações já realizadas ou transformar algumas práticas já naturalizadas pela rotina de trabalho. Assim, iniciamos os cursos com a discussão da inserção pedagógica no nosso modo de olhar para a realidade e terminamos com um olhar para o nosso cotidiano e para a gestão a partir de prin-

cípios da educação permanente.

No processo de ensino-aprendizagem observamos que o diálogo entre ensino e serviço, olhando para o mundo do trabalho, desperta os trabalhadores para ações que podem ser realizadas, sem depender somente de recursos financeiros ou de grandes estratégias de gestão. Observamos que as proposições de interferência num território específico não perderam a visão da gestão, da educação, da participação social e da assistência. Nesse caso, a ideia do quadrilátero da Educação Permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) está presente, pois qualquer ação, em qualquer espaço, gera algum tipo de mudança em algum desses lugares da realidade.

Desse modo, tivemos a Educação Permanente em espaços das Redes de Atenção à Saúde, na Atenção Básica em Saúde, na Gestão da Atenção à Saúde, na Educação em Saúde, na Saúde Indígena, na Vigilância em Saúde, na Assistência Hospitalar. A Educação Permanente foi objeto de atenção específica nas propostas de criação de Núcleos de EP na gestão municipal, nos hospitais, nas unidades de saúde e nas Comissão Intergestores Regional (CIR). Além de potencializar as ações de serviço, a Educação Permanente nesses espaços foi entendida como lugar estratégico na gestão.

A Educação Permanente como uma ferramenta e um processo de problematização das ações e do cotidiano dos serviços de saúde (CECCIM, 2005) foi o norteador de todo processo de aprendizagem. O material pedagógico explorou a relação entre a teoria e os problemas locais, estimulando os alunos a questionar a sua realidade. A metodologia da roda de conversa e do diálogo proporcionou a participação ativa de todos os atores do processo de aprendizagem, colocando o território da região e o contexto do trabalho como palco das ações, das intervenções e interferências. Desse modo, a produção do conhecimento se deu de modo coletivo, promovendo o encontro e a relação entre as instituições de ensino-pesquisa com a gestão e o cotidiano dos serviços de saúde. Portanto, podemos dizer que a

² Banheiro é um termo da região Norte para designar o movimento das águas, produzido tanto pela passagem dos barcos como pelos ventos.

experiência da Educação Permanente em Saúde norteou todo o processo de formação, transformando as vidas das pessoas e as práticas de gestão e de atenção em todos os níveis de atenção nos distintos territórios desde o município mais distante até a capital.

A experiência nos ajudou a identificar a prática e o potencial micropolítico do cotidiano, que está aberto para acontecimentos, encontros, relações, afetos e problemas que acontecem na prática da gestão e dos serviços de saúde, na relação entre trabalhadores e entre esses com os usuários. Apostamos na lógica colaborativa das equipes, em que a produção do conhecimento pode ser dar de modo multi e interdisciplinar, ou até mesmo de modo transdisciplinar. Acreditamos que o ser humano é um todo e o trabalho é uma superação do prescrito para o efetivamente realizado. Por isso, buscamos criar condições de possibilidade para que a potência do ser humano possa criar e inventar em todos os espaços do saber-fazer.

Observamos que a relação ensino-serviço conquistou a noção de cidadania e de compromisso com o Sistema Único de Saúde, principalmente quando a vida está presente. Nesse sentido, vemos a potência da Educação Permanente para gerar esperança na vida dos trabalhadores, que muitas vezes se veem em situação de constrangimento pela política local, ignorados pela gestão ou até mesmo massacrados pelo quantitativo de procedimentos. A Educação Permanente pode auxiliar na criação de possibilidade de autonomia do trabalho, fazendo dele algo vivo e com sentido para os diferentes atores envolvidos. As práticas de Educação Permanente não podem ser entendidas como algo a mais a ser feito, como uma sobrecarga de trabalho, mas podem ser tomadas mobilizadoras das ações nos locais de trabalho. O contexto de trabalho, em si, produz as suas rotinas e normas, e a questão não é acabar com isso, mas como produzir ações que nos garantam a liberdade no emaranhado de leis e regras que antecedem a vida do trabalho. Nesse sentido, a Educação Permanente pode gerar uma prática da liberdade, no sentido dado

por Paulo Freire.

A política de regionalização está em constante mudança e transformação como qualquer outra política, mesmo que haja uma preocupação constante com a aplicação da legislação. No entanto, um dos desafios da política é como tornar o processo horizontal, de modo que os atores se vejam no exercício da política, principalmente quando a lógica é a da descentralização e da gestão vinda desde o território mais específico. Nesse sentido, a formação pode ser uma ferramenta e uma estratégia para que os sujeitos se conheçam e se reconheçam nesse lugar que ora se mostra familiar, ora se faz distante. Aprendemos que os processos formativos são potentes para criar redes e para a problematização dos contextos locais.

Depois do Banheiro

O material que apresentamos foi produzido especialmente para o Programa, sendo convidados autores para os temas desenvolvidos no curso: o lugar da formação no serviço de saúde; gestão do trabalho e educação permanente em saúde; regionalização em saúde; políticas públicas em saúde; epidemiologia aplicada aos serviços de saúde; e gestão da atenção à saúde. Os textos passaram por revisões por uma comissão que buscou contextualizar o material com a realidade da região amazônica. Depois disso, os textos foram validados pelos tutores e devolvidos para a comissão para ajustes. Por fim, os textos passaram por uma nova validação por parte dos alunos. Para essa edição, foi realizada uma nova revisão pelos coordenadores pedagógicos do Programa. Desse modo, não temos autores de capítulos específicos, mas textos polifônicos com uma rede de autores que colaboraram no processo de construção. Algumas vezes estão identificadas, porém muitas outras não aparecem, mas estão ecoando nos mais diferentes lugares da região.

Os textos buscam refletir o processo de ensino-aprendizagem que transformou a vida de gestores, trabalhadores, docentes, tutores.

Podemos dizer que não foi uma experiência regional e local, fechada num território, mas que produziu encontros potentes entre regiões diferentes, de norte ao sul, e produziu um conhecimento que nunca deixou de ser universal para situações locais e reais do cotidiano do trabalho. A produção desse material, como chegou até aqui, traduz um pouco daquilo que acreditamos como um projeto político pedagógico.

As informações e as realidades são produzidas no processo social em diálogo com as várias dimensões da realidade. Por isso, fica o desafio de buscarmos as mudanças nos modelos de gestão nos municípios e no cotidiano do trabalho, oportunizando a criação de espaços inclusivos e participativos de debate. Logo, os espaços pedagógicos são bons lugares para se pensar, parafraseando o antropólogo Levi Strauss, mas também são ótimos lugares para o movimento e a ação.

A imagem da contracapa ilustra o movimento da educação como algo permanente e em rede, inclusive podendo ser na rede, como aconteceu com a turma da região do rio Madeira. A imagem traz uma das características do território amazônico, que é a rede no barco, mas que nos universaliza pela educação, pois faz a relação com outros formandos em outros territórios e dialoga com autores de outras regiões. O cotidiano gerando questões (problemas, oportunidades, ruídos...) para refletir e desenvolver novas aproximações que qualificam o sistema. A educação, nesse caso, se constrói pelo envolvimento com o cotidiano, buscando superar os limites para a realização das saúdes que circulam pelos territórios, o que deve permitir pôr em questão não apenas o trabalho, como o próprio conhecimento que embasa as ações técnicas e o modo como o trabalho se organiza e se realiza.

Pensamos que a leitura dos textos possa representar um deslocamento, uma viagem pelo interior do Amazonas, seus rios, suas florestas e suas gentes. A regionalização, como conexão com a edu-

cação permanente, é uma engendração que se faz no cotidiano. A regionalização é para a produção das saúdes e, nesse caso, saúdes no ritmo do banzeiro.

Júlio, Rodrigo, Ricardo, Alcindo, Simone

Referências

BAHIA. **Guia de orientação aos educandos (as):** Processo de Formação para a Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. Curso. Salvador, 2009. 65 p. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/dipro/download/cursoQGRS/MANUAL DO EDUCANDO - MÓDULO i.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 22 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

FERLA, A. A. et al. Educação Permanente e a Regionalização do Sistema Estadual de Saúde na Bahia: Ensino-Aprendizagem e Política de Saúde como Composição de Tempo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 7-21, 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/184/pdf_550>. Acesso em: 22 jul. 2015.

FIOCRUZ AMAZONAS/ ILM D. **Programa de formação em gestão regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Amazonas.** Manaus: FIOCRUZ/ILMD, 2013. 48 p. Disponível em: <<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/regionalizacao/acervo/arquivos/geral/manual-do-aluno>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS : estudo sobre a construção de redes de atenção a saúde em tres municípios no Estado do Rio Grande do Sul.** 2002. 229 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000309602&fd=y>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia.** Belém: Universidade Federal de Belém, 2008. 248 p.

Capítulo I

Por uma formação que faz banzeiro e encharca os cotidianos de serviços de saúde

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto o seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: - Me ajuda a olhar!

(O Livro dos Abraços, Eduardo Galeano).

Da Imensidão do rio e do Banheiro às Práticas de Saúde – Outros Encharcamentos

Dentre muitas outras possibilidades, o texto de Galeano (2005, p. 15) nos permite pensar acerca dos processos de educação. O “olhar” será tomado como uma capacidade que extrapola a dimensão biológica do enxergar, para incluir os movimentos de ver, apreender e significar o que se vê, com os múltiplos sentidos que os seres vivos, e dentre eles os seres humanos, desenvolvem para se situar e interagir ativamente com o mundo – pessoas, objetos, contextos e relações – em que vivem.

Nessa perspectiva, podemos dizer que o nosso olhar (e também nossos corpos e as múltiplas dimensões do “eu” que ele abriga) é educado por meio de um conjunto de processos que o transforma. Nós somos educados segundo um conjunto de processos que nos transformam em “sujeitos de uma cultura”; por exemplo, em sujeitos de uma cultura de saúde e, de forma ainda mais específica, de uma cultura profissional da saúde, que se exercita no âmbito do Sistema de Saúde. Tornar-se sujeito dessa cultura envolve um complexo de forças e de processos de ensino e de aprendizagem que permeiam muitas instâncias e dimensões de nossas vidas e incluem o que outras abordagens separam como educação e socialização. Educar supõe, então, processos de ensino e processos de aprendizagem: o que, quem e como nos ensinam; e o que, quem e como se aprende/apreende.

O conceito de sujeito se refere às diferentes posições que assumimos em diferentes situações: se estamos assistindo a uma aula, somos “alunos”; se estamos dando uma aula, somos “professores”; se buscamos o centro de saúde para um atendimento, somos “usuários”; se estamos atendendo a um usuário no centro de saúde, somos “profissionais de saúde” – entre outras tantas posições que assumimos ao longo da vida. Essas diferentes posições requerem diferentes modos de agir, pensar, falar, comportar-se. É por isso que falamos, então, em

“sujeitos de uma cultura”, pois há diferentes posições a serem ocupadas pelos indivíduos em cada cultura. Não confundir “sujeito” com indivíduo: um mesmo indivíduo pode ocupar diferentes posições ao longo da vida. Por exemplo, todo professor um dia já foi aluno.

Aprender, como diz Paraíso (2011, p. 147), “é abrir-se e refazer os corpos, agenciar atos criadores, refazer a vida, encontrar a diferença de cada um e seguir um caminho que ainda não foi percorrido”. Segue dizendo que “aprender é abrir-se à experiência com *um outro*, com *outros*, com uma coisa qualquer que desperte o desejo”. Então cita Alberto Caeiro¹ quando o poeta refere que, “por isso, para aprender é necessário *primeiro aprender a desaprender*. Explica: “aprender a desaprender os sentidos constituídos, os significados produzidos e os pensamentos construídos para abrir em si próprio as diferenças”.

Ensinar, para a autora, inclui transmitir, informar, ofertar, apresentar, expor, explicar. Trata-se, em certa medida, de um processo que busca governar condutas, produzir determinadas práticas, incluir e excluir, hierarquizar, normalizar e dividir os sujeitos: quem sabe e quem não sabe; quem tem boa saúde e quem está doente; quem segue e quem não segue as regras. Conforme a educadora, “ensinar, portanto, é muito diferente de aprender”, uma vez que ensinar supõe convergir e aprender supõe criar possibilidades de derivar para múltiplas linhas de vida e pensamento, isto é, o aprender supõe singularização.² Ambos os processos – ensinar e aprender – compõem nossa educação como sujeitos de uma cultura, nossos modos de apreender e aquilo que apreendemos e, ainda, nosso manejo da linguagem e dos códigos dela constitutivos.

O pedido de Diego, expresso na frase “ajuda-me a olhar”, supõe, então, assumir que o mar, assim como os rios amazônicos, não informam o que são, apenas por si mesmos; despertam nossa sensibilidade, desafiam aquilo que somos, desestabilizam o que éramos até “sofrermos” aquele impacto da nova “visão” (o acesso a algo diverso e surpreendente). A imensidão do mar, do rio, da saúde, da formação e do exercício profissional em saúde, e do sistema de saúde não existe em si mesma, existe na força com que nos impacta e naquilo que construímos em coletivos. Para ser visto, para ser apreendido e para ser significado como alguma coisa definida, precisa entrar no domínio da significação, e isso supõe tanto ensinar a ver quanto redesaprender a ver. Porque se o que existe é a imensidão, cada modo de ver reduz a imensidão a um olhar; reabrir a imensidão vai desafiar os olhares e, mesmo com o pânico da imensidão, porque não era mais percebida, precisaremos de quem nos ajude a olhar.

Aprender sugere um processo de aquisição, mas também de “coagulação” de novas aquisições, como se só aprendêssemos mais sobre o mesmo que já sabemos. Por isso, precisamos, muitas vezes, de um “desaprender”, abandonar as amarras ou fronteiras para poder aprender o diverso. Isso pode causar um efeito de reaprender, uma coragem de começar de novo. Aprender também acontece junto de apreender, isto é, existe um aspecto de apreensão da cultura em todo o processo de aprendizagem dentro da qual qualquer aprendizagem se dá. Por isso, o desaprender pode ser um desprender, largar as certezas, as convicções e explicações prévias e deixar vir as novidades, as surpresas, as estranhezas, até mesmo as mutações em nós.

Os olhares que nos ensinam são sistemas de significação³. É possível, pois, dizer que nada é “natural”, que nada está dado de antemão

¹ A autora assinala que a noção de aprender por ela desenvolvida inspira-se em Deleuze e em Fernando Pessoa. Por sua vez, a necessidade de aprender a “desaprender” a que a autora se refere é embasada em Alberto Caeiro, um personagem heterônimo de Fernando Pessoa, que, em seu instigante poema intitulado “Deste modo ou daquele modo”, publicado no livro *O Guardador de Rebanhos*, diz que é necessário despir-se do aprendido para produzir outros sentidos, encontrar as emoções e construir um novo eu.

² Singularização pode ser aquele conjunto de características que nos faz seres particulares, peculiares, diferentes uns dos outros; as nossas marcas pessoais, mas a palavra também indica a diferença, que resulta em nós.

³ Sistemas de significação referem-se às práticas que atribuem significado às coisas, aos lugares, às pessoas, às atitudes, às palavras, etc. A cultura de cada região, por exemplo, é um sistema de significação, pois é dentro de cada contexto cultural que se produzem os sentidos atribuídos à realidade como um todo.

e que tudo isso que ensinamos, aprendemos/apreendemos e fazemos está ancorado em saberes e práticas parciais e provisórias, que resultam de disputas travadas em diversos âmbitos do campo social e cultural. Tais práticas, justamente por isso, podem ser re-vistas, questionadas e modificadas. Admitir isso não é simples, pois implica mudar a lógica do nosso pensamento em vários aspectos quanto àquilo que aprendemos. Quando se trata de educar, no amplo campo da saúde, temos que mirar a imensidão e nos determos na construção das formas que queremos. Não é para entrarmos na forma que nos oferecem, mas conversar sobre as formas e conversar sobre a imensidão, todo o tempo. Aceitar uma forma é estreitar a imensidão das possibilidades à certeza dos grupos que impõem formas. Ensinar e aprender é reconhecer as formas e a imensidão. O professor deve abrir a imensidão, o aluno vai singularizar-se. Não se muda uma cultura, mas o que fazemos é abrir a possibilidade da imensidão e estabelecer coletivos de construção do olhar. Uma cultura pode se ressingularizar por força da conversa, da troca, da interação, do desejo pela imensidão e pela aceitação do desaprender/reaprender, desaprender/construir.

O objetivo do presente debate é o de sugerir possibilidades que nos “ajudem a olhar” para *refletir sobre e nos inserirmos com* outros modos em práticas de cuidado e práticas de gestão em saúde, tomando-as como processos pedagógicos – que ensinam cotidianamente (de diferentes modos, a partir de diferentes perspectivas e pontos de vista) a todos os envolvidos com a produção da saúde. Para guiar essa forma específica de olhar (ver, apreender e significar) e estruturar um eixo argumentativo, descrevemos, na sequência, cenas do cotidiano de serviços de saúde, as quais, certamente, são conhecidas também da grande parte dos seus trabalhadores.

Cena 1: A brinquedoteca que não possui brinquedos

Em visita técnica a um serviço de saúde voltado para crianças, fomos convidadas a conhecer o espaço físico antes de participar de uma atividade lúdica com as crianças e seus familiares. Era uma manhã quente e, naquele espaço com poucas aberturas e pouca luz externa, o calor parecia ainda mais intenso. As crianças, espalhadas nos vários cômodos do serviço, estavam bem suadas, assim como nós. No canto, uma sala com letras coloridas indicando “Brinquedoteca”. Ao entrar, vimos as crianças sentadas desenhando, pintando e escrevendo. Nenhum brinquedo naquela sala com estantes vazias. Conversamos um pouco com as crianças e com a psicóloga que as acompanhava. Na sequência, entramos na sala da coordenação e fomos surpreendidas com um clima agradável propiciado por um ar condicionado bem moderno. Na medida em que nos aliviávamos do calor, ficávamos visivelmente incomodadas com a situação a que as crianças, seus familiares e vários trabalhadores estavam submetidos nos cômodos externos àquela sala. Chamou-nos atenção uma estante cheia de brinquedos no interior dessa sala. Ao perceber que estávamos olhando muito para a estante a coordenadora disse: “guardamos os brinquedos aqui, pois se ficam na brinquedoteca as crianças quebram tudo”.

Cena 2: O aquário

Tratava-se de um serviço de saúde que mais parece uma casa em construção, com poucas salas feitas por divisórias. O pé direito era muito alto, as paredes sujas de poeira grudada e mofo, cheiro de “limpeza mal feita”, um toque de cheiro forte de produto de limpeza misturado com um odor azedo. Sobre esse espaço, uma trabalhadora afirma: “quando cheguei aqui, me incomodava muito com a ambiência, a sujeira, essas paredes, um nojo”. O teto da sala se apresentava sem acabamento, o que amplificava o calor e o sol invadindo. A área mais ventilada do espaço se mantinha fechada, os usuários lá não podiam circular, a não ser quando tivesse alguma atividade facilitada por algum profissional. Depois de qualquer atividade, os usuários têm acesso ao espaço ventilado, sem teto, com um pouquinho de verde (o resto do espaço é todo de concreto). Com brisa, é fechado. As salas que têm ar-condicionado são salas que os usuários frequentam pontualmente: sala da coordenação, salas de atendimento, sala de reuniões, sala de vivência, sala dos técnicos. Esta última os usuários intitulam de “aquário”, pois tem um vidro transparente retangular compoendo a parede que, segundo os mesmos, serve para os trabalhadores os vigiarem “sem ter que se misturar e passar calor”. A maior parte do tempo que os usuários passam nesse serviço se dá embaixo do teto sem acabamento e sem ar-condicionado. Um usuário afirma: “Hoje não teve oficina. Passamos o dia todinho só sentindo calor. De 8 às 11, todo mundo aqui sem fazer nada e eles [referindo-se aos profissionais] lá dentro da sala”.

Cena 3: Para quê libido, se você não é casada?

Uma usuária de um serviço de saúde diz que há alguns meses vem sentindo que sua libido está, segundo ela, “morrendo”. Na conversa conosco, ela assinala querer falar com a psiquiatra, pois acredita que “isto pode ser efeito do remédio”. Passados alguns dias, retomando o assunto com a gente, a usuária afirma:

- Ah, doutora [rindo]. A psiquiatra disse que pra quê que eu queria libido? Aí deu vontade de dizer: pra me masturbar, por exemplo. Só que aí eu fiquei calada, peguei a receita e vim embora. (...) Eu disse assim: eu sei que essas me-

Cena 3: Para quê libido, se você não é casada? continuação

dicações, elas tiram a libido. Eu não queria que isso acontecesse, né? Eu queria ter mais libido e tudo mais. Ela disse: você é casada? Não. Tem companheiro? Não. Tem namorado? Não. Pra que é que você quer libido?

- E o que você acha? O que é que você pensa dessas perguntas?

- Eu acho que ela não devia nem ter perguntado se eu sou casada, se eu tenho companheiro ou se eu tenho namorado. Ela deveria dizer: “olhe, essa medicação realmente pode tirar a libido”. Não devia querer saber se é casada, se é solteira, se é emancipada ou tico-tico no fubá. Se a pessoa quer ter a libido... porque alguma coisa ela vai fazer com a libido dela, tá? E aí não interessa. (...), mas questão de sexualidade, eu falei dessa vez com essa médica eu nem sei nem por quê. (...) Eu acho que tava surtada, porque perguntar e receber uma resposta dessa, aí você se fecha e não pergunta pra ninguém. Eu fui pra uma ginecologista, por exemplo, pra aquela eu não pretendo ir nunca mais na minha vida.

- Por quê? Como é que foi?

- Porque a médica... Então eu fui na médica (...) e aí eu quis tirar umas dúvidas, assim, em relação a sexo, né? Sobre contaminação, doença, DST e tudo o mais. Ela disse assim primeiro: “use camisinha”, tá? Aquela coisa assim: primeiro tinha a atendente dela. Eu disse que queria falar com ela sozinha. Ela disse: “não, mas ela é a minha atendente”, não sei o quê. Eu disse: “sim, mas o que eu tenho pra falar é particular”. Aí a atendente que se mancou e disse: “não, não se preocupe não, eu saio”. Aí quando eu falei, sabe? Ela já ficou... tomou aquele choque. Quer dizer, um profissional desses, uma ginecologista especificamente, não deveria agir daquela forma. É, mas só que os profissionais, né? Eles não estão... assim, preparados pra esse tipo de pessoa, pra pessoas como eu, prum travesti, tá? (...) Então, os profissionais, (...), o profissional na área de saúde tem que estar preparado pra lidar com o mundo, com o público gay. (...) Ah, porque uma médica não pode ser, talvez por ela ser de idade avançada, não, ela é nova. Relativamente nova. Tem nada a ver isso de idade avançada ou não avançada... nível superior ou inferior, não tem nada a ver. Infelizmente eu me sinto tão constrangida, tão envergonhada, tão mal, que eu saí dali, eu disse “não, diabo”.

Cena 4: Envolver usuários na gestão, pra quê?

Era uma reunião dos coletivos de técnicos e gestores de uma secretaria municipal de saúde de região metropolitana. A pauta era discutir o fortalecimento da participação dos usuários nos espaços de gestão coletiva dos serviços. Passado algum tempo da discussão, uma das técnicas questiona o grupo: “Não entendo por que essa conversa de envolver os usuários. A gente tem é que estar bem preparado para atendê-los quando chegam no nosso serviço...” .

A reunião seguiu com outras pautas e um dos encaminhamentos foi a continuidade da discussão sobre o tema.

Cena 5: A lógica de apagar incêndios

Num serviço de saúde, em reunião de equipe técnica, uma trabalhadora afirma que ali se trabalha apenas sob “a lógica do apagar incêndios”, tendo-se “a sensação de que a gente não consegue fechar nada”. A profissional prossegue discutindo acerca do modo como as reuniões técnicas estão atualmente funcionando:

- Gente (...) tem que ter algum direcionamento, tem que ter algo para gente seguir e que a gente compartilhe e que a partir disso a gente feche as coisas, encaminhe. Ô palavra boa: “encaminhar”. Só agora a gente tá fazendo isso. (...). Aquela impressão de que nada sai e nada anda, sabe? Tem melhorado.

Cena 6: Normativas e portarias

Em um espaço formativo do Ministério da Saúde promovido para trabalhadores de todas as regiões do Brasil que trabalham em um tipo específico de serviço de saúde – cujo objetivo é refletir sobre processos de trabalho a fim de qualificá-los e garantir acesso de qualidade a eles –, um dos facilitadores, no período da manhã, inicia a atividade, abrindo espaço para que os trabalhadores compartilhassem suas práticas, a fim de que se construíssem pistas metodológicas contextualizadas e a partir dos saberes e experiências dos próprios profissionais. No período da tarde, outro facilitador, sem levar em conta o que o grupo produziu pela manhã, tomando como eixo as prescrições ministeriais, divide o grupo em três. No final da atividade, momento em que supostamente haveria uma plenária em que os três grupos apresentariam a síntese das discussões e encaminhamentos, o facilitador fala pelo grupo menor do qual fez parte, encaminha as questões e sai (atrasado para seu voo), sem dar espaço de escuta e composição dos encaminhamentos com os outros dois grupos e se deu por finalizado o processo, sem questionamento algum dos participantes.

O que essas Cenas/Rios/Banzeiros nos permitem Ver e Indagar?

Podemos começar dizendo que formar continuamente profissionais para atender, de modo ágil e resolutivo, demandas e desafios que o cotidiano de trabalho nos impõe é uma questão central para o campo da saúde. A cada dia, novas políticas e programas, que incluem processos educativos, são pensados, planejados e executados em nosso país. Também a cada dia processos educativos são reproduzidos, repetidos e multiplicados. Há aqueles processos educativos que ocorrem nas relações entre profissionais, gestores e usuários; nas relações entre as pessoas que vivem, convivem e circulam nos espaços de gestão e de cuidado em saúde. Há também o que se aprende e se ensina em silêncio e/ou sem intencionalidade pela organização do espaço físico ou pelos modos como as pessoas se comportam ali dentro. O espaço físico e os comportamentos se

inscrevem também em uma pedagogia das condutas, quando acontece uma pedagogia que conduz os corpos e administra as múltiplas cabeças em um modo *reto* e *sedentário* de ser.

Muitas pessoas, famílias, grupos, instituições e organizações adotam (por diversas motivações) princípios e valores que elegem como os mais corretos, verdadeiros e legítimos, impondo “corpos” de ser e eixos de “significar” que seriam mais seguros, indicando modos retos e firmes de ser, de maneira a não mudar (permanecer no mesmo lugar, como os sedentários), não experimentando, não se expondo às novidades de aprender e viver. Uma condição de retidão e sedentarismo. O contrário seria aceitar seguir fluxos e vetores, aceitar as apreensões por sensibilidade, as impressões, as intuições, que nos colocam em redes de “conhecimento aproximativo”, abrindo acesso a saberes que desenvolveremos depois. O conhecimento aproximativo impele à incessante problematização e é relativo a todo um conjunto de atividades coletivas, não somente às questões científicas.

A educação praticada em alguns processos de cuidado em saúde produz o silêncio e não a pergunta. Isso produz uma sensação de que ser cuidado é uma atitude passiva, tal como a educação escolar dos corpos sentados e em silêncio, tal como receptáculos de informações. Em outros termos, entendemos que espaços e momentos cotidianos de atenção (e também de gestão) em saúde constituem-se como cenas de ensino-aprendizagem em que atuam pedagogias terapêuticas, pedagogias organizacionais, pedagogias corporais; ou seja, processos de trabalho no campo da saúde tendem a fomentar a realização de projetos pedagógicos articulados com o objetivo de incorporar hábitos e valores que possam dar suporte à sociedade mais ampla, entendida como corpo social; que possam preparar, moral e fisicamente, homens e mulheres, tendo por base uma educação de seus corpos, uma educação eficiente na produção de corpos.

À medida que indicamos o campo da saúde como um lócus

educativo em que se investe, sobretudo, na produção de determinados corpos – individuais e coletivos –, parece-nos importante indicar o que estamos entendendo como corpo. Duas ou mais vertentes conceituais disputam para definir as noções de corpo: a primeira, comum entre a biologia e a biomedicina, em geral, defende que o corpo é um objeto inteiramente natural, orgânico, com diferentes órgãos e funções, que nasce, vive e morre. A segunda, defendida pela antropologia e sociologia, sugere que o corpo é um objeto cultural, social e político, que tem sua realidade material, mas que só existe no interior de uma determinada cultura (isto é, que está submetido a sistemas e processos de significação), mas para a filosofia e para a psicologia, o corpo não está definido por nada, também ele é uma imensidão. Ele se encontra em produção, resultado dos encontros “surpreendentes” que estabelecemos, dos desejos “inéditos” que sentimos, das mutações que nos “acontecem”.

Segundo Meyer (2009, p. 218), o corpo é aquilo que é produzido na articulação entre nossas “heranças genéticas” e “aquilo que aprendemos quando nos tornamos sujeitos de uma cultura”. O corpo se produz em processos de significação e, por isso mesmo, é instável, mutável, cambiante. Sant’Anna (2005, p. 11) acrescenta que é preciso “evidenciar o caráter provisório dos regimes de visibilidade que definem a verdade do corpo, da saúde e da doença em cada época”, em cada cultura, em cada momento histórico. Por sua vez, Louro (2004, p. 89) complementa que “nomeados e classificados no interior de uma cultura, os corpos se fazem históricos e situados. Os corpos são datados, ganham um valor que é sempre transitório e circunstancial”. No interior de uma cultura e de um contexto histórico-político específico, os corpos são produzidos por inúmeras marcações: de gênero, de sexualidade, de classe social, de raça/cor, de religião, de faixa etária, de região, etc. Os corpos são, então, produzidos e organizados por tais marcas de poder. A partir delas, os corpos são classificados, hierarquizados, organizados, indiciados, valem mais ou valem menos, em um dado contexto.

Os processos de gerir e cuidar em saúde podem tomar o corpo e o fazer em saúde como instâncias pedagógicas por meio das quais se imprime ou se constrói marcas, organizando modos de coordenar, ensinar e cuidar. É na confluência desses processos que a indagação acerca de quem são nossos trabalhadores, formadores, gestores e usuários pode fazer sentido. Podemos questionar: 1) de que maneira o cuidado em saúde pode ser pedagógico para quem é cuidado e também para quem cuida?; 2) de que modo os processos de gestão em saúde podem ser espaços/estratégias de formação de trabalhadores, de gestores e de usuários?; e 3) uma formação é uma fôrma-ação, uma forma-de-ação, uma reformulação?

Com essas perguntas, então, podemos retornar para as cenas descritas lá atrás. O que um serviço de saúde localizado em um ambiente bastante quente ensina com um ar condicionado funcionando “a pleno vapor” apenas na sala da coordenação? O que ele ensina quando os lugares refrigerados são restritos aos profissionais que, na sala refrigerada, passam grande parte do dia sentados, olhando os usuários através de um vidro, que, por sua vez, passam a maior parte do tempo no galpão quente “sem fazer nada”? O que a sujeira e o mau cheiro ensinam a profissionais e usuários que habitam o lugar? Que estratégias de gestão poderiam ser empreendidas em cenários como esses para propiciar melhores condições de trabalho aos profissionais que ali desenvolvem suas atividades laborais, bem como melhores condições para usuários desses serviços e suas famílias? O que um serviço ensina mantendo os brinquedos encaixotados em uma estante na sala da coordenação enquanto na brinquedoteca as crianças estão sem brinquedos? O que uma consulta médica em que não há escuta do usuário ensina para quem participa dela (médico e usuário)? O que faz com que o usuário não sinta desejo/permmissão para dizer o que pensa/sente em episódios que envolvem, por exemplo, sua sexualidade? Que possibilidades poderiam ser acionadas na nossa equipe (no nosso grupo de trabalho) para gerar um encontro potente do ponto de vista pedagógico? Por que a inserção/presença/

participação ativa dos usuários nos espaços de gestão incomoda alguns trabalhadores de saúde? Que estratégias pedagógicas podem ser acionadas em momentos como a assembleia que descrevemos? Que estratégias pedagógicas podem ajudar a torcer um “tarefismo” que tende a sustentar as ações em saúde para viver um “encargo” responsável com a vida singular do outro? O que um espaço de formação ensina quando, logo após uma abertura para troca de experiências e saberes, tais saberes e experiências são desconsiderados em proveito do objetivo de cumprir tarefas focadas em prescrever modos “certos” de fazer? Que táticas podem ser usadas para desfazer ações pedagógicas como essas que, sob a alcunha da roda, atualizam práticas formativas tradicionais de mera transmissão de informações?

Esta abordagem tem o intuito de ensinar reflexões sobre como os processos de trabalho e os processos formativos para o trabalho em saúde podem ser revistos, bem como sugerir algumas possibilidades para a proposição de processos pedagógicos que possam ser potentes nessa direção. Nesse sentido, o que as cenas poderiam ter em comum? Que elo poderíamos estabelecer entre elas? O que temos a desaprender, a ensinar, e a reaprender em situações como essas, tão recorrentes e naturalizadas nos cotidianos dos nossos serviços de saúde? De forma aligeirada, poderíamos dizer que as seis cenas apontam para dimensões pedagógicas importantes de serem pensadas e problematizadas por quem se propõe a trabalhar no campo da saúde. Poderíamos dizer que tais cenas se inscrevem no interior de práticas tradicionais de saúde, nas quais relações de poder-saber estão fixadas e definidas: gestão vertical, centralidade do discurso médico, assimetria entre profissionais e usuários, desconsideração de sentimentos/desejos/inquietações/questionamentos dos usuários, formação entendida como mera transmissão de informações, prescrição de um *modo certo de fazer* para *pessoas incapacitadas*, com a finalidade de que elas adquiram tais capacidades (MEYER; FÉLIX, 2010; PASCHE; PASSOS, 2010).

Em relação àquilo que nos interessa aqui, cabe então perguntar: que possibilidades pedagógicas poderiam ser empreendidas para contribuir para a modificação de situações apresentadas nas cenas? Essa é uma questão-eixo para orientar uma reflexão que deseja qualificar as práticas de saúde e aprofundar os desafios de pensamento. Em conversas desse tipo entre trabalhadores de saúde, nos surpreendemos ao saber o quanto situações como essas são comuns e *naturais*. Em vários serviços de saúde voltados para crianças, os brinquedos ficam guardados e não podem ser manuseados por elas. Em outros tantos, os trabalhadores são preservados dentro dos *aquários*. Em muitos daqueles serviços que dizem trabalhar com gestão compartilhada, a participação ativa de usuários na gestão (e no seu próprio cuidado) tende a incomodar e a ser *controlada*.

Entretanto, como sugere Veyne (2008, p. 264), “não se deve falsear a apreciação do possível sustentando que *as coisas são o que são*, [que ‘essa’ é a realidade], *pois, justamente, não há coisas: só existem práticas*”. E essa é a palavra-chave. Outras práticas sempre são possíveis, o que significa que as coisas não precisam necessariamente seguir sendo o que são e nelas podemos interferir. Nesse sentido, parece ser preciso problematizar processos naturalizados de habitar o cotidiano dos serviços de saúde, interferindo em processos de trabalho para transformar modos de produzir saúde que estejam afeitos à organização tipificada dos corpos, ou seja, é preciso inventar e experimentar outras formas de intervenção nas práticas de saúde. É preciso praticar outra saúde, outra “pedagogia da saúde”.

Para isso, dentre outras coisas, poder-se-ia investir na implementação da Educação Permanente em Saúde como um modo pedagógico-político de colocar os processos de trabalho “reais” na cena educativa. Educação permanente em saúde, segundo Ceccim (2005, p. 161), é, exatamente, um “processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que

possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”. A Educação Permanente em Saúde diz respeito à “construção de relações e processos” que envolvem as equipes, as práticas organizacionais e as interinstitucionais e/ou intersetoriais, articulando os agentes das equipes, o setor da saúde e as “políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde”. Trata-se de um conjunto de processos educativos que envolvem todos os sujeitos engajados com a produção da saúde em um determinado contexto (um serviço de saúde, por exemplo).

No contexto dessas perspectivas de educação e de educação permanente, com que concepção de gestão estamos nos propondo a operar? Essa é uma pergunta que precisamos responder! A partir do caminho metodológico traçado até aqui, por exemplo, que processos formativos gostaríamos de conduzir? De modo aligeirado, é possível compreender o espaço de trabalho como lugar de produção coletiva de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde: gestores, formadores, trabalhadores e usuários. Sabemos, porém, que esses sujeitos não ocupam as mesmas posições e que alguns exercem poderes instituídos em função de sua formação profissional e das regras que regem seu exercício na área da saúde, pelo cargo que assumem, pela autoridade política e/ou acadêmica que construíram ou que lhes é atribuída, pelas atividades sob sua responsabilidade, etc. Também sabemos que, nas práticas de saúde tradicionais, os usuários têm um lugar diferenciado, e que esse lugar é geralmente passivo, pois quando se fala em participação do usuário, usualmente se está pensando em participação como colaboração para fazer funcionar o que foi previamente decidido em outras instâncias.

É importante lembrar que, décadas atrás, a denominação utilizada para aqueles que necessitam de ajuda dos serviços de saúde era “paciente”, e não “usuário”. A palavra “paciente” também contém um sentido de espera paciente, de passividade. Paciente é aquele que concorda ou aceita ser manipulado, tratado e avaliado passiva-

mente pelos serviços de saúde. Por outro lado, a palavra “usuário” estaria ligada ao acesso e tratamento em saúde como direito social, e, portanto, o “usuário” é tido como sujeito ativo de sua saúde – e não como objeto.

Assim, estamos propondo aqui um borramento de fronteiras dos lugares instituídos para a produção de novos e possíveis encontros que envolvam gestores, trabalhadores e formadores. Propomos repensar conjuntamente seus processos de trabalho e formação segundo a participação de usuários nos processos de trabalho em saúde, quando esses sujeitos se engajam, junto à equipe que cuida deles e de seus familiares, na construção de seu projeto terapêutico. Isto é, quando usuários participam da gestão do cuidado, ou quando participam das decisões organizacionais em assembleias/encontros com usuários, por exemplo.

Na perspectiva da educação permanente em saúde, essas situações seriam colocadas em reflexão pelos sujeitos envolvidos no serviço: coordenadores, profissionais, familiares e também as crianças. Cada um do seu lugar e com suas percepções acrescenta à roda elementos para reflexões coletivas e para a busca de respostas conjuntas. Ambas as situações – gestão do cuidado e tomada de decisões organizacionais – podem ser utilizadas como mote para pensar no serviço de saúde (contexto, problemas, possíveis soluções) de modo amplo. Permitir trazer para a conversa outros elementos e situações que incomodam gestores, formadores, trabalhadores e usuários é uma possibilidade para resolver embates e dificuldades de maneira mais consistente e mais comprometida.

