



VER-SUS/São Paulo

Textos Reunidos



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

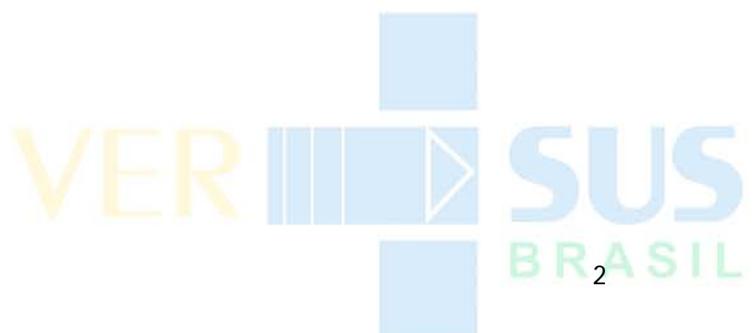
Organização

Vivências e Estágios na Realidade do SUS de São Paulo (VER-SUS/SP)
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP)
Associação Paulista de Saúde Pública (APSP)
Rede HumanizaSUS (RHS)

Diagramação

ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE - EMS
Rua Gomes de Carvalho, 250 - Vila Olímpia - São Paulo - SP
CEP: 04547-001
Fone/Fax: 11 3846-4569
www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ems

 facebook.com/EscolaMunicipalDeSaude
 twitter.com/EscolaMunSaude
 slideshare.net/escolamunicipaldesaude
 ead2.saude.prefeitura.sp.gov.br





Sumário

Apresentação	4
O VER-SUS como Dispositivo de Diálogo na Formação em Saúde e nos Serviços de Saúde: conectando saberes e práticas.....	5
Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.....	10
Reforma Urbana.....	33
O Direito a Cidade e o Direito a Saúde	42
Rede HumanizaSUS: rede viva na ocupação do ciberespaço	47
Bibliografia	55



Apresentação

O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) sustentado pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2003 a 2005 e reativado em 2011 carrega em si uma política de formação importante para os estudantes de graduação da área da saúde (e fora dela) comprometidos com políticas públicas de saúde integrais, universais, equânimes e com participação social.

Em São Paulo, o VER-SUS/SP tem guiado suas construções na mutabilidade que a política municipal de saúde pode operar sob os territórios, ou seja, o objeto das vivências paulistas é acompanhar os processos, paisagens e passagens que compõe as redes de atenção à saúde e a gestão do cuidado.

Podemos dizer que o compromisso do VER-SUS/SP é ativar processos de subjetivação para despertar no outro e em si questões fundamentais para a defesa dos sistemas e serviços de públicos de saúde, hoje! E, na travessia pelo mundo do trabalho em saúde no SUS vamos colecionando experiências no nosso corpo afetando e sendo afetados por essa vivência.

Os textos reunidos encontrados nesta produção constituem de um dispositivo para fomentar discussões acerca da tríade saúde, cidade e ambiente urbano. Discutir saúde e ambiente urbano requer olhar atencioso para as condições de moradia, do direito a cidade e da reforma urbana para as populações.

Esperamos que as leituras possam ser rizomáticas com a produção de novidade que as vivências do VER-SUS 2016.1 se propõem a construir conectando os diferentes saberes e diferentes olhares sobre a saúde nos territórios.

Carolina da Silva Buno
Beatriz Cabral Vasconcellos Vinhas
Isabelle Araujo Varvello Soares
Allan Gomes de Lorena



O VER-SUS como Dispositivo de Diálogo na Formação em Saúde e nos Serviços de Saúde: conectando saberes e práticas

Allan Gomes de Lorena

Beatriz Cabral Vasconcellos Vinhas

Emelyn Hernandez Rosa

Ronaldo Morales Junior

Mirian Ribeiro Conceição

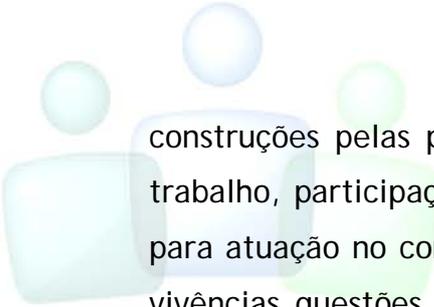
Marco Akerman

CONECTANDO O LEITOR...

Esta é uma síntese reflexiva sobre o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). A intenção do VER-SUS é de aproximar os alunos da área da saúde do cotidiano do trabalho dos serviços e dar um novo sentido à formação dos estudantes. Nesse contexto, impulsionado pelo Movimento Estudantil e pelo Ministério da Saúde, o estágio de vivência no SUS é realidade para o país e promove a integração ensino-serviço-território.

As vivências em São Paulo são construídas por uma comissão que congrega estudantes de diferentes Instituições de Ensino Superior (IES): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Curso de Terapia Ocupacional e Residência em Redes de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/Baixada Santista). Este coletivo, em busca de gestões municipais que solidificassem e inovassem as Redes de Atenção à Saúde, em julho de 2014 realizou a primeira experiência no município de São Bernardo do Campo. E, a partir desta, ampliou a organização dos estágios de vivência para as cidades de Mauá, Santos, Guarulhos e São Paulo, no verão de 2015.

O apoio intracomissão é um dos eixos que orienta a proposição metodológica do VER-SUS/São Paulo de um trabalho em rede, conectivo e rizomático. Deleuze e Guattari (1995) explicam-nos que os rizomas são “princípios de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro” (p.15). Desse modo, os estágios e as vivências em São Paulo guiam suas



construções pelas práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS), gestão do trabalho, participação social, prática do cuidado baseada no território e formação para atuação no contexto da saúde coletiva, buscando trazer para construção das vivências questões que tangem tanto a importância da gestão do SUS, como da complexidade dos processos de subjetividade, cuidado e relações humanas nas redes de atenção.

A CAPILARIZAÇÃO DAS POTÊNCIAS DIALÓGICAS

A proposição da metodologia coletiva e dialogada na construção das vivências fez reverberar processos descentralizados de decisão sobre os itinerários formativos a serem percorridos pelos estudantes em imersão.

A EPS foi estratégia de suporte à coletivização das decisões, enquanto proposta pedagógica que fundamenta a construção de conhecimento por meio da aprendizagem significativa, de experiências, vivências e problematização das práticas e saberes, destinadas a públicos multiprofissionais, objetivando a transformação das práticas técnicas e sociais (BRASIL, 2004).

A cogestão dos processos propiciou o pensar, fazer e decidir coletivo. O ensino e a aprendizagem embasaram-se no paradigma ético-estético-político de Guattari (1992), que se constitui na relação entre essas diferentes dimensões, ou seja, dimensão ética na implicação dos atores nos processos reflexivos e propositivos; dimensão estética no que tange a extensão da criação e composições para os itinerários formativos; dimensão política na corresponsabilização dos resultados produzidos.

Deste modo, entendendo como inerente a relação ensino-serviço, houve um estreitamento entre comissão-gestão, gestão-serviços, serviços-usuários, à medida que se optou pela imersão em diferentes âmbitos das realidades do SUS (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Os itinerários de formação, então, antepuseram os processos de ensino e aprendizagem, com vistas a transformações, para todos os atores em “cada e para todas” essas dimensões.

Neste contexto, J. Oury (1991) foi quem nos embasou para a denominação de itinerários de formação. O autor coloca em questionamento modelos pedagógicos de



“transmissão de informação”, pontuando que o engajamento subjetivo com os processos de trabalho são produtores de aprendizagem, formadoras e transformadoras dos sujeitos envolvidos.

Deste modo, consonante com a construção de aprendizagem significativa, ressalta-se a constituição dos aprenderes como processo dialogado. Roschke (2004) apresenta aprendizagem no entremeio tanto do plano de estruturas afetivas quanto do cognitivo, sendo possível apenas quando corresponde a um desejo manifestado pelo indivíduo.

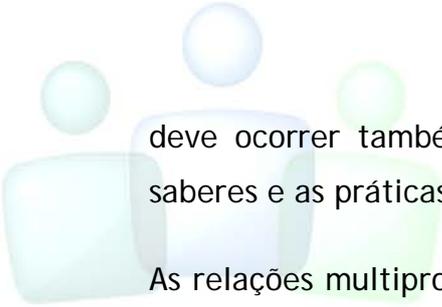
Assim, a capilarização do processo de decisão, enquanto ferramenta de cogestão, bem como o acolhimento dos estudantes proporcionaram diálogos e aprendizagem a todos os atores envolvidos nas vivências, produzindo impactos que se estenderam aos processos de trabalho, e não se encerrando com a experiência aqui referida.

DESAFIOS PARA UM TRABALHO EM SAÚDE INTEGRAL E RESOLUTIVO

O desafio do trabalho em saúde integral é o de disputar processos mais coletivos. Individualizar as relações profissionais na área da saúde traz para o trabalhador e para o usuário um sentimento de não pertencimento, que muitas vezes é invisível em um primeiro contato, mas seus efeitos são visíveis e negativos na assistência e no cuidado, haja vista que os processos de saúde-doenças são perpassados pela interdependência de diferentes fatores.

Uma vez que lidamos com especialidades e subespecialidades do saber, cada vez mais frequentes no ensino em saúde, depararmo-nos com um desenvolvimento imensurável do conhecimento; porém, o usuário do sistema de saúde é indivisível, histórico e coletivo, gerando, assim, dissonâncias entre a fragmentação das ofertas e a busca por cuidado em saúde e seus diferentes determinantes.

Encontramos no vínculo, na comunicação e na empatia entre os profissionais de saúde, importantes ferramentas de promoção da interdisciplinaridade e de humanização no atendimento voltado ao usuário. Deste modo, fazem-se necessários processos formativos horizontais que se estendam às ações de saúde, ou seja, não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, assim



deve ocorrer também o estranhamento de saberes e a desacomodação com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar (CECCIM e FERLA, 2009).

As relações multiprofissionais são pouco exploradas nas universidades e o VER-SUS apresenta uma proposta que foge do modelo biologicista de formação das profissões, estimulando o empoderamento de novos atores sociais comprometidos com a construção contínua do SUS. Os estudantes devem ser incitados a articular um conhecimento integrador pautado em ações coletivas e colaborativas.

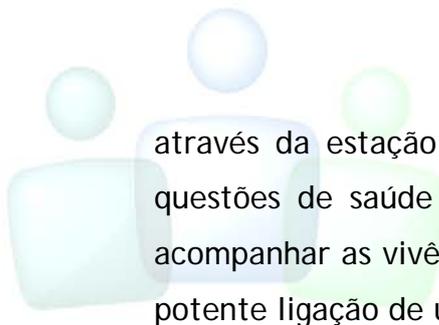
Deste modo, os diversos modos de ver a realidade, sob diferentes olhares e atuações profissionais apresentou, nesta experiência, grande potência para desenvolver discussões e atividades que se aproximam da integralidade do cuidado e da EPS. A visão multi-irradiada tanto no planejamento da vivência, na realização das mesmas, bem como nesta produção permitiu estimular e reinventar um trabalho multiprofissional em saúde.

ABRINDO POSSIBILIDADES PARA NOVAS CONVERSAS

O projeto tem sido, pelo grande número de viventes, considerado “divisor de águas” no processo de graduação. É também avaliado como estimulante por trabalhadores, que se reconhecem em outros que estão por vir, bem como no repensar das práticas encontrando energia para continuar construindo experiências exitosas de produção de cuidado integral em saúde. Assim, forma novos atores para o SUS e fortalece o engajamento de sujeitos que acreditam nesse sistema de saúde.

Norteadas por práticas de metodologias participativas, construída com grupos heterogêneos de formação, promove experiências em diversos cenários e contato com diversos atores e discussões reflexivas. Assim, toca os corpos, causa incômodos à medida que cria questões, constrói vínculos reais, atravessando a vida de cada sujeito, potencializando a formação crítica, propositiva, de construtores da Saúde Coletiva, vindos de diversas graduações.

Nesse processo, as agendas coletivas são estreitadas e a intersetorialidade e transversalidade adquirem potencial de consolidação. O VER-SUS/São Paulo possui uma página na rede social Facebook, além do rico espaço on-line do Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS),



através da estação de observação VER-SUS, onde todos que se identificam com questões de saúde coletiva e com o projeto podem divulgar, sugerir, dialogar, acompanhar as vivências e demais eventos que são transversais, configurando uma potente ligação de uma rede coletiva, colaborativa e conectiva.

A produção aqui referida esboçou os movimentos produzidos “para e nas” vivências, como a potência da construção coletiva do processo. A integração ensino-serviço, esta experiência materializou se aqui pela escrita, permitida pela composição dos nossos diferentes olhares.