Obviamente, não se trata de um processo simples, tampouco temos respostas prontas ou modelos a serem seguidos. Ao contrário, em cada contexto, em cada situação, diferentes grupos de pessoas poderão pensar e experimentar diferentes respostas. Sem perder a condição de *aprendentes*, e entendendo a formação como construção de “formas de ação”, usuários e profissionais podem não só inventar

respostas, mas também trazer novos problemas para o trabalho e para a formação. Nesse sentido, vemos na educação permanente em saúde uma estratégia política e metodológica interessante.

Parece-nos importante considerar que, tanto nos serviços de saúde como nas esferas de gestão em saúde, para além de sujeitos automatizados e das rotinas racionalizadoras presentes, há vidas pulsantes que pedem passagem para novos possíveis. Há produções de si (pessoas que mudam, que mudam os outros, que mudam instituições, que mudam conceitos e valores), há a transformação de trabalhadores e trabalhadoras, gestores e gestoras, formadores e formadoras, usuários e usuárias. Assim, apostando em uma micropolítica do cotidiano, isto é, mantendo-nos abertos para acontecimentos, encontros, relações, afetos e problemas que acontecem nos cotidianos, buscamos experimentar e inventar novas práticas de saúde, inclusive formativas, nos espaços institucionalizados, entendendo esse movimento de criação como algo que é imanente⁴ ao cotidiano dos serviços, dos processos de trabalho, das práticas de cuidado e de gestão em saúde (se é imanente, precisamos “deixar vir”, não só regular, fechar, disciplinar em uma forma).

O convite é, então, o de participar da construção de uma ética que nos possibilite transpor o limite daquilo que é condicionado pela sociedade da qual fazemos parte para nos aventurarmos a outras experimentações nos serviços de saúde. Aventurarmo-nos, nas brechas das práticas de saúde, à experimentação de “uma produção que possui, em sua emergência, a força de uma conspiração, da invenção de um pouco de possível em um mundo no qual se procura regular/gerenciar a vida” (RODRIGUES, 2009, p. 205) na forma de uma

⁴ O imanente é como um agente causal que gera a natureza “de” ou “dentro” de si; aquilo que está inseparavelmente contido ou implicado na natureza de um ser, mas produzindo a si mesmo todo o tempo ou um efeito no interior de si, na alma, não em qualquer realidade externa ou material. Trata-se do movimento que cria, determina, transforma uma própria interioridade, em oposição aos efeitos que vêm desde fora.

ordem, tudo protocolado, tudo monitorado. Aprendido a partir de fora, não por nós mesmos, a cada dia, o aprendizado é uma ordem cognitiva, não um modo de ser. Em termos concretos, isso significa ir além do que os protocolos e modos de organização instituídos nos espaços de produção de saúde permitem, isto é: (re)pensar e modificar processos de trabalho; utilizar os artefatos culturais⁵ como mecanismos para mudar situações/problemas que acabam por afetar o trabalho, a vida e a saúde dos trabalhadores; construir e implementar processos educativos que fujam do lugar comum das capacitações e treinamentos tradicionais, da formação entendida, na maior parte das vezes, como “transmissão de conteúdos, marcados privilegiadamente por racionalização, conscientização, tecnicismo” (BARROS, 2005, p. 135), rumo à invenção de práticas de formação que produzam torções nesses modos hegemônicos de operar. No âmbito da formação em saúde, não há regras nem modelos, há possibilidades que podem ser modificadas e reinventadas, coletiva e cotidianamente (MEYER; FÉLIX, 2010).

A reinvenção dos processos de trabalho e das pedagogias que ali são postas em funcionamento passa pelo envolvimento de todos os atores engajados no processo de produção da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). O que se costuma ver, no entanto, são processos formativos que se propõem a mudar o cotidiano do trabalho em saúde, envolvendo profissionais ou gestores separadamente. É nesse sentido, também, que os usuários são aqueles a quem as ações são destinadas, mas que dificilmente são envolvidos em tais atividades. Sabemos que aos professores, por fim, embora estejam absolutamente implicados com a composição de perfis para a formação e a pesquisa resta (ou preferem) ficar apartados, sob o argumen-

to de que pertencem a outro setor, o da educação. Está claro que não se fala aqui de algo novo, tampouco de algo simples de se operar. Estamos falando de mudanças na cultura das instituições de saúde e, conseqüentemente, dos modos de trabalhar e fazer gestão na saúde, bem como de ser assistido pelos serviços. Estamos falando, sobretudo, da necessária mudança nos processos de gestão do trabalho e da assistência em saúde. O convite se desdobra em aposta: revisar e mudar práticas pedagógicas em saúde. Muitas delas parecem precisar ser revisadas e/ou abolidas, e outras incorporadas no cotidiano dos serviços, quer seja como atitudes (pois informam uma nova ética no cuidado e na gestão), quer seja como práticas atualizadas para encarnarem novos processos de trabalho. O objetivo dessa aposta, não custa repetir, traduz-se na criação de espaços coletivos e permanentes de discussão sobre processos de trabalho em saúde, com engajamento de todos os atores envolvidos, compondo processos gestores do cuidado e do trabalho. Em última análise, o convite-aposta é o de, estilizando as “fôrmas de ação”, experimentar.

Barros (2005, p. 137) sugere “uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem”, provocando-nos a escapar “da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas e serializadas”, formadores e trabalhadores “que valorizam apenas a *competência técnica* e que insistem em discernir o que é *especificamente cuidar* do que é *especificamente político*”. Para a autora, “nossas práticas podem ser suporte importante para as mudanças que queremos”.

Refletir conjuntamente sobre os processos de trabalho significa abranger aspectos que afetam, incomodam, mobilizam e movimentam gestores e trabalhadores, bem como usuários e formadores, em suas práticas laborais cotidianas e na utilização dos ambientes de trabalho ocupados por pessoas profissionais ou vividos pelos usuá-

⁵ Na teorização cultural contemporânea, os artefatos culturais constituem um conjunto de conhecimentos transmitidos por livros, pelos jogos eletrônicos, qualquer programa televisivo, uma revista em quadrinhos, pelas literaturas infantis ou juvenis, músicas, filmes, peças publicitárias. Esses artefatos estão envolvidos e implicados nos processos de significação. Nesse sentido, os artefatos culturais possuem um currículo que ensina às pessoas uma infinidade de práticas, comportamentos, sonhos e desejos.

rios. Nessa direção, apresenta-se aqui a gestão dos processos de trabalho como desafio coletivo, por meio da reflexão conjunta sobre esses processos e sobre a tessitura coletiva das ações em saúde. Desse ponto de vista, as reflexões trazidas pelo texto, podem produzir, pelo seu debate, para além de outros e novos modos de gerir os processos de trabalho, novos encontros e sentidos.

Retomemos, por exemplo, as cenas “naturais” do ar-condicionado existente apenas na sala da coordenação e da brinquedoteca sem brinquedos. Quando sugerimos, por meio da reflexão sobre processos de trabalho, mudar práticas de produção de saúde e de si, por meio da interferência em cenas cotidianas como essas, pretendemos nos situar na contramão de posicionamentos a favor da existência de uma origem, uma identidade primeira para as coisas que compõem a *realidade*. Nas cenas que trouxemos aqui, a realidade dos serviços de saúde *circulam* e, uma vez interrogadas, não podem seguir homogêneas e iguais – a menos que isso seja uma tomada de decisão, uma escolha sobre os resultados desejados e, exatamente por isso, objeto de problematização a qualquer tempo. A realidade é aqui pensada como produção histórica, “não existindo em si e por si, sempre sendo construída por práticas sociais” (COIMBRA, 2001, p. 38). Tais práticas “vão engendrando no mundo objetos, sujeitos, saberes e verdades: sempre diversos, sempre diferentes” (COIMBRA, 2001, p. 38). A partir dessas múltiplas práticas, múltiplos corpos vão se constituindo ao longo da história, múltiplas “objetivações” (VEYNE, 2008), ou seja, o mundo não é o que é, mas aquilo que fazemos com que seja. Não existe um mundo único, nem melhor; existe o que trabalhamos para fazer existir.

Cursos, oficinas, processos educativos formais e tantos outros processos pedagógicos institucionalizados podem ser empregados para discutir as questões que viemos trazendo aqui. Embora entendamos a importância desses processos para a formação de tra-

balhadores e seus reconhecidos efeitos no campo da saúde, nossa aposta é que espaços de formação sejam produzidos no interior dos serviços, integrando todos os sujeitos envolvidos (CECCIM, 2005), e que esses espaços de formação sejam contínuos e que estejam inseridos nos processos de trabalho e de gestão do serviço/unidade/secretaria/região específicos. Acreditamos na potência desses encontros de formação não-formais como espaços/momentos de promoção de mudança local. Processos de trabalho envolvem toda a equipe para pensar sobre os problemas comuns e buscar respostas coletivas. Isso constitui, ao mesmo tempo, processos pedagógicos potentes, os quais têm efeitos concretos na melhoria dos processos de trabalho nos quais a equipe encontra-se inserida.

Reaprender/reaprender a olhar e a dimensionar o rio, o banzeiro, os encharcamentos

Encaminhando-nos para um fechamento desta argumentação, poderíamos voltar a perguntar: o que crianças e adultos usuários de um serviço de saúde teriam a dizer acerca dos processos de gestão e de formação dos profissionais que os assistem e que organizam os serviços dos quais se utilizam? Ora, qual o sentido dos serviços de saúde se estes não forem habitados pelos usuários? Os usuários, tanto quanto gestores, trabalhadores e formadores, deveriam participar dos processos de tomada de decisão e poderiam contribuir bastante com a educação permanente dos profissionais e gestores. Seria preciso considerar, portanto, os diferentes saberes e experiências trazidas por quem vive/ocupa o serviço e produzir saúde no entrelaçamento desses saberes e experiências.

O saber e o fazer de uma criança que questiona o fato de que a brinquedoteca não possui brinquedo, e o fato de esses brinquedos estarem guardados na sala refrigerada da coordenação, põem em ratura as *certezas* que produziram esse *status quo*. Se estivermos sensíveis a esse questionamento e se o utilizarmos como desencadeador

de uma reflexão coletiva naquele contexto, talvez cheguemos a nos dar conta de que não faz sentido haver brinquedos encaixotados e crianças sem brinquedos em um mesmo espaço de produção de saúde, sobretudo em um espaço intitulado “brinquedoteca”. Também pode ser possível dar-mo-nos conta de que a coordenadora queria “proteger” os brinquedos, que ela queria manter os brinquedos intactos – e que, por mais que isso pareça absurdo, “proteger os brinquedos das crianças que podem violar sua inteireza”, pode configurar uma boa intencionalidade da gestora, coordenadora do serviço, em querer preservar os brinquedos. Dito de outro modo, ao colocar os desafios e os problemas em discussão no coletivo, temos a possibilidade de observar os diversos modos de lidar com uma questão e as diversas razões que levaram algumas pessoas a tomar certas decisões. Assim, é possível responder coletivamente às questões colocadas, atender coletivamente às demandas que o cotidiano do trabalho em saúde nos coloca, aceitar a imanência de novos problemas e práticas. A partir do que cada contexto, momento e sujeito aportam podemos passar por processos construcionistas⁶ e, assim, responder às questões colocadas com ganho em resolutividade e adequadas consequências. Isso faz parte dos processos de formação e gestão de todos os envolvidos no serviço de saúde.

A partir do entendimento dos processos de trabalho como práticas pedagógicas, esboçamos alguns sinalizadores, que podem contribuir para qualificar os processos formativos em saúde. Tais sinalizadores surgiram da escuta junto a trabalhadores, gestores e usuários no campo da saúde, da leitura de alguns textos e também pela experiência prática em cotidianos de trabalho na saúde, proces-

so que “nos ajudaram a olhar”. Cabe destacar que estes sinalizadores podem ser úteis desde que não os tomemos como prescrições, mas como possibilidades a serem experimentadas e reinventadas em cada contexto:

1. As práticas pedagógicas tradicionais tendem a ser direcionadas para a alteração de comportamentos individuais; têm como objetivo prescrever um modo certo de fazer em saúde por meio da transmissão de informações e mediante a oferta de momentos pontuais (capacitações e treinamentos). Tais práticas têm onerado os cofres públicos e não têm surtido grandes efeitos, a não ser para manter trabalhadores num automatismo e trefismo fatigante. As prescrições tendem a ser muito pouco incorporadas e as condutas não são corrigidas como se almeja. Os corpos resistem!
2. Ao invés de ter como alvo a correção de comportamentos individuais, ações formativas que tendem a ser potentes, no sentido de produzir alterações em práticas de saúde, tomam como objeto os processos de trabalho (os quais tendem a dizer de modos de organização de trabalho incipientes e expressar condições precárias de trabalho e de assistência). Assim, abrem-se espaços para aprendizagens cotidianas e coletivas com a finalidade de mudar práticas de atenção e de gestão, qualificando-as, engajando trabalhadores, gestores e usuários no processo de implementação do trabalho.
3. Considerar que, se não há um modo correto de fazer em saúde (as fôrmas de ação), “senão modos orientados por premissas éticas, políticas e clínicas” (as formas-de-ação), tais modos devem ser construídos a partir das especificidades de cada contexto, serviço, equipe de saúde e usuários assistidos.
4. Entendendo os processos de trabalho como práticas pedagógicas, tais práticas são, então, “pertinentes ao tema da gestão e das condições concretas de trabalho”.

⁶ O construcionismo é uma concepção de conformação de conceitos e de práticas como resultado de interação. Conceitos e práticas pertencem ao mundo das relações, dos confrontos, sendo necessária a aceitação das diversidades. Conceitos e práticas não são resultados de nenhum tipo de determinismo (psicológico, educacional, econômico, religioso etc.), nem existe uma essência das coisas que explica porque alguma coisa necessariamente é aquilo que é. Há sempre uma história e uma rede de relações de conformação da realidade. A realidade está sempre em curso, sempre em acontecimento. A realidade é produzida por agenciamentos coletivos, pelas redes de interpretações e explicações, mas também de invenções e recriações.

5. As ações pedagógicas que se realizam nos espaços cotidianos dos serviços tendem a ser mais potentes (CECCIM, 2005).
6. Os processos pedagógicos que tendem a fazer sentido para trabalhadores são aqueles que partem dos problemas que estes enfrentam no cotidiano do trabalho em saúde e que levam em consideração saberes e experiências que se construíram bem ali: no dia-a-dia do trabalho em saúde, e não somente, nem primeiramente, os saberes oriundos dos laboratórios, das bibliotecas, das cadeiras da academia.
7. No planejamento das ações de formação, é importante partir do levantamento das necessidades dos envolvidos, inclusive das demandas de usuários.
8. Incluir os profissionais envolvidos no fazer em saúde em todas as etapas do processo formativo: planejamento, formulação das propostas, facilitação e avaliação. Sendo mais ousados ainda, incluir os diferentes sujeitos, seus saberes e experiências, inclusive usuários.
9. Produzir metodologias para os processos formativos que permitam a experimentação de um fazer coletivo: oficinas de trabalho, rodas de conversa, discussão de filmes, reflexões a partir de falas e cenas vivenciadas no serviço, músicas, poesias, literatura e outros artefatos culturais.
10. Produzir conexão entre formação técnico-científica e gestão nos processos de formação construídos, no sentido de entender que a qualificação das práticas de saúde passa também por mudar e qualificar processos de gestão.

Assim como a imensidão do mar ao Diego de Galeano (2005), os rios e os banheiros, na saúde, no trabalho em saúde, na formação em saúde, muitas vezes nos fazem emudecer. O que deve nos autorizar a falar, ensinar, participar, gerir e cuidar – mesmo que tremendo, gaguejando e saindo dos mapas linguísticos e políticos habituais que costumam conduzir nossos corpos a boas práticas de saúde – é o

“encontro” com os sujeitos – em suas sujeições e insurreições – que produz relações, aprendizados, desafios e processos criativos. Juntos falamos, juntos ousamos outros dizeres e fazeres, juntos podemos resistir às tecnologias de sujeição e condução dos corpos, juntos podemos produzir outras práticas de saúde e outras práticas de si.

Referências

- BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. p. 131-150.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, JUNQUEIRA, R. D. (Org.). **Diversidade sexual na educação**: problematizações sobre a homofobia nas escolas. Brasília: Ministério da Educação/UNESCO, 2009.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.
- COIMBRA, C. **Operação Rio: o mito das classes perigosas**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor; Niterói: Intertexto, 2001. 278p.
- GALEANO, E. **O Livro dos Abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2005. 272 p.
- LOURO, G. L. **Um Corpo Estranho – Ensaio sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2004. 92 p.
- MEYER, D. E. E. Corpo, violência e educação: uma abordagem de gênero. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília: BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009, p. 213-234. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/39/diversidade_sexual_na_educacao_e_homofobia_nas_escolas.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2015.
- MEYER, D. E. E.; FÉLIX, J. Estamos preparados para lidar com a prevenção das DST/HIV/Aids em nossas práticas educativas? Relações e desafios entre formação de formadores/as e currículo. In: **Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos**. São Paulo: NEPAIDS/USP, 2010.
- PARAISO, M. A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. et al. (Orgs.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo**. Porto: Porto Editora, 2011. p. 147-60.
- PASCHE, D.; PASSOS, E. Apresentação cadernos temáticos PNH: formação em humanização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**, Cadernos HumanizaSUS, v. 1. Brasília, 2010.
- RODRIGUES, H. C. Formação ‘psi’: reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização. In: MOURÃO, J. C. **Clínica e política 2**: subjetividades, direitos humanos e invenções de práticas clínicas. Rio de Janeiro: Abaquer; Grupo tortura Nunca Mais, 2009, p. 201-206.
- SANT’ANNA, D. B. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT’ANNA, D. B. (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.
- VEYNE, P. **Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história**. Brasília: Editora da UNB, 2008.



Capítulo II

**Educação Permanente em Saúde:
desenvolvimento do trabalho e
de trabalhadores no âmbito do
do Sistema Único de Saúde**

Da Gestão de recursos Humanos da Saúde à Gestão do trabalho em Saúde

A forma de tratamento mais conhecida para a área de coordenação do processo de trabalho em qualquer ambiente laborativo é o setor de Recursos Humanos e Treinamento. Mais recentemente, temos ouvido os tratamentos “Gestão de Pessoal” e “Gestão de Pessoas”, resultado de uma crítica internacional à noção de “recursos humanos”. Encontramos todas estas expressões na identificação da atividade organizacional da “administração de empregados ou de servidores”. Ocorre que, tradicionalmente, os trabalhadores são vistos como meros subordinados ou como simples força de trabalho e, mesmo que se diga do elemento humano nas organizações, que são os trabalhadores, predomina o conceito de “subordinados” (escala de baixo numa hierarquia de comando) ou de “recursos” (entre os recursos materiais e financeiros, também os recursos humanos, como se elementos como os equipamentos, tecnologias etc.). A expressão “trabalhadores” tem representação, em muitos momentos, de apenas “classe trabalhadora” (conectada à noção de “classe subalterna”), cabendo tal designação apenas aos empregados dos postos de trabalho mais subordinados na divisão social do trabalho, sendo os demais os chefes, diretores, doutores e professores. Os profissionais de elevada titulação não se encaixam tranquilamente na categoria “trabalhador”, quando na vigência de uma noção hierárquica das ocupações. Ouvimos muitas vezes algo como os “técnicos e os funcionários”, os “profissionais e os trabalhadores”, os “médicos e a equipe”, os “professores e os servidores”.

A área organizacional, no esforço de capturar a adesão dos trabalhadores ao projeto econômico ou social das empresas, tem modificado a expressão “empregados”, “funcionários” ou “trabalhadores” para “colaboradores”. Na mesma medida, os chefes e diretores passaram a ser chamados de “gerentes” e, mais recentemente, de “gestores”. Claro que não apenas as nomenclaturas foram se mo-

dificando, mas pode-se observar que as empresas trabalham muito mais velozmente com a mudança de nomenclaturas que os serviços públicos. Podemos dizer que se alguém trabalha no comércio é comerciário; se trabalha na indústria é industriário; se trabalha em banco é bancário; se trabalha em serviço público é servidor público, etc.; mas o fato é que se alguém trabalha é, portanto, trabalhador.

Podemos dizer que um trabalhador trabalha por algo, identifica-se com algo com o qual opera e, por isso, se põe em produção, em ação de trabalho. Podemos até mesmo dizer que é necessário “chegar” à condição de trabalhador, ultrapassando a margem de uma localização, como a de empregado, de funcionário ou de subordinado, para a instalação de um compromisso com os resultados do trabalho e do envolvimento em processos coletivos de construção da equipe. Chegar à condição de “operador social das práticas”, mediante práticas instauradas “em coletivos” de produção dessas práticas, colocaria os resultados do trabalho e a construção da equipe como temas para o cotidiano. Já a designação “colaborador” afirma aquele que “colabora” com um dado trabalho, com uma produção cujos resultados são ulteriores ao investimento do cotidiano, assim como a noção de equipe está em uma esfera programática, não em emergência das operações conjuntas no cotidiano. Diante da linguagem do colaborador, não parece inusitado que surja ou de que se passe a falar em “gestão de pessoas”, mais que em gestão do trabalho, pois se trata da gestão “das pessoas” em sua captura no fornecimento de adequado trabalho ao tomador de decisões sobre qual produção e quais processos de trabalho. O trabalhador fornece àquele com quem “colabora” seu empenho e, mesmo quando participa de instâncias locais de conversação, a empresa, a organização ou o serviço restam-lhe como uma abstração, pois não participa da discussão dos compromissos das mesmas com a sociedade.

Dentre os inúmeros ambientes de trabalho, estão aqueles que não se relacionam apenas com um consumidor, comprador ou clien-

te, dizem respeito aos compromissos públicos de uma área ou setor com grupos sociais ou populações. Existem aqueles ambientes em que a aprendizagem para o trabalho diz respeito ao encontro permanente com os usuários de suas práticas, não sendo suficiente o treinamento de habilidades ou para tarefas prescritas. Encontramos ainda ambientes cujos compromissos com os resultados públicos do trabalho constituem desafios particulares.

Em todo o trabalho observamos tarefas prescritas e tarefas realizadas. As tarefas prescritas ou o trabalho prescrito é aquele configurado na descrição do cargo, no perfil da ocupação ou na chamada aos postos de trabalho. As tarefas realizadas ou o trabalho realizado é aquele que efetivamente acontece e que se ajusta, ultrapassa e fica aquém do prescrito. Este reconhecimento é muito relevante para reconhecermos, de um lado, que o trabalho real sempre se diferencia do trabalho prescrito e, por outro, que se limitamos a gestão ao trabalho prescrito não estamos falando do trabalho real. Por exemplo: podemos dizer que o trabalho do porteiro é “guardar” a portaria, mas ali ele faz às vezes de recepcionista, consertador, carregador, etc.

Numa lógica do “operariado”, ao longo da história, o que temos é uma relação autoritário-vertical de comando, segundo uma divisão social do trabalho (linguagem comum na referência aos trabalhadores em fábricas, no campo ou em obras). Por outro lado, na horizontalização das relações nas organizações contemporâneas, temos uma divisão técnica do trabalho entre gestores e colaboradores. Passamos de uma lógica de comando e obediência para uma lógica colaborativa em que o trabalhador coopera, expressa opiniões, integra colegiados de gestão, participa de instâncias de cogestão.

O “elemento humano nas organizações”, em geral, girava (ou gira) em torno da concepção de “gestão da mão-de-obra”, com programas de recrutamento e de treinamento da mão-de-obra. A Psicologia Organizacional e a Administração de Empresas, aos poucos, introduziram a concepção de “gestão de recursos humanos”, tratan-

do as pessoas como um dos necessários recursos organizacionais, ou seja, igualizando os trabalhadores aos recursos financeiros, recursos materiais, recursos físicos, recursos tecnológicos, etc. Instauraram-se as áreas de seleção, carreira, cargos e salários.

Os setores de recursos humanos e de treinamento passaram, na maioria das empresas e serviços, à designação de “departamento de pessoal” ou, nas organizações contemporâneas, à designação de “departamento de relações do trabalho”, ocupados com as obrigações e encargos legais das relações de trabalho, admissões e demissões, anotações em carteiras de trabalho, folhas de pagamento, sistemas de controle de frequência, programas de ingresso e recrutamento, advertências, suspensões, cálculos de rescisão de contratos, definição de indicadores e índices de progressão, impositação da gratificação por desempenho, etc.

O boom das ciências cognitivas na pesquisa sobre a potência dos seres humanos em aprender, criar e inventar ou fazer andar a ciência, as organizações e a arte obrigou a propostas da “gestão da informação” e “gestão do conhecimento”. Não é mais possível pensar o humano em coletivos fora das aprendizagens sociais ou intelectivas e da geração de novidades pelos saberes da experiência. A “mão-de-obra” passou a “capital intelectual” e “capital produtivo”, isto é, as “pessoas” como “acumulação de competências organizacionais”. O setor empresarial ou de empregos reconhecia que se uma empresa ou serviço remunerasse muito mal seus trabalhadores ou não oferecesse as melhores condições de trabalho, tenderia a “perder sua mão-de-obra”, tendo que desenvolver setores de “gestão de pessoas” para preservar seus “melhores quadros” com o menor impacto na folha de pagamentos. Quando esta relação não é bem sucedida, observa-se uma verdadeira “fuga da mão-de-obra”. Os analistas do trabalho começam a assinalar, entretanto, como pior a perda ou fuga “de cérebros”. Não apenas se perde a capacidade produtiva operacional, mas a capacidade proveniente da experiência, da destreza e

do conhecimento formal ou emergente dos cotidianos. Poder-se-ia dizer que aí está uma mudança social: saímos da noção de pessoas como os braços e as mãos do trabalho para a noção de pessoas como a inteligência do trabalho. Nas duas circunstâncias, todavia, há fragmento e dissociação entre trabalho e trabalhadores: operação x protagonismo.

Onde estão, nas relações de trabalho, as “pessoas”? O que aporta a designação “pessoas”? A cognição e a afetividade, o propriamente humano dos agentes que labutam o trabalho, registram a interferência da história da/na subjetividade, assim como as interações e a comunicação em redes de afeto provocam relações materiais, mas também relações imateriais (produção de si, de coletivos e de práticas sociais) no trabalho. Há a necessidade científica (considerados os saberes em Psicologia e em Administração) de tratar as pessoas não mais como “recursos” (humanos) no bojo dos demais recursos (materiais, físicos, tecnológicos ou financeiros), mas, no mínimo, como agentes no sucesso organizacional. Verifica-se a introdução de outras fórmulas: a “gestão de talentos” ou a “gestão de competências”, efetuando-se a possibilidade de extrair das pessoas não apenas sua capacidade física, mas suas capacidades subjetivas.

Hoje, a noção de “gestão de pessoas” está bastante em voga, algo como se a gestão “do trabalho” fosse uma gestão “das pessoas”, como se fosse legítimo supor que os termos do trabalho gerissem processos cognitivos e afetivos de seres humanos em relação. Como se as pessoas devessem ser geridas por/nas relações de trabalho, sem que participem ativamente dessa gestão, dos objetivos da composição de processos de trabalho, da eleição dos critérios de avaliação do trabalho ou da discussão dos efeitos políticos de cada específica ordem do trabalho (onde se inserem) sobre a sociedade, embora necessariamente se verifique nessa fórmula intensa redução de hierarquias, grandes movimentos consultivos e a introdução de atividades de alívio do stress ocupacional.

Gestores mais críticos já falam em gestão “com” pessoas (não gestão “de” pessoas), almejando coerência com a ordem colaborativa proposta em uma gestão mais contemporânea do trabalho. De todo modo, não se verifica um protagonismo dessas pessoas nas tarefas do trabalho ou na produção de “encontros”; logo, perpetua-se um ideário da possibilidade da gestão das pessoas como se fossem mão-de-obra, ainda que em um processo “mais humanizado” da suposição teórica relativa aos “recursos humanos” ou “elemento humano nas organizações”. Verifica-se um reconhecimento de que as pessoas (agora mais humanizadas) possuem indiscutíveis capacidades cognitivas (refletem/pensam/aprendem) e subjetivas (sentem/experimentam/tornam-se). As organizações introduzem, na área dos recursos humanos, questionamentos e práticas sobre a satisfação e felicidade dos seus trabalhadores (colaboradores), acreditando que, dessa forma, obterão melhor desempenho e uma mais elevada resposta institucional.

As grandes organizações, as mais concorridas para postos de emprego, já não acreditam no grande departamento de pessoal como a estrutura centralizadora e emanadora de todas as regras do trabalho. A “gestão de pessoas” acontece de maneira local, com a responsabilidade de gestores locais. Nas grandes organizações fala-se em organizações que aprendem, gerentes que cuidam de gente, gerência de talentos, departamento de gente, superintendência de pessoas, etc. Nas grandes empresas e nos processos mais avançados de gestão do trabalho (dos trabalhadores), há uma maior preocupação com a adesão dos operadores das práticas; sabe-se que essa adesão é definidora dos desempenhos institucionais (MACARENCO, 2006). Os trabalhadores são inseridos em estruturas consultivas ou mesmo instâncias de construção do processo decisório, uma maneira de as pessoas se sentirem como membros do processo de gestão institucional/organizacional ou como parte da definição de políticas e estratégias. Se as pessoas participam colaborativamente com projetos e processos, não somente executando-os, agregam sua criatividade

e potência de inovações, inclusive pela entrega de seus saberes da experiência. Em contrapartida, as pessoas crescem e adquirem competências que levam para as várias esferas de sua vida.

Nas grandes empresas, o ponto de toque no departamento de relações do trabalho é a Gestão com Pessoas, um princípio mais democrático da gestão, um conceito contemporâneo ou atualizado para as antigas funções de Administração de Recursos Humanos ou Gestão “de” Pessoas. Ainda precisaríamos dimensionar o tamanho e os termos dessa gestão “com” pessoas, para não apenas trocarmos os nomes, mas ensejarmos outras práticas. Na distribuição geral dos processos gestores em relação aos trabalhadores ainda encontramos organizações trabalhando com Departamento de Pessoal, chefes e subordinados, ou mesmo o tratamento dos trabalhadores como “recursos humanos”, nos quais há vigência dos termos recrutamento, seleção e treinamento, ocupação com o dimensionamento e distribuição de cargos, gestão dos encargos e dimensionamento e distribuição dos qualitativos e quantitativos ocupacionais. Essa noção de RH (redução objetivista da fórmula “recursos humanos”) lida com os trabalhadores como os ocupantes de cargos, como se o trabalho fosse resposta da distribuição de ocupantes de cargos.

Os trabalhadores são pessoas com vida de relações e grande circulação por múltiplas rodas de produção da vida. As pessoas vivem em interações e inter-relações, por isso sabem das diferenças dos modos de trabalhar em cada lugar. As pessoas obtêm relatos e visitam registros dos estilos de trabalho e gestão de trabalhadores em cada emprego. Sabemos dos trabalhadores que trocam sua empresa ou seu trabalho pelos motivos da gestão do trabalho naquele lugar. Tendo oportunidade, as pessoas escolhem os melhores postos de trabalho, não apenas por remuneração, abandonando empregos e concorrendo a outros. Em oportunidades de emprego em que podemos nos sentir “parceiros” do projeto social do trabalho, temos mais alegria e alívio. Os resultados que os gestores do trabalho já

verificaram nas organizações públicas ou privadas é que se pratica a “gestão com suas pessoas” ativando e recolhendo o melhor de suas capacidades, conquistando o comprometimento de todos com o processo de trabalho. De “colaboradores” a “parceiros”, parece emergir, nas organizações mais democráticas ou nos serviços públicos, uma cogestão do trabalho com discussão de estratégias, metas, eixos de avaliação e motivações ao desenvolvimento institucional ou social.

O melhor trabalho é aquele que alcança equilíbrio entre satisfação com o trabalho e felicidade pessoal. De operários a recursos humanos, de recursos humanos a colaboradores, de colaboradores a parceiros. Todas essas fases de gestão do trabalho são aprendizados e ensinamentos dos grandes empreendimentos ou dos saberes contemporâneos da Psicologia Organizacional e da Administração, longe de serem ocorrências típicas ou isoladas do mundo do trabalho na Saúde. O fato de termos, no Brasil, na Saúde, um debate sobre os seus trabalhadores como “exercício e formação”, inclusive com três conferências nacionais próprias já realizadas, singularizou o assunto e fez surgir diversas linhas de pesquisa (nas subáreas da Saúde Coletiva) que se ocupam do trabalho, profissões, educação profissional, desenvolvimento ocupacional, cogestão do trabalho, autogestão dos processos de equipe. Pode-se dizer que, na Saúde, no Brasil, há uma vertente de estudos de análise do trabalho e profissões, e outra vertente, mais transversal e crítica, sobre processos imateriais do trabalho e seus agenciamentos na rede de constituição dos trabalhadores.

Na saúde, a Reforma Sanitária introduziu o desafio de modificar a noção de Recursos Humanos para uma noção de Trabalho e Educação. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, foi introduzida a noção de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para pensar o trabalho, as relações de trabalho e a construção de coletivos de trabalho, acentuando a necessidade de substituir a concepção de setor de Recursos Humanos da Saúde pela noção de um setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

A grande agenda política – mais desafiadora, que inovadora – é o reconhecimento de que, na Saúde, o trabalho se faz no encontro com usuários, não podendo resultar apenas da descrição de cargos e da prescrição de encargos. Deve ficar claro que os trabalhadores são os atores sociais do trabalho, os agentes das práticas, não recursos (humanos). Na Saúde, necessitamos construir equipes locais e equipes de referência em seu apoio, práticas de matriciamento e redes de pensamento, estratégias de apoio institucional e garantias ao controle social. Longe de se resumir à redução do tecnicismo do trabalho e da formação em saúde, tarefa do tipo “implantar a humanização”, não se almeja apenas a empatia, a escuta sensível, a parceria “entre os pares” e a aliança política com os usuários; se almeja a construção ativa do trabalho em saúde nos encontros da gestão política do trabalho com as necessidades sociais em saúde, nos encontros da gestão política da formação com as necessidades inventivas de criação da vida. Isto acontece na Saúde porque esta é uma política pública de radical exigência de universalização de acesso e radical exigência de acolhimento de necessidades e singularidades da vida humana.

Como agentes sociais do trabalho, podemos chegar a trabalhadores. Como trabalhadores, podemos chegar a “coletivos organizados”. Por meio da negociação e pactuação de práticas, pela aposta em resultados e desempenhos, mediante os valores do acolhimento e por meio do engendramento de aprendizados vivos e em ato, podemos construir processos coletivos de trabalho. A produção da saúde é voltada para os trabalhadores da saúde, para as instituições de saúde, para os usuários das ações e serviços de saúde, para a população. Os profissionais de todas as categorias e ocupações podem chegar a trabalhadores e, nessa medida, chegar a coletivos organizados de produção da saúde, tornando presente implicação e compromisso.

Contexto da Formação e Desenvolvimento no trabalho em Saúde

A formação de trabalhadores em saúde, no Brasil, passou a experimentar transformações relativas aos processos de reformulação política do setor, tendo em vista as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde. Na Educação, as diretrizes curriculares nacionais para as profissões de saúde delinearão, em correspondência, uma noção de “área da saúde” como “competências e habilidades gerais” e uma noção de “profissão”, como “competências e habilidades específicas”, ainda assim, vinculadas aos determinantes de “trabalho em equipe, integralidade da atenção e apropriação do Sistema Único de Saúde”. Pretendeu-se mudar a formação básica de graduação ou de educação profissional de nível médio, mas a estas deve-se acoplar o desenvolvimento contínuo dos profissionais incorporados como trabalhadores das redes de gestão e de atenção à saúde. Cada vez fica mais evidente que o desenvolvimento de trabalhadores não se faz descolado da atualização do próprio trabalho, isto é, que trabalho e trabalhadores constituem uma díade indissociável. Se quisermos melhorar o trabalho, precisamos de trabalhadores atualizados, satisfeitos e implicados com os resultados sociais de sua produção/participação; se quisermos melhorar o desempenho profissional, precisamos de um trabalho que respeite o protagonismo dos trabalhadores e que se abra para a participação colegiada. No interior do Sistema Único de Saúde, tais processos requerem ampla comunicação/correspondência às necessidades sociais, aos processos participativos e aos seus princípios e diretrizes.

O trabalho na saúde, em particular no interior do Sistema Único de Saúde, deve responder às determinações resultantes das lutas sociais por saúde. O setor da saúde não representa apenas um setor de trabalho. A conquista do Sistema Único de Saúde foi resultado de uma história de lutas da cidadania brasileira, que se organiza sob o controle social, e é o único setor da ordem social definido como de “relevância

pública”. Ou seja, esses trabalhadores não se regem apenas pelo seu empregador, tampouco pelos órgãos corporativos das profissões ou mesmo pelos próprios trabalhadores autonomamente. Há necessidade de que este trabalho responda e seja avaliado pela sua capacidade de acolhimento, resolutividade e contribuição à autonomia dos usuários.

Na década de 1980, na América Latina, iniciou-se, por meio de ações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), um movimento de reformulação das propostas de educação em serviço para os trabalhadores da saúde, a fim de contribuir para o desenvolvimento de uma perspectiva crítica do pertencimento ao trabalho, da implicação com os usuários da atenção à saúde e da colaboração com a gestão dos sistemas e serviços de saúde. No bojo da Reforma Sanitária brasileira, essas ideias repercutiram na área de educação continuada de trabalhadores, justificando setores de gestão do trabalho envolvidos com a formação e desenvolvimento dos quadros da saúde.

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988)¹ afirmou, como atribuição do Sistema Único de Saúde, o ordenamento da formação de seus quadros profissionais e o desenvolvimento da pesquisa por meio da ciência e tecnologia. Desdobrando-se dos enunciados da Reforma Sanitária, da legislação do Sistema Único de Saúde, das Conferências Nacionais de Recursos Humanos da Saúde (Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) e antecedentes de estruturação da educação do pessoal de saúde na América Latina, alguns movimentos de mudança na formação foram desencadeados, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, com a criação de cursos de especialização para equipes gestoras, especializações em saúde da família/atenção básica, formação de conselheiros de saúde, formação técnica para

¹ Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...)

III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; (...)

IV – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. (BRASIL, 1988).

peçoal ocupacional da área da enfermagem, da saúde bucal, da saúde comunitária, do controle de endemias e da saúde indígena.

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a primeira Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), traduzida pelo Ministério da Saúde na Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, visando reunir em um único escopo – de gestão e avaliação política – todas as iniciativas de formação e desenvolvimento dos quadros de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde.

A PNEPS dá destaque à aprendizagem significativa. Aprendizagem significativa é aquela que guarda relação com o conhecer, o fazer, o conviver e o próprio ser, não sendo mera ilustração do estudioso ou só o conhecer, mas incidindo na pessoa e suas relações. Tudo isso precisa vir junto. Alguém pode aprender muitas teorias e saber citar todas as referências teóricas, mas se não souber conversar com um paciente, um colega ou um morador do bairro, de nada adianta tanto saber. Aquilo que é central na aprendizagem significativa é sua capacidade de investir nas práticas, formar pessoas e mudar os estilos de interação, construindo o conhecimento que apoia um trabalho em equipe, o acolhimento de usuários e a reflexão sobre os resultados de alegria e satisfação com o trabalho. Nos documentos da PNEPS, essa aprendizagem é aquela que tanto promove, como produz sentidos, tanto contribui com o esclarecimento como com a recriação e invenção.