Seguimos fortalecendo, em nós e por nós, a rede em sua amplitude, os processos de formação, a necessidade do trabalho multiprofissional, a construção de micro e macropolíticas e a complexidade dos territórios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

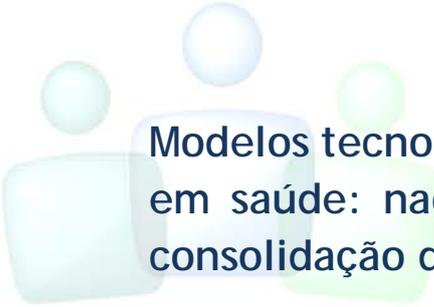
CECCIM R.B.; FEUERWERKER L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65,2004.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia.. Rio de Janeiro: 34, 1995.

GUATTARI, F. Caosmose. Um Novo Paradigma Estético. Rio de Janeiro: 34, 1992.

OURY, J. Itinerários de Formação. Revue Pratique, n.1, p.42-50, 1991.

ROSCOE, M.A. Aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de saúde. Manuscrito, 2004.



Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

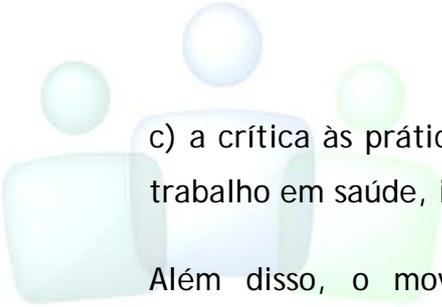
O Movimento da Reforma Sanitária foi ao mesmo tempo uma bandeira de luta específica e parte de uma totalidade de mudanças (Arouca, 1998), já que concretizava setorialmente (na saúde) os direitos democráticos pelos quais amplos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam.

Foi e segue sendo uma proposta, já que oferece princípios e proposições, como os plasmados no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, muitos dos quais incorporados ao texto constitucional. Ao mesmo tempo é um projeto, pois representa um conjunto de políticas articuladas, que incluem uma dada consciência sanitária, a defesa da participação cidadã e a vinculação da saúde com lutas políticas e sociais mais amplas. E também é um processo, pois se transformou em bandeira de lutas, possibilitou a articulação de práticas e a conformação de um projeto político-cultural consistente (Paim, 1997).

A potência do movimento da reforma sanitária no período final da ditadura e durante a Constituinte esteve baseada em sua capacidade de construir no coletivo a idéia do direito democrático de todos à saúde (uma perspectiva de igualdade numa sociedade desigual) e propor as linhas gerais de um novo ideário sanitário (Fleury, 1997).

Segundo esse ponto de vista, as principais idéias-força da reforma sanitária, seriam:

- a) o modelo de democracia: a utopia igualitária (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática;
- b) a proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população;



c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.

Além disso, o movimento pela reforma sanitária se estruturou de maneira democrática, diversa, capilar e inclusiva e adotou um estilo de militância coerente com suas proposições.

No processo de luta pela democracia, portanto, a saúde foi um campo em que os diferentes atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura contaram com um discurso alternativo ao hegemônico, com formulações e proposições (de saúde, de democracia) e com modos de fazer política compatíveis com a radicalidade da proposta em questão.

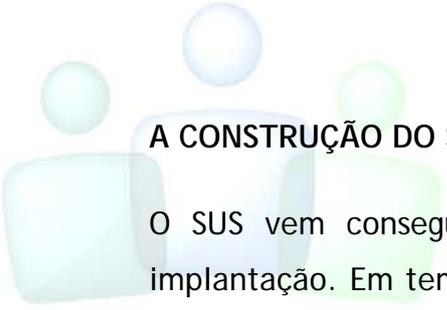
É possível que essa seja uma das explicações para que compreendamos a diferença significativa da capacidade de mobilização (e de conquista) do movimento da reforma sanitária quando comparado aos movimentos democráticos no campo da educação, por exemplo.

E provavelmente é essa ainda a explicação para a capacidade que o processo de construção do SUS tem tido de continuar apaixonando, mobilizando e conquistando militantes ao longo dos últimos 15 anos, apesar de todas as dificuldades enfrentadas.

No entanto, o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la.

O modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde são todos elementos críticos nesta situação, pois contribuem ou dificultam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS.

Por essa razão estes são temas de relevância fundamental para os formuladores das políticas, gestores do SUS em todas esferas e atores implicados com a construção democrática da saúde no país.



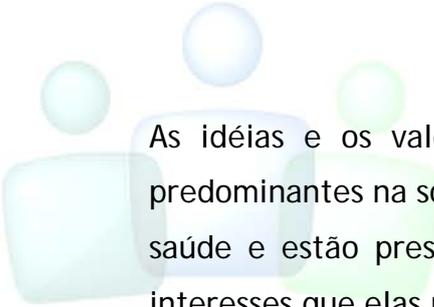
A CONSTRUÇÃO DO SUS

O SUS vem conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, recentemente se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social.

Vale destacar, entretanto, que ao mesmo tempo em que houve avanços na implementação do sistema público, também o subsistema privado, designado constitucionalmente como complementar, avançou em sua organização e na conquista de legitimidade social.

O subsistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional é considerada "normal". Persiste a supervalorização do trabalho do médico, em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde, e também a centralidade do hospital como instância articuladora do sistema, por ser este o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura (Santos, 2004).

Além disso, em seu processo de constituição, o SUS herdou um conjunto de serviços - hospitais, ambulatorios e unidades básicas - que funcionavam em estreita relação com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços (de internação, laboratoriais e de diagnóstico, por exemplo). Todas essas unidades e serviços operavam com os conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho em saúde. E, majoritariamente, assim continuam operando.



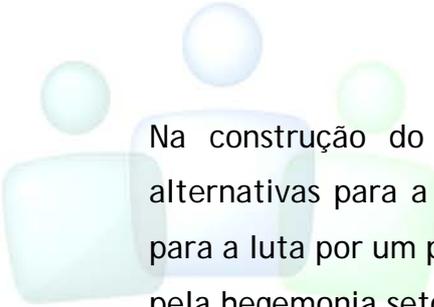
As idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Um exemplo desta interferência: as forças construtoras do SUS lutam por assegurar saúde como direito, acesso universal e equidade. Mas não conseguiram transformar a lógica de distribuição dos recursos da saúde, que continuam fortemente orientados à atenção terciária (chamada de alta complexidade), na qual estão concentrados os procedimentos e a tecnologia dura. Em 2004, esse segmento concentrou 73% dos gastos em saúde, embora tenha sido responsável por um terço dos atendimentos. Ademais, esse segmento é remunerado a preços de mercado, ao contrário de tudo mais no sistema.

Para complicar, atualmente não se pode dizer que continue existindo um movimento sanitário, como um movimento social organizado e militante. Existe, sim, um contingente expressivo de atores mobilizados por tentar construir um sistema de saúde que se aproxime das proposições originais da Reforma Sanitária. Mas não existe mais, como nos tempos pré-conquista do SUS, o debate intenso, a circulação ampla de propostas, a mobilização contínua em torno de uma disputa política e ideológica feroz.

É no campo da saúde coletiva que se trabalham as idéias herdadas da reforma sanitária, cabendo aos intelectuais e militantes desse campo a formulação de proposições que ajudem o SUS a se aproximar de seus princípios, num jogo complexo, em que existe uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria.

Parece interessante considerar, como diz Bourdieu (2003), que no campo da saúde, além da lógica de acumulação de bens materiais por meio da compra e venda de equipamentos, insumos, planos de saúde e seguros, está em disputa um mercado de bens simbólicos, que tem seu capital específico, sua forma específica de acumulação, objetos de disputas e lucros diferenciados, que conferem identidade aos diversos campos componentes da sociedade.



Na construção do SUS, portanto, a capacidade de formulação de propostas alternativas para a compreensão da saúde e sua prática é elemento fundamental para a luta por um projeto de sistema, por um projeto de sociedade, para a disputa pela hegemonia setorial.

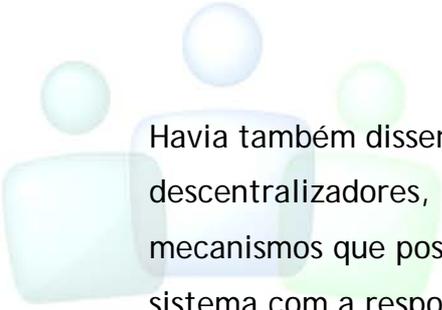
A hipótese que apresento neste artigo é que é exatamente no campo da política e da formulação das propostas de organização do sistema e das práticas de saúde que temos cotidianamente, e ao longo dos últimos anos, perdido batalhas em defesa da concepção igualitária de direito e de acesso à saúde e do conceito ampliado de saúde.

OS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS E A DISPUTA PELO CONCEITO E PRÁTICAS DE SAÚDE

Durante todo o processo de construção do SUS, tem existido uma disputa permanente entre as propostas do campo público e as propostas privatizantes oriundas do setor privado da saúde e das diretrizes internacionais para as políticas sociais (Estado Mínimo, Cesta Básica etc.).

Além disso, no interior do campo da saúde coletiva, longe de haver acordo, tem existido um importante dissenso acerca das estratégias e dos conceitos centrais para a construção democrática na saúde.

Durante os primeiros anos de organização do sistema, em suas instâncias de gestão, os principais debates e as polêmicas giraram em torno dos mecanismos de financiamento e de gestão. Havia consenso em relação à necessidade de estabelecer fontes fixas e investimento mínimo indispensável para o financiamento da saúde (luta que acabou desaguando na proposta de emenda constitucional 29, que estabelece investimentos mínimos em saúde para cada uma das três esferas de gestão). Há desacordos, entretanto, em relação às modalidades de organização do financiamento: críticas do Conasems em relação ao repasse fragmentado de recursos por parte do Ministério da Saúde, muitos deles vinculados a programas e ações específicos, o que reduz a possibilidade de o gestor municipal organizar os serviços de acordo com políticas municipais de saúde e diferentes realidades locais (Santos, 2004).



Havia também dissensos e intensas disputas em relação à efetivação de mecanismos descentralizadores, ao papel de cada esfera na gestão do SUS e à constituição de mecanismos que possibilitassem combinar a autonomia de cada esfera na gestão do sistema com a responsabilidade pelo cumprimento dos compromissos pactuados em torno da oferta dos cuidados indispensáveis à saúde da população.

Embora existam progressos significativos (reconhecimento da gestão plena da atenção básica para todos os municípios, praticamente todos os Estados com gestão plena do sistema), as responsabilidades de cada esfera de governo na saúde continuam em disputa (vide debates sobre o novo Pacto de Gestão, Ministério da Saúde, 2005) e continuam sendo buscados mecanismos mais efetivos para a responsabilização das diferentes esferas de gestão pela superação dos problemas do SUS2.

Existe o reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos. No entanto, no âmbito das Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartites) e do Conselho Nacional de Saúde tem sido escasso o debate acerca das razões para essa dificuldade ou de alternativas para sua superação. Há, apenas, algum nível de tensionamento, produzido sobretudo por parte dos gestores municipais, para que exista liberdade, principalmente no espaço municipal, para a implementação de diversos arranjos de organização da atenção, respeitados os princípios do SUS.

A partir de 1994, entretanto, o Ministério da Saúde capitaneou um processo de reorganização da atenção básica/atenção primária à saúde por meio do programa/ depois estratégia/ depois política de Saúde da Família, que articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde/Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde.

De acordo com o conceito pactuado pela Comissão instituída pela Portaria 676 GM/MS (03/06/2003), composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, as equipes de Saúde da Família trabalham em um dado território, compreendido não somente como uma área geográfica, mas incluindo



toda a complexidade das relações sociais e econômicas estabelecidas em seu interior.

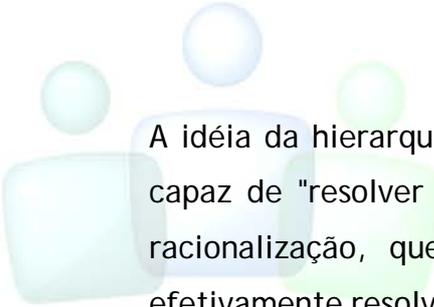
A epidemiologia é a principal ferramenta para o planejamento local e para a definição / identificação dos problemas prioritários, que são a base para a articulação das ações e práticas de saúde e a Programação em Saúde é a principal estratégia para organização das práticas de atenção.