A iniciativa pretendia dar evidência de que uma adequada gestão do trabalho necessita do crescimento e da satisfação intelectual dos trabalhadores junto com o seu fazer, assim como uma adequada gestão da formação e desenvolvimento necessita que o trabalho assuma conotações vivas. Isso implica refazer-se mediante participação de usuários e trabalhadores, mediante escuta das competências já instaladas pelas histórias de vida de cada trabalhador e sua sinergia nas equipes de saúde, considerando as diversidades locais como potência de singularização das práticas e construindo engajamento afetivo com as tarefas do trabalho.

A educação permanente em saúde como estratégia na gestão do trabalho

No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a educação permanente foi reconstruída como uma estratégia para favorecer mudanças nas práticas de trabalho e de formação em saúde, devendo incidir na gestão do trabalho no interior da rede de sistemas e serviços, mas também devendo incidir na gestão da educação junto às universidades, faculdades, escolas de saúde pública, escolas técnicas, fundações de ciência e tecnologia, institutos tecnológicos, etc. Desse modo, articular-se-ia a formação com as necessidades sociais detectadas pela mesma rede de sistemas e serviços. A identificação de problemas a serem solucionados pelo ensino e pesquisa deveria dialogar com os cotidianos vivos onde estão trabalhadores e usuários, e articular o sistema de saúde com as instituições formadoras para qualificar as capacidades de escuta e de ação, identificação de nós críticos, invenção de caminhos *desde e para* o cotidiano e a inovação em projetos educativos que não se limitem a cursos e palestras, isto é, projetos educativos que formem pessoas, formem olhares, ouvidos e pele para o trabalho que queremos ensinar.

A Educação Permanente em Saúde embasa-se no uso de metodologias ativas², isto é, não representa mecanismo de repasse/transmissão da informação, mas a construção do conhecimento. O aluno não é aquele que escuta, copia e decora; é aquele que constrói para si um saber disparado pelas informações trazidas ao debate. Esse é o sentido das metodologias ativas: ativar o pensamento, trabalhar com as informações, debatê-las, conversar sobre os informes com parceiros de atuação, confrontando reflexões com as situações reais do cotidiano. No Construtivismo Pedagógico não existe aquela sala

² As metodologias ativas e a construção do conhecimento podem ser designadas como Pedagogia da Roda ou como Construtivismo Pedagógico.

de aula tradicional: a proposta é de grupos de trabalho interagindo com desafios de conhecimento. Assim associam ideias, exploram informações em múltiplas bases de conhecimento e elaboram saberes coletivos. Um grupo que estuda em interação configura “zonas de aprendizagem”. Nas zonas de aprendizagem, estão os saberes formais (cognição) e o desenvolvimento (aprendizado). A zona de aprendizagem comporta zona de conhecimento atual e zona de conhecimento em construção, saberes formais e saberes em construção. O conhecimento “em construção”, segundo Vygotsky³, se chama zona de desenvolvimento proximal. Em coletivos, estamos todos nas duas zonas, uma dando passagem à outra.

As metodologias ativas utilizam também da Pedagogia da Roda, quando não existe a sala de aula tradicional, onde o professor fica na frente de todos os alunos e professa saberes embasados na sua acumulação e na dos livros. A proposta, por outro lado, é uma roda em que parceiros conversam sobre os saberes que possuem, os saberes que estão documentados na literatura científica ou artístico-cultural e os saberes que podem ser acessados em múltiplas fontes. A “roda” fará com saberes prévios no grupo ou na literatura se transformem em sabres novos porque desfeitos e refeitos em grupo, em ato de conversa⁴.

Ao considerar a Educação Permanente em Saúde como política pública do SUS, o Conselho Nacional de Saúde apostou em prá-

ticas educativas capazes de articular atenção, gestão, participação e formação. É o que Ceccim (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) designou por *Quadrilátero da Educação na Saúde*, defendendo a necessidade de uma formação e desenvolvimento que colocassem em debate os valores utilizados pelos profissionais ao organizar as estratégias de atenção, os critérios usados pelo gestor ao regular e financiar o sistema de saúde, a inclusão dos usuários ou dos movimentos sociais organizados quando se quer elevar a escuta às necessidades sociais em saúde e a problematização das práticas de ensinar e aprender porque se deseja quebrar instituídos e mover aprendizados contemporâneos. Uma prática não se modifica pelas *prescrições* de um curso; um curso não transforma sozinho as práticas sociais e morais vigentes na sociedade; um curso não contém todas as estratégias que um processo formativo requer.

Na formação e na educação em serviço dos profissionais de saúde e dos trabalhadores em geral desse setor ainda se acredita que a transmissão de conteúdos e informes técnico-científicos, por meio de capacitações ou do treinamento em protocolos e rotinas, garante a qualidade do trabalho a ser realizado. Essa forma não tem respondido a contento ao que o SUS propõe ou supõe, consideradas as acumulações das conferências de saúde que sucederam sua criação em 1988. Nessa lógica, a educação permanente em saúde colabora com a gestão do processo de trabalho, tornando-o um processo participativo quanto às práticas, consultivo quanto à gestão administrativa, crítico e implicado quanto às aprendizagens e aberto às inovações (criativas, sensíveis e emergentes de contatos vivos de pessoas sempre em crescimento).

A gestão da educação permanente em saúde integrada à gestão do trabalho permite:

- sustentação para ações participativas locais e regionais, sanitárias e intersetoriais;
- rodas de conversa sobre o cotidiano, incluindo rotinas, proto-

³ Lev Vygotsky foi um psicólogo bielorrusso, estudioso das bases socioculturais da aprendizagem. Em 1926 fundou o Laboratório de Psicologia da Aprendizagem, tendo como alunos importantes neurocientistas, também estudiosos das ciências cognitivas. Abordava a construção do pensamento, entendendo a aprendizagem como uma forma de apropriação da herança cultural disponível, não apenas um processo individual de assimilação. A interação social seria a origem e o motor da aprendizagem. O entorno sociocultural é muito influente no desenvolvimento cognoscitivo, por isso a maior inter-relação social permite um maior aperfeiçoamento de processos mentais. Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=YJla-2t-HRY>; https://www.youtube.com/watch?v=pZFu_ygccOo

⁴ O autor da Pedagogia da Roda é Sebastião Rocha, antropólogo e estudioso das bases socioculturais do ensino. Rocha criou, em 1984, junto com um grupo de colaboradores, o Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento, em Curvelo, no sertão de Minas Gerais. Abordava um projeto pedagógico que defendia o uso da cultura local para ensinar e aprender qualquer coisa, promovendo a ideia de que qualquer espaço físico, além da escola, pode ser um bom lugar para o ensino-aprendizagem, até mesmo debaixo de uma árvore, o que importa é configuração da roda. Daí veio a noção da pedagogia da roda. Ver: http://www.youtube.com/watch?v=1_DjUOMCuOQ; http://www.rodaviva.fapesp.br/materia/529/entrevistados/tiao_rocha_2007.htm

colos, articulações das redes de atenção e gestão ou de controle social e intersetorial;

- incentivo às cooperações entre as estruturas de educação e pesquisa e as redes de gestão e atenção, assim como instâncias de participação popular e controle social;
- fomento às práticas de telessaúde e intercâmbios estaduais, nacionais e internacionais;
- formulação e pactuação de critérios para o afastamento para estudo e participação em eventos;
- construção de parâmetros para a participação em projetos formativos e modos do retorno às equipes do trabalho cotidiano, intersetorial, político ou de condução e avaliação;
- discussão qualificada dos aspectos de condução cotidiana do trabalho e diálogo sobre o desempenho das equipes na atenção, no matriciamento e no apoio institucional;
- descentralização de recursos operacionais e financeiros por toda a rede de gestão e atenção, bem como de participação popular e controle social;
- alocação de recursos didático-pedagógicos aos serviços e instâncias do trabalho ou da participação popular;
- construção dedicada do sentimento e prática de um coletivo organizado de produção da saúde.

A Educação Permanente em Saúde, nesse sentido, pode ser considerada como uma ferramenta de gestão, podendo modificar a forma de cuidar e de ensinar no âmbito do Sistema Único de Saúde, na medida em que se coloque como fomentadora de coletivos e produtora de novos pactos em favor das necessidades sociais em saúde, da integralidade, do protagonismo dos atores sociais implicados com os resultados do trabalho, e do respeito aos interesses dos usuários, destinatários do trabalho em saúde. O que é central na Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mu-

tante das ações e dos serviços, sua ligação política com a formação de profissionais e de serviços, sua aposta nas construções coletivas de respostas e desafios e seu papel de interrogação tanto das práticas quanto das motivações para as práticas. O processo começa com perguntas que tirem de cena as certezas, segue pela composição da roda de conversa, coloca em cena saberes existentes no grupo e configura zonas de desenvolvimento, estabelecendo processos coletivos e individuais que assumem a parceria como estilo e o interesse na mais avançada resposta pública do trabalho como desafio.

A educação permanente em saúde como estratégia na gestão do trabalho

A formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde, como subárea nas políticas públicas, recebeu a designação de Educação na Saúde, emergindo como dotação orçamentária e sistema de monitoramento e avaliação. A expressão Educação na Saúde foi formulada para abarcar os processos formativos de profissionais de saúde. Difere da “Educação em Saúde”, que se realiza como prática cuidadora na atenção integral realizada pelos serviços perante seus usuários; da “Educação Popular em Saúde”, que se realiza como prática de consciência e participação social; e da “Educação da Saúde”, que se refere aos objetos, termos e objetivos das práticas educativas no interesse da saúde. A Educação na Saúde pode abranger todas estas posições, mas necessariamente inclui a Educação Profissional em Saúde, a Formação de Profissionais de Saúde e a Educação Permanente em Saúde dirigida aos segmentos do SUS.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde constitui sustentação e desdobramentos da Educação na Saúde, originando, entre outras, as propostas de:

- interação com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde: busca de cenários por multiprofissionalidade e interdisciplinaridade (Pró-Saúde, PET-Saúde);

- expansão de Programas de Residência Médica e Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde: busca do aperfeiçoamento para o trabalho no SUS, o trabalho em equipe, a compreensão de ser “trabalhador da saúde”;
- incentivo e apoio aos cursos de especialização em áreas prioritárias: busca construir as competências e habilidades para a condução de políticas e compreensão ampliada das práticas de atenção integral;
- incentivo e apoio aos movimentos de mudança na formação: busca de sistemas colaborativos com redes de associações de ensino, associações científicas, entidades de estudantes, redes de educação e comunicação em saúde;
- implementação de programas de vivências ou estágios-de-vivência em serviços, redes e sistemas de saúde: busca de oportunidades e “oportunizações” para participação de estudantes junto às redes de gestão e atenção no SUS (VER-SUS);
- incentivo e apoio aos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, em especial mestrados profissionais, pela ênfase nas demandas de desenvolvimento do trabalho, mas também mestrado acadêmico e doutorado, pelos aportes em pesquisa básica e aplicada;
- integração formação-pesquisa, como dispositivos colaborativos em iniciação científica e iniciação tecnológica, popularização da ciência e sustentação de grupos de pesquisa (publicações, difusão e comunicação);
- profissionalização técnica em saúde, com priorização das carreiras de Técnico em Agente Comunitário de Saúde, Agentes de Combate a Endemias (Técnico em Vigilância em Saúde), Técnico em Registro e Informação em Saúde, Técnicos em Citologia e em Radiologia e Técnicos em Hematologia, com implementação de projetos de Escolas Técnicas do SUS;

- construção de projetos de apoio às Escolas de Saúde Pública de estados e municípios para a oferta de programas de residências multiprofissionais, educação técnica e educação permanente;
- incentivo à instalação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde nas secretarias municipais e estaduais de saúde;
- desenvolvimento e acoplamento do Apoio Institucional e Apoio Matricial no desenvolvimento das redes locais de saúde;
- instalação e fortalecimento das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Saúde junto aos Conselhos Regionais de Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem sido alvo de investimentos por parte do Ministério da Saúde em vários âmbitos, desde investimentos junto às instituições formadoras até as unidades prestadoras de serviços em todas as esferas de complexidade. Nessa perspectiva, os gestores possuem papel fundamental na proposição de planos de ação que possam constituir dispositivos de mudança de cenário do trabalho por um processo de educação/formação para os trabalhadores com base na afirmação de coletivos produtores de saúde (CECCIM, 2005a; 2005b).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde mostra a preocupação com o cumprimento legal de ordenar a formação dos trabalhadores na área da saúde e, assim, consolidar o SUS. A política possui potencial transformador do setor da saúde ao colocar o trabalho como princípio educativo, criando a oportunidade de produzirmos as mudanças necessárias nas práticas de atenção, mas também de gestão e participação e, inclusive, na própria formação. Esse potencial precisa de uma “pedagogia em ato” para colocar o trabalho em análise. Não se trata de ter mais acesso à informação, mas de poder refletir sobre as situações do cotidiano, problematizar

e comprometer-se na resolução dos nós críticos do trabalho. Sendo assim, o processo de aprender e ensinar incorpora-se ao dia a dia dos serviços de saúde, a partir das necessidades de saúde não apenas locais (no interior de cada serviço), mas locorregionais (por redes de serviço, inclusive intergestores).

O trabalho como princípio educativo e o desenvolvimento de uma pedagogia em ato na incorporação do aprender e ensinar no cotidiano do trabalho permitem-nos pensar trabalho e formação como *processos vivos*, produtores de relações, ativadores de práticas de pensamento, interrogadores do dia a dia. Diante desses elementos, a Educação Permanente em Saúde se afasta bastante da noção de *cursos* e vai em direção à noção de ativação de processos dinâmicos de repensar sua produção, a produção coletiva, a produção institucional, a produção política do trabalho, os resultados e os destinos de cada ato profissional levado a efeito nos serviços de saúde.

Na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, gestores, trabalhadores, usuários e formadores contam com a orientação de alguns critérios de diferenciação. A implementação da Educação Permanente em Saúde deve levar em conta:

- a análise de situação de saúde com inclusão da análise das etapas e processos da regionalização, implantação das redes estratégicas e da organização de linhas do cuidado;
- a construção da rede SUS como espaço de educação do trabalho embasado na aprendizagem significativa;
- a construção da rede SUS-Escola (onde todos os serviços e instâncias de trabalho estejam abertos à presença de estagiários de graduação, educação profissional e residências, que planejem espaços de uso como sala de aula ou de estudos, promovam programas de formação para todos os trabalha-

dores como o MultiplicaSUS⁵, abram Residências Integradas em Saúde, criem ou fortaleçam Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública, Núcleos de Educação Permanente em Saúde e estruturas de comunicação popular em saúde, entre outros caminhos);

- a construção de práticas interprofissionais na atenção em saúde (equipe de saúde, matriciamento, humanização);
- a organização cotidiana de um sistema *único, em rede*;
- a pergunta sobre o que nos afasta da integralidade e da resolutividade na assistência;
- as articulações entre ensino, trabalho, gestão e controle social na saúde;
- os desafios da avaliação no cotidiano de todas as instâncias do trabalho;
- a busca de nós críticos aos problemas vividos no cotidiano do trabalho, tendo em conta a melhoria do acesso e da qualidade do trabalho.

A reflexão crítica e coletiva dos processos de trabalho (na atenção, na gestão e no controle social), ou dos processos formativos para a construção de novos saberes (na formação), têm na dinâmica da roda o dispositivo para a avaliação, discussão e planejamento, fortalecendo a capacidade de cada grupo, de cada serviço, de cada equipe, em fazer a gestão do seu trabalho, exercitando a ação-compromisso com a integralidade e a resolubilidade.

5 O MultiplicaSUS foi criado especificamente pelo setor de gestão dos trabalhadores do Ministério da Saúde. Foi criado pelo setor correspondente à Gestão com Pessoas, cuja intenção é dar a conhecer aos quadros antigos ou ingressantes como surgiu e vem se instaurando o Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma estratégia com potência de constituição dos trabalhadores em agentes sociais do trabalho, especialmente se mesclar com as maneiras da Educação Permanente em Saúde. No momento, trata-se de um curso pronto e com méritos ajustados às condições citadas.

As Comissões de Integração ensino-serviço em Saúde

Uma das maneiras por meio das quais o Ministério da Saúde buscou, inicialmente, disseminar e implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi os Polos de Educação Permanente em Saúde— instâncias de articulação interinstitucional e localregional entre atores sociais da educação de profissionais de saúde, educação popular em saúde, gestores do SUS, trabalhadores no SUS e estudantes das carreiras da área da saúde. Os Polos tinham como tarefa trabalhar com a problematização de *dificuldades e atitudes* (nós críticos) que pudessem “afastar” as localregiões das práticas de atenção integral à saúde e interferir na resolubilidade da rede SUS. Nesse sentido, deveriam funcionar de forma colegiada, servindo de campo de diálogo e operando segundo os princípios da negociação (rodas de conversa) e pactuação (planejamento participativo) interinstitucional.

Entre 2004 e 2007, os polos operaram com o dispositivo da roda: como espaços para o estabelecimento do diálogo, tendo em vista a negociação e pactuação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras, e lócus para o ordenamento de necessidades e construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento.

Trabalhando com os elementos de conversa, crítica, planejamento local, revisão de perguntas e de respostas, sempre com a medida dos cotidianos, a proposta era introduzir o sentido da Pedagogia da Roda e do Construtivismo Pedagógico em cada território localregional. O que se esperava era ampliar o debate e as interações, saber mais como um processo autoral, autogerido e de base local para, só então, implementar a melhor e mais adequada ação educativa que contemplasse as necessidades dos trabalhadores, estudantes e movimentos sociais, sem prescindir da educação que se requer para qualificar a gestão e a assistência em saúde aos usuários.

Em 2007, após um processo de discussão com o Conselho Na-

cional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi revista, passando por reformulações que deveriam traduzir as deliberações contidas no Pacto pela Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Estados e municípios, de acordo com a Lei de Participação Popular na Saúde, devem dispor de planos de carreira, cargos e salários – um plano que preveja o desenvolvimento dos trabalhadores, sua atualização e seu envolvimento em e com processos formativos ao longo de toda a vida ocupacional.

As reformulações serviram à Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a partir das quais os Polos se tornaram instâncias formais, compostas por membros com assento de representação formal e tarefa formalmente designada. Tornou-se bastante esvaziado o envolvimento do segmento popular e dos estudantes, assim como se reduziu bastante a participação de “militantes”, substituídos por “representantes”. Foram criadas Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde, correspondentes aos Colegiados de Gestão Regional, criados no Pacto pela Saúde como embrião da regionalização, hoje Comissões Intergestores Regionais, conforme o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde. De outra parte, as Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde, viriam responder, pela primeira vez, ao previsto na Lei Orgânica à Saúde de 1990, quanto às comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (Art. 14), tornando-se uma instância de gestão do SUS.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.996/07, as Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) devem ser compostas pelos gestores estaduais e municipais de saúde e, “ainda, conforme as especificidades de cada região”, por gestores estaduais e municipais de educação (ou seus representantes); pelos trabalhadores do SUS (ou suas entidades representativas, o que reduz bastante

o interesse e motivação, antes ativado pela noção de protagonismo do ator social das práticas do trabalho); pelas Instituições de Ensino com cursos da área da saúde (e embora dito “por meio de seus distintos segmentos”, portanto, docentes, técnicos e estudantes, essa representação tem sido feita apenas por algum docente ligado às atividades regulares junto aos programas conveniados e com recursos de financiamento do SUS); e pelos movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde ou às instâncias de controle social no SUS (o que se resumiu a designação de um representante dos conselhos de saúde).

O papel da CIES deveria ser, conforme normatizado, o de assessorar as Comissões Intergestores Regionais ou colegiados regionais de gestão na formulação, condução e desenvolvimento dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde em sua respectiva área de abrangência.

Para Começar é Preciso Iniciar...

Ao refletirmos sobre as ações da Educação na Saúde e considerarmos os atos de assessorar, conduzir e planejar que são trazidos pela Educação Permanente em Saúde, percebemos o quanto as CIES têm potencial para interferir nas práticas de formação e desenvolvimento na saúde e o quanto se pode mobilizar os gestores do SUS e as instituições formadoras para a construção de propostas colaborativas. Um primeiro ponto de destaque é a implantação da Educação Permanente em Saúde como uma política pública relativa aos processos de formação dos trabalhadores, tomando como referência as necessidades em saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Quando a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 estabeleceu novas diretrizes e estratégias para adequar a Política às diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, se evidenciou a possibilidade de revisão do seu lugar como dispositivo para a construção de ações, práticas e planos – e não como uma camisa de

força ou um simples roteiro para a construção da oferta de cursos em consonância com o SUS.

Infelizmente, a prática se distancia, pois um processo de educação permanente em saúde não consegue ser “prescrito”, são necessárias redes de práticas, como a disseminação de práticas pedagógicas em serviços de saúde, o debate com docentes, a mobilização de estudantes, o diálogo com as instâncias de controle social, a arquitetura de coordenação intergestores e interfederativa. As atividades educativas ou as propostas de formação, sejam de nível técnico, superior ou de pós-graduação, devem partir de um espaço prévio de interlocução e da escuta das diferentes necessidades e demandas em saúde, sem desconsiderar os indicadores epidemiológicos e a diversidade de cenários que compõe a saúde no Brasil.

Nessa perspectiva, a configuração dos espaços de pactuação, antes no interior dos Polos e, depois, no interior das Cies, deveria ser o de uma arena (ou praça) de debates. O fluxo formal de processos para aprovação no campo da Educação na Saúde ganha corpo e personalidade quando prioridades, métodos e parcerias já estiverem sinalizados. Quando programas de formação forem apresentados, é preciso considerar seus objetivos e sua abrangência, mas também seus métodos e critérios e por que esses programas seriam uma prioridade para gestores, formadores, trabalhadores, conselheiros ou movimentos de saúde. Muitos programas chegam fechados porque têm financiamento e decorrem de editais pré-definidores, precisando apenas de aval para seguimento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como é o caso da formação inicial dos Técnicos em Agente Comunitário de Saúde, do Programa de Formação na Área Profissional de Nível Médio para Saúde (Profaps) e dos cursos de aperfeiçoamento em saúde do idoso, entre outros, cuja única forma de interferir está na construção de redes colaborativas e na apresentação de estratégias a serem seguidas, desde que previamente pactuadas.

Sabemos que os questionamentos e dúvidas surgidas no coti-

diano do trabalho em saúde são inúmeros, e também sabemos da complexidade que envolve a construção do SUS. A cada política de saúde a ser implementada, a cada portaria emitida, acontecem movimentos de reformulação que acabam por criar, direta ou indiretamente, demandas de formação dos profissionais que fazem o dia a dia dos serviços de saúde. Esse processo acaba por gerar, em todas as instâncias do SUS, a necessidade de uma prontidão ao aprender. Essa prontidão extrapola a condição de um treinamento após o outro, requerendo o desenvolvimento da capacidade de acessar fontes de informação, estruturar rodas de conversa e estabelecer redes de comunicação e interlocução com consultores ou parceiros. A prontidão ao aprender coloca a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS, pondo em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer trabalhadores que aprendam a aprender, práticas cuidadoras, intensa permeabilidade ao controle social, compromissos de gestão com a integralidade, desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento. Isso quer dizer que está em nós a construção do cotidiano, sabedores de que este não se faz em isolamento, mas em círculos de cultura (pedagogia da roda) e redes de interação (construtivismo pedagógico). A ideia de círculos em redes ajuda-nos a ver uma forma e a escolher caminhos. Nesse sentido, as práticas de trabalho e a produção científica gerada no trabalho surgem como produto em redes de relações.

A noção de “círculos em redes” está presente nas formulações em educação/aprendizagem, especialmente na educação como prática da liberdade, tal como nas formulações de Paulo Freire (2008) com os “círculos de cultura” e de Sebastião Rocha (2000) com a “pedagogia da roda”. Pierre Lévy (1994) fala em Ecologia Cognitiva, afirmando que ninguém “pensa” sozinho, que todo pensamento é nó e circuito de redes de conhecimento. O conhecimento relevante seria produzido coletivamente e mediante o contato com a diver-

sidade. Salas de reuniões, Internet, encontros formais e informais, seminários, telefonemas e rodas de conversa são espaços e tempos que participam da viabilidade da produção de conhecimento, de seus caminhos, de seus resultados e da sua validação. Os círculos e as redes ampliam o conceito de produção científica para além do domínio intelectual dos cientistas. A ideia de círculos em redes é de Ricardo Ceccim, com base na Rede Científica de Educação e Ensino da Saúde, presente no CNPq. O conhecimento produzido em rede envolve participações científicas, sociais, técnicas, financeiras e políticas, além de intercessões (desruptura e introdução de novidade) artísticas, filosóficas e educacionais.

O convite a todos e todas é para rever suas concepções de saúde e de educação na saúde, considerando as experiências e vivências prévias e também os desafios. Muitos desafios se apresentam como impossíveis até aceitarmos que é possível mudar alguma coisa em nós e, então, adentramos nos cenários. Podemos partir *da e para* a realidade do campo de trabalho em saúde com um olhar que reconhece o trabalho como princípio educativo, que respeita e valoriza os espaços de debate e que problematiza a realidade, que aceita ativamente processos de mudança em todas as partes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: uma oferta para os polos e para o Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v. 9, n. 16, 2005a; p. 161-77.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 4, 2005b; p. 975-86.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** – revista de saúde coletiva, v. 14, n. 1, 2004; p. 41-65.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

LÉVY, P. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

MACARENCO, I. **Gestão com pessoas: gestão, comunicação e pessoas – comunicação como competência de apoio para a gestão alcançar resultados humanos**. 2006. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação. Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ROCHA, S. A pedagogia da roda. **Boletim Espacio para la infância** (Haia, Holanda: Bernard van Leer Foundation - BLF), n. 13, p. 24-29, 2000.



Capítulo III

**Regionalização da saúde: construção
da universidade e integralidade no
Sistema Único de Saúde**

Regionalização da saúde: construção da universalidade e integralidade no Sistema Único de Saúde

O presente texto apresenta o tema da regionalização na saúde, diretriz prevista constitucionalmente e considerada uma estratégia importante para a organização do sistema de saúde. Essa diretriz deverá ser operacionalizada por meio da articulação das ações e dos serviços de saúde para que possam produzir o cuidado necessário às pessoas, em cada território, garantindo a integralidade e a equidade da atenção. O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes e grande extensão territorial que se coloca o desafio, a partir de definição constitucional de 1988, do oferecimento da saúde como direito *universal* de cidadania e estabelece o dever do Estado em provê-la por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema tem princípios e diretrizes que norteiam a sua organização: descentralização da gestão, com municipalização e regionalização; participação popular, controle social; e integralidade da atenção, com acesso, acolhimento e equidade. Caracteriza-se por uma proposta de relação interfederativa solidária entre os entes nacional, estaduais e municipais de governo, permeável à sociedade.

Para abordar o tema da regionalização, num primeiro momento, será apresentado o histórico desse processo, em especial o arcabouço normativo do período pós-constituição até os dias atuais, contextualizando as diferentes estratégias de sua implementação. Em segundo, serão abordados os conceitos de regionalização, bem como os dispositivos e ferramentas que podem contribuir para a construção das regiões de saúde. Por fim, serão indicados alguns aspectos sobre a especificidade da regionalização no estado do Amazonas.

Histórico da regionalização no Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede de atenção à

saúde de forma regionalizada e hierarquizada, capaz de garantir acesso, acolhimento e integralidade do cuidado (BRASIL, 1988). Dentre os objetivos da regionalização, destacam-se: expandir o acesso às ações e serviços de saúde (universalidade e equidade); atender às necessidades locais (integralidade); ampliar a participação social e melhorar a eficiência na gestão de recursos. A Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal nº 8080/90, que disciplina o SUS, reafirma a descentralização articulada da municipalização com a regionalização como princípio estratégico norteador dos processos de organização político-territorial (LIMA et al., 2012).

A descentralização passou a ser ratificada e disciplinada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1993 e 1996. A NOB de 1993 traz como pressuposto a regionalização e diz que sua efetivação deve se dar por meio da articulação, mobilização e pactuação municipal, considerando as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico e oferta de serviços. Também aponta para a construção política dos gestores, trabalhadores e cidadãos dos municípios com potencialidade para estabelecer relações de caráter cooperativo no desenvolvimento do planejamento e de ações integradas.

A NOB de 1996, apesar de dar menor ênfase à regionalização, estabelece a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento de planejamento. A PPI se constitui como ferramenta de pactuação para ações e serviços de saúde, que deveria ter uma lógica ascendente, a partir da base municipal. Reforça ainda a necessidade de cooperação técnica e financeira dos estados e da União com os Municípios, de forma a tornar possível a consolidação e organização de redes regionalizadas de saúde. Para tanto, a PPI referendou os fóruns de negociação e pactuação entre os gestores municipais, estaduais e federal, por meio das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), preconizadas pela NOB/93.

Apesar da criação de dispositivos de relação interfederativa, a

década de 1990 caracterizou-se pela dissociação entre as estratégias de municipalização e regionalização, sinalizando para a fragilidade de experiências articuladas de construção das regiões de saúde. Alguns autores caracterizaram esse processo como *descentralização autárquica com municipalização tutelada* das ações de saúde, cuja ênfase se dava na racionalização da prestação dos serviços em detrimento de regiões de saúde resolutivas, construídas democraticamente. Esse processo resultou no isolamento dos municípios na busca de soluções para as demandas e necessidades em saúde, caracterizado por diversos “sistemas locais isolados” e pela manutenção da iniquidade, da fragmentação e da desorganização na oferta e acesso de ações e serviços de saúde (FERLA et al., 2002; PESTANA; MENDES, 2004; NASCIMENTO, 2007; TREVISAN, 2007; BARRIOS, 2009; LIMA et al., 2012).

Avaliação semelhante trazem Santos e Andrade (2008), ao explicarem que as sucessivas normas induziram a organização do SUS, tendo em vista que cada uma delas se fazia acompanhar de inúmeras portarias editadas pelo Ministério da Saúde (MS). Tais portarias determinavam aos estados (sempre que nos referirmos aos estados, incluímos o Distrito Federal) e aos municípios como eles deveriam se adequar para organizar os sistemas de saúde, independentemente das realidades locais e regionais. Portanto, nesse período, o processo de elaboração de políticas de saúde foi em grande medida orientado por lógicas centralizadoras, em especial da relação do Ministério da Saúde com as demais esferas de governo, de tal forma que a descentralização veio resultando de movimentos contraditórios de descentralização e recentralização (FERLA et al., 2002).

Dentre as hipóteses para explicar esse fato, destacam-se: a tradição da centralização na formulação e execução das políticas de saúde no executivo federal; a ênfase nas instâncias municipais para o processo de descentralização da execução das ações de saúde; a participação reduzida dos entes estaduais devido à indefinição dos

papéis dos entes federados; a formulação de políticas públicas com base no desenho federativo brasileiro com ausência de tradição de lógicas territoriais que considerem a regionalização; e a inexpressiva relação de cooperação, articulação e coordenação intergovernamental dos processos de gestão necessários para a construção da regionalização (VIANA et al., 2010).

Como as normas tinham caráter transitório, elas foram sendo complementadas e substituídas. No ano de 2001 e 2002 surgiram as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), as quais traziam mais fortemente em seu arcabouço a regionalização da assistência. As NOAS introduziram os conceitos de “módulos assistenciais”, microrregiões e macrorregiões, que deveriam estar expressos no Plano Diretor de Regionalização (PDR), no Plano Diretor de Investimentos (PDI) e na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

O PDR surgiu como um instrumento para potencializar a descentralização, fortalecendo os estados e municípios em sua função de gestores do sistema de saúde. O Plano tinha como premissas expressar o processo de regionalização a ser construído dentro da lógica de planejamento integrado, identificar as prioridades na atenção à saúde dos usuários dos sistemas municipais de saúde de determinada região sanitária, otimizar os recursos, e possibilitar maior acesso das pessoas a todos os níveis de atenção à saúde, explicitando os diferentes interesses locais (BRASIL, 2006).

Seguindo a lógica do planejamento integrado e da racionalização de recursos financeiros, o PDI era um complemento do PDR. Nele deveriam constar os investimentos necessários para atender as prioridades identificadas na região, de forma que o aporte de recursos para a ampliação das ações e serviços de saúde fosse efetivamente na direção de um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde.

A PPI, por sua vez, constituiu-se em um instrumento de programação e alocação de recursos da assistência. Pressupondo o envol-

vimento, a definição, negociação e a formalização de pactos entre os gestores e prestadores de serviço, de forma a estabelecer os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços. Também prevendo os recursos financeiros que se destinavam a cada município para a assistência de sua população e, no caso dos municípios de referência, para atendimento das pessoas recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006).

Esses instrumentos fizeram com que o tema da regionalização fizesse parte da agenda do conjunto dos gestores do SUS. Entretanto, seu caráter extremamente normativo e complexo impediu o avanço político de articulação entre as instâncias de gestão, dificultando a construção de soluções locais mais adequadas para a realidade e diversidade dos problemas (NASCIMENTO, 2007).

Relatos de experiências de gestão regional desse período confirmam as dificuldades que resultavam da excessiva normatização do MS. Os documentos oficiais pouco contribuíram; pelo contrário, às vezes dificultaram a construção de soluções locais que estavam sendo implementadas a partir da realidade e diversidade dos problemas e potencialidades encontrados em cada território (POSSA et al., 2002).

As NOAS definiam normativamente o desenho de atenção que deveria ser executado, o papel dos municípios e os serviços a serem disponibilizados. Mais uma vez foram impostas configurações estanques para a organização da região por intermédio da vinculação de recursos, as quais não consideravam o contexto e cotidiano local. Daí resultou a crítica sobre a impossibilidade de termos “um padrão tão uniforme para uma realidade tão diversa, que engendra em si tantas disputas, como o campo da saúde” (POSSA et al., 2002, p. 50).

Em decorrência das dificuldades para a implantação dessa norma, e no sentido de corrigir suas distorções, ocorre a edição da NOAS 01/2002. Seu objetivo era criar mecanismos para consoli-

dar o processo de regionalização que utilizassem como premissa a hierarquização dos serviços de saúde. Foram mantidas as diretrizes da norma anterior, modificando apenas aspectos que trouxeram dificuldades e impasses na ocasião de sua implementação (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Diante das dificuldades para efetivar a regionalização fundamentada na NOAS, mantinha-se a insuficiência nos municípios para garantir uma atenção básica resolutiva e de qualidade, pois esses se deparavam com obstáculos para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de atenção especializada. Essa realidade levou os gestores a buscarem isoladamente a autossuficiência na oferta da maioria dos serviços por meio da compra de serviços no setor privado, agravando os problemas de ineficiência na gestão de recursos sem, no entanto, garantir a integralidade da atenção (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Para Mendes (2001), os municípios expandem a atenção médica sem nenhuma articulação regional, pulverizando os recursos e gerando ineficiências. A realidade demonstra que a maioria dos municípios tem baixo grau de suficiência de seus serviços e ações de saúde. Assim, há dependência dos serviços de municípios maiores, o que ressalta a necessidade de uma regionalização efetiva, organizada de forma pactuada com o conjunto dos atores.

Nessa perspectiva, a regionalização entra na agenda como fundamental para o avanço da descentralização e construção do próprio sistema público de saúde. No entanto, reconhecer a regionalização como um processo político que está relacionado com a distribuição de poder e com a inter-relação entre diferentes atores sociais no território é algo fundamental para a sua construção. Como assinala Barrios (2009), a existência de políticas institucionais, explicitadas por meio de leis, portarias e normas, não é suficiente para garantir práticas institucionais efetivas. Nessa direção, Nascimento (2007)

afirma que a lógica da NOAS se esgotou diante da inexistência de instrumentos que garantissem o processo de negociação e compromisso do fluxo de usuários dos serviços de saúde, que no cotidiano demonstrava ser diferente daquele identificado pelo desenho da regionalização normativamente estabelecido.

Em decorrência disso, a regionalização não foi efetivada no cotidiano das práticas de saúde, levando um conjunto de atores a propor, em 2006, como alternativa que viabilizasse democraticamente o processo de construção de regiões de saúde, o Pacto pela Saúde. O Pacto congregava três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Esse arcabouço legal foi instituído com a intenção de substituir as excessivas normas editadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva e naquela oportunidade, o Pacto foi apresentado como inovação potente, cujo objetivo era fortalecer a gestão descentralizada, com redefinições de responsabilidades próprias e conjuntas dos três entes federados. As pactuações de prioridades, objetivos e metas, teriam a intenção de resgatar o conteúdo político da regionalização diante da organização do sistema de tal maneira que levasse em conta a diversidade que caracteriza e diferencia o território brasileiro, restringindo, assim, as determinações federais diante do processo de descentralização com regionalização (LIMA et al., 2012).

A regionalização como princípio organizativo do SUS é destaque no Pacto de Gestão, considerada como eixo estruturante no processo de organização do sistema de saúde regional. Para isso, foi criado um fórum específico chamado de Colegiado de Gestão Regional, como espaço de articulação, de permanente pactuação e planejamento e de cogestão solidária. O Colegiado foi idealizado como um arranjo institucional composto por gestores da esfera municipal e estadual com a responsabilidade de definir as prioridades e

construir soluções para a organização da rede de ações e de serviços resolutivos, pressupondo o compromisso desses atores com os acordos coletivos que beneficiariam não só os municípios de determinado local, mas toda uma região (BARRIOS, 2009).

Nascimento (2007) contribui nessa discussão ao refletir sobre a dificuldade de implantar ações regionais que congreguem o conjunto de municípios. Assim, segundo a autora, as relações são perpassadas pelo conflito e agravadas pelas diferenças partidárias, além de sofrer influência do modelo federativo do Brasil, que carrega, desde suas origens, características centralizadoras tanto de cunho político, quanto econômico.

Conforme Barrios (2009), na perspectiva de espaço como totalidade, os interesses, as disputas, as negociações e os consensos se construirão representando as necessidades do coletivo da sociedade, e não dos indivíduos. Portanto, as ações não são independentes, mas constituem o resultado de um processo social, confirmando a lógica de limite e competências dos entes federados e o imbricamento de um município com os demais, acrescido das conexões e das inter-relações, o que os torna dependentes para a sobrevivência de todos. A mesma autora, em sua análise sobre o sistema de saúde, reforça as críticas sobre a organização piramidal do sistema de saúde por níveis hierárquicos de complexidade e a concepção de polos de referência. Segundo ela, a ideia de centro-periferia discrimina negativamente municípios menores, que só têm condições de oferecer atenção básica em seu território, o que tende a aprofundar assimetrias de poder e induzir relações competitivas, incompatíveis com a proposta de regionalização solidária que demanda formas de articulação mais igualitárias e horizontais.