Como elementos inovadores em relação à organização das UBS e dos Distritos de Saúde, a Saúde da Família traz o fato de o trabalho não estar centrado na unidade e sim no território, mais precisamente nas famílias. Traz de maneira mais forte a idéia da equipe de saúde, tendo o Agente Comunitário como principal novidade, por sua capacidade de ampliar o diálogo com a população, bem como a compreensão sobre o contexto local, além de fortalecer as possibilidades de vínculo e responsabilização (Souza, 2001).

Vários dos temas polêmicos no campo da saúde coletiva em torno do desenho tecnoassistencial da atenção vêm à tona ao se examinarem os dilemas enfrentados no trabalho das equipes de saúde da família e na organização predominante do sistema de saúde.

Qual o melhor caminho para se construir a integralidade: rede hierarquizada com a atenção básica definida como porta de entrada a priori ou rede como arranjo variável em que se pode entrar por qualquer ponto, ser acolhido e incluído nas ações de acompanhamento, a depender das necessidades de saúde (Cecílio, 2001)? Qual a melhor maneira de assegurar a integralidade: os mecanismos de referência e contrarreferência (eternamente propostos e raramente concretizados) ou a constituição (mais flexível) de equipes de apoio matricial e de mecanismos de educação permanente em saúde de acordo com as necessidades dos trabalhadores da atenção básica (Caldas & Eller, 2003)?

O SUS - e a Saúde da Família - tem prosseguido com a tentativa de disciplinar a demanda, ao afirmar a atenção básica como porta de entrada do sistema e não se preocupar em criar outros mecanismos de acolhimento e inclusão em outras portas de entrada efetivamente operantes (como são os Pronto-Socorros, por exemplo).



A idéia da hierarquização e a definição de uma porta de entrada que deveria ser capaz de "resolver 80% dos problemas de saúde" correspondem a um esforço de racionalização, que esbarra exatamente na baixa capacidade das equipes de efetivamente resolverem problemas. Baixa resolubilidade que pode ser explicada de várias maneiras, entre as quais:

a desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, já que os sistemas de saúde são organizados por níveis - atenção básica e atenção especializada (dividida em média e alta complexidade) - e não há mecanismos de articulação entre eles, que são operados e financiados segundo lógicas distintas (per capita x procedimentos);

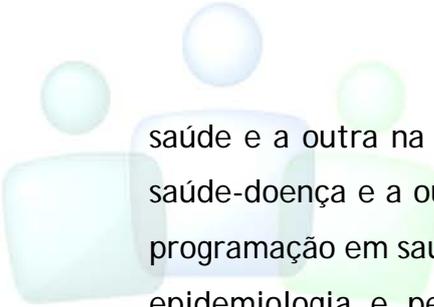
- as importantes limitações da chamada "média complexidade" (que restringem o acesso a procedimentos diagnósticos e ao apoio de especialistas);

- o próprio perfil de formação dos profissionais, particularmente os médicos, que enfrentam profundas dificuldades para dar conta da complexidade dos problemas de saúde mais freqüentes (tanto em seus aspectos estritamente clínicos, como em sua relação com as questões sociais como as condições de vida e a violência, por exemplo).

A articulação intersetorial e a promoção à saúde são propostas incorporadas pela Saúde da Família, mas também como atribuição fundamentalmente das equipes da atenção básica. Se, por um lado, multiplicam-se iniciativas criativas nos espaços locais, a potência política que o trabalho intersetorial exige - tanto no controle de recursos como no estabelecimento de prioridades de ação - escapa da governabilidade das equipes e está ausente da agenda da maior parte dos gestores da saúde e dos prefeitos.

Duas outras polêmicas significativas em relação aos modelos tecnoassistenciais dizem respeito às tecnologias mais adequadas para organizar as práticas de saúde e às possibilidades de inovação das práticas de saúde no âmbito concreto da atuação das equipes e dos trabalhadores da saúde.

Segundo a lógica da Programação em Saúde, adotada como referencial pela Saúde da Família, haveria uma polarização entre epidemiologia e clínica: uma centrada na

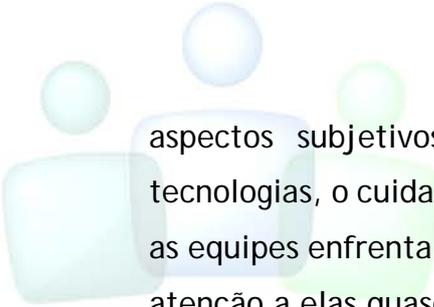


saúde e a outra na doença, uma operando com a determinação social do processo saúde-doença e a outra com a concepção biológica da saúde (Merhy et al, 2003). A programação em saúde levaria os trabalhadores a adotarem práticas orientadas pela epidemiologia e pelo referencial da saúde e, portanto, mais potentes que as ensejadas pela clínica e pelo referencial das doenças (Schraiber, 1990). Os condicionamentos políticos, materiais e ideológicos tornariam escassas as possibilidades de renovação da clínica, levando os profissionais, atuando livremente, a reproduzir as práticas hegemônicas de saúde (Schraiber & Machado, 1997).

Segundo o movimento pela Defesa da Vida (Campos, 1992; Cecílio, 2001; Merhy, 1997) a epidemiologia seria uma ferramenta útil para dimensionar e priorizar problemas, mas não poderia substituir a clínica, que é a tecnologia de que dispomos para o cuidado individual. A clínica deveria ser ampliada, enriquecida por novos referenciais, pelo resgate da dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários. Ao invés de restringir a liberdade e a autonomia dos trabalhadores da saúde por meio da programação, a aposta seria investir ao máximo nesse espaço, ampliando mecanismos e oportunidades para comprometê-lo com a atenção às necessidades dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (Merhy, 2003).

É possível constatar múltiplas tensões na organização do trabalho na Saúde da Família. Apesar das práticas com o coletivo, com as famílias, nas casas, nos locais de trabalho e convivência serem teoricamente uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos agentes comunitários, seguidos pelos profissionais da enfermagem. A carga de atenção por meio das consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte da agenda dos médicos.

Os programas efetivamente produzem um certo ordenamento das práticas de saúde, ao tempo que criam uma carga grande de "procedimentos obrigatórios". Ou seja, as necessidades de saúde definidas tecnicamente por meio da epidemiologia e as práticas estabelecidas por meio da Programação em Saúde definem e ao mesmo tempo limitam o repertório de ação dos trabalhadores, pois desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado e para lidar com os



aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer. Sem novas tecnologias, o cuidado clínico ou fica restrito ou reproduz o hegemônico. Além disso, as equipes enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea e a atenção a elas quase sempre se conforma no esquema queixa-conduta.