No contexto regional encontra-se a política pública de saúde, que está inserida num processo de formação territorial conjuntamente com as dinâmicas social, econômica e política – todas capazes de influenciar os arranjos organizacionais. É preciso considerar, por-

tanto, que os objetivos sociais em cada território mudam os limites e as competências de cada nível geográfico de governo, e esses não podem ser rígidos. Ao contrário, deveriam mudar para atender as necessidades emergentes em cada território (SANTOS, 2002).

Há de se reconhecer que o Pacto pela Saúde trouxe avanços significativos para a gestão compartilhada e a consolidação do SUS. No entanto, desafios permaneceram, principalmente, no que diz respeito à organização de sistemas de saúde regionais com capacidade de impactar no cuidado integral à saúde das pessoas. Nesse sentido, pesquisa realizada por Lima et al. (2012) revelou que ainda permanecem as dificuldades para a consolidação da regionalização, destacando a falta de definição clara nas relações intergovernamentais. Em especial, os autores sinalizam que a adesão por meio do Termo de Compromisso de Gestão¹ não se traduz na garantia de efetivação e fortalecimento da regionalização.

Postos como desafio, os Colegiados de Gestão Regional, cuja implantação e funcionamento ocorreram de modo irregular nas regiões, dificultou a articulação de parcerias e solução de conflitos entre os entes federados. Também se destacam os aspectos referentes à descentralização de poder de decisão e negociação, explicitados pela imprecisão do papel das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e dos Colegiados Regionais nos estados. Por fim, foi identificada a desarticulação e a insuficiência dos instrumentos de planejamento e de pactuação entre os gestores, os quais não se mostraram suficientemente potentes para orientar as práticas no cotidiano (LIMA et al., 2012).

Cabe ressaltar, ainda, a fragilidade do papel da intervenção federal no apoio à conformação de sistemas públicos de saúde regionais

¹ Termo de Compromisso de Gestão é o instrumento definido no Pacto em que os gestores de saúde de um território estabelecem as responsabilidades pela atenção à saúde, bem como a distribuição dos recursos.

com diferentes recortes territoriais. Essa conformação regional é limitada pelas regras centralizadas, que não respondem à necessidade de diversificação de alternativas para a formulação, financiamento e implementação da regionalização que contemple as especificidades locais. Além desses fatores, verifica-se uma fragilidade na conexão entre as políticas de saúde e as políticas de desenvolvimento econômico e social para a consolidação dos processos de regionalização (LIMA et al., 2012).

É diante desses dilemas que, após 22 anos da criação do Sistema Único de Saúde, o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei Orgânica da Saúde. O Decreto é instituído na perspectiva de reorganizar a gestão do SUS com garantias de maior segurança jurídica nas relações entre os entes federados, além de determinar uma gestão interfederativa, com foco nas redes de atenção à saúde, estruturadas a partir da regionalização.

Segundo aponta o Decreto, a partir das regiões de saúde são estruturadas as Redes de Atenção como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em “níveis de complexidade crescentes”. As regiões de saúde passam a ser a base de alocação de recursos, com o objetivo de contribuir para sua melhor distribuição e qualificação das relações entre os municípios. Com isso, tem-se a expectativa de superar os conflitos na organização do cuidado em cada território, minimizando os atritos estabelecidos entre os municípios decorrentes da disparidade entre a responsabilidade da atenção a toda a população e a capacidade instalada de serviços que é concentrada nos municípios de referência.

A Rede de Atenção à Saúde é entendida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em linhas de cuidado, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Para tanto, se faz necessário, segundo Righi (2005), potencializar as capacidades locais, onde os municípios compartilhem inovações na rede de atenção, protagonizando novos processos de regionalização

e desenvolvendo maiores competências para a produção de redes solidárias que promovam a integralidade do cuidado.

Para tanto, o Decreto prevê que a colaboração seja firmada entre os entes, por meio da construção do mapa de saúde de cada região e legalizada pelo Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), no qual devem constar indicadores e metas, critérios de avaliação, recursos, forma de controle e fiscalização da execução. Segundo Carvalho (2011), os contratos definirão a organização do sistema a partir dos conceitos constitucionais e legais da rede pública regionalizada e hierarquizada com competências e responsabilidades solidárias e próprias de cada esfera de governo estabelecidas nas negociações em cada território.

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é o acordo de colaboração firmado entre os entes federados com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada. O COAP deve definir responsabilidades para cada ente federado, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. O COAP estabelecerá, portanto, para cada ente signatário, as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentárias e financeiras e de monitoramento, avaliação e auditoria sempre considerando os consensos obtidos no colegiado interfederativo, conforme o Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011).

Santos (2011) diz que o Decreto vem suprir uma lacuna jurídica e tem a finalidade de garantir maior segurança na definição das responsabilidades dos entes federativos. Reforça a necessidade de não perdermos de vista que o SUS é um sistema único num país continental, contando, portanto, com grandes diferenças demográficas e socioeconômicas – algo que exige clareza dos papéis dos entes federativos nas regiões e com organização de redes de saúde onde o

direito à saúde de fato se efetive.

As Comissões Intergestores consolidam-se como espaços de pactuação interfederativa, sendo no âmbito federal a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nos estados a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e nas regiões as Comissões Intergestores Regionais (CIR), em substituição aos Colegiados de Gestão Regionais (CGR ou Cogeres). Por meio de resoluções da CIT, foram definidas regras para a transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP. O Decreto ratifica o SUS como uma construção coletiva e articulada entre entes públicos, setor privado, sociedade civil, governo e profissionais de saúde, tendo o cidadão como centro do debate e a efetivação da regionalização, por meio de práticas de cuidado que garantam o acesso, a integralidade e a consolidação do SUS, como principal desafio.

Portanto, para que se possa assegurar a consolidação do SUS e o processo de regionalização, reafirma-se que é preciso construí-lo na relação entre os gestores municipais, estaduais e federal, mas também implicando os trabalhadores da saúde, o controle social e a população, sob pena de não ser viabilizado como estratégia política, mas mais uma tentativa institucional normativa e administrativa (BARRIOS, 2009).

Conceitos, dispositivos e ferramentas para a construção da regionalização

O conceito de regionalização está inicialmente relacionado à ideia básica de organização por regiões. A definição de regionalização que consta no Pacto pela Saúde ressalta seu caráter solidário e cooperativo, definido como: “processo de identificação e constituição de regiões de saúde existentes nos diferentes municípios que compõem a região, em uma rede regionalizada de atenção visando à universalidade de acesso, à equidade, à integralidade e à resolutividade” (BRASIL, 2006, p. 14). A partir dessa definição, as regiões

de saúde passam a ter duplo sentido, seja como uma base territorial para o planejamento e execução da rede de atenção com dada densidade tecnológica e autossuficiência de ações e serviços de saúde para a sua população, seja como espaço vinculado e articulado de condução política-administrativa dessa rede de atenção (PDR – ES, 2011).

Nessa perspectiva, a regionalização, além de se constituir como um método para ampliar a cobertura assistencial em saúde em determinado território, é considerada um processo construído pelas pessoas. Portanto, é permeada pelas relações sociais e de poder com dimensões técnicas, políticas, econômicas e ideológicas, de tal forma que a regionalização se constitua como resultado dos acordos políticos desencadeados por meio da gestão compartilhada que respeite a diversidade e a autonomia dos entes federados (BAHIA, 2009; BARRIOS, 2009).

Como refere Nascimento (2007, p. 2003), a regionalização, como parte constitutiva de um processo de democratização, requer um novo “modo de pensar e um modo de agir regionalmente”. Para isso, ela exige esforço político e envolvimento do conjunto dos atores de diferentes setores (planejamento, fazenda, educação, etc.), extrapolando as instâncias de gestão do SUS, de modo que se estabeleça um “ambiente regional vivo²” capaz de potencializar a organização regionalizada de espaços de cuidado à saúde das pessoas.

Portanto, ao organizar uma região de saúde, torna-se importante respeitar os diferentes processos que estejam em construção e as desigualdades de serviços de saúde presentes na região, de forma que permitam desenhos de regiões não rígidas e normativas (BARRIOS, 2009). Pois se o que de fato caracteriza uma região são as pessoas,

² Espaço como “território vivo” com capacidade de perceber necessidades e singularidades não apenas nos aspectos técnicos e formais, mas também política, cultural, econômica e socialmente, resultado de processo social dinâmico e em constante mudança. Esse conceito se tomou emprestado de Santos (2002).

por meio de sua organização e pelas relações sociais de produção estabelecidas no território, para que a regionalização seja “viva”, ela precisa respeitar a história e a cultura da população, construindo a identidade regional de modo a criar nas pessoas o sentimento de pertencimento neste espaço de vida e, com isso, compreender, adequar e formalizar as Regiões de Saúde que respondam pela produção de vida e cuidado em cada território (BRASIL, 2010).

Alguns conceitos auxiliam na construção do processo da regionalização, tais como: *territorialização, flexibilização, cooperação, cogestão, financiamento solidário, subsidiariedade*. Além desses marcos, a *participação* e o *controle social* foram reafirmados como estratégicos na busca do atendimento às reais necessidades de saúde e da interação da população no processo de gestão do sistema.

A territorialização é um conjunto de relações da população com determinado espaço locorregional, identificando os desenhos já existentes, equipamentos sociais, dados demográficos e epidemiológicos, contexto histórico e cultural, movimentos sociais, dinâmica de transporte, rede de comunicação, dentre outras dimensões que possam intervir no processo saúde-doença (BARRIOS, 2009).

A flexibilização é a capacidade de compreender e respeitar a diversidade das regiões e os processos em construção que vêm sendo desencadeados pelos atores que planejam em cada espaço. Estratégia menos normativa, caracterizada por diretrizes gerais que garantem a liberdade de adequações de acordo com as diferentes realidades (BARRIOS, 2009).

A cooperação é o esforço político e técnico de articular, pactuar, planejar, executar e avaliar conjuntamente entre atores sociais, políticos e institucionais de forma que os objetivos e estratégias comuns possam ser operacionalizadas. A criação de Comissões Regionais tem papel fundamental e estratégico para a operacionalidade desse pressuposto (BRASIL, 2006).

A cogestão é o compartilhamento de experiências para a cons-

trução de redes de apoio e busca de soluções solidárias, de modo que a melhoria das condições de saúde da população oriente as negociações e pactuações entre os gestores. É o princípio da solidariedade entre o conjunto dos atores como norteador da organização do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

O financiamento solidário é a construção de instrumentos que definam claramente a alocação de recursos financeiros que visem a apoiar os processos e iniciativas para que as desigualdades regionais no acesso a ações e serviços de saúde possam ser corrigidas (BRASIL, 2006).

A subsidiariedade é o pressuposto alicerçado nos processos de tomada de decisão de cada município, no qual funções que podem ser realizadas na esfera local, no município de origem, não devem ser transferidas a outra esfera de gestão. Assim, cada um assume as responsabilidades que podem ser assumidas no seu território. Devem ser pactuadas e compartilhadas com os demais entes federados as ações e serviços não possíveis de serem realizadas localmente (BRASIL, 2006).

A participação e o controle social são princípios doutrinários do SUS que expressam a importância da participação direta dos usuários no processo de gestão do sistema e no cuidado, de modo que resulte na formulação e execução de políticas capazes de qualificar o SUS (BARRIOS, 2009).

A regionalização é, portanto, o processo que identifica e organiza as regiões de saúde, conceituadas pelo Decreto nº 7.508/11 como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

Além dos conceitos anteriormente referidos, o Decreto também apresenta e reafirma alguns dispositivos para a organização do pro-

cesso de regionalização da saúde, tais como:

O processo de planejamento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, configura-se como responsabilidade dos entes públicos, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde, incluindo os processos de avaliação. Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento de acordo com as especificidades dos territórios, as necessidades de saúde da população, a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados, e a conformação das redes de atenção a saúde, que contribuem para a melhoria da qualidade do SUS e impactam na melhoria das condições de saúde da população brasileira. O planejamento deverá ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, compatibilizando as políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros, buscando a articulação dos instrumentos de planejamento (Plano Plurianual, leis orçamentárias, planos de saúde, programação de ações e relatórios de gestão) com as necessidades sanitárias no âmbito regional. É, portanto, a base para construção do Mapa e das Metas em cada região (Decreto 7.508/11).

O Mapa da Saúde trata da descrição geográfica da distribuição dos trabalhadores de saúde, de ações e de serviços de saúde ofertados, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Subsidiaria o planejamento da saúde e a conformação do contrato organizativo da ação pública entre entes federados. Permite, ainda, identificar vazios assistenciais, orientar investimentos e a expansão de rede de serviços, e acompanhar a evolução do SUS nos territórios quanto ao acesso e aos resultados produzidos. Em síntese, o mapa da saúde, configura-se num inventário dos profissionais, equipamentos, ações e serviços de saúde existentes em determinada região (Decreto 7.508/11).

As Portas de Entrada aos serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS são consideradas, em geral, as unidades básicas de saúde/atenção primária/saúde da família. Na verdade, “portas de entrada” deveriam ser aqueles serviços que, na memória e imaginários da população, funcionam como as suas referências de qualidade e acolhimento, sempre de portas abertas e elevada resolubilidade de problemas de saúde. Aquele lugar que recebe bem e a qualquer, orienta e resolve. De outra parte, são portas de entrada todos os serviços a que chega ou que se recebe de maneira primária, como atenção básica, urgência, visita domiciliar, programas coletivos na comunidade, programas coletivos do setor de vigilância, etc. Uma porta de entrada se define pelo acesso universal, capacidade de orientação da demanda individual e coletiva locorregional, o que tem se chamado de “ordenamento do cuidado no Sistema Único de Saúde”, e resolutividade em seu próprio nível para as necessidades predominantes nas necessidades em saúde (Decreto 7.508/11).

A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao cidadão para atendimento da integralidade da assistência à saúde. O Ministério da Saúde publicará a cada dois anos atualizações da Renases. Os entes federados pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação às ações e serviços constantes da Renases (Decreto 7.508/11).

As Comissões Intergestores são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras de gestão compartilhada no SUS. As Comissões Intergestores devem ser entendidas como pertencentes a todos os entes federados que compõem a rede SUS de forma interconectada, numa atuação coordenada, cooperativa e consensual onde os interesses da saúde são comuns e indissociáveis (NASCIMENTO, 2007). As Comissões constituem-se como espaço importante para construção de significados, criando fluxos de ideias, de debates, de negociação e de compromissos. Elas

devem colaborar com a instituição, mas também com o desenvolvimento das pessoas grupos, como protagonistas e como coletivos organizados. Para tanto, é preciso estender a todos o direito de decidir, democratizando, produzindo fluxos de cogestão, de luta e negociação entre os diferentes atores, sugerindo rumos para o todo e suas relações com a sociedade (BARRIOS, 2009).

As Comissões operam no contexto das diferenças de poder, mas trabalham na lógica de que essas diferenças não sejam tão pronunciadas a ponto de se parecerem com as organizações de caráter hierárquico. Num processo de cogestão, como é a proposta das Comissões Intergestores, todos participam, ninguém decide sozinho, isolado, nem em lugar dos outros, mas sim de modo compartilhado, solidário, comprometido, negociado e consensuado (BARRIOS, 2009). Nesse sentido, as Comissões são espaços de gestão onde o poder/saber de diferentes atores está em constante disputa de projetos, os quais são, ao mesmo tempo, individuais e coletivos, sendo que sua operacionalização dependerá de articulação e negociação entre os sujeitos.

Pelo que temos visto, uma das premissas das instâncias de gestão do SUS é a construção de consenso. Sobre esse processo, Douradol e Elias (2011) sublinham que a administração pública contemporânea e o federalismo têm salientado o consensualismo como dispositivo de gestão; no entanto, o seu significado é, muitas vezes, equivocadamente utilizado como sinônimo de unanimidade. Destacam que o consenso é o acordo produzido por meio da negociação, resultado do desacordo e dissenso e contrário à obediência pura e simples, pressupondo que os acordos são frutos da institucionalização de oportunidades para a divergência.

No caso das Comissões Intergestores, essa concepção é fundamental, principalmente por considerar o caráter por vezes assimétrico entre os entes federados – em especial no que diz respeito aos municípios considerados polos, com mais recursos de poder político

e econômico e capacidade instalada de serviços. Esses por vezes podem constranger a possibilidade de divergência daqueles municípios que não dispõem dos mesmos recursos. Em decorrência disso, fazem-se necessárias instâncias em que se garanta a possibilidade de explicitar as divergências, expor conflitos e negociá-los, resultando no efetivo consenso entre os entes federados e os atores envolvidos.

A diferença entre as regiões, e especialmente entre os municípios, também aponta para a necessidade de que a regionalização seja uma pauta na organização da atenção internamente nos territórios municipais. A construção das regiões de saúde intramunicipal constitui necessidade para a articulação adequada das ações e serviços de saúde que primam pela construção de vínculo, responsabilização e redes resolutivas de cuidado. No entanto, contam com pouca discussão e pesquisa sistematizada sobre a sua constituição (SPEDO et al., 2010).

As diferenças na organização das regiões intra e intermunicipais que consideram as especificidades das localidades e necessidades de saúde são horizonte de qualquer proposta consistente de regionalização em saúde embasado no federalismo cooperativo. Para isso, torna-se fundamental o reconhecimento das características econômicas, sociais, geográficas, demográficas, históricas, políticas e culturais de cada território. Nesse sentido, serão apresentadas informações na perspectiva de contribuir para a discussão e construção do processo de regionalização no estado do Amazonas.

O Estado do Amazonas e a regionalização da saúde

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, indicam que o Amazonas é o maior estado do Brasil, correspondendo a 18% do território nacional com uma extensão territorial de 1.559.161.682km², ocupando 3,2% da Amazônia Legal. Tem uma população geral de 3.483.985 habitantes residentes em 62 municípios, sendo que mais de 52% das pessoas vivem na capital, Manaus, que possui 1.802.014 habitantes. Segundo dados do relatório de gestão de 2011 da Secretaria de Saúde do estado, em torno de 80% da população reside em áreas de densidade urbanas e apenas 20% nas áreas com potencialidade rural. Além da capital, apenas o município de Parintins possui uma população de mais de 100.000 habitantes. Em 29 dos 62 municípios a população é menor do que 20 mil habitantes. Destaca-se, dentre os aspectos demográficos, a estrutura etária, evidenciando-se que a população do estado do Amazonas é predominantemente jovem. A maior concentração da pirâmide populacional se apresenta na faixa etária menor de 19 anos de idade (AMAZONAS, 2011).

O estado possui dimensões continentais e baixa densidade populacional, sendo esta uma das menores do país, com 2,23 habitantes/km² (AMAZONAS, 2011). As pessoas estão dispersas em locais com difícil acesso e comunicação para os padrões modernos de interação, sempre de curta duração e sempre em tempo real, configurando cenários que por si só desafiam a construção do processo de regionalização e implantação de políticas únicas de saúde. Esses aspectos, somados à existência da maior população indígena do país, orientam para a adoção de políticas diferenciadas e adequadas aos valores dessa realidade.

Outro aspecto relevante é que o estado do Amazonas faz fronteiras internacionais com o Peru, a Colômbia e a Venezuela. São 7.000km de extensão de fronteira. Essas particularidades exigem a configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, re-

gulação e financiamento que possam conformar sistemas públicos de saúde regionais com diferentes recortes territoriais, incluindo regiões fronteiriças, reservas indígenas e populações ribeirinhas, como é o caso específico desse estado, com a maior bacia hidrográfica do mundo.

Uma característica relevante do estado do Amazonas é a de que nele está localizada a maior floresta e a maior bacia hidrográfica do mundo, com mais de 23.000km de vias navegáveis, as quais servem de ligação entre os municípios. As águas configuram a malha de deslocamento para os habitantes locais, que se deslocam por meio de barcos e aviões de pequeno porte, surpreendendo planejadores acostumados com as malhas rodoviária e aérea. Os municípios são cortados por grandes rios em cujas margens estão as localidades, propriedades e habitações ribeirinhas.

Um desafio para a regionalização do sistema de saúde refere-se ao fato de que grande número de pequenos agrupamentos populacionais estão sediados em locais com difícil acesso, com sistema de transporte insuficiente para o deslocamento ágil e constante, calcado principalmente nas características de vias fluviais, apresentando precárias estruturas de saneamento básico. O transporte fluvial, embora predominante, não alcançou adequado desenvolvimento tecnológico e sustentável em termos de conforto, acessibilidade, segurança e confiança. Essas características estão presentes na maioria dos sessenta e dois municípios amazonenses. Municípios iguais, sob o ponto de vista de atribuições constitucionais, mas ao mesmo tempo desiguais para a gestão da política de saúde. Essa desigualdade se acentua no Amazonas devido às características geográficas, demográficas e socioeconômicas, exigindo abordagens avançadas em equidade locorregional, o que ainda é estranho ao planejamento tradicional, que rasura diversidade em nome de homogeneidades.

Segundo Oliveira (2008), há uma heterogeneidade regional e intrarregional que não permite generalizações e tipologias ideais.

A natureza da descentralização é, essencialmente, de um processo em construção. No caso da Amazônia, o grau de autonomia, mobilização e inovação dos municípios estaria associado à capacidade de vocalização de suas demandas e gestão dos serviços públicos de saúde. Pode-se dizer que quanto menor o porte populacional dos municípios da região, maior é a dificuldade de se garantir arranjos institucionais que correspondam às necessidades legais de construção do SUS e direitos da população em todos os aspectos da cultura e cidadania.

A experiência de regionalização em outros estados (Rio Grande do Sul, em POSSA et al., 2002; BAHIA, 2009; ESPÍRITO SANTO, 2011) corrobora empiricamente os achados de Oliveira (2008), de que as experiências exitosas com a descentralização da gestão do SUS se deram, em sua maior parte, em municípios de médio e grande porte, os quais tinham como característica o fato de serem referência regional, o que exemplifica os termos com que a regionalização tem sido atualmente pensada.

Os dados demonstram que, na maioria dos municípios abaixo de 100 mil habitantes – dependendo de seu tamanho, densidade demográfica e distância da capital –, existem dificuldades para cumprir o estabelecido pelas normas do Ministério da Saúde e pela legislação do SUS. Esses limites foram apontados como parte das insuficiências no processo de descentralização, processo este que deveria prever uma tríade de autonomias relativas (política, financeira e administrativa), algo que não se encontra em boa parte dos municípios brasileiro e, em especial, dos municípios da Amazônia.

A literatura especializada demonstra que os êxitos da descentralização são mais difíceis de serem constatados nos municípios onde não há economia autossuficiente e onde há baixa densidade populacional ou de recursos tecnológicos, isso se não houver efetiva solidariedade das esferas estadual e federal (OLIVEIRA, 2008). Para a Amazônia, o tratamento diferenciado é essencial, impondo a discus-

são de um novo modelo de regionalização que considere a condição de que não existe a possibilidade de colocar em todos os municípios o mesmo estilo de capacidade tecnológica, com os mesmos valores e produtos que servem às regiões de característica inversa (ou diversa). Tal processo deve ser diferenciado, não podendo se traduzir em normativas únicas impostas especialmente por parte do ente federal, que não deu conta, até o momento, de contemplar em seus arranjos institucionais a complexa e heterogênea sociobiodiversidade brasileira (OLIVEIRA, 2008).

No caso da Amazônia Legal, estudos demonstram que a maior capacidade instalada do SUS coincide com a organização dos polos mais dinâmicos da economia na região. Essas cidades são aquelas que têm melhores condições para captação de recursos, dadas as suas capacidades de gestão e de instalação de serviços, especialmente no caso da saúde. Novamente, a demonstração comparativa onde um modelo apresentado como ideal é usado para assinalar a deficiência do diverso.

De acordo com a pesquisa realizada por Oliveira (2008), o financiamento da saúde não contribuiu para reduzir as desigualdades, ou seja, os ganhos de escala geralmente estão em oposição à alocação de recurso de forma mais equânime, considerando que as distâncias geográficas e o tempo para percorrê-las podem inviabilizar completamente o acesso aos serviços de saúde, principalmente se estiverem concentrados apenas nas capitais. É o caso das estruturas de atenção especializada que se concentram nos municípios acima de 100 mil habitantes na Amazônia Legal e que não se constituem em referência possível para parte da população que não pode acessá-los.

O SUS tem compromisso de garantir, para regiões de menor capacidade instalada e tecnológica, o investimento e o custeio dos programas. Além das necessidades em saúde, outro fator que deve ser incorporado como critério da alocação de recursos, compreen-

do a necessidade de uma política de investimento mais equitativa, é o da acessibilidade geográfica. Tal aspecto, segundo o estudo de Oliveira (2008), não é contemplado pela lógica normativa dos programas nacionais, não se adequando, portanto, às realidades locoregionais da Amazônia.

Considerando as razões já elencadas, ao planejar as políticas públicas e, em especial, a regionalização da saúde na Amazônia, deve-se considerar as peculiaridades regionais, tais como: a baixa densidade demográfica em um espaço geográfico continental, o conjunto de acidentes geográficos que fazem parte das “várias amazônias” e que dificultam o acesso aos serviços públicos, além do mosaico étnico-cultural e socioeconômico característico da Amazônia Legal (OLIVEIRA, 2008). Tais critérios poderão permitir que, dependendo da capacidade de inovação, gestão e tecnologia, um município de porte populacional menor possa pactuar serviços e atender outro de porte maior, e vice-versa. Para isso, mesmo que alguns municípios não tenham capacidade de oferta adequada, devem ser dotados de serviços de saúde, considerando a questão da acessibilidade geográfica como essencial para a organização dos serviços nessa região específica.

Há de se considerar, nessa realidade, a necessidade de desenvolver estratégias que possibilitem a participação de um grande número de atores na Região de Saúde que, em conjunto com o governo federal, poderão encontrar alternativas capazes de minimizar as iniquidades territoriais. Nesse sentido, é importante que o financiamento da saúde permita uma diversificação de políticas e investimentos que contemplem as necessidades de saúde vinculadas a essas especificidades. Vale ressaltar que, para avançar na construção de processos de descentralização com regionalização nesse território, é de suma importância a articulação com as políticas de desenvolvimento sustentável regional (LIMA et al., 2012).

As peculiaridades do território anteriormente demonstradas e a contiguidade territorial não são os únicos critérios e possibilidades

de desenho das regiões. Segundo Viana et al. (2008), a regionalização é o resultado da pactuação política entre os entes federados no planejamento territorial, em que é fundamental a solidariedade organizacional pelos usos do território, mais que a contiguidade, delimitação, nomeação e hierarquização de áreas geográficas. Esses autores consideram que, na construção de regiões de saúde, há fixos (capacidade instalada, estruturas, etc.) e fluxos (os pactos constituídos, em permanente mutação e o andar da vida) dinamizados por racionalidades diversas e “acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território” (VIANA et al., 2008).

Entre os desafios a serem enfrentados para a construção da regionalização, destaca-se a necessidade de ampliar a participação ativa dos atores em processos pedagógicos e de educação permanente em saúde que tenham como foco a gestão regionalizada do sistema de saúde. Essa gestão regionalizada deve estar comprometida com os desafios locais de tal forma que oportunize aos gestores, trabalhadores, usuários e formadores a possibilidade de reflexão e aprendizagem capazes de operar as mudanças necessárias na implementação das regiões de saúde e das redes de atenção, como também na articulação e cooperação interfederativa solidária – estratégias fundamentais para a construção do direito a saúde no país.

Considerações Finais

A construção da regionalização tem como desafio a organização de uma rede de atenção que respeite a diversidade territorial e que supere as iniquidades que caracterizam o Brasil, não só pela sua dimensão continental, mas, sobretudo, pela histórica desigualdade social, política e econômica. A superação dessa realidade demanda um projeto nacional de desenvolvimento sustentável articulado com políticas públicas consistentes, efetivas e coerentes com a realidade de cada local. Para tanto, as políticas sociais e econômicas devem

ser integradas, com forte articulação entre os diversos campos de atenção à saúde no território, com responsabilidade solidária entre os entes federados e com a gestão intersetorial das políticas.

O grau de complexidade de um sistema de saúde está associado mais à dificuldade de organizar e garantir arranjos institucionais de acordo com as necessidades de saúde em um território específico, do que à capacidade de incorporação de equipamentos mais sofisticados. Portanto, sem a introdução de variáveis como extensão territorial, densidade demográfica, sexo, idade, etnia, capacidade de arrecadação e acesso aos meios de informação, e sem levar em conta a realidade social, histórica, econômica e epidemiológica, será impossível construir arranjos institucionais para dotar o sistema de saúde da complexidade necessária para cada região.

A real implementação das alternativas depende das condições político-técnico-administrativo-financeiras e dos sujeitos implicados no processo, significando que, para que a organização regional tenha êxito, todos devem participar e definir o desenho mais adequado para garantir a atenção à saúde necessária – uma vez que não é possível organizar um sistema sem a participação de quem trabalha, utiliza e acumula sabedoria sobre a saúde no cotidiano.

As propostas de regionalização da atenção à saúde representam o resultado da construção política e institucional do SUS nessas duas décadas, cujo objetivo é avançar no exercício da gestão compartilhada, da cooperação interfederativa, da superação da dicotomia entre centralização e descentralização, e da efetiva participação da sociedade. Fundamentalmente, é preciso avançar na organização e ampliação do acesso e da qualidade do cuidado da saúde na população brasileira, de forma que a regionalização não se caracterize como instrumento regulatório, normativo e cartorial, mas que ela seja efetivamente emancipatória, produtora de vida, construtora da universalidade, da equidade, da integralidade na atenção à saúde e da sustentabilidade.

Referências

AMAZONAS. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório de Gestão – Janeiro à Dezembro de 2011**. Amazonas, 2011. 96 p.

ANDRADE, L. O. M.; SANTOS, L. Redes interfederativas de saúde e o SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 42, abr., 2008, p. 27-34.

BAHIA. **Guia de orientação aos educandos (as):** Processo de Formação para a Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. Curso. Salvador, 2009. 65 p. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/dipro/download/cursoQGRS/MANUAL DO EDUCANDO - MÓDULO i.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

BARRIOS, S. T. G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no Colegiado de Gestão da 4ª Região Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul**. 2009. Dissertação (mestrado). 177 f - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2009.

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para estados e Municípios. **Revista de Administração e Saúde**, v. 10, n. 41, 2008, p. 159-163.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei 8.080/90**. Série E. Legislação da Saúde. Brasília: MS. 2011. 16 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LivretoDecreto_n7508_Miolo.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica**. NOB. SUS 05/93 Portaria n. 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Brasília: MS. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica**. NOB. SUS 11/96. Portaria n. 2.203 de 05 de novembro de 1996. Aprova a NOB-SUS 01/96. Brasília: MS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM n. 95, de 26 de Janeiro de 2001. Prova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Brasília: MS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. NOAS. SUS 02/02. Portaria MS/GM n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: MS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Regionalização solidária e cooperativa**. v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série: Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

CARVALHO, G. Regulamentação da Lei Federal nº 8080/90: um decreto com 20 anos de atraso. **Blog Saúde Brasil – uma praça de debates sobre a Saúde e o SUS**. Disponível em: <<http://blogsaudefrasil.com.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

DOURADOL, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário. **Revista de Saúde Pública**, v. 1, n. 45, 2011, p. 204-211.

ESPÍRITO SANTO. **Plano Diretor de Regionalização – PDR - ES**. Espírito Santo: Governo do Estado do Espírito Santo, 2011. 65 p.

FERLA, A. A. et al. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. S. (Orgs.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ESP/RS, Dacasa, 2002.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 7, 2012, p. 1903-1914.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

NASCIMENTO, V. B. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia**. Belém: Universidade Federal do Pará, 2008.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004.

POSSA, L. B. et al. Uma experiência de SUS regional. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: ESP/RS, Dacasa, 2002.

RIGHI, L. B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Orgs.). **A saúde coletiva**: diálogos contemporâneos. Ijuí: Unijuí, 2005.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS – o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: IDISA, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS** – v. 135. Campinas: IDISA, 2008, p. 35-65.

SANTOS, L. O. Decreto nº 7.508, de 2011: 21 anos depois, a Lei 8080/90 regulamentada. **Blog Saúde Brasil – uma praça de debates sobre a Saúde e o SUS**. Disponível em: <<http://blogsaudedebrasil.com.br/2011/07/01/o-decreto-7-508-de-2011-21-anos-depois-a-lei-8-08090-regulamentada/>>. Acesso em: 10jun. 2011.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: USP, 2002.

SPEDO, S. M. et al. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saúde & sociedade**, v. 19, n. 3, 2010, p. 533-546.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 2, 2007, p. 237-254.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007, p.531-562.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, 2008, p. 92-106.

VIANA, A. L. D. et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, 2010, p. 2317-2326.

Capítulo IV

Políticas públicas de saúde no Brasil: elementos da trajetória para construção do Sistema Único de Saúde

Políticas públicas de saúde no Brasil: elementos da trajetória para construção do Sistema Único de Saúde

A institucionalização das políticas públicas de saúde no Brasil pode ser considerada como o resultado de um longo processo histórico constituído pela interação de vários elementos e acontecimentos. Entre esses, podem ser lembrados brevemente os diferentes contextos espaço-temporais, as diferentes pessoas – de origens e posições sociais distintas, com interesses diversos –, os acontecimentos inesperados que envolveram a história brasileira, as lutas e reivindicações sociais que almejavam transformações políticas, entre outros.

Nessa perspectiva, é relevante que se atente, no contexto deste texto, para os processos que, no decorrer dos anos, vêm (re)compondo e (trans)formando o cenário da saúde brasileira. Essa abordagem contempla o Sistema Único de Saúde (SUS) ideal/legal e o SUS real/que temos. Também nessa direção, serão apresentados elementos do legado que levou à implantação e à implementação do SUS. Assim, o presente texto foi elaborado a partir de uma revisão bibliográfica que teve como base um conjunto de referências consideradas básicas no campo da saúde coletiva. A essas foram articuladas referências complementares, tendo em vista a proposição de um panorama exploratório sobre a trajetória das políticas públicas de saúde.

A perspectiva da política de saúde aqui apresentada é fundamentada pelo conceito de “política pública” desenvolvido por Souza (2007, p. 69). De acordo com o autor, trata-se de um campo de conhecimento cujo objetivo é “colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação [...] e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações”. As políticas públicas compõem o projeto de uma sociedade democrática transformando princípios “em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”.

Essa trajetória será apresentada pelo emprego de períodos compreendidos entre 1500 até a contemporaneidade. De 1500 a 1984 foi observada a tipologia de Fausto (2011): Brasil Colonial (1500 – 1822), Brasil Monárquico (1822 – 1889), Primeira República (1889 – 1930), Estado Getulista (1930 – 1945), Experiência Democrática (1945 – 1964), Regime Militar e Transição para a Democracia (1964 – 1984). De 1985 a 2012 foram estabelecidos empiricamente momentos políticos que caracterizam o cenário nacional: Democracia em Construção (1990 – 2002) e Democracia Contemporânea (2003 – 2012).

Brasil Colonial (1500 – 1822)

Quando os portugueses chegaram à costa brasileira, no início do processo de colonização, a extração e a venda de pau-brasil foram as principais atividades desenvolvidas por esses europeus que buscavam alternativas econômicas diante de uma lógica mercantilista que envolvia os países do chamado Velho Mundo. O contexto da época era formado por políticas internacionais que envolviam a necessidade de expansão territorial e econômica, assim, para além da extração de matéria-prima, que poderia ser comercializada, Portugal necessitou designar o povoamento da “nova” terra – com isso aumentando seu domínio territorial – e encontrar caminhos para integrar a colônia à economia europeia (FAUSTO, 2011).

Durante esse processo, os portugueses enfrentaram várias dificuldades ligadas às suas tentativas de escravização dos índios, enquanto aumentavam as possibilidades de exploração e cultivo de novas “mercadorias”. Uma dessas dificuldades se refere à incompatibilidade cultural do modo de vida indígena com a forma de trabalho intensivo e obrigatório europeu. Outra dificuldade diz respeito às doenças que vitimaram os índios (sarampo, varíola e gripe), para as quais eles não tinham defesas biológicas (FAUSTO, 2011). Como consequência das resistências indígenas e de adoecimentos, o go-

verno colonial se voltou para o tráfico de africanos como forma de suprir as necessidades de mão-de-obra. Por essa razão, não apenas os índios, mas também os escravos negros foram vítimas de surtos epidêmicos.

Diante disso, a Companhia de Jesus, ao mesmo tempo em que buscou propagar a fé cristã, desempenhou um papel fundamental no tratamento de doenças e de epidemias. Os jesuítas foram responsáveis pelas primeiras descrições sobre ervas e plantas curativas encontradas na colônia. Esses conhecimentos passaram a ser incorporados aos modos de vida desses diferentes povos que viviam sobre as terras que hoje constituem o território brasileiro (CALAINHO, 2005).

É interessante mencionar que, no Brasil Colônia, a intervenção do poder público no campo da saúde era restrita à normatização e à expedição de licenças para praticantes das artes da cura: profissionais com formação europeia (médicos cirurgiões, boticários) e para aqueles sem formação oficial (parteiras, sangradores, aplicadores de ventosas e curandeiros). Os médicos e boticários, em número restrito, encontravam-se nas cidades maiores, cuja clientela era a elite colonial. Pobres e escravos dependiam da solidariedade comunal, do curandeirismo e do assistencialismo religioso (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Essa assistência era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia (PAIM, 2009).

Com a chegada da Corte portuguesa no Rio de Janeiro, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública em terras brasileiras: a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor de saúde. Cabia à primeira fiscalizar o exercício da medicina, mas suas responsabilidades se limitaram, quase exclusivamente, ao estabelecimento de exames para habilitar os interessados em trabalhar oficialmente nas artes da cura e, principalmente, na aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem habilitação legal. A Provedoria-mor de saúde, também dirigida pelo físico-mor, tinha como objetivo garantir a salubridade da Corte, atuando na fiscalização dos navios para impedir a chegada de no-

vas doenças em nossas cidades costeiras (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 280).

Nas últimas décadas do século XVIII, o mundo colonial das potências europeias entrou em crise, em consequência de transformações que anunciavam novos tempos no ocidente: a Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776), a Revolução Francesa (1789) e o início da Revolução Industrial na Inglaterra (1780). A decadência portuguesa, em relação às grandes potências europeias, e as pressões exercidas pelas guerras napoleônicas, provocaram a transferência da família real portuguesa para o Brasil. Em 1808, Dom João VI fundou os dois primeiros cursos de ensino superior, de medicina e cirurgia, em Salvador e no Rio de Janeiro, junto aos Hospitais Militares. Nesses dois cursos, criou-se a tradição do médico de família, que desempenhava simultaneamente os papéis de clínico, cirurgião e conselheiro higienista (EDLER, 2003).