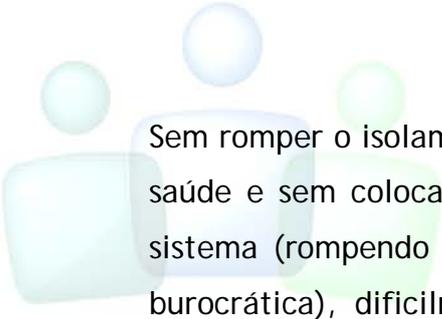
A contraposição entre epidemiologia e clínica está por trás da opção por investir na atenção básica para reorganizar as práticas de saúde. A atenção básica seria o mundo das práticas coletivas, portanto mais favorável às inovações programáticas e paradigmáticas, e os demais segmentos do sistema seriam o mundo da clínica, subjogado por conceitos e práticas hegemônicas de saúde.

Em consequência, não se propuseram políticas ou iniciativas significativas para reconfigurar as práticas de saúde na atenção especializada e nos hospitais (no máximo trabalhou-se pela humanização desses serviços, particularmente dos hospitais) que, portanto, continuam efetivamente operando na lógica hegemônica.

Na prática, então, não se construíram os meios para haver um diálogo entre a atenção básica e os serviços especializados e hospitalares. São dois mundos supostamente articulados, mas operando com lógicas distintas. E, nesse enfrentamento, a atenção básica sai perdendo, pois socialmente ela é o local das "práticas simplificadas", da "medicina de pobre para pobres", sempre "culpabilizado" por sua ineficiência e desqualificação.

Ou seja, ao não enfrentar a disputa ideológica em todos os campos da saúde e ao não buscar inovar a prática clínica, o modelo tecnoassistencial implementado de maneira predominante no SUS vem propiciando a reafirmação de conceitos e práticas hegemônicas em saúde e condenando a um gueto o espaço da atenção básica, que é onde se espera que esteja havendo a produção de práticas de saúde inovadoras.

As equipes de Saúde da Família que efetivamente se comprometem com a construção do SUS e se responsabilizam pelo cuidado à saúde dos usuários (e são muitas, em todo o território nacional) angustiam-se diante de seu isolamento e da falta de governabilidade para enfrentar problemas decisivos para a produção da saúde nos diferentes contextos (Matumoto, Fortuna et al, 2005).



Sem romper o isolamento, sem a produção de novas tecnologias para o cuidado em saúde e sem colocar a construção de linhas de cuidado na agenda da gestão do sistema (rompendo com o isolamento da atenção básica e com a hierarquização burocrática), dificilmente será possível produzir atenção à saúde de qualidade, atendendo às expectativas dos usuários - todos esses elementos indispensáveis para a consolidação política do SUS.

Mas isso não é tudo. A gestão do sistema e o modo de fazer política de saúde são também elementos fundamentais nesse processo.

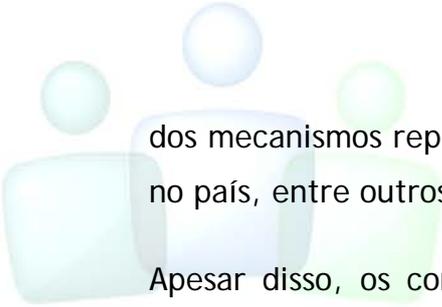
A GESTÃO DO SUS E OS MODOS DE FAZER POLÍTICA DE SAÚDE

Uma outra polêmica importante no campo da saúde coletiva gira em torno das maneiras de fazer cumprir os compromissos democráticos e democratizantes na construção do SUS, um elemento importante da "alma" do movimento pela Reforma Sanitária.

Há vários âmbitos para se pensar a democratização do sistema: o dos conselhos e das conferências - mecanismos de participação representativa de prestadores, trabalhadores e usuários na gestão; o das relações entre os gestores das três esferas (bipartites e tripartite) e o da participação direta de trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços de saúde.

O movimento pela reforma sanitária produziu muitos conceitos e propostas a partir de experimentações e da mobilização ativa de diferentes atores sociais. Assim como a descentralização dos serviços de saúde iniciou-se antes da constituição do SUS, por meio do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e das AIS (Ações Integradas de Saúde), os mecanismos de participação social foram sendo gestados antes de 1988, por meio das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS). Foi a partir dessa experiência que foram concebidos os Conselhos de Saúde, legalmente instituídos pela Lei 8142.

Esses Conselhos (locais, municipais, estaduais e o nacional) existem e funcionam e, apesar de todas as suas limitações, constituem um dos mecanismos mais democráticos de controle das atividades públicas existentes no país. Suas limitações têm a ver com o grau de organização da sociedade civil, os problemas intrínsecos



dos mecanismos representativos de participação e as práticas políticas dominantes no país, entre outros elementos (Bogus, 1998).

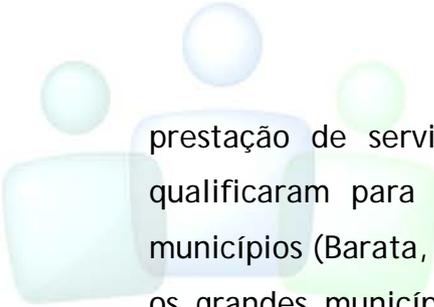
Apesar disso, os conselhos e as conferências de saúde são ainda um espaço de militância e por meio deles milhares de brasileiros participam de debates e interferem de algum modo nos destinos do sistema de saúde. Mas falta avançar para serem mecanismos efetivos de gestão democrática e participativa, como se pretendia com o movimento da reforma sanitária (Carvalho, 1997).

No que diz respeito às relações entre os gestores das três esferas do SUS, também houve avanços e há mecanismos de negociação que são inimagináveis para outros setores da sociedade brasileira. As Comissões Intergestores, tanto as estaduais como a nacional, configuram-se como espaço de disputa e negociação, constituindo-se como os principais fóruns de pactuação das políticas de saúde no país. São esses mecanismos de pactuação que tornam possível o funcionamento descentralizado e articulado do SUS, bem como a existência de políticas nacionais de saúde (ao contrário do que acontece na Educação, em que os Conselhos Estaduais de Educação têm completa autonomia em relação à esfera federal).

No entanto, a "autonomia de gestão" dos entes federados e as atribuições de cada esfera de gestão do SUS continuam sendo objeto de intensa disputa. A descentralização por meio da municipalização ocorreu, é fato. Saúde é responsabilidade de cada gestor municipal deste país, já que os municípios efetivamente são os principais prestadores de serviços de saúde e os maiores empregadores de trabalhadores de saúde (Ministério da Saúde, 2005).

No entanto, é restrita sua autonomia para a definição das políticas e das prioridades de ação, especialmente pelo fato de, sobretudo o Ministério da Saúde, utilizar intensivamente mecanismos financeiros para "induzir" a adoção e implementação de políticas. Como a esfera federal é responsável por aproximadamente 50% do financiamento da saúde, seu poder de pressão/ "indução" é muito significativo.

A esfera estadual deixou de ter um papel significativo na prestação dos serviços, sobretudo na atenção básica, embora ainda cumpra papel significativo na prestação de serviços especializados em âmbito regional e estadual. Sem papel importante na



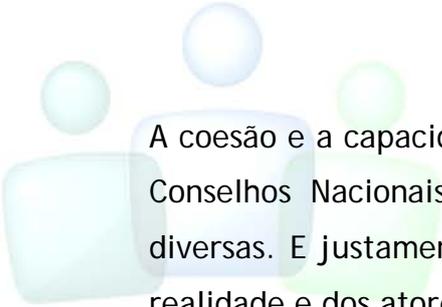
prestação de serviços, as secretarias estaduais de modo geral ainda não se qualificaram para um papel político de formulação ou de apoio técnico aos municípios (Barata, 2004; Martins Jr., 2004). As SES disputam, particularmente com os grandes municípios, a gestão de hospitais e equipamentos especializados de atuação regional e também o controle sobre a distribuição dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, sob o lema de assegurar a equidade (Barata et al., 2004).

Existe também um desequilíbrio importante na capacidade de ação articulada entre secretários estaduais e secretários municipais de saúde. O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) articula apenas 27 secretários e desenvolveu mecanismos potentes de pactuação entre pares (Assembléias, Câmaras Técnicas etc.), além de contar com um corpo de assessores praticamente profissionalizado³.

Já o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) conta com um corpo de assessores mais restrito (Conasems, 2005) e enfrenta dificuldades para uma articulação mais ágil e orgânica. São mais de 5600 municípios no país, a grande maioria (73%) com menos de vinte mil habitantes, com realidades, governabilidade e problemas muito distintos entre si. Desde 2003, existe a preocupação explícita com a necessidade de formular políticas específicas para municípios de diferentes portes nas diferentes regiões do país (Conasems, 2003).

Há dificuldades significativas de comunicação e articulação, implicando limitações para a participação efetiva dos gestores municipais nas múltiplas comissões tripartites de trabalho instituídas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde (por essa razão, a partir de março de 2004, o Conasems só se compromete a enviar representantes "com poder de deliberação" às reuniões das Comissões Técnicas Oficiais da Comissão Intergestores Tripartite) (Ministério da Saúde, 2004).

Além disso, os braços estaduais do CONASEMS - os COSEMS - também enfrentam muitas dificuldades. Falta de estrutura, de recursos para operar, de quadros de apoio e, em muitos casos, um importante grau de dependência em relação às Secretarias Estaduais de Saúde.



A coesão e a capacidade de sustentar posições e conduzir enfrentamentos dos dois Conselhos Nacionais na Comissão Intergestores Tripartite são, portanto, muito diversas. E justamente a voz e os interesses dos municípios, os mais próximos da realidade e dos atores locais, é que ficam em relativa desvantagem.

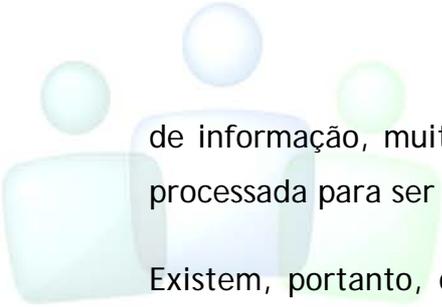
Em função de todos esses elementos, apesar dos avanços inegáveis e da efetiva pactuação existente no SUS, no campo da formulação das políticas de saúde existe um predomínio importante da esfera federal e, portanto, de políticas nacionais, que tendem a prescrever uma uniformização da organização da atenção à saúde em todo o território nacional.

A Saúde da Família é um bom exemplo desse modo de fazer política. Em função dos mecanismos financeiros de "indução", ela é o modo predominante de organização formal da atenção básica no país e suas diretrizes são muito pouco flexíveis para possibilitar, por um lado, o exercício de liberdade do gestor municipal para configurar seu sistema municipal, e, por outro, para contemplar a diversidade de realidades locais (Caldas & Eller, 2003; Marques & Mendes, 2003).

E aí aflora uma contradição, pois, pela força da indução financeira, todos "obedecem", mas, ao mesmo tempo, desobedecem, pois há tantas "saúdes da família" quantas equipes de saúde da família existem no país. Para compensar, então, são instituídos mecanismos de controle e acompanhamento, exercidos geralmente pelas secretarias estaduais de saúde por meio de coordenações de programa (Barata et al., 2004).

São múltiplas as dificuldades que essa lógica da organização do sistema impõe ao processo de trabalho. Um bom exemplo é o do planejamento. De acordo com a própria Saúde da Família, o planejamento local seria uma das atividades fundamentais para organizar o trabalho das equipes.

O planejamento, então, deveria ser local, mas na Atenção Básica as metas são pactuadas nacionalmente, num calendário definido centralmente, que praticamente impede a participação ativa e efetiva das equipes e dos espaços locais (Ministério da Saúde, 2001). Além disso, apesar de coletarem os dados e alimentarem os sistemas



de informação, muitas das equipes da atenção básica não dispõem da informação processada para ser utilizada no seu espaço de ação.

Existem, portanto, contradições entre os princípios do SUS e a maneira como os próprios atores constitutivos do sistema operam. Essas contradições, esperadas, se não tratadas, terminam por legitimar as velhas idéias e valores e, portanto, precisam ser debatidas e superadas.

É assim também no que diz respeito à articulação das políticas e à construção da integralidade. Tradicionalmente o Ministério e as Secretarias de Saúde trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado (Santos, 2004).