Brasil Monárquico (1822 – 1889)

A monarquia foi constituída por três períodos: Primeiro Reinado (1822 a 1831), Regência (1831 – 1840) e Segundo Reinado (1840 – 1889). No Primeiro Reinado, de Dom Pedro I, foi promulgada a Primeira Constituição (1824) da nação brasileira (FAUSTO, 2011). Nesse período, as ações de saúde pública e de regulamentação da medicina foram descentralizadas e passaram a ser responsabilidade das câmaras municipais (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada em Academia Imperial de Medicina em 1831. Essa instituição tinha uma dupla responsabilidade: a de “instrumento da política imperial de saúde pública” e a de “principal árbitro das inovações médico-científicas, contribuindo tanto para sancionar novas tecnologias em diagnóstico e terapêutica quanto novos conceitos e teorias estritamente voltados para o conhecimento da patologia brasileira” (EDLER, 2003, p. 149). Em 1832, os cursos médicos ci-

rúrgicos de Salvador e do Rio de Janeiro foram transformados em faculdades de Medicina (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

No início do Segundo Reinado, período de Dom Pedro II, o Brasil encontrava-se em situação de crise sanitária em consequência do agravamento de epidemias, principalmente a febre amarela e a varíola. O governo imperial, centralizador, realizou então uma reforma e diminuiu a autonomia dos municípios em relação às ações de saúde. Entre 1849 e 1851, estabeleceu-se a Junta Central de Higiene Pública, que passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina. Em seu organograma constava, ainda, a Inspeção de Saúde dos Portos, responsável pela fiscalização sanitária dos portos marítimos e fluviais do país. Em todo esse período, “a ínfima atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas, em tempos de epidemias, e à internação dos loucos no Hospício de Pedro II, criado em 1841 pelo poder imperial. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas, como as Santas Casas” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 281).

Mudanças na dinâmica do comércio internacional à época levaram o café a se tornar o principal produto de exportação. Assim, o polo socioeconômico nacional, com base na produção do açúcar e até então situado no nordeste, foi se deslocando para o centro-sul, em função de uma economia cafeeira, inicialmente, ainda ancorada na força de trabalho escrava (FAUSTO, 2011). Pressões externas, no entanto, forçaram o Brasil a decretar a extinção do tráfico internacional de escravos em 1850. Até a abolição definitiva da escravatura, em 1888, o comércio de escravos realizava-se pelo tráfico interprovincial através de migrações internas (FAUSTO, 2011). A burguesia do café foi levada, então, a substituir a mão de obra escrava africana pela mão de obra europeia, instituindo políticas incentivadoras de imigração. Além das grandes propriedades cafeeiras do centro-oes-

te, os colonos foram também para o sul do país, instalando-se em pequenas propriedades rurais (FAUSTO, 2011).

No plano econômico, além da proeminência do café, destacava-se também no mesmo período a cultura do açúcar, no nordeste, que se mantinha em segundo lugar na pauta de exportações; a produção do algodão, do norte e nordeste, mais voltada para o mercado interno; assim como a expansão das exportações da borracha do norte, cujo boom começou nas últimas décadas do século XVIII (FAUSTO, 2011).

A situação do campo da saúde permaneceu praticamente inalterada até 1886, quando foi realizada uma nova reforma, na qual as estruturas institucionais existentes foram substituídas pelo Conselho Superior de Saúde Pública. Este Conselho era formado pela Inspetoria Geral de Higiene – “encarregada da higiene terrestre, com prioridade para a capital” – e pela Inspetoria de Saúde dos Portos – “responsável pela manutenção das condições higiênicas dos portos” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 282).

O fim da monarquia resultou da convergência do movimento republicano com uma série de fatores: abolição da escravatura, situação do exército após a Guerra do Paraguai, disputas entre a Igreja e o Estado, entre outros. A Proclamação de República foi, então, estabelecida em 15 de novembro de 1889 (FAUSTO, 2011).

Primeira República (1889 – 1930)

A primeira Constituição Republicana, promulgada em 1891, estabeleceu as novas bases institucionais da nação: o modelo de república federativa formada pelas quatro instâncias (união, estados, distrito federal e municípios), o sistema de governo presidencialista, a organização política em três poderes (executivo, legislativo e judiciário), o voto direto e universal, a separação do Estado e da Igreja, a liberdade religiosa, o registro civil de nascimento e morte das pessoas, entre outros princípios e regras (FAUSTO, 2011).

A Primeira República se situou em um contexto internacional em transformação, tendo em vista a modernização tecnológica promovida pela Segunda Revolução Industrial. No plano diplomático destacava-se a aproximação do Brasil com os Estados Unidos e a definição de limites fronteiriços em relação a países vizinhos latino-americanos, aí incluindo o reconhecimento da soberania brasileira sobre o Acre. No plano da política interna, as disputas de poder e a correlação de forças da época levaram ao estabelecimento de uma república liberal-oligárquica que proclamava a autonomia dos estados. O voto não era nem obrigatório, nem secreto. Nessas condições, a política regional tinha o coronelismo e a fraude eleitoral como práticas correntes (FAUSTO, 2011).

A Primeira República é comumente identificada como a época da política do “café com leite”, em referência à aliança estabelecida entre as elites paulista e mineira no comando da política nacional. No plano econômico, esse período caracteriza-se pelo predomínio da cultura e dos negócios do café, produto que se situava em primeiro lugar na pauta das exportações brasileiras (FAUSTO, 2011).

A imigração em massa de europeus e asiáticos levou o governo central a promover uma melhoria nos serviços de saúde, particularmente nos locais onde acontecia a recepção de trabalhadores estrangeiros e a exportação de produtos agrícolas (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Considerando as normas sanitárias internacionais e a necessidade de proteger as cidades de epidemias havia, nos portos, equipes médicas que realizavam vistorias nos navios e impunham quarentenas às pessoas quando necessário (RABELO et al., 2001).

Nos termos da Constituição Republicana de 1891, os cuidados com a saúde da população eram de responsabilidade dos estados e dos municípios. Ao governo central correspondia a vigilância sanitária dos portos e os serviços de saúde do distrito federal. Em 1896, a saúde pública passou por uma nova reforma, com o surgimento da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Criada para responder

aos serviços de saúde que escapavam à responsabilidade dos estados, essa diretoria vinculou-se diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Em 1900, o governo republicano criou o Instituto Soroterápico Federal, posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz, que produziria vacinas e soros contra doenças epidêmicas do país (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 285).

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro tinha a aparência “de uma cidade colonial, decadente, suja e mal provida de serviços e equipamentos urbanos”, cuja população era sistematicamente assolada por epidemias. Em 1902, a presidência de Rodrigues Alves modificou a cidade através de reformas urbanas e no porto, assim como instituiu um programa de saneamento. O engenheiro Pereira Passos assumiu a prefeitura e reorganizou o centro da cidade. Em março de 1903, Oswaldo Cruz “assumiria o cargo de diretor da DGSP, prometendo erradicar as três principais doenças infecciosas que atacavam a cidade: a febre amarela, a peste e a varíola [...] por meio de campanhas sanitárias” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 289-290). Em 1904, o surgimento de novo surto de varíola produziu uma convulsão social na capital devido ao projeto de uma lei que tornava compulsória a vacinação e a revacinação em todo território nacional, provocando uma rebelião popular que ficou historicamente conhecida como a “Revolta da Vacina” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

As políticas de saúde – cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910 – encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Tais políticas foram o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis apenas com o fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente. Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a primeira

República. Sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, formados sob a orientação dos recentes conhecimentos e estilos de ciência ancorados na bacteriologia, teve como foco inicial os principais portos e centros urbanos. A partir da década de 1910, começou a ganhar força o movimento pelo saneamento rural, ou saneamento dos sertões, referência mais frequente nos textos da época (LIMA et al., 2005, p. 32-34).

Em 1918, foi criado o Serviço de Profilaxia Rural, agregado à DGSP. Entre 1919 e 1920, a DGSP foi substituída pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujo primeiro diretor foi Carlos Chagas. Tratava-se de “levar ações de saúde a diversos estados da federação sem infringir o preceito da autonomia estadual” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 295). Tendo em vista a integração do interior do Brasil, foram estabelecidas novas regulamentações e implantadas “organizações estatais, principalmente com a instalação de dezenas de postos sanitários em áreas não urbanas e nas periferias das principais cidades, muitas vezes significando o primeiro contato efetivo da população dessas áreas com o poder público” (HOCHMAN; FONSECA, 1999, p. 77).

O movimento pelo saneamento rural mobilizou distintos setores da elite política e intelectual e levou à realização de uma diversidade de iniciativas em diferentes regiões do país: viagens ao interior, expedições científicas, levantamentos de condições epidemiológicas e socioeconômicas de populações, entre outras (LIMA et al., 2005; SCHWEICKARDT; LIMA, 2007).

A aprovação da Lei Elói Chaves, em 1923, tem sido apontada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores públicos e organizadas segundo princípios do seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (PAIM,

2009; LIMA et al., 2005, p. 32).

Na Primeira República, o Brasil continuava predominantemente agrícola, mas as atividades agroexportadoras implementavam outros setores da economia. A sociedade brasileira encontrava-se em um processo de desenvolvimento capitalista diversificado e em expansão. Entre 1890 e 1900, a borracha produzida na Amazônia ocupou o segundo lugar na pauta de exportações do Brasil. Nesse período, a região foi destino de um fluxo migratório que levou a um crescimento da população urbana, principalmente em Manaus e Belém. As políticas de saúde pública estavam voltadas para o combate das doenças tropicais, principalmente malária e febre amarela. Na década de 1920, o governo do Amazonas firmou convênio com o governo federal para a realização das ações do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, estruturando uma rede de serviços nas principais calhas dos rios. Até esse momento, os serviços de saneamento eram realizados somente nas principais cidades (SCHWEICKARDT, 2011).

Concomitante ao processo de industrialização, assim como em outros países, os movimentos sociais de trabalhadores passaram a ocupar a cena pública. Influenciados pelo pensamento anarquista de imigrantes europeus (fossem do campo, fossem das cidades), inspirados pela revolução russa e atravessados pelos efeitos da I Guerra Mundial, os trabalhadores se organizavam, realizavam greves, reivindicavam melhores salários e condições de trabalho. Em 1929, dá-se uma cisão entre as elites dos estados, que então protagonizavam as disputas políticas no poder central e, como consequência, a Primeira República teve seu fim. A Revolução de 1930 produziu o surgimento de um novo projeto político para o Brasil, que será apresentado a seguir (FAUSTO, 2011).

Estado Getulista (1930 – 1945)

O Governo Provisório de Getúlio Vargas (1930 – 1934) situou-se no período da crise econômica mundial, provocada pela quebra

da bolsa de Nova York, em 1929. No Brasil, esse contexto produziu uma crise no modelo agroexportador. Em consequência, o país necessitou diversificar suas atividades econômicas, promovendo a industrialização, substituindo as importações de manufaturados pela produção nacional e focalizando no mercado interno. Politicamente, esse período foi marcado pela instabilidade e pelas divergências regionais (FAUSTO, 2011; LIMA et al., 2005).

O processo de urbanização levou à expansão das camadas médias urbanas que demandavam uma política de perfil liberal, assim como à ampliação do movimento operário que colocou os ideais anarquistas e socialistas na agenda nacional (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). O Governo Provisório foi caracterizado por um conjunto de medidas centralizadoras: dissolveu o Congresso Nacional, substituiu governadores dos estados por interventores federais, monopolizou o setor cafeeiro, reprimiu partidos e organizações de esquerda. Em 1930, foram criados o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Desde o início da década de 1930, o governo passou a enquadrar e a controlar os sindicatos (FAUSTO, 2011).

A partir de 1933, o governo getulista modificou a previdência social, transformando as CAPs em IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Os Institutos passaram a congregiar os trabalhadores por categorias profissionais, e não mais por empresas. Além de aposentadorias e pensões, esses Institutos também ofereciam serviços médicos. O modelo fundamentava-se em uma concepção de *cidadania regulada*: eram considerados cidadãos “somente aqueles que trabalhavam em ocupações reconhecidas e definidas por lei, sendo a carteira profissional e o pertencimento a um sindicato os parâmetros de definição da cidadania”; eram considerados “pré-cidadãos” os que exerciam ocupações que não eram reconhecidas pela lei (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 300-301).

Entre os anos 1931 e 1934, o trabalho urbano foi regulamentado

do através de uma série de medidas: nova lei de sindicalização; institucionalização da carteira profissional obrigatória; e regulamentação do trabalho feminino, do código de menores, da jornada de trabalho de oito horas e do direito de férias. Em 1940, passou a vigorar a lei do salário mínimo; em 1943, foi aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em 1934, foi promulgada nova Constituição e, pelo voto indireto, Getúlio Vargas é eleito Presidente da República. Uma tentativa fracassada de golpe militar e uma escalada de autoritarismo e repressão leva a entrada em vigor de uma nova Carta Constitucional, em 1937, e ao início do período do Estado Novo. O Estado ditatorial passa a promover a industrialização e a reformulação da administração pública, transformando-se, assim, em agente de modernização do país (FAUSTO, 2011).

A política de saúde pública foi definida a partir de critérios que privilegiaram uma centralização normativa acompanhada por uma descentralização executiva, criando mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados como contraponto aos interesses privados regionais. O desenho institucional acompanhou o projeto político ideológico do governo de constituição do Estado Nacional brasileiro, estabelecendo mecanismos burocráticos que viabilizassem a integração das três esferas administrativas – federal, estadual e municipal (LIMA et al., 2005, p. 43).

No campo da saúde, três iniciativas foram implantadas e constituíram-se nos pilares de uma reorganização institucional centralizadora: *Delegacias Federais de Saúde*, *Serviços Nacionais de Saúde* e *Conferências Nacionais de Saúde*. O território nacional foi subdividido em oito regiões e cada uma contava com uma *Delegacia Federal de Saúde*, cuja função era supervisionar e inspecionar os serviços locais e federais de saúde pública e assistência médico-social. Cada um dos doze *Serviços Nacionais de Saúde* era responsável por doenças específicas, abordadas na lógica campanhista. As *Conferên-*

cias Nacionais de Saúde objetivavam promover o intercâmbio de informações e o controle das ações realizadas, sendo que a primeira Conferência foi realizada em 1941, no Rio de Janeiro (HOCHMAN; FONSECA, 1999; SCOREL; TEIXEIRA, 2008). As diretrizes estabelecidas e as ações empreendidas pelo governo, no campo da saúde pública, estavam em sintonia com recomendações de agências internacionais. Nesse sentido, as agendas propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) tiveram particular influência no Brasil (SCOREL; TEIXEIRA, 2008; LIMA et al., 2005).

No período do Estado Novo, destaca-se a participação estadunidense no processo de institucionalização dos serviços públicos de saúde, seja na formação de profissionais (médicos, engenheiros e enfermeiras), seja na difusão de princípios orientadores (por exemplo, a educação em saúde). A presença estadunidense, principalmente da Fundação Rockefeller (FARIA, 2007), ocorreu essencialmente na área rural e contribuiu para a interiorização da política pública de saúde (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

As políticas de saúde para a Amazônia foram marcadas pelas campanhas de combate da malária com centralização do governo federal, porque a economia, depois da borracha, estava mergulhada em atividades internas, sem grande presença na economia nacional. Esta situação irá se modificar com a retomada da borracha na Segunda Guerra Mundial, quando o Brasil faz um convênio com os Estados Unidos para a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

O Estado Getulista implementou uma forma de separação e paralelismo institucional entre duas áreas de gestão da política pública, a partir do parâmetro da *cidadania regulada*. Por um lado, à *saúde pública* coube a responsabilidade de proteger “os não reconhecidos, não-organizados e não-incorporados pelas políticas trabalhistas e previdenciárias [...] clientelas mais amplas, com interesses difusos, excluídas da regulação estatal.” Por outro lado, a *assistência médica previdenciária* “ingressou no circuito corporativo tornando-se

um bem financiado e consumido por grupos específicos, um bem franqueado àqueles que pertenciam a categorias profissionais reconhecidas pelo poder público” (HOCHMAN; FONSECA, 1999, p. 91). O fim do Estado Novo relaciona-se com a inserção do Brasil no tabuleiro de disputas internacionais da época. Em particular, destacam-se efeitos advindos da política interna, da contradição de um governo ditatorial que passou a apoiar as democracias na Segunda Guerra Mundial (FAUSTO, 2011).

Experiência Democrática (1945 – 1964)

Em 1945, os países aliados venceram a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), e a conjuntura internacional apresentava novos marcos: criação do Sistema das Nações Unidas e surgimento do Estado de Bem-Estar Social, era do planejamento de instituições públicas para organizar processos de desenvolvimento nacional (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Nesse cenário, foi institucionalizada a Guerra Fria e, para países alinhados com os Estados Unidos, como o Brasil, instauram-se políticas anticomunistas. A experiência democrática brasileira que se situou no período compreendido entre duas ditaduras – Estado Novo e Ditadura Militar – durou dezenove anos. Na Nova Constituição, de 1946, o Brasil definia-se como uma República Federativa, com um sistema de governo presidencialista, na forma liberal-democrática (FAUSTO, 2011).

No governo Dutra (1946 – 1951), a política de saúde caracterizou-se pelo sanitarismo campanhista, que era baseado na intervenção pela força da autoridade, excluindo a lógica da consulta e do diálogo com a sociedade civil. Desta forma, “o modelo básico de criação da ordem sanitária brasileira no início do século XX é autoritário: unitário, vertical, centralista, concentrador de poder, característico da jovem república em constituição” (LUZ, 2007, p. 181).

A Constituição de 1946 apresentou uma “nova visão da previdência social: as assistências sanitária, hospitalar e médica – inclu-

sive preventiva do trabalhador e à gestante – foram incorporadas à legislação do trabalho e da previdência social”. Entre as décadas de 1940 e 1950, instaura-se, no Brasil, o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde, cujo padrão reporta-se aos grandes e modernos hospitais públicos (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 308).

Getúlio Vargas volta ao poder (1951 – 1954) e inicia seu mandato em uma situação contraditória: ao mesmo tempo em que promovia o desenvolvimento econômico, incentivando a industrialização, necessitava realizar ações impopulares para controlar o aumento da inflação (FAUSTO, 2011). No plano político, Vargas consolidou uma forma de governo populista na qual buscava comunicar-se pessoal e diretamente com os “trabalhadores do Brasil”, através de grandes mobilizações populares e do uso de meios de comunicação de massa.

No campo da saúde pública, uma ideia-força ficou conhecida como sanitarismo desenvolvimentista, que defendia que “o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham ou não integram esse processo” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 310).

Em novembro de 1950, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde e, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, cuja rotatividade de ministros é um indício de dificuldades encontradas para institucionalizar estrutura e projeto próprios à política de saúde no Brasil. Já em 1954, o governo aprova o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Um cenário complexo de disputas e tensões políticas conduziu à renúncia de Getúlio Vargas. O presidente resistiu até suicidar-se, em 24 de agosto de 1954. Em um contexto de comoção popular e com apoio do Exército, o vice-presidente Café Filho assumiu o poder e sustentou a realização das eleições previstas para outubro de

1955. O governo de Juscelino Kubitschek (1956 – 1961) apresentou estabilidade política no país. Os “anos JK” caracterizaram-se pelo otimismo, crescimento econômico e realização do sonho que levou à construção de Brasília (FAUSTO, 2011).

Em 1956, no Ministério da Saúde, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que “absorveu as estruturas e atribuições de alguns serviços nacionais criados em 1941 e assumiu a responsabilidade de organizar e executar o combate às principais endemias do país” (LIMA et al., 2005, p. 52-53). No imaginário coletivo nacional, os anos JK permanecem como “os anos de ouro”; no entanto, na fase final de seu governo, “já existiam evidências da crise econômica – crescimento da dívida externa e da taxa de inflação e diminuição do poder aquisitivo dos salários” (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 316). Jânio Quadros venceu as eleições em outubro de 1960, mas governou somente até agosto de 1961 quando renunciou, em condições obscuras. O vice-presidente João Goulart (Jango), então, assumiu o poder. Seu governo foi pautado pelo crescimento dos movimentos populares, nos quais se destacava a emergência da mobilização de trabalhadores rurais, em um contexto dominado pelas questões urbanas (FAUSTO, 2011).

Em 1962, em Recife, no XV Congresso de Higiene, duas questões foram abordadas e viriam a compor debates e polêmicas no campo da saúde nas décadas seguintes: o “conceito ampliado de saúde” como fundamento para a política sanitária, e as tensões entre a indústria farmacêutica nacional e as multinacionais de medicamentos, referentes aos rumos do atendimento médico-hospitalar (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Em dezembro de 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, no Rio de Janeiro, na qual disputas entre projetos políticos-sanitários materializaram-se por meio da re-discussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, de uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e de uma clara proposição de municipalizações dos serviços de saúde.

“[...] Esse movimento na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com as reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe militar” (LIMA et al., 2005, p. 54-55).

Desde meados de 1963, a gravidade da situação do país foi se radicalizando: “a direita ganhou os conservadores moderados para sua tese: só uma revolução purificaria a democracia, pondo fim à luta de classes, ao poder dos sindicatos e aos perigos do comunismo” (FAUSTO, 2011, p. 253). Em 1964, os militares assumiram o poder.

Nesse período, a região Amazônica recebeu um forte incentivo para os serviços de saúde, que foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, motivado pela retomada da produção da borracha. O SESP contou, inicialmente, com recursos dos Estados Unidos e do Brasil, mas com o aumento das atividades do SESP para outras regiões do país, a instituição passou a contar somente com os recursos nacionais. Além de estruturar uma rede de serviços de saúde em toda região amazônica, o SESP formou profissionais e trabalhadores da saúde para atuar na região. Em 1949, fundou a Escola de Enfermagem de Manaus, mas antes disso já mantinha uma Escola de Formação em Belém e, posteriormente, em Santarém. A Instituição, em 1962, se transformou em Fundação SESP, até ser extinta em 1990.

Regime Militar e transição para a Democracia (1964 – 1989)

A industrialização do país, a crescente urbanização e o acelerado assalariamento de parcelas da população passam a pressionar o governo por assistência médica, que se reflete em um consumo cada vez maior de recursos financeiros para esse fim (ARRETCHE, 2005; PAIM, 2003). O aumento da demanda não foi acompanhado pela elevação de receita, acarretando uma crise no sistema previdenciário que, a partir da década de 1960, torna-se deficitário (CARVALHO et al., 2001; PAIM, 2003; MACHADO et al., 2012).

O Golpe Militar de 1964 acontece nessa conjuntura caracterizada por intensa mobilização social, principalmente da classe trabalhadora urbana, diante da impossibilidade do governo de contemplar tais demandas (CARVALHO et al., 2001; PAIM, 2003; MACHADO et al., 2012). Observa-se o sucateamento da saúde pública, a vertiginosa ampliação da iniciativa privada e a unificação do sistema previdenciário com o argumento da racionalidade financeira. Durante o período da ditadura militar, foi privilegiado o setor privado da saúde com a compra de serviços de assistência médica, incentivado e financiado pelo Estado, por meio de empréstimos subsidiados, cujo foco era a geração de lucro. O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) é criado para financiar a construção de hospitais privados, elevando os gastos previdenciários (CARVALHO et al., 2001; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Denominado de modelo médico-assistencial privatista, caracterizava-se pela assistência médica individualizada, curativa e especializada, cujo foco era a geração de lucros, com influência dos proprietários de hospitais, das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares (CARVALHO et al., 2001; ARRETCHE, 2005).

Em 1967, instaura-se a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), originando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse passa a ser responsável pelas aposentadorias, pensões e assistência médica dos segurados da previdência, bem como de seus familiares. Com isso, o Estado brasileiro amplia seu papel regulador, excluindo “trabalhadores e empregadores da gestão da previdência, cabendo a estes apenas o papel de financiadores” (CARVALHO et al., 2001, p. 31). Somente em 1972 a medicina previdenciária, por meio do Funrural, passa a atender trabalhadores rurais e, em 1973, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos (CARVALHO et al., 2001; PAIM, 2003). O perfil epidemiológico da população brasileira, entre as décadas de 1960 e 1980, aponta a coexistência de duas morbidades: a moderna e a da pobreza (PAIM, 2003). Dife-

rentemente das doenças pestilentas das décadas anteriores, surgem outras, boa parte decorrentes das péssimas condições de vida e de trabalho, que acabam atingindo grandes contingentes populacionais (CARVALHO et al., 2001).

Em 1977, cria-se, por meio da Lei n.º 6.439/77, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), composto dos seguintes órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (Funabem), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas) e Central de Medicamentos (Ceme). Essa normatização acentua a dicotomia entre as áreas preventiva e curativa, características do sistema de saúde brasileiro (CARVALHO et al., 2001), a qual perdura no imaginário da sociedade, na formação dos profissionais de saúde, nas práticas dos serviços e nos sistemas de saúde.

Verifica-se, à época, um intenso êxodo rural e perda do poder de compra da população. Para enfrentar a demanda desse público por serviços curativos, em 1974, o governo cria o Plano de Pronta Ação (PPA). Tratava-se de uma série de ações desburocratizantes direcionadas para o atendimento de urgência que estendeu o atendimento ambulatorial, em caso de urgência, para a população em geral (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). O PPA é importante referência porque foi o início da universalização do atendimento. Na época, grandes investimentos foram realizados privilegiando a assistência médica em unidades de saúde em detrimento de ações preventivas (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 15).

Nesse contexto, emerge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que se integra numa luta mais ampla dos movimentos sociais de oposição à ditadura (CARVALHO et al., 2001). Por isso, os anos 70 são conhecidos pelo fim do “milagre econômi-

co” (1968 – 1973) e, na saúde, pela produção do discurso da Reforma Sanitária. O MRSB proporcionou, de certa forma, a contenção das tendências privatizantes da previdência social (na época, Inamps), o fortalecimento dos serviços públicos e o estímulo à integração das ações e serviços de saúde.

O MRSB, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), fundada em 1979, contribuíram para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986. Ambas subsidiaram a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e as discussões sobre saúde na Assembleia Constituinte (PAIM, 2003; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006), originando o SUS. Assim, são construídas diretrizes: conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, e a participação popular, que se contrapunham ao modelo de saúde vigente, caracterizado pela mercantilização, descaso político e incompetência em atender às demandas da população.

Em 1978, a Conferência Internacional de Alma Ata (Rússia, atual Cazaquistão), promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), define a Atenção Primária de Saúde (APS) como principal estratégia para expansão da cobertura dos sistemas de saúde. O slogan “Saúde para todos no ano 2000”, com princípios de universalidade, integralidade e participação popular, inspiram o MRSB. Surgido no meio acadêmico, nos departamentos de medicina preventiva, o movimento defendia a concepção de medicina comunitária e o conceito de APS, cujas ideias eram difundidas pela revista do Cebes (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 15).

Em 1980, destacam-se a crise econômica, o processo de redemocratização, a perda de poder dos militares, a falência do sistema previdenciário e a ampliação do debate político na área da saúde

(NORONHA; MACHADO, 2008). Nessa área, de modo geral, a população brasileira apresenta as seguintes características mais relevantes: doenças do aparelho circulatório e neoplasias como principais causas de mortalidade, aumento das mortes violentas, crescimento de casos de AIDS, e surgimento de epidemias de dengue (PAIM, 2003).

No cenário das políticas de saúde, por sua vez, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que não obteve êxito pela falta de financiamento. Surgem iniciativas de reorganização da assistência com expansão assistencial: Ações Integradas de Saúde (AIS), entre 1983-1986, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), entre 1987 e 1990. Tal feito pode ser considerado um marco na desconcentração de recursos financeiros da saúde, uma vez que estimulou a municipalização.

As Ações Integradas de Saúde “incorporaram os serviços estaduais e municipais à rede de serviços pagos pelo Inamps, integrando as esferas de governo em comissões interinstitucionais de saúde” (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p. 16). Fruto da ação de três ministérios (Saúde, Previdência e Educação), as AIS tinham como objetivo “evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias” (CARVALHO et al., 2001, p. 35). Os municípios brasileiros, pela primeira vez, passaram a receber recursos financeiros federais para prestação de serviços de saúde. Já o SUDS, que teve curto período de existência (de 1987 a 1990), sucessor das AIS, “representou uma recentralização nas mãos das secretarias estaduais de saúde” (Idem, p. 17) e “início do desmonte do Inamps” (CARVALHO et al., 2001, p. 35).

Em 1982 é criado o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e, em 1988, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Antes ainda, em 1986, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, que é convocada

para discussão acerca da nova proposição de política de saúde para o Brasil. A VIII Conferência,

“(...) contou com ampla participação (cerca de 5.000 pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e demais lideranças sindicais e populares). Nela foi discutida a situação de saúde no país e aprovado um relatório cujas conclusões passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares, e que foi levado à Assembleia Constituinte em 1987, onde o embate ideológico foi intenso, dividido entre ‘progressistas’ e ‘conservadores’. (...) Fato é que boa parte das teses e conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde fazem parte do texto final aprovado na Constituição Federal Brasileira” (CARVALHO et al., 2001, p. 39).

Os anos 1980 foram do discurso político-ideológico transformado em lei: o SUS foi criado e aprovado pela Constituição de 1988, com princípios de participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização, com normatizações posteriores. Essa Constituição consagra a redemocratização, que colocou em cheque o modelo centralizador e autoritário brasileiro e propôs “novas formas de organizar as políticas públicas” (ABRÚCIO, 2012, p. 45).

Nesse período, ao mesmo tempo em que no Brasil criava-se o SUS como política pública universalista, “aprofundava-se a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, enquanto a Reforma Sanitária encontrava sérios obstáculos para sua implementação” (PAIM, 2003, p. 595). Nessa perspectiva, são apresentados, esquematicamente, a seguir, aspectos estruturais e conjunturais que impactaram a elaboração e a implantação do SUS ideal/legal.

Cenário político-social e econômico:

- Período da Guerra Fria: EUA e Rússia disputam a hegemonia no mundo;
- 31/03/1964: Golpe Militar no Brasil – Doutrina de Segurança Nacional. Ditadura e repressão política. Criação dos Atos Institucionais (AI);
- 1967: Criação da Zona Franca de Manaus;
- 1968 – 1973: “Milagre econômico” ou “Milagre brasileiro”;
- Anos 1970: Crise do Petróleo e do capital internacional – diminuição de investimentos estrangeiros com repercussões no crescimento econômico;
- Anos 80: Início da reforma “política de ajustes”;
- 1985: Campanha “Diretas já” para presidente, marcando o final da ditadura. Redemocratização;
- 1985: Eleição indireta de Tancredo Neves. Com sua morte, assume José Sarney (1985 a 1990);
- Déficit público/dívida externa, Plano Cruzado/congelamento de preços;
- 1988: Promulgação da “Constituição Cidadã”, garantindo o SUS como direito do cidadão e dever do Estado.

Cenário da Saúde:

- 1967: Instituto Nacional de Previdência Social (Inps), que congregou os IAPs;
- 1974: Plano de Pronta Ação (PPA);
- 1976: Prev-Saúde;
- 1976: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes);
- 1977: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas);

- 1978: Conferência de Alma Ata (Rússia) – “Saúde para todos no ano 2000”;
- 1979: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco);
- Década de 1980: crescimento do modelo de atenção médica supletiva. Medicina de grupo/empresarial (embrião saúde suplementar);
- 1982: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass);
- 1983: Ações Integradas de Saúde (AIS) – novo modelo assistencial;
- 1986: 8ª Conferência Nacional Saúde;
- 1987: SUDS sucede AIS, ambos lançam as bases para o SUS;
- 1988: Constituição da República Federativa do Brasil;
- 1988: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Democracia em Construção (1990 – 2002)

No governo Collor (1990 – 1992), é aprovada a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços; define parâmetros para o modelo assistencial; e estabelece os papéis das três esferas de governo. Da mesma forma, a Lei 8142/90 assegura a participação da sociedade na gestão do SUS, por meio das conferências e conselhos de saúde. Essa Lei também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo, sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 17).

Politicamente, o Brasil vivia o impeachment de Fernando Col-

lor de Mello, em 1992, sucedido por Itamar Franco (1992 – 1994). Sob seu governo, foi instituída a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/93, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS. Dentre as normatizações já citadas, cria-se, pela Resolução nº 195, de 27/08/1996, a Norma Operacional Básica (NOB/96), que explicita as modalidades de gestão. Os anos 1990 podem ser caracterizados como o período político-administrativo-legal, pois para a efetiva implantação do SUS era necessária a elaboração e aprovação de legislação infraconstitucional, que são as leis orgânicas da saúde.

No contexto político e econômico, assiste-se ao aprofundamento da política de ajustes para o alinhamento das decisões nacionais às agendas de organismos internacionais de financiamento: estabilização da moeda, privatização de estatais, redução do tamanho do Estado e reforma da Previdência Social são as principais iniciativas. Nesse período, destaca-se também a crescente influência da sociedade civil nos conselhos nacional, estaduais e municipais, reconhecendo-se as diversidades regionais. Registre-se a ocorrência de diversas experimentações de diferentes modelos assistenciais nos estados e nos municípios brasileiros (PAIM, 2003).

Em relação às políticas de saúde, ao mesmo tempo em que se implantava o SUS numa lógica da produtividade, por meio do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (PAIM, 2003), ocorreu a expansão da assistência médica supletiva. Também se identifica a centralização dos processos decisórios, o controle burocrático do sistema e o aprofundamento da crise previdenciária. Ainda é possível citar a perda do caráter reflexivo em relação às questões da saúde decorrente de diferentes acontecimentos: da desmobilização do MRSB, uma vez que representantes assumem cargo no governo, da sociedade estar mais preocupada com segurança e emprego, e da persistência do clientelismo e de disputas políticas em diferentes esferas de governo.

Assim, na década de 1990, a concretização do SUS é tensionada por obstáculos tanto estruturais quanto conjunturais, a exemplo do que ocorreu em outros países latinos. Nesse período, consolidou-se a hegemonia do neoliberalismo, cujo impacto nas políticas públicas foi muito grande, principalmente na credibilidade do SUS. Os estruturais remetem ao

“alto grau de exclusão e de heterogeneidade, fatores não resolvidos por programas sociais, e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais e institucionais para implantar políticas abrangentes em confronto com as restrições impostas pela estrutura socioeconômica [brasileira] [...], de ordem institucional e organizacional, representados pelas características predominantes dos sistemas de prestação dos serviços [...] – centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade” (NORONHA; MACHADO, 2008, p. 465). Os aspectos estruturais se referem às enormes desigualdades socioeconômicas e culturais regionais, às características do federalismo brasileiro, à proteção social fragmentada e ao modelo médico-assistencial privatista hegemônico. Por outro lado, os obstáculos conjunturais referem-se à “repercussão, no Brasil, da onda conservadora de reformas em vários países, no plano político, econômico e social, a partir da década de 1980, com graves consequências e retrocessos históricos no processo de construção da cidadania nacional” (NORONHA; MACHADO, 2008, p. 466).

O quadro sanitário apresentava início de epidemia de cólera, homicídios e acidentes de trânsito, juntamente com doenças cardiovasculares e neoplasias, responsáveis pelos maiores índices de mortalidade. Muitos casos de dengue hemorrágica e aumento de incidência de leishmaniose visceral e malária são registrados. Os fatos positivos na saúde são a poliomielite erradicada, a queda da morta-

lidade infantil, a estabilização das estatísticas relativas à AIDS, e a redução da prevalência de hanseníase e da incidência das doenças imunopreveníveis (PAIM, 2003).

No governo FHC (1995 – 2002), cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, reorientando os serviços de atenção à saúde, implanta-se o Piso de Atenção Básica (PAB) para financiamento desse nível de atenção, definindo-se competências (Paim, 2003), bem como institui-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), cujo objetivo é a redução da mortalidade infantil e materna. Em 1996, é criada a Lei nº 9.311, de 24/10/1996, denominada Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), na gestão de Adib Jatene como Ministro da Saúde, cuja finalidade seria o custeio dos serviços de saúde.

No ano 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entra em funcionamento como órgão regulador e normatizador da assistência à saúde suplementar, com características de “segmentação da atenção contrária a [sic] integralidade; iniquidade devido à organização dos planos pela capacidade de pagamento; indução ao consumo e à incorporação sem critérios de tecnologia médica” (PAIM, 2003, p. 598). Consolida-se a expansão da assistência médica supletiva com a diversificação de planos de saúde, concomitante ao processo de deterioração dos serviços de saúde pública. Usuários do SUS passam a sofrer com “filas, maus-tratos, burocracia, humilhações, greves, e baixa qualidade dos serviços” (PAIM, 2003, p. 596). No entanto, apesar do panorama desfavorável, deve-se registrar a extensão de cobertura de serviços que, em 2000, abrange 99% dos municípios brasileiros que já haviam aderido ao SUS (ARRETCHE, 2005). Neste início de década, ocorre o entendimento da “defesa do medicamento como direito humano, o controle da AIDS [...], a proposta de produção de medicamentos a preços reduzidos para países pobres, a luta contra o tabaco [...] e a política de aleitamento exclusivo nos primeiros 6 meses de vida das crianças” (PAIM, 2003, p. 598).

A edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) n.º 001/2001 ampliou a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica e definiu o processo de regionalização da assistência. Ao mesmo tempo, criou mecanismos para fortalecer a capacidade de gestão do SUS. Podem ser destacados, ainda, marcos institucionais e políticos deste período: Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei n.º 9787/99); atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e promulgação da Emenda Constitucional (EC29), que altera os artigos 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo a fim de assegurar recursos mínimos para o financiamento do SUS.

Cenário político-social e econômico

- Redemocratização do país;
- Era FHC: “Política de ajustes” – intensificação do modelo liberal;
- Crise internacional; nos países desenvolvidos, Estado de Bem-Estar Social;
- Desemprego estrutural: flexibilização do trabalho e enfraquecimento dos sindicatos.

Cenário da Saúde:

- Anos 1990: período político-administrativo-legal – regulamentação do SUS; Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/90, de 19/09/1990);
- 1991: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- 1993: extinção do Inamps;
- 1994: Programa Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica Básica; Norma Operacional Básica – NOB n.º 01/91, NOB n.º 01/93 e NOB n.º 01/96;

- 1996: Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) – Lei n.º 9.311, de 24/10/1996;
- 1998: Portaria n.º 3.916, de 30/10/1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;
- 1999: Instituído o subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas - Lei n.º 9.386, de 23/09/1999 – Lei Arouca);
- 2000: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Lei n.º 9961, de 29/01/2000; Promulgação da Emenda Constitucional n.º 29 (EC29), de 13/09/2000;
- 2001: Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) n.º 001/2001.

Democracia Contemporânea (2003 – 2012)

A era Lula (2003 – 2010) caracterizou-se pelo binômio conservação e mudança, cuja meta voltou-se para o desenvolvimento econômico com inclusão social e a consolidação da democracia. Na saúde, “o jogo político entre as áreas econômica e social determinou que o quadro de financiamento do SUS fosse mantido inalterado” (PASCHE et al., 2006, p. 419). Sob o Governo Lula foi valorizado o planejamento em saúde com fortalecimento da gestão descentralizada, marcadamente gerencialista e atrelada ao modelo de desenvolvimento (MACHADO et al., 2010).

Destacam-se, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”, com ampliação e qualificação da atenção nos diferentes níveis, e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, e de novas equipes de saúde da família. O PSF apresentava, em 2005, cobertura de cerca de 70 milhões de usuários, aproximadamente 39% da população brasileira (PASCHE et al., 2006). Ocorre a injeção de recursos na média e na alta complexidade e criam-se novas equipes para transplantes com o correspondente credenciamento de novos serviços.

Observa-se, também, a ampliação de leitos para UTI, repasses de recursos financeiros para medicamentos de alto custo (como para HIV/AIDS) e a criação de mais Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (PASCHE et al., 2006). Destacam-se, ainda, a implantação do Programa Farmácia Popular, da Política Nacional de Humanização (PNH), e da Política Nacional de Atendimento às urgências por meio da instituição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e das Centrais de Regulação Médica das Urgências.

Em 2006, a Portaria nº 971 cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, autorizando o uso de plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia, acupuntura e outras práticas no SUS. Acontece também a publicação das diretrizes do Pacto pela Saúde, com mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre governo federal e instâncias subnacionais, abordando aspectos de responsabilidade de gestão.

É sabido que o SUS envolve várias sustentabilidades: política, financeira, econômica, científico-tecnológica e institucional, por isso, a necessidade de estabelecer acordos intergovernamentais e mecanismos de cooperação. Assim, é preciso atingir uma nova institucionalidade para o SUS, a fim de “consolidar a sua natureza pública, não [...] estatal. Talvez assim deixe de ser refém das manobras da política partidária, do clientelismo e do corporativismo” (PAIM, 2009, p. 138).

O governo Dilma (2011 – 2014) mantém as políticas e os programas de saúde existentes e avança com as seguintes iniciativas: lança o “Saúde não tem preço – Programa aqui tem Farmácia Popular”, em 2011, estabelecendo a gratuidade de medicamentos para diabetes e hipertensão em farmácias credenciadas pelo Ministério da Saúde, recentemente incluindo os destinados para asma e contraceptivos. Também institui a Rede Cegonha, que prevê atenção integral à saúde da mulher e da criança, como estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil.

Em 2011, também é criado o Cartão Nacional de Saúde, que possibilita a informação sobre a quantidade de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, exames, cirurgias, bem como o histórico das doenças anteriores do cidadão. Paralelamente, a Portaria nº 2.866 institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), ao passo que a Portaria nº 2.488 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a qual estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização desse nível de atenção à saúde, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Em 2012, é sancionada a Lei Complementar n.º 141/2012, que regulamenta a Emenda Constitucional (EC) 29, definindo responsabilidades e percentuais financeiros das três esferas governamentais destinados ao SUS. Como na era Lula, no governo Dilma, a saúde tem sido contemplada com diferentes iniciativas para formação e qualificação dos profissionais de saúde: graduação, pós-graduação e educação permanente (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012).

No cenário contemporâneo, dois temas recorrentes, que têm sido objeto de intensos debates e embates, intervêm na governabilidade do SUS (VIANA; SILVA, 2012): a judicialização da saúde e o surgimento de novos formatos de gestão do SUS. Em relação ao primeiro, na década de 90, a partir das reivindicações de pessoas vivendo com AIDS, questões referentes ao direito à saúde fizeram com que surgisse crescente número de ações judiciais para obtenção, prioritariamente, de medicamentos. Trata-se de uma forma de demanda de usuários, via Ministério ou Defensoria Pública, que se denominou de judicialização da saúde.

Em relação ao segundo tema, diferentes figuras jurídicas ou arranjos de gestão do SUS, algumas presentes no período da ditadura militar na administração de hospitais universitários (SANTOS, 2013), têm surgido em novos formatos (SANTOS, 2013; SANTOS;

AMARANTE, 2010). São fundações estatais de direito privado, Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e Parceria Público Privada (PPP), todas criadas sob a alegação de maior autonomia administrativa, gerencial, financeira e orçamentária do Sistema. Os defensores do que está sendo considerado como privatização da gestão pública argumentam que o SUS apresenta uma estrutura muito rígida e burocrática.

No entanto, há outros desafios: a implantação do SUS, que é uma política pública universal, requer, para além da adoção de mecanismos de coordenação federativa, formas de cooperação e acordos que geralmente apresentam antagonismos e objeto de disputa política. Portanto, é preciso lembrar das palavras de Abrúcio e Franzese (2008) sobre o legado sócio-histórico do Estado brasileiro, que apontam a marca centralizadora, num país de dimensões continentais, com desigualdades sociais estruturais, cujas demandas de saúde surgem em um contexto nacional de redemocratização e internacionalmente desfavorável às políticas universalistas como é o Sistema Único de Saúde.

Cenário político-econômico e social

- Desenvolvimento econômico com inclusão social;
- Consolidação da democracia;
- Controle social exercido pelo Ministério Público, Defensoria Pública e mídia.

Cenário da Saúde

- Mais de 20 anos de formalização do SUS;
- Judicialização da saúde e novas formas de gestão no SUS;
- Mudanças na formação/educação dos profissionais de saúde;

- 2004: Portaria GM/MS n.º 198/2004 – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- 2004: Lançamento do Programa Humaniza SUS como proposta de outra relação entre trabalhadores da saúde e usuários;
- Fragmentação de repasses financeiros;
- Diminuição da autonomia dos municípios;
- Grandes investimentos para média e alta complexidade;
- 2006: Publicação das Diretrizes do Pacto pela Saúde abordando aspectos de responsabilidade de gestão;
- 2006: Portaria n.º 971, que institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS;
- 2006: ESF – reafirma-se o modelo de Atenção Básica como estratégia orientadora da organização do sistema de saúde;
- 2007: Pacto de Gestão;
- 2008: Criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- 2011: Campanha “Saúde não tem Preço” – Programa “Aqui tem Farmácia Popular”;
- 2011: Publicação no Diário Oficial do Cartão Nacional de Saúde, que possibilitará informar sobre a quantidade de atendimentos nas UBS, exames, cirurgias, bem como o histórico das doenças anteriores do cidadão;
- Decreto n.º 7.508/2011 – Regulamentação da Lei n.º 8080;
- 2011: Portaria n.º 2.488, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;
- 2012: Lei Complementar n.º 141/2012 – efetua a Regulamentação da EC n.º 29.

Considerações Finais

Em consonância com Paim (2003), podemos sintetizar a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil até o atual SUS da seguinte forma: no início dos anos 1900, o sistema caracterizou-se pelo sanitarismo campanhista; em 1923, houve a implantação da Previdência Social, tendo como marco a Lei Eloi Chaves, instaurando uma “separação da saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal (décadas de 1920 a 1950)”; nos anos 1960 e 1970, instala-se no país o modelo médico-assistencial privatista de inspiração estadunidense.

A década de 1980 caracterizou-se pelo discurso político-ideológico transformado em lei. Registram-se iniciativas de descentralização com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado de Saúde (SUDS). Em 1988, a Constituição garante a criação de um novo modelo, o Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, a saúde supletiva ampliava-se. Os anos 1990 podem ser vistos como os do período político-administrativo-legal do SUS. A década de 2000 refere-se aos tempos da conservação-mudança, representativas das ações da era Lula. Já na contemporaneidade, com o governo Dilma, as ações de saúde têm sido fortemente priorizadas.

Nelson Rodrigues dos Santos, sanitarista, em comunicação no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Porto Alegre, 14 – 18/11/2012), ao abordar “As encruzilhadas contemporâneas da Reforma Sanitária”, enfocou a tendência de entendimento do SUS pela sociedade, segundo duas possibilidades: uma perspectiva da saúde como direitos sociais de cidadania (direito do cidadão), e outra que vê a saúde como produto do mercado (direito do consumidor), sendo esta última preocupante para quem defende o SUS como política de Estado.

Gastão Wagner Campos, em entrevista à Radis (2011), chama a atenção para a necessidade de a sociedade brasileira recuperar seu

protagonismo histórico e intervir nas arenas que (re)definem os rumos do SUS. Ele formula a hipótese de que a sociedade está desistindo do SUS e recomenda que o SUS seja aprendido na escola. Isso faz pensar que o exercício da cidadania implica articular o conhecimento com a educação política. No entanto, a sociedade vive um período de muitas incertezas, resignificações, grande velocidade e despolitização; mudanças constantes em todos os planos da vida (BAUMAN, 2001).

Portanto, neste texto foi esboçado um panorama da trajetória das políticas de saúde no Brasil, procurando apresentar eventos históricos, políticos e sociais que impactaram/refletiram no SUS. Assim, entende-se que é mais adequado analisá-lo a partir das potencialidades, das oportunidades e das perspectivas como sistema em construção (PAIM, 2003); mesmo porque parece não haver consenso sobre dificuldades, desafios (NORONHA; MACHADO, 2008) e saídas (SANTOS, 2013) a serem enfrentados.

referências

- ABRÚCIO, F. L. Dinâmica federativa da educação brasileira: diagnóstico e propostas de aperfeiçoamento. In: OLIVEIRA, R. P.; SANTANA, W. (Orgs.). **Educação e federalismo no Brasil: Combater as desigualdades, garantir a diversidade**. Brasília: UNESCO, 2012. p. 39-70.
- ABRÚCIO, F. L.; FRANZESE, C. Relações intergovernamentais: a relação de reciprocidade entre federalismo e políticas públicas. In: FILIPPIM, E. S.; ROSSETTO, A. M. (Orgs.). **Políticas públicas, federalismo e redes de articulação para o desenvolvimento**. Joaçaba: Editora UNOESC, 2008. p. 61-80.
- ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 285-306.
- ASENSI, F. D. Judicialização ou Juridicialização? As instituições e suas estratégias na saúde. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010
- BAHIA, L. *A démarche* do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal. In: MATTA, G. C.; LIMA J. C. F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 123-185.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução, e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- CALAINHO, D. B.. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. **Tempo**, Niterói, v. 10, n.19, 2005, p. 61-75.
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JÚNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.27-59.
- EDLER, F. C. A medicina no Brasil imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. **Anuário de Estudos Americanos**, v. 60, n.1, 2003, p.139-156. Disponível em: <<http://estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/article/viewArticle/171>>. Acesso em: 27 out. 2012.
- SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 279-321.
- FARIA, L. **Saúde e política: a fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- FAUSTO, B. **História concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2011.
- FERLA, A. A. **Relatório de pesquisa: Incorporação da tecnologia de linhas de cuidado na Saúde Suplementar: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadorese selecionados (Edital MCT-CNPq/ANS n.º 25/2007)**. Disponível em: <<http://www.otics.org/otics/estante/textos/relatorios-de-pesquisa/linhas-de-cuidado-na-saude-suplementar/view>>. Acesso em: 12 nov. 2012.
- FURTADO, J. F. Barbeiros, cirurgiões e médicos nas Minas colonial. **Revista do Arquivo Público Mineiro**, 2005, p. 89-105. Disponível em: <http://www.siaapm.cultura.mg.gov.br/acervo/rapm_pdf/Barbeiros_cirurgioes_e_medicos_nas_Minas_colonial.PDF>. Acesso em: 19 jan. 2013.
- IBGE. **A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas**. 2009. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/condin.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2011.
- HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 73-93.
- LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. de. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. de (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 229-251.
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 27-58.
- LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS / LAPPIS: ABRASCO, 2007.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. de (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

NASCIMENTO, V. B. **SUS. Pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Hucitec, 2007.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D., MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. de (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 435-472.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUARYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 20, n. 6, 2006, p. 416-422.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, 2006, p.13-19.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural. Faculdade de Medicina**, 2001. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>. Acesso em: 11 ago. 2012.

RABELO, F.; MAIO, M. C.; HOCHMAN, G. O princípio do fim: o “torna-viagem”, a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tempos de cólera. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 47, p. 69-87, 2001.

RADIS. **Entrevista com Gastão Wagner de Souza Campos**. É preciso um novo pacto da sociedade pelo SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n.108, agosto, 2011.

SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs.). **Gestão Pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

SANTOS, N. R. dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, N. T. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910–1913). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 14, Suplemento 1, p.15-50, 2007.

SCHWEICKARDT, J. C. **Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In:HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L.; SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 77-100, 2010.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Desenvolvimento e institucionalidade da Política Social no Brasil. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. de. (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil: Continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.31-60.

Filmes

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional. **História das Políticas de Saúde**. Universidade Federal Fluminense/UFF/FEC. Niterói, 2006. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=cSwiljw8x8>. (Partes 1 a 7). Acesso em: set. 2012. (60 minutos).

Brasil. Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde: um século de luta pelo direito à saúde**. Vídeo saúde – Distribuidora FIOCRUZ. Produção Tapiri Cinematográfica Ltda. Direção Renato Tapajós. 2006. (60 minutos).



Capítulo V

A Atenção Básica e o cotidiano da gestão em saúde

Gestão da Atenção Básica

O presente texto se organiza a partir do pressuposto de que, mais do que oferecer formulações teóricas baseadas em modelos que se pretendem universais, é importante estimular a reflexão, a apropriação crítica e a formulação de modelos singulares, adequados à realidade de cada lugar. Nesse sentido, cabe ponderar que, perante a complexidade dos desafios colocados para a construção da atenção básica, não há que imaginar resoluções fáceis, muito menos únicas. Sendo assim, para cada realidade precisamos pensar em arranjos dinâmicos, múltiplos.

Essa primeira consideração implica na opção por trabalhar com casos complexos que apontam para dimensões complementares de gestão da atenção básica¹. Tais casos não são um relato ou descrição de uma situação específica, mas se originam de inúmeras vivências que pudemos captar em nossas variadas inserções como trabalhadores, gestores e docentes nas redes de atenção básica. Eles ajudam a traçar questões, apontar algumas ofertas possíveis de compreensão que podem ser aplicadas a certas realidades específicas, bem como deixam várias outras possibilidades de questões em aberto, com suas subsequentes soluções não apontadas aqui. Em outras palavras, tentam construir situações que podem muito bem ocorrer em distintos contextos e, mais do que fechar perante alguns conceitos, esperamos

¹ Atenção Básica ou Primária? No Brasil, há um debate em relação ao uso dos termos “atenção básica à saúde” e “atenção primária à saúde”. Não é interesse deste texto dar conta de todo este histórico debate. Entretanto, vale fazer alguns apontamentos. Em primeiro lugar, é importante salientar que, em sua mais recente revisão da Política Nacional, ocorrida em 2011, o Ministério da Saúde deliberou pela terminologia “atenção básica” – expressão que o CONASEMS, em suas publicações, também prioriza. Porém, o CONASS e a OPAS geralmente utilizam o termo “atenção primária” em seus documentos. Para fins de padronização, neste texto utilizaremos preferencialmente o termo “atenção básica”. Mais importante do que o termo que se usa é a maneira como se opera a construção da rede básica e efetivamente. Nos casos que serão apresentados neste texto, veremos a intencionalidade em desenvolver uma rede básica que se compromete com um amplo espectro de pautas, que vão da atenção à demanda espontânea, o acompanhamento de usuários com necessidades de uso prolongado, além de lidar com situações do campo da vigilância à saúde, sem deixar de lado a coprodução da participação social no SUS. Para uma melhor compreensão do debate sobre as implicações dos conceitos de atenção básica e atenção primária, vide referências ao final do capítulo, em especial o artigo de: Mello et al. (2009).

que elas ajudem a abrir novas possibilidades de apreensão do real e suscitem o desenvolvimento da capacidade de reflexão e elaboração de soluções singulares, adequadas aos contextos nos quais os problemas se expressam.

Para caminhar no sentido apontado acima, organizamos este texto da seguinte maneira: primeiro, relatos de três casos complexos (situações-problema) hipotéticos, abordando diferentes cenários que implicam a gestão da atenção básica. As situações abordadas abrem problematizações que não abandonam as questões levantadas nos demais casos. Isto é, os casos interagem entre si, pois aprofundam reflexões realizadas nos demais ou apontam para desafios postos a partir de outros pontos de estruturação da rede básica, levantando novas temáticas relevantes a partir destas perspectivas. Vamos, então, sistematizar alguns dos pontos já levantados e nos preparar para novas instigações nas páginas que se seguem.

Depois disso, realizamos uma breve discussão dos relatos; e, em terceiro lugar, trazemos algumas questões para a reflexão a partir dos casos, de modo a chamar a atenção e provocar reflexão em torno de questões-chave, além de colocar os textos em diálogo com as múltiplas realidades locais.

Caso 1: Unidade José Barbosa, no município de Chico Mendes

Personagens

Lia e Alfredo: Agentes de saúde.

Pedro: Trabalha na recepção e assumiu a responsabilidade de abrir a Unidade todas as manhãs.

Iran: Idoso de 69 anos, membro do Conselho de Saúde local.

Aleuda: Usuária do serviço, que trouxe o filho para a consulta médica.

A manhã começava e as pessoas já aguardavam a abertura da Unidade de

Caso 1: Unidade José Barbosa, no município de Chico Mendes *(continuação)*

Saúde José Barbosa. Quando seu Pedro abriu a Unidade, as pessoas se aglomeraram na pequena sala de espera. Alguns sentados, outros em pé, todos esperavam a distribuição de fichas pela recepção. Da pequena sala, olhavam insistentemente para as portas dos consultórios, aguardando sua vez de conseguir entrar. Mas seu Pedro não tinha boas notícias.

PEDRO - Gente! Deixa eu explicar logo o que aconteceu! Vamos precisar ter calma e remarcar todo mundo, pois o transporte que estava trazendo a equipe lá da Lagoa Funda quebrou na estrada e acho que ele não vem hoje!

Foi a senha pra exaltação dos ânimos... Há mulheres com crianças nos braços, idosos sendo acompanhados por parentes, gestantes que vieram para o pré-natal, adolescentes que tinham consulta com dentista.

ALEUDA - Para você é fácil pedir calma, mas eu estou esperando há 15 dias por esta consulta pro meu filho, e agora vocês vêm dizendo que tem que remarcar! Quando eu vim marcar, só queria mostrar o exame de fezes dele, mas já faz uma semana que ele tá só tossindo e começou a botar verme no cocô.

LIA - Tá bom, Dona Aleuda, vamos conversar com a senhora daqui a pouco. O que a gente precisa agora é ver quem não pode esperar mais alguns dias pela remarcação, para resolver agora. Mas os demais teremos que deixar para outro dia. Aconteceu um imprevisto, todo mundo que tá aqui terá que ter paciência pra resolver.

IRAN - Jesus! Eles quebraram o carro na Estrada da Lagoa Funda? Então vai demorar... Será que vai dar pra fazer o mutirão de hoje à tarde?

ALEUDA - Que mutirão?

LIA - Vou aproveitar para falar mais alto para todos saberem do que é. Aconteceu de ontem a vigilância do município descobrir duas crianças com suspeita de sarampo na maior escola do bairro e, por causa disso, temos que fazer vacinação em todas as crianças que estão em risco. Como a quantidade de crianças que precisam ser entrevistadas e vacinadas é grande, a Secretaria vai fazer um mutirão hoje à tarde e mandou todos do posto irem para lá.

Caso 1: Unidade José Barbosa, no município de Chico Mendes *(conclusão)*

ALFREDO - E ainda temos que marcar uma palestra para os pais e responsáveis pelas crianças para reforçar as medidas de prevenção, para eles saberem dos riscos do sarampo e ficarem atentos em relação a mudanças na saúde das crianças que podem ser sinal da doença.

IRAN - Então o negócio é grave mesmo. Olha, minha consulta não é nada urgente, já me coloco para remarcar e, como presidente do conselho local, vou chamar uma reunião extraordinária para a gente entender melhor o problema e ver o que pode fazer. Dá para a equipe apresentar um relatório na quinta-feira à tarde, na reunião do conselho?

LIA - Com certeza, Seu Iran. (Agora, dirigindo-se para os demais) E vocês, gente, precisamos escutar vocês para saber o motivo da vinda e ver quem pode remarcar. Quem não puder, a gente vai pedir pra outra Unidade ou então pra ir pra UPA. O senhor vai anotando, Seu Pedro?

PEDRO - Ok.

Os usuários então começam a explicar:

- Eu vim porque preciso de atestado para renovar meu afastamento no INSS!

- Eu vim pra fazer exames de sangue, fezes e urina, que já faz 6 meses que eu não fiz e gosto de ficar com eles em dia!

- Eu só vim pesar meu filho pro Bolsa Família!

- Eu tô desde ontem à noite com dor de cabeça e acho que é a pressão, porque meu remédio acabou faz 3 dias e eu tinha retorno marcado pra hoje, deixei para só pegar os remédios quando viesse!

- Eu vim renovar a receita azul de minha mãe, que ela só dorme com o remedinho dela!

E seguem novas explicações. Enquanto Pedro vai orientando e remarcando, os agentes de saúde vão preparando os materiais que utilizarão no mutirão contra o sarampo na escola. À medida que cada pessoa vai dando a sua explicação do porquê foi para a unidade, eles vão se acalmando...

Dando sentidos ao Caso 1

Tal qual na situação relatada no Caso 1, a maioria dos serviços da rede básica precisa lidar com situações de elevada complexidade, muitas delas com ocorrência simultânea. Como lidar com problemas tão distintos? Como prover o cuidado adequado de centenas de pessoas com hipertensão arterial e também garantir o acompanhamento das condicionalidades de programas como o Bolsa Família? Que trabalhadores e recursos são necessários para atender às principais necessidades da população e também realizar atividades de educação em saúde em parceria com as escolas e demais instituições? Como lidar com as demandas de saúde mental de populações, muitas vezes submetidas a situações econômicas e sociais desfavoráveis, sem com isso ampliar o processo de medicalização da vida que vem crescendo em nossa sociedade?

Desafios como esses exigem uma imensa capacidade de gestão por parte de trabalhadores e gestores de distintas esferas, a começar pelo desenvolvimento de uma qualificada gestão do cuidado. Essa concepção, embora tenha se popularizado mais recentemente, ainda aparenta um pouco estranha mesmo para pessoas mais experientes, pois por muito tempo o mundo da gestão e a produção do cuidado se apresentaram como dimensões que se excluíam mutuamente. Isto é, fazer gestão era uma coisa; cuidar das pessoas, outra coisa.

Cada vez mais, entretanto, tem-se fortalecido a ideia de que o mundo da gestão está atravessado por problemáticas do campo do cuidado e, por outro lado, para realizar um cuidado de qualidade, é fundamental desenvolver ferramentas que permitam uma adequada gestão da sua produção. Inicialmente, esse parece um debate abstrato, mas toma concretude quando nos remetemos a exemplos do cotidiano.

Uma situação que nos ajuda a colocar isso em evidência se refere à impossibilidade de desenvolver um acompanhamento de todas as pessoas que exigem atendimento sistemático por parte de uma

equipe de saúde da família, caso ela se organize apenas a partir da memória dos trabalhadores ou dos usuários. Isto é, se a organização do cuidado não se beneficiar de estratégias de acompanhamento mais qualificadas, será impossível que a equipe consiga acompanhar adequadamente os usuários de uma população cujos problemas crônicos e/ou situações agudas requeiram acompanhamento sistemático.

Outro exemplo que revela o caráter multifacetado dessa questão diz respeito a uma situação relativamente recorrente: o compromisso dos gestores apenas com a realização quantitativa de procedimentos, sem que o cuidado a ser efetivamente produzido entre na agenda. A gestão do cuidado opera, assim, em diversas dimensões, que vão do âmbito mais próximo à vida das pessoas e suas famílias (em que elas têm muito mais autonomia para andar na vida) até os níveis de gestão mais sistêmica na saúde – passando pelos aspectos referentes à atuação dos profissionais de saúde que entram em relação direta com os usuários nos serviços.

Não é fácil, entretanto, encontrar trabalhadores, como cuidadores nos serviços e gestores nas diversas instâncias, com capacidade de desenvolver tal amplitude em suas habilidades relacionais e conhecimentos técnicos para atuar na saúde. É muito variável a relação de insumos necessários para lidar com o primeiro acolhimento às situações de urgência quando há características locais, como a maior ou menor facilidade de deslocamento da população, que podem fazer com que o critério de urgência seja diferente entre os serviços. Uma unidade no centro de uma grande cidade, que tem um conjunto de outros serviços públicos de saúde que podem ser acessados, não pode ter o mesmo critério para estratificar risco que uma equipe que atende a populações ribeirinhas da Amazônia, que estão geográfica-

mente isoladas e com dificuldade de deslocamento².

A situação do início deste texto tem como pano de fundo a realização do acolhimento à demanda da população em uma Unidade Básica de Saúde. O momento em que as pessoas acessam os serviços de saúde é um elemento fundamental a ser trabalhado para se construir o cuidado de forma dialogada, isto porque é nesse momento que os serviços definem como as suas ofertas serão acessadas pela população. O acolhimento da demanda é a condição necessária para se estabelecer todo o processo de cuidado a ser realizado com o usuário.

Um serviço que atende aos usuários apenas considerando grupos de risco ou programas verticais que delimitam grupos burocraticamente, baseando-se em critérios epidemiológicos e administrativos, não permite que diversas necessidades de saúde possam ser expressas pelos usuários. Da mesma forma, serviços de atenção básica que não acolhem os usuários acompanhados em momentos de agudização de um quadro clínico, ou que não atendem à demanda espontânea de sua população de referência, perdem muito em legitimidade. Além disso, continuam reforçando a compreensão de que “se o indivíduo estiver doente, deve ir ao hospital ou pronto-atendimento, pois para a unidade básica só se vai quando está com saúde”. Deve-se romper com a concepção de que a ação programada e o atendimento à demanda espontânea são antagônicos, e que se abrir à escuta das necessidades definidas pelos usuários implica em transformar a Unidade Básica em um pronto-atendimento e perder seu caráter de promoção e prevenção (CAMPOS et al., 1994; FRANCO et al., 1999).

² Um bom exercício de sistematização de diferentes modos de se realizar o acolhimento pode ser encontrado no Capítulo 3.2 do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 28 – Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2011), em que são apresentadas algumas possíveis modelagens de acolhimento. A partir das modelagens apresentadas no Caderno do Ministério, pode-se analisar o modo como as equipes locais realizam o acolhimento à demanda da população em situações como a descrita no início deste texto.

Além de fortalecer o atendimento dos sujeitos em sua integralidade, o acolhimento permite organizar as ofertas existentes nos serviços, não de acordo com a ordem de chegada, mas com as necessidades de saúde dos usuários. A realização de uma escuta qualificada permite identificar os usuários que apresentem maior ou menor prioridade no atendimento, construindo, assim, a equidade no cotidiano do serviço de atenção básica (FRANCO et al., 1999).

A implantação do acolhimento, entretanto, não se dá de forma normativa, nem apenas a partir da vontade do gestor municipal. Precisa ser um processo amplo de reestruturação do modo de produzir saúde, de relacionar trabalhadores e gestores, bem como de trabalhar com o controle social. Em diversas experiências, o acolhimento dinamizou os processos de cuidado em saúde, permitindo reordenamentos importantes no processo de trabalho dos serviços de saúde. Contudo, em todas elas, foi necessário superar várias dificuldades para garantir sua implementação.

Com relação aos diferentes modos de organizar a participação dos trabalhadores no acolhimento, modelagens adequadas não devem ser estabelecidas rigidamente. Não há um único modo de fazê-lo, tornando-se fundamental o espírito de experimentação e constante avaliação das suas potencialidades e limitações diante da demanda real de cada serviço e das características dos profissionais que o compõem (BRASIL, 2011).

Caso 2: Gestão da Atenção Básica e Apoio Institucional

Personagens

Lia: Agente de saúde.

Roberto: Médico, desde que começou a trabalhar é visto por todos como tendo o perfil para fazer saúde da família. Persiste a dúvida em que especialidade deverá seguir.

Inalda: Enfermeira, que está bastante feliz por ter passado no concurso e ter ingressado na carreira municipal.

Péricles: Odontólogo da Unidade.

Paulo: Apoiador institucional da Secretaria Municipal de Saúde.

Paulo acordou naquele dia pensando na reunião que teria com os trabalhadores da Unidade José Barbosa. Há pouco tempo havia sido convidado para ser um dos apoiadores institucionais da Secretaria de Saúde junto às Unidades Básicas. Sempre atuara como enfermeiro de Unidade de Saúde e agora enfrentava uma experiência na gestão. Sua justificativa, ao se despedir da equipe, foi que uma das coisas que precisávamos integrar era o trabalhador da gestão com o trabalhador da assistência, e ele poderia ajudar nisso.

Ao chegar à Unidade, sentiu um pouco de receio. Conhecia a complexidade de se atuar na atenção básica e também sabia que nem sempre era fácil o diálogo da gestão com os trabalhadores. Ele mesmo, em alguns momentos, considerou que não estivessem do mesmo lado. Agora estava convencido de que não havia dois lados, que só o diálogo franco e aberto poderia diminuir as fronteiras e fazer todos perceberem que todo mundo exerce algum tipo de gestão: o desafio é encontrar um caminho comum para trilhar.

PAULO - Bom dia, pessoal!

Caso 2: Gestão da Atenção Básica e Apoio Institucional *(continuação)*

TODOS - Bom dia, Paulo!

PAULO - E aí? Como anda o trabalho?

ROBERTO - Na dificuldade de sempre... No começo desta semana tivemos que remarcar os atendimentos porque o carro que trazia a gente do povoado da Lagoa Azul quebrou e não conseguimos chegar a tempo.

LIA - Ainda bem que conseguimos contornar a situação, mas não foi fácil, Paulo. A gente remarcou todo mundo, mas me chamou a atenção o quanto o pessoal tá demorando pra conseguir uma consulta de vista e alguns exames do coração...

INALDA - Paulo, você já trabalhou na atenção básica e agora é nosso supervisor... por que esses exames demoram tanto? Precisamos dessa retaguarda!

PAULO - Inalda, minha ideia aqui, usando a experiência que tive em outra Unidade, não é fazer uma supervisão. Vou tentar construir junto com vocês as alternativas para atenção básica do município, trocando informações, se apoiando. A secretaria chama de apoio institucional, em que dialogamos nosso processo de trabalho, nossos problemas e prioridades. E concordo com você quanto aos exames e consulta de especialistas, a atenção secundária. Sabemos que uma atenção básica de qualidade pode resolver muitos problemas, mas é preciso ter a retaguarda da atenção secundária. O Ministério reconhece e o município tenta reforçar que a porta de entrada preferencial no sistema é a atenção básica e isso ajuda a organizar a rede de assistência...

LIA - Mas, então, por que demora tanto? – insistiu.

PAULO - Temos que investigar melhor os motivos, mas duas coisas são fato: o número de pedidos de exames superou o que tínhamos planejado e temos poucos especialistas aqui na nossa região, como oftalmologistas, por exemplo.

Caso 2: Gestão da Atenção Básica e Apoio Institucional *(continuação)*

ROBERTO - Isso é um problema sério. Eu cheguei aqui há pouco tempo, mas já percebi que há uma cultura de fazer muitos exames e tomar muitos remédios. Quando a gente não prescreve, o usuário fica chateado. Mas estamos trabalhando isso, inclusive conversando com o conselho local. Há protocolos clínicos que me ajudam a decidir quando um exame ou a medicação é desnecessária.

PAULO - Isso ajuda bastante, Roberto. Mas nós estamos refazendo nosso planejamento. Planejar com saúde não é fácil... As necessidades vão mudando, acontecem coisas que você não espera e ainda tem os períodos de espera pra comprar, pra os insumos chegarem...

ROBERTO - Mas aqui também não é muito diferente! Cada usuário é uma história, cada um necessita de um projeto terapêutico. Também acontece o que você não espera e nem sempre os recursos estão disponíveis... Veja o caso da família de D. Ana! Não sei como aquela mulher aguenta! Já não basta o marido Juvenal beber tanto, descobriu que o filho mais novo tá com febre amarela...

INALDA - É mesmo! Ainda bem que usamos toda uma tarde de reunião pra discutir o caso daquela família. Eles já estão bem melhores. Mas não me conformo com o Juvenal ter voltado a beber... ele já tinha passado mais de 3 meses sem a marvada!

ROBERTO - E eu tive que estudar muito sobre como tratar febre amarela... Lá onde me formei, a gente nunca tinha atendido um caso... Ainda bem que teve aquele infectologista que veio falar pra gente sobre como diagnosticar e tratar a doença.

PAULO - Quanto mais vocês falam, mais eu sinto saudade da minha Unidade. Mas quando vejo que a gente tá caminhando junto, fico feliz de também estar produzindo cuidado na gestão. Veja, antigamente não tinha esse espaço de conversa e muitos olhavam de cara feia pra equipe parar o atendimento e fazer reunião. Mas vejam o quanto nós aprendemos com a discussão de um caso! E foi ouvindo várias equipes que percebemos a ne-

Caso 2: Gestão da Atenção Básica e Apoio Institucional (conclusão)

cessidade de uma capacitação em febre amarela! Manter esse aprendizado em equipe é fundamental...

INALDA - É, mas tem uma coisa que tá me preocupando muito! Finalmente conseguimos montar a equipe, Roberto se encaixou como uma luva... Mas eu sei que o Município de Rio Largo tá fazendo concurso, inclusive com um salário muito bom. E então, Roberto? Você se inscreveu?

ROBERTO - Olha, Inalda, você sabe que quero é ficar aqui. Gosto da equipe, gosto do trabalho e sinto que a gestão está mais próxima. Mas também quero mais segurança. Eu queria desenvolver um trabalho sem me preocupar se vou ter que sair se a gestão mudar ou por qualquer outro motivo...

PÉRICLES - E essa não é uma questão só do Roberto. O provimento e fixação de profissionais, principalmente médicos, é um problema do país inteiro.

O clima da reunião fica pesado. Agora que o trabalho da equipe estava se desenvolvendo tão bem, havia a possibilidade de a equipe novamente ficar incompleta.

PAULO - Pessoal, vamos combinar o seguinte? Vamos fazer um levantamento, tipo uma série histórica do quanto de exames e encaminhamentos para especialistas foram solicitados no último ano, pra ver se a gente consegue melhorar o planejamento para diminuir o tempo de espera. E vou levar essa questão do Roberto pra secretaria e buscar alternativas. Como o Péricles disse, é um problema no país inteiro e creio que uma solução só vai ser possível se houver um debate na região toda. Tudo bem?

Todos concordam, mas continuam pensando: o que fazer?

Dando sentidos ao Caso 2 - Dialogando com as questões levantadas pelo caso

Novamente, observamos que os problemas enfrentados pela equipe da Unidade de Saúde José Barbosa são semelhantes aos de muitas outras unidades do país. Vários estudos apontam para o alto poder resolutivo de uma Unidade de Saúde estruturada, com profissionais bem remunerados, com aporte de educação permanente e com boas condições de executar seu trabalho. Tal constatação se torna, então, uma imagem-objetivo, um lugar onde se quer chegar. No entanto, é importante ter a consciência de que entre a total falta de condição de trabalho e uma estrutura perfeita para a atuação existe uma gama de ações que profissionais de saúde podem realizar para efetivar o cuidado. Há um eterno caminhar na busca de reconhecer determinados limites e tensioná-los para a sua superação.

Retomemos, então, a situação de Paulo. No caso em questão, ele recentemente passou do dia-a-dia do trabalho em uma Unidade de Saúde para atuar como apoiador institucional da atenção básica. Percebemos nele um papel de mediador, que busca favorecer espaços de diálogos da própria equipe, sem deixar de colocar-se como ator no processo. Mas o que seria a função de apoio institucional?

No âmbito do referencial da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008), o apoio institucional é visto como uma forma de superação da maneira tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em Saúde (OLIVEIRA, 2011). No que estamos chamando de maneira tradicional, há uma total separação entre a gestão e a assistência: a primeira sente-se responsável pelo planejamento e coordenação e espera que a assistência seja cega seguidora do planejado, necessitando de monitoramento através de supervisão e indicadores (definidos em “espaço de gestão”) para não se desviar do prescrito.

O trabalho em saúde que acontece no mundo real teima em fugir de capturas. É um trabalho vivo, que ocorre, sobretudo, em ato,

em que o momento da produção de atos de saúde se dá no momento do encontro com o usuário. Os conceitos, saberes e outros recursos tecnológicos são como ferramentas que o trabalhador de saúde opera visando à produção do cuidado aos usuários (MERHY, 2002). Esse mundo da produção do cuidado, no trabalho em saúde, vai se modificando de uma forma muito dinâmica quando uma equipe ou um município se encontram. Cada projeto terapêutico e cada ação de planejamento devem ser singularizados de acordo com a realidade. Devem, também, deixar-se modificar pela relação com as questões do cotidiano sem desperdiçar a experiência dos atores implicados e a produção de conhecimento que se dá a partir daí. Desse modo, o reconhecimento da singularidade de cada atendimento ou situação não deve excluir a possibilidade de generalizações que possam oferecer previsibilidade ao trabalho cotidiano.

Um dos desafios mais relevantes postos para os trabalhadores da rede básica é tentar instituir novos modos de se relacionar, de forma a aproveitar as distintas formações dos trabalhadores existentes e potencializar suas capacidades de intervir sobre as situações complexas com que se deparam. Isso se apresenta na situação do início do texto, no momento em que profissionais com distintas formações entram em relação na realização do acolhimento. Entretanto, acolher a demanda não é a única necessidade de atuação envolvendo profissionais diversos, não sendo fácil desenvolver estratégias de atuação qualificada dos distintos trabalhadores.

Para tentar compreender o modo como os diferentes profissionais precisam se articular no desenvolvimento de seu trabalho, CAMPOS (2000; 2003) propõe que eles pactuem constantemente as ações que são específicas de cada profissional, as quais estariam constituindo o seu núcleo de competências, e que compartilhem as ações que deveriam ser comuns a todos – que, por sua vez, estariam dentro do campo de competências de todos os profissionais da saúde. A negociação das atribuições que estão constituindo o núcleo de

cada profissional e o campo de atribuições comuns é fundamental, pois elas não são estanques, variando de acordo com a constituição de cada equipe, dos problemas com os quais estão tentando lidar e mesmo de acordo com a singularidade de cada usuário. Esse trabalho em equipe multiprofissional precisa ser orientado segundo uma perspectiva entre-disciplinar, a partir da qual os saberes não apenas se agregam, mas se relacionam, delimitando os espaços e desafios para os quais eles reconhecem suas insuficiências e se lançam ao desafio de produzir o novo (CARVALHO; CECCIM, 2006).

As equipes de saúde, para conseguirem ampliar sua clínica e construir respostas mais complexas aos projetos terapêuticos elaborados para seus usuários, deveriam se articular com equipes de especialistas que realizariam seu apoio matricial (CAMPOS, 1999). Esses profissionais que realizariam o apoio matricial fariam parte dos serviços que se articulam na construção das linhas de cuidado (CECCIM; FERLA, 2008) e colocariam seu saber e saber-fazer à disposição das necessidades de apoio identificadas pelas equipes a que apoiariam. O apoio matricial às equipes de saúde da família deve ser visto como uma estratégia importante de educação permanente. Nesse processo, os trabalhadores realizam ações de atendimento conjunto, discutem situações específicas identificadas pela equipe de atenção básica, apoiam o desenvolvimento de ações coletivas, entre outras. Além de se coresponsabilizarem pelo cuidado prestado aos usuários, as equipes, trabalhando na perspectiva do apoio matricial, permitem que se desenvolva uma progressiva ampliação da clínica realizada pelas equipes de referência e sua capacidade de lidar com a subjetividade, evitando encaminhamentos desnecessários e ajudando a regular o fluxo dos usuários na rede de serviços (FIGUEIREDO, 2006). O momento de apoio matricial permite a constituição de espaços de tensionamento produtivos diante de situações que exigem a atuação dialogada entre as equipes.

Diante da especificidade da atuação dos agentes comunitários

de saúde (ACS) nas equipes de saúde da família, vale uma observação específica sobre esses trabalhadores. O fato de serem, ao mesmo tempo, membros da comunidade e da organização sanitária torna esses trabalhadores capazes de interferir na construção das redes microsociais de modo singular, constituindo novos processos de produção de subjetividade (LANCETTI, 2006). A atuação desse profissional é, entretanto, muitas vezes idealizada, sendo necessário construir consistentes estratégias de formação e educação permanente, entre outras, para que os ACS possam desenvolver essa potencialidade. Caso contrário, sua atuação pode aumentar a medicalização e o controle, reduzindo a autonomia das pessoas nos seus modos de andar a vida (FRANCO; MERHY, 2003).

Esse arcabouço nos permite caminhar no sentido da aproximação e a integração entre o mundo da assistência e o mundo da gestão. Ambos os mundos objetivam a produção do cuidado integral aos seus usuários e necessitam do espaço relacional para a construção de planos que melhorem as condições de assistência ao usuário. O apoiador pode ser considerado um elo dessa integração. Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de 1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover a ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (OLIVEIRA, 2011).

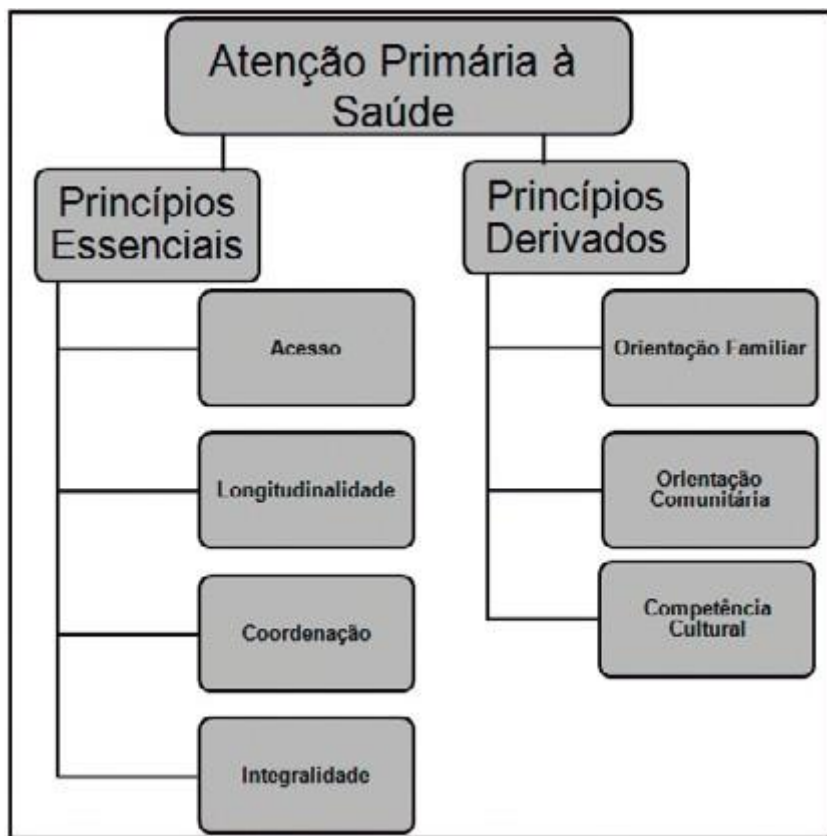
Ao invés de cooptar os trabalhadores da assistência, o papel dos apoiadores é fomentar a produção de autonomia dos coletivos organizados para a produção do cuidado, aportando ferramentas que auxiliem a reflexão sobre os modos de fazer. Ao ativar os espaços

coletivos, o apoiador também participa desses espaços, auxilia reflexões na complexificação do olhar para a realidade, na melhoria de diagnósticos para a ação, na construção de alternativas, e na busca de favorecer a democracia institucional, a grupalidade e o aumento da capacidade crítica dos coletivos. Nesse sentido, o apoiador aproxima e dialoga sobre as necessidades dos trabalhadores de saúde da assistência e da gestão, mobilizando e articulando os recursos de ambos os lugares para qualificar a produção do cuidado. Por exemplo, uma das ações do apoio institucional seria auxiliar a equipe de saúde a conseguir um momento da agenda para realizar o planejamento da Unidade. Seria também participar desse planejamento contribuindo com a construção do diagnóstico, trazendo olhares de outros lugares (da gestão, de outra unidade, de outros espaços da rede...) para o cenário e contribuindo com as ações propostas, auxiliando a articulação de diferentes recursos.

Um segundo elemento forte que aparece em nosso caso diz respeito à relação da atenção básica com os demais pontos da rede de atenção. Ao se deparar com casos que superam sua capacidade de resposta, a equipe sente necessidade de encaminhar certos usuários, de modo responsável, para outra Unidade da Rede de Atenção à Saúde que possa dar sequência ao cuidado, garantindo que o usuário tenha acesso a toda tecnologia disponível para recuperar sua saúde e autonomia.

Garantir o primeiro acesso ao usuário, portador de uma necessidade de saúde, está entre os princípios essenciais da atenção básica. Ao realizar o acompanhamento às famílias, a Unidade Básica tem a grande oportunidade de produzir o vínculo, a possibilidade de realizar desde o pré-natal dos futuros netos, ao cuidado integral do avô. Acompanha os usuários no tempo, produz o cuidado de forma longitudinal e reconhece os pontos da rede que pode acessar em caso de necessidade. A isto chamamos coordenação do cuidado, sendo um dos principais papéis da atenção básica na rede de atenção à saúde,

ainda que não exclusivo, visto que determinados casos podem requerer a coordenação por outra unidade de atenção. A maioria das situações que requer cuidado e circulação na rede de saúde pode e deve ser coordenada pela Atenção Básica. Mas o que chamamos de coordenação do cuidado?



Reprodução adaptada de Starfield (1992).

Por exemplo, quando a gestante se aproxima do momento de dar à luz, o princípio da coordenação dos cuidados nos impulsiona

a conhecer a maternidade para onde se deve referenciar. Quando há a necessidade de cuidados de especialistas para qualquer membro da família, é necessário que profissionais da unidade reconheçam o melhor ponto da rede para onde encaminhar o usuário. Assim, como nenhum profissional possui em sua caixa de ferramentas (MERHY, 2002) todas as capacidades necessárias para a produção do cuidado referenciado na integralidade³, será sempre preciso uma equipe de saúde, uma rede de atenção, diversos saberes se completando para ampliar e qualificar seu projeto terapêutico – os quais, inclusive, não necessariamente se encontram dados nos equipamentos do sistema de saúde. Isto é, se faz necessário conectarem as ofertas terapêuticas do sistema com a produção de saúde que se dá em outros âmbitos da vida do usuário, como, por exemplo, em suas redes sociais (família, vizinhos, amigos, etc.). Desse modo, reforça-se a necessidade de que um equipamento de saúde se articule com as redes de atenção em busca de garantir a integralidade do cuidado⁴.

A perspectiva sob a qual trabalhamos, nesse caso, busca reforçar a democracia institucional, a produção coletiva de entendimentos, desde a análise da realidade na qual se está inserido, passando pela busca de soluções e de teorias que ajudem a explicar e a modificar uma determinada realidade. Insistimos no caráter dialogal porque acreditamos que projetos prontos, sem a participação ampla dos sujeitos que vão realizar as atividades fins, têm menos chance de se efetivar. Uma amostra disso é a própria Estratégia Saúde da Família, que tem seu arcabouço bem definido na Política Nacional

³ Para entender o conceito de integralidade com o qual trabalhamos, sugere-se conferir Mattos (2006).

⁴ Os princípios da Atenção Básica são reforçados pelo Decreto 7.508 de 28/06/2011 do Governo Federal, em seus artigos 11º e 12º:

Art. 11º. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12º. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

de Atenção Básica, porém acontece das mais diferentes formas nos quatro cantos do país.

É preciso agenciar desejos em prol da qualificação do cuidado. Muitas são as resistências do instituído, os discursos de que “isso é o máximo que se pode fazer” ou que “sempre foi assim e nunca vai mudar”. Mas o desejo tem a força propulsora das mudanças. Abrir canais de diálogos para a realização de processos de planejamento, apoio institucional e educação permanente são condições importantes para o caminhar da gestão em atenção básica ou em qualquer outro ponto da rede de atenção. Espaços coletivos de conversa, colegiados de gestão, trazem a sensação de pertencimento, auxiliam na construção da grupalidade, de objetivos comuns, de transparência.

No momento em que os usuários começaram a falar de suas necessidades de saúde, observamos que, para boa parte das demandas, as equipes da rede básica precisam associar suas ofertas às disponíveis em um conjunto de outros serviços de saúde. Os sistemas de saúde se organizam por meio da articulação de diferentes serviços que operam com trabalhadores de saúde produzindo diversas modalidades de cuidado: unidades básicas; hospitais gerais e hospitais de ofertas específicas, com ou sem pronto-atendimento; serviços ambulatoriais especializados; serviços pré-hospitalares de urgência; serviços de atenção domiciliar; etc. Como as necessidades de saúde variam para cada pessoa e se modificam ao longo da vida, torna-se essencial desenvolver uma articulação em rede do conjunto dos serviços (CECÍLIO, 2001).

Em diversos municípios, uma dificuldade em relação à articulação da atenção básica com os demais serviços se encontra no fato de parte da oferta da atenção especializada estar no setor privado, que atua de forma complementar ao público na prestação de serviços no SUS. Em tais serviços, há menor governabilidade dos gestores, e a força desses setores levou, ao longo do tempo, ao desenvolvimento de uma política de regulação privatista. Superar tais dificuldades

exigirá a elaboração de uma política de regulação articulada à política de atenção, sendo que ambas devem estar baseadas na construção de linhas de cuidado (SCHILLING et al., 2006).

Desse modo, construir a integralidade da atenção exige a articulação de serviços com ofertas diversas que se integrem em redes de cuidado progressivo, permitindo a construção de linhas de cuidado. Essas linhas de cuidado, ao mesmo tempo em que devem estruturar ofertas para responder às necessidades de saúde do conjunto dos usuários, devem permitir aos profissionais executarem projetos terapêuticos que articulem os nós capazes de singularizar os trajetos que os usuários deverão desenvolver na trama constituída pelos serviços de que ele necessita (CECCIM; FERLA, 2008).

Ao mesmo tempo em que esse processo exige uma ampla qualificação da atenção básica (CECCIM; FERLA, 2008), que se propõe como coordenadora do cuidado em rede realizado em diversas situações, a integralidade do cuidado deve ser buscada em qualquer serviço da rede, não sendo atributo exclusivo ou privilégio de qualquer tipo de serviço. É relevante, assim, considerar que precisamos romper com a compreensão de que a atenção básica representa a porta de entrada do sistema (FEUERWERKER, 2005). Não devemos ter porta de entrada única em um sistema que se estrutura para garantir a integralidade e a equidade. Cada local onde as pessoas são atendidas deve ser visto como uma porta de entrada em potencial do sistema, onde podem ser identificadas necessidades que exigem acompanhamento ao longo do tempo (CECÍLIO, 1997). Na verdade, cada um de nós, profissionais de saúde, independentemente do serviço em que trabalhemos, deveria se ver enquanto uma porta de entrada do sistema (MATTOS, 2007).

Esses serviços que se ordenam na constituição das linhas de cuidado exigem uma lógica de gestão que seja otimizadora dos recursos financeiros e terapêuticos finitos disponíveis e, ao mesmo tempo, flexível o suficiente para garantir a construção singular dos

projetos terapêuticos dos usuários (CECCIM; FERLA, 2006). Sendo assim, as diretrizes de regionalização da rede e hierarquização dos serviços somente fazem sentido se elas não forem estruturadas de forma rígida com desnecessária burocratização do acesso, pois elas precisam ser instituídas para potencializar a resolubilidade do sistema às necessidades de saúde dos usuários, e não para dificultá-la (MATTOS, 2007). A linha de cuidado permite a construção dialogada do cuidado de forma sistêmica.

Outro ponto levantado na situação problema é a questão da fixação e provimento de profissionais. Aprofundamos a discussão sobre esse aspecto no próximo caso.

Caso 3: A Articulação Regional e a Gestão da Atenção Básica

Personagens

Rita: Coordenadora da atenção básica do município Chico Mendes.

José Carlos: Coordenador da atenção básica do município Caiapó.

Maria do Carmo: Coordenadora da atenção básica do município Piripora.

Rosângela: Técnica da coordenação de atenção básica do município Tereza D' oeste.

Expedito: Técnico da coordenação da atenção básica da Secretaria Estadual de Saúde.

Rodrigo: Técnico do COSEMS.

João: Apoiador institucional do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Caso 3: A Articulação Regional e a Gestão da Atenção Básica (continuação)

Alguns personagens anônimos, gestores de municípios da região.

Após muito tempo de conflito tácito entre municípios, o secretário do município Chico Mendes resolveu procurar o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e solicitar ajuda para resolver a situação. Devido à dificuldade de provimento e fixação de profissionais, estava havendo grande rotatividade: os profissionais mudando de um município para outro, às vezes por oferta salarial, outras vezes por facilidades como a flexibilização de horários, disponibilidade de transporte para a cidade, entre outros motivos. Os técnicos do COSEMS orientaram que o mais adequado seria levar a discussão à Comissão Intergestores Regional (CIR). No mês seguinte, o assunto entra em pauta na reunião.

Expedito abre a reunião contextualizando o ponto de pauta e passa a palavra para Rita, do município Chico Mendes, de onde partiu a demanda.

RITA – Vejam só, pessoal, solicitei que tratássemos desse tema porque não dá pra continuar assim... nós, do município Chico Mendes, fazemos o maior esforço para captar profissionais, fazemos treinamento pra eles aprenderem a trabalhar com a nossa realidade, etc. E daqui a pouco vem o município A ou B e oferece um salário um pouco maior do que pagamos, aí voltamos pra estaca zero. Por que vocês não fazem como a gente e tentam captar esses profissionais em outros lugares e não nos municípios vizinhos?

MARIA DO CARMO – O nosso município nunca roubou profissional de ninguém!

JOSÉ CARLOS – Nem nós, não temos culpa se os profissionais ficam insatisfeitos... É melhor ele vir pro nosso município do que ir embora da região de uma vez por todas!

RITA – Isso é roubar, sim, acho muito difícil um profissional sair do meu município por estar insatisfeito...

Caso 3: A Articulação Regional e a Gestão da Atenção Básica *(continuação)*

ROSÂNGELA – Pessoal, mas isso é um problema de todo mundo... Nenhum de nós tem efetivamente a quantidade de profissionais que necessita, tampouco com a qualificação que precisamos.

EXPEDITO – Vocês lembram que fizemos um levantamento há dois anos a respeito dos profissionais que temos em unidades de saúde da família e de atenção básica tradicional? – os demais acenam que sim com a cabeça – Então, os dados daquela época apontam que a maior parte dos vínculos dos nossos profissionais é precária... Apesar do valor dos salários que pagamos ser bem maior que a média salarial no país, o fato de estarmos numa região isolada e de difícil acesso também dificulta atrair profissionais pra trabalhar aqui. Somados, esses dois fatores tornam esse problema praticamente incontornável...

JOÃO – Rita, você falou que o município de vocês realiza treinamento com os profissionais, não? Que tipo de treinamento vocês fazem? Algum outro município realiza atividades de formação também? Expedito, aquele curso que a SES está organizando contempla essa região? Como está o cronograma? Alguns estudos mostram que a oferta de educação permanente é um dos pontos importantes para fixação dos profissionais... Acho que precisamos pensar as estratégias em diversos níveis, pois algumas coisas como essa questão da precarização dos vínculos são fundamentais, mas podem demorar bastante para ser resolvidas. Enquanto isso, podemos tomar providências sobre outros problemas que contribuem para rotatividade dos profissionais.

MARIA DO CARMO – É verdade, eu também já li alguns materiais sobre isso. Acho que a SES já produziu algo também que falava desse tema. Lá em Piriçora mantemos, em parte, aquele curso introdutório em Saúde da Família, mas tentamos adaptar vários pontos à nossa realidade. Será que não poderíamos pensar em uma oferta de formação conjunta para esses profissionais?

RITA – Mas se não chegarmos a um acordo sobre os salários, os problemas vão continuar... Parece leilão, quem paga mais fica com os profissionais! Eu conheço experiências de municípios que decidiram fixar um teto de

Caso 3: A Articulação Regional e a Gestão da Atenção Básica *(conclusão)*

salário na região. Será que não poderíamos fazer algo parecido?

ROSÂNGELA – Gente, eu acho que até podemos fazer algo assim, mas o que vamos fazer para minimizar esse problema de verdade? Simplesmente não tem número de profissionais suficiente para todos em todas as áreas.

JOSÉ CARLOS – O ideal era ter uma carreira única, com bons salários e vínculos desprecarizados, em que as pessoas possam avançar na carreira na medida em que passe o tempo... Inclusive que possam mudar de local de trabalho, pois muitas vezes as pessoas se cansam de ficar num mesmo lugar.

JOÃO – Tem alguns lugares do Brasil que estão fazendo isso, posso recolher material sobre as experiências ou até tentar trazer algumas pessoas envolvidas com a construção dessas alternativas para conversar conosco.

MARIA DO CARMO – Outra coisa que os profissionais reclamam no meu município é a falta de apoio técnico... Às vezes, algumas situações até poderiam ser resolvidas na atenção primária, mas como temos dificuldades de apoiar tecnicamente esses profissionais, não conseguimos dar respostas. Será que o Ministério não apoiaria a organização de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família regional? Nenhum dos nossos municípios preenche o critério para requerer um NASF por conta do tamanho do município...

E seguiu-se a reunião com discussões sobre possíveis saídas, sendo encaminhado um novo encontro no qual seriam mapeadas experiências de outros lugares do país para formulação de um plano a ser apresentado à CIR e depois à CIB.

Dando sentidos ao Caso 3 - o que essa situação nos aponta?

Um dos pontos abordados em outro capítulo deste livro foi o tema da gestão regionalizada. No caso recém narrado, procurou-se enfatizar os principais elementos que levam à necessidade de se construir uma rede de atenção em âmbito regional, no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde. Esse aspecto é de particular relevância, tendo em vista a impossibilidade de cada município prover o conjunto de ofertas de serviços de saúde necessário para atender a todas as necessidades da população articulando serviços de complexidades distintas.

No que se refere especificamente à atenção básica, o tema da gestão regionalizada ganha alguns contornos peculiares, pois o entendimento atual é de que cada município é responsável por construir a atenção básica de maneira plena em seu território. No entanto, por vários motivos, a gestão da atenção básica precisa ser articulada em âmbito regional. Essa terceira e última situação problema busca provocar a reflexão em torno de algumas dessas motivações. Novamente, vale enfatizar que não se pretende esgotar o amplo conjunto de questões que podem, também, se beneficiar de uma gestão da atenção básica articulada regionalmente, mas sublinhar os pontos mais comuns e fomentar a formulação de soluções adequadas à realidade local.

O diálogo da situação acima suscita questões bastante amplas, algumas delas consideradas estruturantes para a efetivação não apenas da atenção básica como também do Sistema Único de Saúde como um todo. Desse modo, buscou-se provocar uma reflexão sobre os limites de tratar certos problemas em âmbito local, pois, assim como a garantia do acesso aos diversos serviços de saúde necessários, a resolução de alguns problemas da atenção básica passa pela articulação regional e/ou interestadual. Investir os espaços de gestão colegiada, de regionalização e articulação interfederativa torna-se, nesse sentido, essencial para efetiva estruturação da atenção básica com uma gestão que dê conta das diversas variáveis aí implicadas.

Um primeiro ponto que a situação construída levanta é a questão do mercado de trabalho, com foco na dificuldade de provimento e fixação dos profissionais. Esse aspecto é particularmente sensível no que se refere aos médicos, pois a proporção atual de médicos por habitante no Brasil é pequena em relação a outros países com sistema universal. Porém, isso torna-se particularmente relevante quando a análise associa os desafios colocados pela competição de mercado com os serviços privados de saúde, além das dimensões continentais do Brasil, onde muitos lugares são de difícil acesso e têm poucos meios de comunicação/suporte. No entanto, o Sistema Único de Saúde continua sendo o principal contratante de todas as categorias profissionais de saúde, fornecendo uma possibilidade de regulação de trabalho aos seus gestores que em grande medida ainda encontra-se subutilizada. Em outras palavras, a falta de articulação e de construção de estratégias conjuntas entre os gestores municipais, estaduais e federal para construção de mecanismos de gestão e regulação do trabalho em saúde enfraquece sobremaneira o potencial que o Sistema Único de Saúde tem para estimular a distribuição, a fixação de padrões salariais e o fluxo de profissionais no país. Isso pode ser considerado para o âmbito regional de articulação do sistema, como mostra o nosso caso, em que, ao invés de cooperar, os municípios historicamente competem pelos profissionais disponíveis. Em que pese a necessidade de ações de âmbito nacional para ampliação do número de profissionais de saúde (em especial dos médicos), tal ampliação precisa vir acompanhada de articulações regionais que ampliem a capacidade do SUS ordenar o trabalho.

Sem dúvidas, essa discussão não pode ser feita sem que seja abordada a necessidade de construção de plano de cargo e carreira, permitindo aos profissionais vislumbrar a possibilidade de mobilidade, progressão funcional, etc. No entanto, o desenho federativo brasileiro impõe sérias dificuldades aos municípios, principalmente àqueles menores, com todas as questões que dificultam a possibilidade de instituição de planos como esse (por exemplo, a lei de responsabilidade fiscal). Nesse sentido, mais uma vez a gestão regionalizada do

sistema figura como um ponto de apoio, na medida em que consórcios de municípios, em parceria com a gestão estadual, podem conseguir vencer as barreiras legais, orçamentárias, geográficas, dentre outras, e conseguir fazer um desenho institucional que permita sanar, ao menos em parte, esse tipo de dificuldade.

Um segundo ponto com vinculação direta ao caso – e que se relaciona ao primeiro – diz respeito às instâncias envolvidas na gestão da atenção básica. Infelizmente, tanto pelo lugar da atenção básica no imaginário social (de “atenção pobre para pobres”), quanto pela ausência de políticas que fortaleçam esse nível dos sistemas de saúde, reconhecido internacionalmente como o mais importante (e, no Brasil, requisitado como coordenador do sistema), as instâncias de gestão da atenção básica foram historicamente deslegitimadas ou mesmo esvaziadas. Em outros termos, muitas secretarias municipais sequer contemplam em seu desenho institucional estruturas dedicadas à gestão da atenção básica, e essa pauta termina ficando relegada ao segundo plano. Da mesma forma, a atenção básica nem sempre é contemplada nas instâncias deliberativas de gestão, seja nos colegiados gestores municipais, seja nas instâncias de âmbito regional. Trazer a pauta da atenção básica, sua articulação com os programas nacionais, seu papel de potencial ordenadora da rede como um todo para o centro das instâncias decisórias do SUS torna-se imperativo para lograr avanços na tão sonhada reorientação do modelo tecno-assistencial. Nesse sentido, é de suma importância investir os espaços de gestão colegiada e regionalizada com as pautas afeitas à atenção básica, de modo a qualificar as discussões e promover ações que envolvam um conjunto mais amplo de atores na sua construção.

Por fim, um terceiro ponto, que não está diretamente contemplado no caso – mas já citado –, que é significativo do ponto de vista da regionalização da gestão da atenção básica é o tema da integralidade. E a integralidade pensada em pelo menos duas dimensões: por um lado, a garantia de que todos os cidadãos acessem a rede de serviços

de saúde conforme as necessidades geradas por seus problemas de saúde. Ou seja, como é particularmente difícil no modelo brasileiro que cada ente gestor garanta acesso ao conjunto de serviços necessários para atender de modo integral às demandas da população, torna-se sobremaneira importante que os entes federados articulem suas redes de atenção à saúde de modo a permitir a construção de linhas de cuidado envolvendo a capacidade de ofertar serviço de cada um dos municípios de uma determinada região. Isso, costumeiramente, é desenhado em torno de um município que, por ter maior densidade demográfica, possui demanda em escala suficiente para construir serviços mais especializados e com maior incorporação de tecnologias duras. No entanto, o desenho de redes regionais pode também incorporar as diferentes capacidades de cada município em atender determinados tipos de problemas de saúde, resguardando, entretanto, a facilidade de fluxo dos usuários, a qual é dependente da disponibilidade de meios de transporte e comunicação.

De outro lado, a integralidade também está em questão no que diz respeito aos fluxos de vida dos habitantes de determinada região. Em outras palavras, é bastante comum que usuários moradores de um determinado município trabalhem em outro município ou em outra região do mesmo município. Uma das diretrizes históricas da atenção básica é a questão da territorialização e do vínculo, mas acabaram sendo apropriadas de maneira rígida em diversos arranjos municipais, de modo a dificultar ou mesmo recusar atendimento a pessoas não-residentes na área adstrita à unidade básica de saúde. Acontece que as dinâmicas de vida, de trabalho, de moradia não necessariamente coincidem com o que é proposto em termos de planejamento normativo para a territorialização das unidades de saúde. Nesse sentido, é importante pensar em desenhos mais flexíveis que contemplem a possibilidade de que o usuário se vincule a unidades de saúde diferentes daquelas situadas em seu local de moradia, mas que sejam as unidades nas quais efetivamente seja mais fácil para que procure atendimento e tenha seus problemas de saúde acompanhados. Não adianta cadastrar, registrar e

manter sob “acompanhamento” uma pessoa com um problema crônico (hipertensão, diabetes, etc.) quando não se consegue sequer acessar esse usuário devido ao fato de ele não estar efetivamente em sua residência nos horários de funcionamento das unidades de saúde. Desse modo, é importante pensar arranjos no âmbito de cada município que permitam maior flexibilidade na vinculação dos usuários às diversas unidades de saúde, além de arranjos intermunicipais que possibilitem aos usuários serem atendidos no local em que for mais conveniente para si e que permitam maior acesso à equipe de saúde.

Ambas as questões referentes à integralidade requisitam um dedicado trabalho de articulação regional, investindo nas instâncias de gestão e na construção de arranjos inovadores de articulação regional que possibilitem acompanhar os itinerários terapêuticos eficazes do ponto de vista dos usuários. Isso ajudaria a institucionalizar e facilitar esses fluxos, sem gerar a necessidade (bastante comum) de que os usuários forjem locais de moradia para conseguir atendimento pelos serviços de saúde. Sem dúvidas, uma das principais dificuldades para concretização de arranjos desse tipo é a pactuação em torno do repasse financeiro entre municípios, já que boa parte dos recursos da atenção básica são repassados com base na distribuição populacional, dificultando a gestão de municípios que recebem grande afluxo de pessoas ou que tem população flutuante por características próprias. No entanto, antes de ser enxergado como um problema incontornável, a complexidade dessa questão reforça a necessidade de se produzirem articulações regionais para garantir a integralidade do cuidado aos usuários do SUS.

Considerações Finais

Agregando às questões abordadas em cada caso, vale sublinhar aqui, ainda que rapidamente, alguns aspectos relevantes.

Além das pautas organizacionais dos serviços e de gestão do cuidado, há outro conjunto de problemas complexos relacionados às

adequações às políticas nacionais e, quando existem, políticas estaduais de financiamentos. Os desenhos de financiamento nacional e estaduais geralmente estão vinculados a metas e desenhos assistenciais pré-estabelecidos, o que, em alguns casos, engessa a capacidade de adaptação e singularização das propostas às realidades locais por parte dos municípios. As “brechas” existentes nessas regulamentações costumam ser difíceis de operar e requerem grande conhecimento dos recursos jurídicos. Quanto a isso, cabe fortalecer a articulação regional, estadual e nacional entre as secretarias municipais, de modo a empoderar os municípios nas negociações junto às demais instâncias.

As necessidades no campo da formação dos trabalhadores são imensas. Especialmente porque, perante lógicas ainda fragmentadas de gestão, quase todas as áreas técnicas específicas geram demandas para a rede básica como se sua pauta fosse a única ação a ser realizada por esses trabalhadores. Esse ponto da formação gera, por um lado, uma sobrecarga de ofertas de formação que podem ocupar os trabalhadores excessivamente; por outro lado, gera uma escassez de ofertas vinculadas à realidade, que tenham valor de uso concreto para os profissionais e, por consequência, para a melhoria da qualidade do cuidado na atenção básica.

A questão do provimento e fixação dos profissionais médicos está sendo momentaneamente contemplada pelo Programa “Mais Médicos” do Ministério da Saúde, lançado em 2013, que tem objetivos mais amplos do que simplesmente suprir as vagas de médicos em áreas de difícil acesso e de vulnerabilidade social. O Programa pretende intervir também nos processos formativos dos cursos de medicina, tanto na graduação como nas residências médicas, de modo que esses cursos possam estar dialogando com a realidade e as necessidades do SUS. Portanto, o Programa Mais Médicos ampliou as possibilidades da gestão da atenção básica para que essa política se efetive nos espaços de maior necessidade, respeitando o princípio da equidade.

Poderíamos seguir, ainda, por um bom número de páginas, dando

exemplos e enfatizando o quanto existe de especificidades no modo de operação dos serviços da rede básica e o quanto isso produz a necessidade de pensarmos diferenciadamente a gestão da atenção básica. No entanto, as demonstrações realizadas acima já parecem suficientes para estabelecer o ponto de partida das várias reflexões importantes de serem realizadas pelos trabalhadores da atenção básica no sentido de lograr seu fortalecimento e alçá-la ao lugar de importância que deve ter socialmente.

referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 4. ed., 2008. 72 p. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf> Acesso em: 02 ago. 2015.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E.E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2015.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 69-93.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. IN: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-167. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, set. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2015.

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: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 117-130. Disponível em: <http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2015.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. 2006. 134 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000370049&fd=y>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. IN: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

LANCETTI, A. A potência terapêutica dos agentes de saúde. In: LANCETTI, A. (Org.). **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 87-96.

PINHEIRO, P.; MATTOS, R. A. O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26. Disponível em: <<http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/gestao-em-redes-final.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MATTOS, R. A. repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Cepesc; Abrasco, 2007. p. 369-383.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DERMAZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

OLIVEIRA, G. N. de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. 168 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000793132>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Orgs.). **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006. 116 p.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992. 262 p.



Capítulo VI

Epidemiologia e serviços De saúde: usos e aplicações no SUS

Morrem quatro por minuto nesta América Latina. Não conto os que morrem velhos só os que a fome extermina. Não conto os que morrem velhos que, na América Latina, esses são poucos; os homens aqui mal passam dos trinta. Não conto os mortos de faca nem os mortos de polícia; Conto os que morrem de febre e os que morrem de tísica. Conto os que morrem de boubá, de tifo, de verminose; Conto os que morrem de crupe, de cancro e schistosomose. Mas todos esses defuntos, morrem de fato é de fome; Quer a chamemos de febre ou de qualquer outro nome. Morrem de fome e miséria quatro homens por minuto. Embora enriqueçam outros que deles não sabem muito.

(Morrem Quatro por Minuto, Ferreira Gullar)

**Epidemiologia e serviços de saúde:
usos e aplicações no SUS**

As relações entre epidemiologia e os serviços de saúde são, a rigor, muito estreitas (PORTELA; TEIXEIRA, 2011). O saber científico evidenciado pelo método epidemiológico é imprescindível à reorientação da gestão, do financiamento, da organização e do modelo assistencial do sistema de serviços de saúde. Considera-se que o processo de incorporação da epidemiologia nas práticas de saúde municipais no país está em andamento e mostra diversos aspectos positivos que atestam sua evolução. Contudo, um longo caminho ainda necessita ser percorrido para que se possa cumprir integralmente o preceituado no artigo 7º, inciso VII da Lei 8.080/90, no seu Capítulo II, Dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): *“utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”* (BRASIL, 1990).

Baseado nas primícias da legislação, um debate atual sobre a aplicação dos resultados de estudos epidemiológicos e o impacto nas práticas de gestão de saúde tem necessidade de aprofundamento. Cabe, então, examinar as características do campo da Epidemiologia bem como os usos aplicados para a tomada de decisão da gestão em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, os objetivos desse capítulo são delimitar o campo da epidemiologia, para, a partir daí, discutir a contribuição desta ciência aos processos de análise e condução de sistemas de saúde.

O capítulo está estruturado da seguinte forma: em primeiro lugar os usos, os enfoques, as ferramentas da epidemiologia como instrumentos de tomadas de decisão para a gestão em saúde; na última seção, a epidemiologia e sua interface com os serviços de saúde, apresentando uma aproximação com funções gestoras, tais como a avaliação e o planejamento em saúde. Ademais, os gráficos apresentados propuseram problematizar a região amazônica.

Os usos e enfoques da epidemiologia

A Epidemiologia, enquanto disciplina científica, trabalha com as causas dos eventos relacionados à saúde nas populações humanas. Consiste no método epidemiológico, que orienta investigações de áreas do conhecimento, tais como as ciências da saúde, associadas às ciências sociais e à estatística. Além disso, estabelece interface com diversas disciplinas, como a Demografia, a Geografia, a Ecologia e a Ética, dentre outras (BOING et al., 2010).

A área de atuação da Epidemiologia compreende ensino e pesquisa em saúde, avaliação de procedimentos e serviços de saúde, vigilância epidemiológica e diagnóstico/acompanhamento da situação de saúde das populações (BOING et al., 2010). Para além das determinações de causa e efeito, a Epidemiologia fornece indicadores que servem de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003; PEREIRA, 1995).

Etimologicamente, Epidemiologia é o “estudo sobre populações”. Mais precisamente, é um estudo sobre a ocorrência e sobre a distribuição¹ de estados ou eventos relacionados à saúde², incluindo os seus determinantes³. A aplicação do conhecimento produzido por esse estudo (que compreende vigilância, observação, levantamento, teste de hipóteses, pesquisa analítica e experimentos) é no controle dos problemas de saúde de uma população específica⁴. Assim, podemos concluir que a epidemiologia também visa a “promover, proteger e restaurar a saúde” (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003; MEDRONHO, 2009. p. 522).

Alguns epidemiologistas latino-americanos, entre eles, Castellanos (1990), sustentam que foi na década de 1970 que as determinações sociais do processo saúde-doença das populações foram identificadas a partir de três níveis: o singular, o particular e o geral.

O nível singular expressa a “epidemiologia do quê?”. Nesse nível, os problemas de saúde-doença aparecem como variações entre pessoas com determinados atributos de tempo, espaço e características biológicas ou sociais individuais. A forma habitual de definição dos atributos é a frequência ou gravidade de uma doença ou agravo em particular (CASTELLANOS, 1990).

O nível particular expressa a “epidemiologia de quem?”. Nesse nível, os problemas de saúde-doença aparecem como variações no nível dos grupos da população. A explicação dos fenômenos enfatiza os processos de reprodução social, as condições objetivas de vida (qualidade de vida) de cada grupo, e os princípios e leis que regem as acumulações, as formas como se organizam os diferentes momentos desse processo (CASTELLANOS, 1990).

Por fim, no nível geral situa-se o âmbito mais amplo das políticas e planos de saúde. Os problemas, nesse nível, aparecem como uma necessidade a ser priorizada entre diferentes grupos da população e suas diferentes formas de inserção na sociedade. Também aparecem na forma como o modelo assistencial relaciona-se com os processos econômicos, políticos, demográficos e com as condições naturais do lugar que se avalia. É possível abordar os problemas de saúde-doença relacionando-os com os modelos econômicos, as mudanças históricas, os processos políticos e o impacto das grandes catástrofes naturais (BREILH, 1998).

Uma vez definido qual o “olhar” que se quer imprimir aos problemas, e a partir do descrito acima, pode-se deduzir que são objetivos da Epidemiologia: a) analisar o risco de adoecimento da população; b) levantar novas hipóteses sobre possíveis fatores ainda não estudados, que podem interferir no processo saúde-doença das populações hu-

1 Refere-se à análise do tempo, lugar e pessoas (classes ou subgrupos) afetados numa população ou na sociedade como um todo.

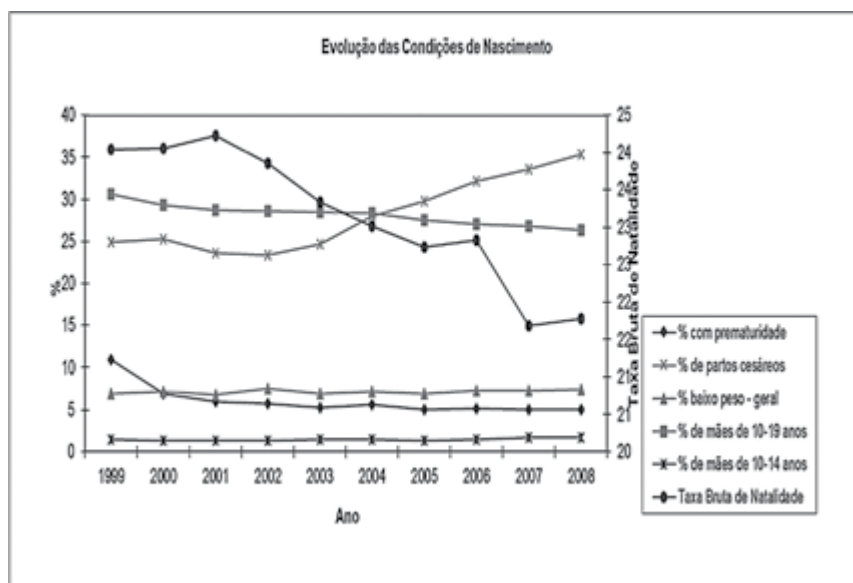
2 Incluem doenças, causas de morte, comportamentos, reações a programas preventivos e provisão e uso de serviços de saúde.

3 Fatores físicos, biológicos, sociais, culturais, econômicos e comportamentais que influenciam a saúde. Características dos indivíduos, sejam elas diretas (sexo, idade, raça, renda) como indiretas (classe social, país de moradia, relações sociais).

4 Aqueles com características identificáveis como sexo, idade, endereço, raça, etc.

manas; c) propor medidas sanitárias que visem à promoção da saúde e à prevenção das doenças e seu tratamento; d) avaliar em que escala essas medidas propostas foram efetivas e eficientes para promover a saúde, prevenir e tratar doenças e pessoas doentes (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003; MEDRONHO, 2009; PEREIRA, 1995).

Figura 01 – Tendência histórica das condições de nascimento no Amazonas, 1999-2008.



Fonte: DATASUS, 2013.

A tendência histórica da evolução de nascimentos no Amazonas pode ser observada na figura 01. É possível observar o padrão de nascimentos segundo a prematuridade, o tipo de parto, o peso da criança, bem como a taxa bruta de natalidade. Os indicadores utilizados auxiliam os gestores de saúde a prospectar os riscos, vulnerabilidades e efeitos sobre a população.

O Enfoque de risco, da Vulnerabilidade e Aspectos da população para os Serviços de Saúde

Aqui trata-se o enfoque de “risco”, enquanto possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, muito utilizado pela epidemiologia em serviços de saúde (BRASIL, 2009). Este enfoque foi sistematizado no final da década de 1970 e caracteriza-se pela constatação de hábitos pessoais ou de exposição ambiental que estão associados ao aumento da probabilidade de ocorrência de alguma doença. Essas características são chamadas de *fatores de risco*, que podem ser identificados antes da ocorrência de eventos em mais de uma pessoa ou mais de um grupo. Uma vez identificadas, essas características (hábitos pessoais ou exposições ambientais) podem ser controladas ou eliminadas; conseqüentemente, reduz-se a probabilidade da ocorrência de novos agravos, através da identificação dos grupos de maior risco a partir dos serviços de saúde. Essa modalidade de intervenção epidemiológica pretende racionalizar a organização da assistência à saúde, tendo como base a relação entre custo e efetividade das ações (BRASIL, 2009).

Os primeiros grupos de risco estabelecidos na área de saúde, no Brasil, foram as crianças, priorizando-se riscos relacionados ao crescimento e desenvolvimento e às gestantes. Posteriormente, em função da mudança do perfil epidemiológico nacional, passou-se a incluir outros problemas de saúde, como as doenças crônicas não transmissíveis, especialmente a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e alguns tipos de câncer. Nesses casos, a estratégia consistiu em identificar pessoas dos grupos de risco para esses problemas na assistência de rotina e encaminhá-las para acompanhamento nos grupos de alto risco formados nas unidades de saúde. O Ministério da Saúde brasileiro começou a estruturar os serviços de saúde em modalidades de ação programática. Isso significa a organização de programas de saúde que deviam ser implantados pelo nível estadual

e municipal e que foram sendo ampliados à medida que novos fatores de risco foram identificados e novos grupos populacionais e problemas passaram a ser abordados (BRASIL, 2009).

Na década de 1980, esse enfoque passa a ser questionado com o reforço da divulgação do artigo de Rose (1985). Em seu trabalho *“Individuos enfermos y poblaciones enfermas”*, o autor discute a diferença entre indivíduo doente (um caso) e populações doentes (a incidência de uma doença na população), mostrando que as causas de uma doença num indivíduo podem ser diferentes das causas da mesma doença numa população.

Rose (1985) demonstrou que devemos estudar as características das populações e não dos indivíduos para descobrir os fatores que determinam as taxas de incidência⁵ de uma doença. É também necessário analisar as diferenças entre duas populações, sejam de lugares diferentes ou de um mesmo lugar em dois momentos do tempo diferentes. Para o autor, as estratégias de prevenção podem ser menos efetivas quando direcionadas apenas aos indivíduos, pois pode haver mais casos de uma doença entre pessoas de baixo risco (o chamado “Paradoxo de Rose”) que são, entretanto, mais numerosas.

Outra abordagem fundamental para a compreensão do risco e seus desdobramentos operacionais é a da vulnerabilidade (AYRES, 2002), embora não haja ainda sobre ela consenso no que tange aos enfoques voltados para os indivíduos e para o ambiente, quando relacionados aos riscos biológicos, físicos, químicos, tecnológicos e sociais. A ideia de vulnerabilidade, mesmo quando tomada em seu sentido comum, revela-se promissora na leitura de situações de perigo, em especial quando reportada a algum agravo específico, como no caso da AIDS.

Em epidemiologia, o conceito de risco se incorpora gradativamente à descrição mais abrangente de “vulnerabilidade”. Enquanto busca-se “calcular a probabilidade de ocorrência” de um agravo em um grupo qualquer com determinada característica, “abstraídas outras condições intervenientes”, com a vulnerabilidade procura-se “julgar a suscetibilidade” de “cada indivíduo ou grupo” a esse agravo, “dado um certo conjunto de condições intervenientes” (AYRES, 2002). Ainda observando as lentes da epidemiologia para os serviços de saúde, a proposta do enfoque populacional baseia-se na mudança de uma epidemiologia do “quê” (com uma base individual) para uma epidemiologia do “quem” (com uma base coletiva).

Segundo Drumond (2001), a partir de uma obra intitulada “Sobre el concepto de salud enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud”, de 1990, a epidemiologia do enfoque de risco estimulava serviços de saúde pública verticais, específicos e especializados, desarticulados com as outras áreas da saúde pública. Esse enfoque não contribuía para desenvolver serviços permanentes de saúde, nem promover a equidade, pois distanciava-se da participação da população nos serviços e na política de saúde. Essa discussão foi trazida pelo autor quando se desenvolvia a proposta de usar o planejamento estratégico nos serviços de saúde.

Os sistemas nacionais de vigilância da situação de saúde segundo condições de vida, do impacto das ações de saúde e bem-estar, tiveram ampla divulgação no Brasil durante os anos de estruturação do SUS e influenciaram diversas experiências teóricas e de práticas em serviços no país. A partir desse enfoque, a Epidemiologia deslocou seu foco das técnicas de determinação de risco de indivíduos e da prioridade na abordagem das doenças de notificação compulsória (predominantemente de natureza infecciosa) para o estabelecimento de diagnósticos da situação de saúde das populações. Assim, foi possível a identificação de segmentos da população com piores condições de vida, a partir da incorporação de outros agravos e indica-

⁵ Define-se incidência como o número de casos novos de uma doença ocorrido em uma população durante um período específico de tempo.

dores na discussão sobre prioridades.

De qualquer forma, é importante lembrar que a Epidemiologia é de grande importância para a formação de profissionais de saúde, para a gestão de saúde, além de ampliar a percepção da população sobre as questões sanitárias do seu bairro, distrito, município, estado, país e do mundo. Assim, para definir e priorizar problemas de saúde é preciso ter claro qual a perspectiva que se quer adotar. As intervenções serão sugeridas a partir do olhar que se escolhe ter e devem ser avaliadas após sua implantação.

Ferramentas da epidemiologia nos Serviços de Saúde

A Epidemiologia possui ferramentas potentes para a produção de conhecimento a partir da experiência cotidiana das pessoas comuns, levadas aos serviços de saúde na forma de sofrimento humano, em geral expresso nos sinais e sintomas das doenças. Logo, precisamos ficar atentos às situações que levam ao adoecimento, trazidas pelas pessoas aos serviços de saúde, pois essas permitem dar potência ao entendimento sobre o processo de saúde-doença da população.

O modo de fazer a epidemiologia nos serviços de saúde é avaliado através dos instrumentos e os modos específicos de aplicação. Esses aspectos podem ser sistematizados em três grandes áreas: a construção de indicadores e utilização dos sistemas de informação, a apropriação do território como condição epidemiológica e entendimento da dinâmica dos serviços de saúde, e as técnicas de mapeamento da informação (MENDES, 1999; WALDMAN, 1998).

Indicadores e Sistemas de Informação

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutua-

ções e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Nos manuais de epidemiologia encontra-se uma grande variedade de indicadores. Seus usos, formas de cálculo, limitações e exemplos da sua aplicação podem ser analisados e utilizados em diferentes níveis de agregação pelo gestor. O uso desses indicadores e técnicas permite conhecer a situação de saúde da população e traçar linhas gerais de intervenção. Porém, pouco contribuem para diagnósticos de situações específicas no seu uso descentralizado em áreas intramunicipais ou de abrangência de unidades.

Segundo Mainz (2001), indicadores podem ser usados para: a) documentação da qualidade da assistência; b) comparação entre instituições (e dentro de uma mesma instituição) ao longo do tempo; c) avaliação; d) estabelecimento de prioridades; e) demonstração da confiabilidade e transparência dos serviços prestados frente à sociedade; f) melhoria contínua da qualidade. Ademais, os indicadores sustentam as bases de informações de sistemas de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação (BRASIL, 2009; DI VILLAROSA, 1993).

Os Sistemas de Informação podem ser gerais, inespecíficos quanto a agravos, sendo os mais conhecidos: a) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); b) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); c) Sistema de Informações de Agravos sob Notificação (SINAN); d) Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS); e) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS);

f) Sistema de Informações das Comunicações de Acidentes de Trabalho (SISACAT); g) Sistema de Informações e Vigilância de Agravos Nutricionais (SISVAN); h) Registros de Câncer: de Base Populacional e Hospitalar (BRASIL, 2009).

Com a implementação da descentralização da gestão para os municípios, tenta-se reverter a centralização de dados, a limitação do uso dos mesmos e a demora em sua análise e o retorno para o nível local. Um grande investimento tem sido feito no sentido de garantir que equipes locais tenham acesso aos dados, de modo imediato, e possam gerar informações epidemiológicas que permitam tomadas de decisões guiadas por prioridades locais, inclusive das unidades de saúde.

Assim, tanto o SIM quanto o SINASC ou o SINAN são necessariamente municipais. As comunicações de acidentes de trabalho (CAT), que antes não chegavam ao município, passam a ser informadas ao sistema de saúde local. Entretanto, ainda não contemplam a população trabalhadora inserida no mercado informal ou aqueles acidentes que não geram benefícios públicos da previdência social nacional. O SISVAN busca subsidiar a abordagem nutricional de crianças e gestantes, mas ainda se restringe à demanda das unidades de saúde. No caso do câncer, o Registro de Câncer de Base Populacional também se propõe a ser um sistema universal na abrangência dos municípios onde se localiza e procura captar todos os casos existentes por meio do acesso a múltiplas fontes de dados, em especial os laboratórios de anatomia patológica.

Uma importante crítica aos sistemas de informação existentes diz respeito ao fato de que se limitam à população que chega às unidades de saúde. Assim, se para uma visão dos problemas de saúde da população geral esses sistemas são insuficientes por se referirem a apenas uma parcela da população atendida, sua utilização com enfoque epidemiológico e gerencial dentro da própria unidade que o produz ou nas áreas de controle e avaliação municipal é ainda oca-

sional para diagnóstico, vigilância ou avaliação.

Apesar da importância das informações geradas por esses subsistemas, observa-se, de maneira geral, que elas são muito pouco utilizadas no processo de decisão-controle e algumas das possíveis justificativas para esse fato são: a) precário conhecimento sobre a grande diversidade de bancos de dados nacionais, estaduais e municipais; b) coleta de dados através de sistemas compartimentalizados, com pouca ou nenhuma articulação; c) complexidade dos dados existentes e da estrutura dos bancos; d) insuficiência de recursos qualificados, particularmente recursos humanos, para apoiar o processo de desenvolvimento e análise do SIS; e) inexistência de instâncias responsáveis pela análise dos dados; f) falta de padronização nos procedimentos de obtenção, análise e disseminação das informações; g) oportunidade, qualidade e cobertura das informações variando de acordo com as áreas geográficas onde são produzidas; h) ausência de um claro interesse epidemiológico quando da implantação dos bancos de dados; i) dificuldade no acesso às informações (RIPSA, 2012; MEDRONHO, 2009).

Os inquéritos nacionais sobre a magnitude dos agravos crônicos são ocasionais, como o diabetes, a hipertensão arterial e as doenças mentais, ou mesmo a notificação de outros agravos, como a violência, as anomalias congênitas e sua morbidade referida. Os dados produzidos sobre os agravos crônicos e outros agravos muitas vezes não podem ser utilizados pelo nível local. Outro problema é o acesso aos dados produzidos por setores fora da área da saúde, como a violência e os problemas ambientais, que também carecem de sistematização. Por fim, as estimativas de população (total, por faixa etária e sexo) também devem ser produzidas no nível municipal, na medida em que são necessárias para a construção de diversos indicadores necessários nos níveis locais (MEDRONHO, 2009).

Durante o processo de implantação do SUS, diversas metodologias de diagnósticos de saúde descentralizados foram propostas. Por

exemplo, os microdiagnósticos de saúde segundo áreas de abrangência de unidades ou microáreas de risco. Trata-se de uma vertente do modelo tecnoassistencial da vigilância à saúde: a territorialização (MENDES, 1999; SILVA, 1998).

o Conceito de territorialização

“O território da saúde não é só físico ou geográfico: é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” (CECCIM, 2005, p. 983). É a expressão geográfica de intencionalidades humanas que permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações.

O microdiagnóstico de saúde, segundo as microáreas de risco, tem como objetivos principais: a) identificar os diversos grupos populacionais existentes no território e suas características biológicas, ambientais, demográficas, socioeconômicas, culturais e políticas, avaliando o grau de exclusão social (discriminação negativa) a que estão sujeitos; b) identificar seus problemas de saúde; c) descrever os problemas; d) priorizar os problemas identificados e descritos; e) explicar os problemas priorizados, identificando seus principais fatores determinantes (MENDES, 1999).

Apesar dos avanços decorrentes da ampla utilização da epidemiologia disponível em manuais no nível local, permanecem problemas decorrentes de sua utilização acrítica. Exemplos desses problemas são: a) produção de visão genérica dos problemas de saúde; b) dificuldades decorrentes do uso dos “pequenos números”: instabilidade dos indicadores, tendências aleatórias flutuantes, utilização de números absolutos (muito criticada nos manuais); c) impossibilidade de comparação entre populações diferentes ou composições etárias diferentes (necessidade de padronização direta ou indireta dos indicadores); d) abrangência espacial dos indicadores nos manuais que restringe-se a comparações entre países, estados ou grandes municípios (capitais).

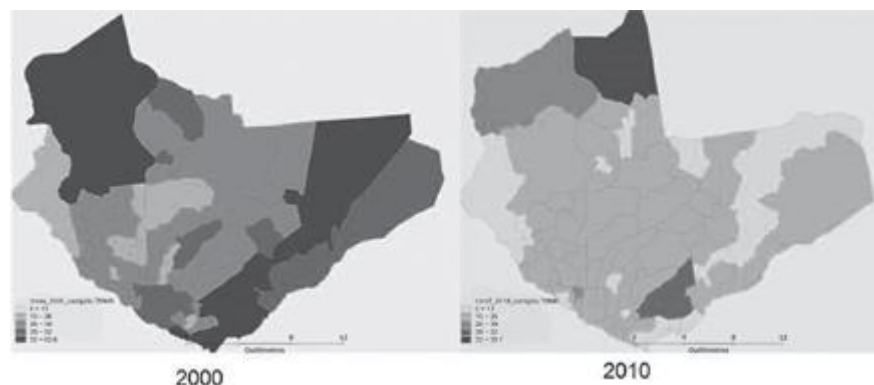
Ainda é necessário estabelecer diferenciais intramunicipais, regionais ou segundo áreas de abrangência das unidades de saúde; e) abrangência temporal dos indicadores frequentemente restringe-se ao ano ou período ainda maior (com exceção de doenças infecciosas, que costumam ser monitoradas por mês), o que dificulta a intervenção oportuna aos agravos; f) os diagnósticos dos agravos também são habitualmente agregados pelos grandes capítulos da Classificação Internacional de Doenças, o que dificulta a intervenção oportuna. Essas informações são evidenciadas por meio da utilização de técnicas espaciais.

Uma tecnologia bastante valorizada para uso nos serviços de saúde, em especial na proposta da territorialização, diz respeito aos “sistemas de informação geográfica”. Esses sistemas se constituem em uma estrutura de processamento eletrônico de dados que permite a captura, armazenamento, manipulação, análise, demonstração e relato de dados referenciados geograficamente (MONKEN; BARCELOS, 2005).

Uma forma simples de trabalhar na perspectiva espacial encontra-se nos “mapas temáticos”, que fornecem instrumentos adicionais para a análise, já disponíveis em tecnologias públicas como o Epimap e o Tabwin (que têm a desvantagem de dispor apenas de mapas de contornos). Esses sistemas mais complexos não se restringem a mapas temáticos ou digitalizados ou à sobreposição de camadas com diferentes informações: eles se utilizam dessa sobreposição para produzir informações novas ou analisar espacialmente a dinâmica do fenômeno (MONKEN; BARCELOS, 2005).

A avaliação, por exemplo, é perguntar se as mortes em crianças estão concentradas nas mesmas áreas com piores condições de saneamento. No gráfico abaixo, observa-se a tendência decrescente das taxas de mortalidade na infância (menores de cinco anos) por bairros de Manaus. É o território observado por meio de técnicas de visualização espacial que apoia e sustenta ações gestoras para a tomada de decisão.

Figura 02 - Distribuição das taxas de mortalidade na infância, segundo bairros de Manaus em 2000 e 2010, respectivamente.



Fonte: LIMA, 2014.

A Figura 2 demonstra que a distribuição de eventos por meio de mapas temáticos, neste caso a taxa de mortalidade na infância, são importantes instrumentos para as atividades de vigilância epidemiológica e para o planejamento de ações de prevenção e controle, pois tornam a compreensão do fenômeno em foco muito mais simples e clara para a gestão de saúde.

Epidemiologia e a Interface com Gestão dos Serviços de Saúde

Com a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde, a prática da epidemiologia nos serviços de saúde defrontou-se com uma mudança no espaço de elaboração das políticas e da execução das ações de saúde. Havia, até então, uma grande defasagem de tempo entre o acontecimento, o registro, a consolidação e publicação dos dados quando as políticas eram traçadas nos níveis centrais do sistema de saúde. Porém, a partir da descentralização dos anos 1990, essas políticas começaram a ser demandadas e produzi-

das cada vez mais no nível municipal (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Toda a legislação criada passa a apoiar a descentralização para os municípios, sob supervisão de estados e União. Dentro dos próprios municípios, ocorre uma descentralização para regiões, bairros e unidades de saúde sob a supervisão do gestor local. Assim, a partir do diagnóstico de saúde, em seu sentido mais amplo, o gestor local passa a definir a política municipal em acordo com a política nacional; contudo, essa política municipal é definida a partir das informações geradas nos próprios municípios e estados, e não é tida apenas como um instrumento executor da política nacional.

Na tarefa de identificar prioridades por meio de diagnósticos dos problemas específicos daquela cidade, região ou bairro, os municípios têm que buscar instrumental e abordagens adequadas para esses fins. As prioridades são também resultado de intervenções pertinentes para as diferentes situações encontradas, e as informações daí advindas exigem que os municípios invistam na capacitação das equipes de saúde locais. Em função da amplitude e complexidade dos problemas, fazem-se necessárias abordagens diferenciadas: algumas são inerentes à epidemiologia, mais relacionadas com as doenças infecciosas; outras são mais complexas e necessitam da articulação de diversas áreas de atuação nos serviços de saúde e, para além desses, com outros setores da sociedade (VAUGHAN; MORROW, 1992).

Considera-se, de maneira geral, como habilidades necessárias às equipes de saúde para planejamento e gestão local: a) definição dos grupos populacionais por idade, sexo e local de residência; b) avaliação das condições e problemas de saúde, e as causas importantes de morbimortalidade; c) coleta de dados de saúde por meio de registros de rotina, vigilância epidemiológica e levantamentos; d) produção de informações por meio da análise de dados; e) interpretação e divulgação de informações sobre saúde; f) avaliação do nível de saúde da população em geral, identificação de grupos de alto

risco e decisão sobre quais os problemas prioritários de saúde; g) utilização de informações sobre a saúde para escolher entre diferentes alternativas de intervenção; h) implementação de melhorias nos programas de saúde; i) estimativa de aumentos no acesso e na cobertura aos serviços de saúde; j) avaliação da efetividade dos programas de saúde na redução de problemas de saúde e de morbimortalidade, além da identificação de mudanças no nível de saúde da população das regiões do município (VAUGHAN; MORROW, 1992).

A seguir são apresentados interfaces entre a epidemiologia e os processos de avaliação e planejamento em saúde.

Avaliação e a estimativa rápida participativa nos Serviços de Saúde

Uma abordagem de avaliação frequentemente utilizada foi proposta por Donabedian (1992), sendo composta de três momentos: avaliação da estrutura, do processo e dos resultados. No âmbito dos serviços, a epidemiologia tem sido mais usada na avaliação de resultados. Ainda que a avaliação de impacto⁶, por exemplo, utilize as mesmas técnicas do diagnóstico epidemiológico, cabe ressaltar que se trata de atividades diferentes. Dessa forma, pode-se pensar em sua adequação como uma útil possibilidade para avaliar programas de serviços de saúde.

É importante ter em mente o grau de subjetividade implicado numa avaliação na medida em que o juízo de valor emitido depende da visão de mundo de quem a executa. Pode-se afirmar que não existem metodologias ideais para sua realização; recomenda-se, sempre que possível, uma composição de métodos e instrumentos organizados de forma a se atingir o objetivo de emitir um juízo de valor sobre

o objeto ou sujeito social avaliado. Gordis (1996 *apud* DRUMOND, 2001) refere-se à avaliação por meio de estudos ecológicos e cita a análise da mortalidade evitável como estratégia. Assim, o que se pressupõe é a taxa de mortes evitáveis que deve ser inversamente proporcional à disponibilidade, acessibilidade e qualidade da atenção em diferentes regiões geográficas, que traduzem uma medida da adequação e efetividade dos serviços numa área.

Observa-se que, cada vez mais, a epidemiologia começa a ser usada na avaliação de processo, ou seja, ela ocorre no transcurso do desenvolvimento das ações (DONABEDIAN, 1992) – mesmo que se restrinja à definição e captação de eventos, à definição das condutas mais apropriadas de abordagem individual ou coletiva, e ao estabelecimento de parâmetros para avaliação. Os “eventos-sentinelas”, ou seja, aquelas ocorrências inesperadas que envolvem óbito ou qualquer lesão física ou psicológica ou o risco de sua ocorrência, constituem uma metodologia exemplar para essa prática. Por exemplo, nos comitês de morte materna, ou em outras situações como nos resultados de exames diagnósticos ou o fracasso do projeto terapêutico, os “eventos-sentinelas” fornecem sinais de emergência para modificação dos procedimentos e ações. Outro instrumento de avaliação que tem sido utilizado, ainda que de maneira restrita, é a epidemiologia da demanda dos serviços de saúde, que pode ser útil às atividades de gestão dos serviços de saúde.

Esse instrumento tem sido alvo de críticas, pois se admite que não reflete de forma representativa a morbidade numa coletividade nem o diagnóstico de suas necessidades. Isso acontece porque esse instrumento pode refletir predominantemente a oferta de recursos e reforçar vícios e/ou erros na prioridade que se dá às ações que produziram a própria demanda. Nas situações em que se conhece a população referenciada à unidade, é possível, entretanto, haver um retrato mais próximo da situação real.

Não obstante ao processo de avaliação em saúde, o planejamen-

⁶ A avaliação de impacto decorre da aferição das modificações produzidas por medidas de saúde pública ou políticas sociais, ou novas formas de trabalho nas unidades de saúde.

to em saúde é uma das funções do gestor municipal, que compreende o reconhecimento do território com as necessidades e demandas de saúde pela população, levantadas por meio do diagnóstico situacional em saúde.

O diagnóstico em saúde é feito a partir da descrição dos problemas de saúde existentes numa população e serve como explicação da sua determinação a partir dos indicadores de saúde mais apropriados a cada situação. Tem por objetivo contribuir na decisão de quais são as atividades mais efetivas para melhorar a situação de saúde da população, a partir da compreensão de por que a doença está presente em determinado lugar e como, a partir daí, pode ser prevenida.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem incentivado a utilização mais ampla da epidemiologia por meio do acompanhamento e análise sistemática da evolução de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde, para melhor compreensão dos determinantes das condições de saúde da população. Essa atividade tem recebido a denominação “análise da situação de saúde” (DI VILLAROSA, 1993).

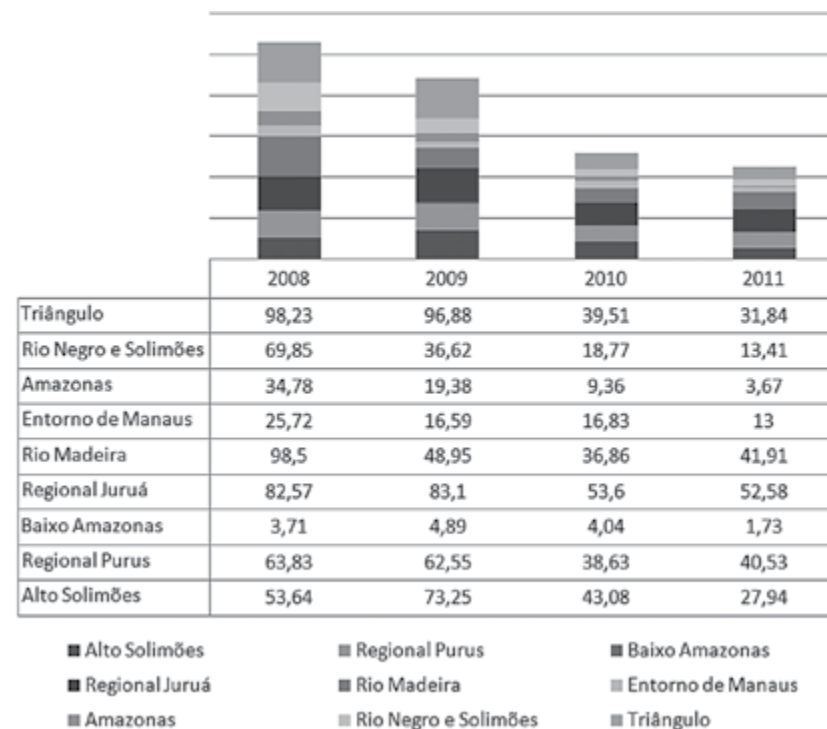
A simples observação da evolução de alguns indicadores apresentados nas tabelas abaixo nos oferece uma ideia das profundas modificações ocorridas nos últimos anos. Essas modificações aconteceram no nível de regiões de saúde no Amazonas e repercutem uma problemática de saúde que é a malária. Neste gráfico, a medida de observação para a malária é o Índice Parasitário Anual (IPA), que estima o risco de ocorrência anual de casos de malária relacionados à picada de mosquitos *Anopheles* infectados com o protozoário *Plasmodium* (falciparum, malarie ou vivax). Os graus de risco expressos pelo IPA podem ser classificados em: baixo (<10,0), médio (10,0-49,9), alto (≥ 50,0) (RIPSA, 2012).

Neste exemplo, é permitido avaliar as condições de saúde de coletivos regionais de saúde do Amazonas, uma vez que este é um dos indicadores negociados pela gestão compartilhada orientada pelo Pac-

to pela Saúde. Assim entende-se que avaliar e acompanhar a situação de saúde permite negociar no âmbito dos colegiados regionais ações gestoras para minimizar o risco de malária, levando em consideração que o IPA é um dos indicadores do Pacto pela Saúde no estado.

O gráfico mostra uma tendência de redução do risco de infecção do *plasmodium* em todas as regiões de saúde. As repercussões dessas mudanças deste indicador determinam as prioridades a serem observadas pelas políticas implementadas pelo setor da saúde no estado.

Figura 03 - Índice Parasitário Anual de malária por Colegiado de Gestão Regional e Ano, Pacto pela Saúde - 2010/2011 – Amazonas.



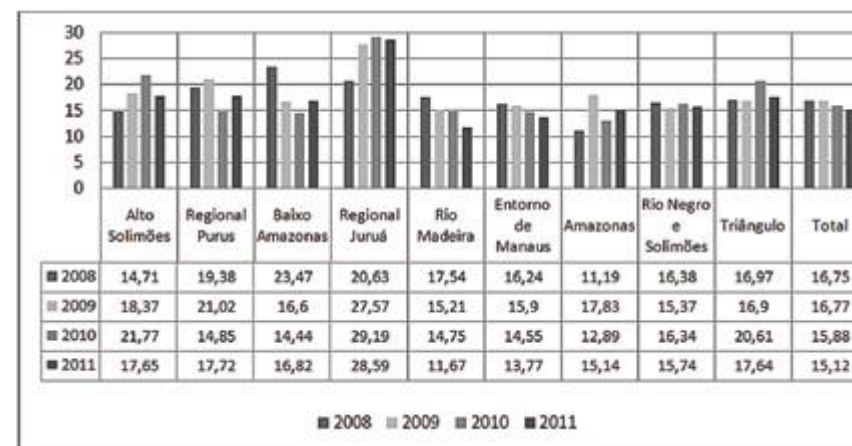
Fonte: DATASUS, 2013

Alguns aspectos devem ser considerados acerca dos diagnósticos coletivos de saúde:

1. O diagnóstico epidemiológico deve ser adequado ao nível que se propõe abordar. Deve utilizar tecnologias pertinentes a este nível, sendo capaz de produzir conhecimento relevante. Por exemplo, no nível municipal, pode definir prioridades na política de saúde e dar base para a eleição de problemas. No nível local ou regional do município, o diagnóstico pode ganhar em poder de intervenção específica apontando para ações mais pontuais e adequadas àquela realidade. Um excelente exemplo de informação relevante para esse fim são os dados referentes à mortalidade da população⁷, que devem sempre ser acompanhados dos dados de morbidade (TANCREDI et al., 1998). No gráfico abaixo, a taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores abordados no Pacto pela Saúde. A problemática da saúde infantil é um desafio da gestão municipal, estadual e federal, uma vez que dados de morbidade em faixa etária vulnerável representa um indicador de gestão e de saúde importante para acompanhar os serviços de saúde, bem como políticas.
2. O diagnóstico pode avançar numa perspectiva temática, com aprofundamentos conceituais para revelar a desigualdade nas condições de vida, adoecimento e morte dos diferentes grupos sociais que habitam uma cidade. Pode buscar ações de busca de equidade ou de inclusão social; trabalhar com conceitos tais como “morte ou adoecimento precoce”; tematizar agravos evitáveis ou inaceitáveis; considerar custos e sua adequação.

⁷ Os dados sobre mortalidade são universais, padronizados em sua codificação e, ainda que demonstrem eventos extremos, permitem inferir sobre as condições gerais e prévias da população. Por serem múltiplas as causas de morte, contribuem na produção de informações sobre diferentes aspectos: qualidade dos serviços de saúde, nos atendimentos de emergência e de rotina; condições da poluição atmosférica; do saneamento básico; do trânsito; das condições de vida e saúde em áreas e situações de risco fatais; sobre a dinâmica da produção da violência; dentre outros aspectos da vida social do município.

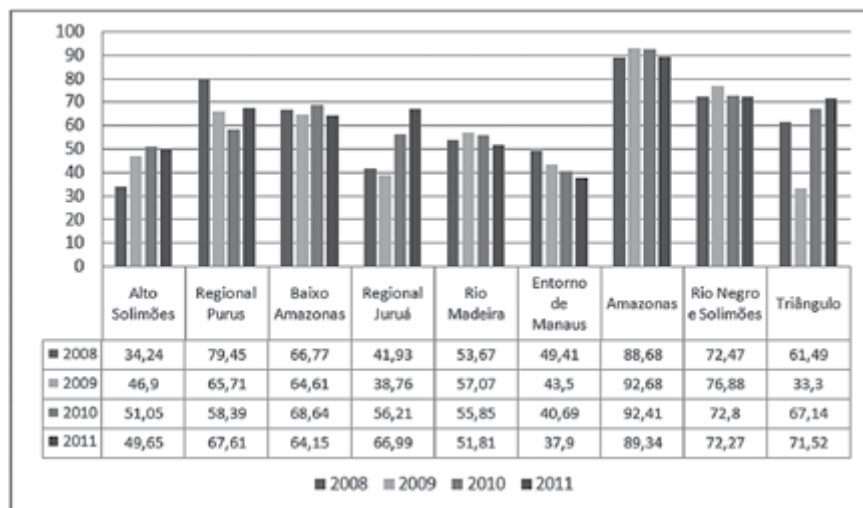
Figura 04 - Taxa mortalidade infantil por Colegiado de Gestão Regional e Ano, Pacto pela Saúde – Amazonas, 2008-2011.



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

3. É necessária a construção de sistemas de informações ágeis e o uso de indicadores adequados que possam aproximar o tempo do diagnóstico epidemiológico (gerado a partir de séries temporais de dados) e o tempo da gestão (que demanda informações imediatas) (MENDES, 1999). No gráfico abaixo, demonstra-se a evolução do cadastramento de equipes de saúde ocorrido pela gestão das regionais de saúde. Regionais de saúde como Alto Solimões e Juruá apresentam uma tendência de aumento da taxa de abrangência da Estratégia Saúde da Família no período de 2008 a 2013, o que significa incorporação de novas equipes e unidades básicas de saúde conquistadas pela gestão local, dentre outras razões, principalmente.

Figura 05 - Proporção da população cadastrada na Estratégia Saúde da Família por Colegiado de Gestão Regional do Amazonas, 2008 a 2011.



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

4. O diagnóstico de base populacional pode informar sobre problemas que extrapolam o setor saúde e apontar para a necessidade de articulação entre setores. As questões ambientais são um importante exemplo dessa necessidade.

Devido à complexidade das organizações que compõem os sistemas de saúde, que possuem relações internas (isto é, dependem dos conhecimentos e ações realizados por diferentes profissionais com base em diferentes disciplinas) e externas (isto é, interdependência entre sistema de saúde e sociedade), apesar de o diagnóstico epidemiológico apontar a tomada de decisões numa certa direção, muitas vezes ela pode ser influenciada pela esfera política, que tem suas próprias determinações (MATUS, 1993). Sendo assim, o diagnós-

tico epidemiológico deve priorizar métodos que estabeleçam uma aproximação com os núcleos de decisão. Não obstante, ao processo de determinação de um diagnóstico situacional em saúde acerca do conhecimento e da dinâmica do território, faz-se necessário apontar um método simples e adequado para subsidiar o gestor de saúde e sua equipe.

A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apoia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população em conjunto com os administradores de saúde (DI VILLAROSA, 1993). O método se fundamenta na análise da distribuição espacial das características socioeconômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso é muito importante, porque auxilia a identificação das particularidades e evidencia as áreas de maior prioridade. Também permite orientar o planejamento das ações de saúde realizadas pela administração municipal segundo a especificidade de cada microárea, de modo que os resultados alcançados venham a ser mais efetivos (PIOVESAN et al., 2005; MENDES, 1999).

Esse método de análise reúne algumas vantagens: a) simplicidade; b) baixo custo; c) rapidez; d) informações específicas de populações definidas. Ainda assim, se apoia em três princípios: a) coletar dados pertinentes e necessários; b) coletar informações que reflitam as condições locais e as situações específicas; c) envolver a comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções. Utiliza três fontes principais de dados: a) fontes secundárias ou registros existentes; b) entrevistas com informantes-chave por meio de questionários curtos; c) observação de campo (PIOVESAN et al., 2005; MENDES, 1999; TANCREDI et al., 1998).

Os dados das diferentes fontes são comparados, checados e sintetizados num relatório final que apresenta uma ampla gama de informações para orientar intervenções da gestão em saúde.

Considerações Finais

Procuramos preservar o atrelamento das ferramentas da epidemiologia com os serviços de saúde, com vistas a fortalecer/aproximar o olhar científico da epidemiologia das práticas e do fazer saúde cotidianamente. É pertinente reforçar que tal aproximação está longe de ser esgotada em um texto, considerando o dinamismo da realidade social e das práticas e avanços da epidemiologia.

A clareza dos conceitos e a sua escolha dependem do interlocutor e da realidade local, podendo interpor-se inúmeros métodos, com diferentes variáveis e, conseqüentemente, resultados. A utilização de ferramentas da epidemiologia nos serviços de saúde está atrelada às práticas consideradas como de “boa gestão”, de modo a reduzir distâncias entre as práticas gestoras e a realidade das doenças, da saúde e da vida das pessoas. Os elementos fornecidos pela epidemiologia qualificam o entendimento do binômio saúde-doença, além de conduzirem, com primazia, a novos estudos analíticos.

Os resultados de uma boa análise epidemiológica devem ser disseminados e compartilhados com os diferentes atores dos serviços de saúde e com os atores sociais, de modo a subsidiar ações condizentes com a realidade local e que impactem de forma positiva a vida das pessoas, sendo uma estratégia/escolha para a diminuição das injustiças existentes.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 28-42. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2015.
- BOING, A. F.; D’ORSI, E.; REIBNITZ, C. **Epidemiologia**: módulo da Universidade Aberta do SUS – UNASUS/UFSC. 2 ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 95p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1166>. Acesso em: 03 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília de 20.09.1990, p. 18.055. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 03 mar. 2013.
- BREILH, J.. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiologia. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 207-233. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2014.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico – OPAS**, v. 10, n. 4, p. 1-11, 1990.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2013.
- DI VILLAROSA, F. N. **A estimativa rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário – Manual de Instruções – Série desenvolvimento de serviços de saúde 11**. Brasília: OPS Representação do Brasil; 1993. 49p.
- DONABEDIAN, A. **Evaluación de la calidad de la atención médica. In: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington: Publicación Científica N° 534, Organización Panamericana de la Salud, 1992.

DRUMOND J. R. M. **Epidemiologia e saúde pública: reflexões sobre os usos da epidemiologia nos serviços do sistema Único de saúde em nível municipal.** 2001. 201 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000226569&fd=y>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

LIMA, R. T. S. **Desigualdades sociais e mortalidade na infância no contexto intraurbano de Manaus, Amazonas, Brasil.** 2014. Tese (Doutorado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

MAINZ, J. **Defining Indicators.** Buenos Aires, 2001.[Palestrarealizada no 4th Isqua Indicators Meeting on Global Indicators for Patient Care].

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: IPEA, 1993.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 1995.

PIOVESAN, M. F. et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 83-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2013.

PORTELA, L. E., TEIXEIRA, C. Epidemiologia e Gestão de Serviços de Saúde. In: ALMEIDA FILHO, N., BARRETO, M. L. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 616-621

Rede Interagencial de Informações para Saúde, RIPSa. **Indicadores de morbidade e fatores de risco: índice Parasitário Anual de Malaria.** 2012. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-4/?l=pt_BR>. Acesso em: 04 mai. 2013.

ROSE, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: BUCK, C. et al. (Org.). **El Desafío de la Epidemiología: Problemas y Lecturas Seleccionadas,** Publicación Científica 505, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1985. p. 901-909.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde.** 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 15-30.

SILVA JR. A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde.** São Paulo: Ed. Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

TEIXEIRA, C. **Planejamento Municipal em Saúde.** Salvador: Ed. Instituto de Saúde Coletiva; 2001.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os Municípios: Manual para o Gerenciamento dos Distritos Sanitários.** São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

WALDMAN, E. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **IESUS**, v. 7, n. 3, 1998. p. 7-26. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n3/v7n3a02.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2013.



Esta imagem ilustra o movimento da educação como algo permanente e em rede, inclusive podendo ser na rede, como aconteceu com esta turma na região do Rio Madeira. A imagem traz uma das características do território amazônico: a rede no barco, mas que nos universaliza pela educação, pois faz a relação com outros formandos em outros territórios e dialoga com autores de outras regiões. A educação, nesse caso, constrói-se pelo envolvimento com o cotidiano, buscando superar limites para realizar as saúdes que circulam pelos territórios, o que permite pôr em questão não apenas o trabalho, mas o próprio conhecimento que embasa as ações técnicas e o modo como o trabalho se organiza e se realiza.