Cada área técnica parte do máximo de conhecimentos acumulados em seu campo e dos princípios políticos considerados mais avançados para examinar os problemas de saúde do país. A partir dessas referências, são propostos os programas de ação, e para a implementação de cada programa, propõe-se uma linha de capacitações.

Como a maior parte dos programas estão dirigidos à atenção básica, as equipes de saúde da família são a "via final comum" ou o "braço efetor" de praticamente todas as "políticas setoriais" produzidas no Ministério da Saúde.

Os trabalhadores são considerados "caixas vazias", que devem ser orientadas pelas normas. Ou seja, por meio dos programas - que estabelecem e padronizam ações- e das capacitações e dos manuais - que levam as orientações programáticas aos trabalhadores - espera-se normalizar e ordenar o seu trabalho, no caso do SUS, em direção a práticas inovadoras de saúde (Campos, 1997).

De modo geral, esses processos se reproduzem nas esferas estadual e municipal e há escassas oportunidades de participação direta dos trabalhadores e usuários na formulação das políticas e na construção das práticas.

Ora, a centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais à loucura ou ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais. Se no campo da produção em geral essa maneira de



operar a organização do trabalho traz problemas, em saúde a coisa é ainda mais complicada e os resultados, medíocres, e, no caso do SUS, mais grave ainda, pois é impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica (Campos, 1997; Merhy, 2002).

No campo da democratização, portanto, o SUS real também fica devendo aos princípios e proposições do movimento pela Reforma Sanitária. E, mais grave, esse assunto não ocupa um lugar central na agenda política de construção do sistema.

A política de educação permanente em saúde instituída durante os primeiros dois anos e meio do governo Lula procurou de algum modo endereçar esses problemas, mas nunca foi debatida nesses termos nas instâncias do sistema e nem mesmo no próprio Ministério da Saúde, pois ainda predomina uma visão instrumental da construção dos modelos tecnoassistenciais (centrada nas normas e nos mecanismos de financiamento) e não se atribui à política de educação um papel estruturante no sistema (é considerada uma política meio).

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, a formação de facilitadores de educação permanente em saúde, os municípios colaboradores da educação permanente em saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação de Educação Popular em Saúde (ANEPS), o Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde (FNEPAS), a formação de ativadores de processos de mudanças na graduação e as Vivências e Estágios no SUS (VER-SUS) foram todos dispositivos e estratégias para criar novos espaços democráticos de debate e construção descentralizadas de políticas de saúde, que possibilitavam a participação ativa de novos atores (estudantes e professores da área da saúde e os movimentos sociais) e ampliação das oportunidades de gestores municipais e trabalhadores do SUS participarem ativa e decisivamente desse processo.

Os novos espaços criados, particularmente os Pólos, sofreram com a dificuldade dos vários atores de construir mecanismos de convivência, comunicação e pactuação e necessitam de ajustes para operar de maneira mais efetiva. Mas será que foi diferente nos momentos iniciais das Comissões Interinstitucionais de Saúde? Será que a solução face ao despreparo dos diferentes atores diante do desafio da formulação



de políticas é a abolição dos espaços democráticos ao invés do desenvolvimento de estratégias específicas para o seu fortalecimento?

A partir de julho de 2005, houve a troca da equipe do Ministério da Saúde e a revisão das políticas e estratégias implementadas anteriormente. Valeria a pena analisar e debater técnica e politicamente a experiência vivida, especialmente considerando os diferentes aspectos inovadores implementados.

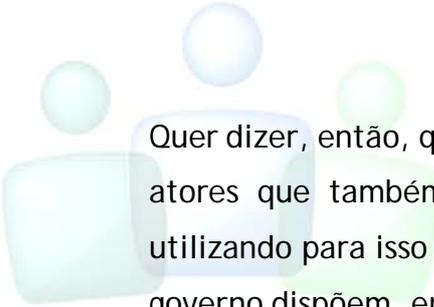
O TRABALHO EM SAÚDE

Para começar, o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática.

Muito longe de ser uma "caixa vazia", cada trabalhador e cada usuário tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (Helman, 2003).

Os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (Merhy, 2002).

Os gestores (federais, estaduais e municipais) do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção - os gestores - a quem formalmente cabe governar, na verdade todos governam - os trabalhadores e os usuários. Carlos Matus diz que todos são agentes da organização (g) e alguns estão em posição de "alta direção" (G). Então, a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia. Ou seja, planeja (governa) quem faz (Matus, 1996).

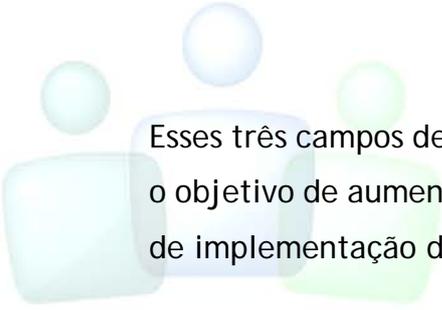


Quer dizer, então, que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem. Claro que os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de ferramentas, que compõe sua capacidade de governar). Quando um ator "joga bem", pode ampliar sua governabilidade. Esse é um elemento fundamental para a gestão das organizações de saúde e para os que pretendem favorecer a transformação das práticas de saúde.

Existem, então, pelo menos três campos de tensão que operam nas organizações de saúde (Merhy, 2002):

- O território das práticas de saúde é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo de modo a fazer valer os interesses dos usuários é por meio do controle social e da pactuação política.
- A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves - relacionais - em detrimento das tecnologias duras - equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.

O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de auto-governo, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários).



Esses três campos de tensão são lugares estratégicos para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor ou para definir as possibilidades de implementação de um dado desenho organizativo da atenção.

A intervenção pode estar orientada a aumentar a governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, impactando os exercícios privados dos profissionais (restringindo-a, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição de programas), atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos.

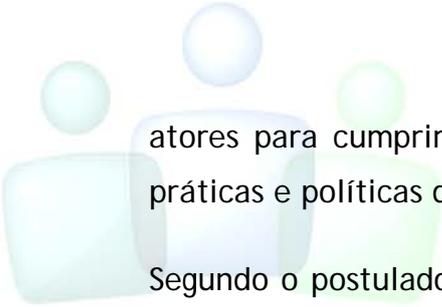
Mas eles podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, da organização do trabalho e das práticas (Merhy, 2002).

A MODO DE ENCERRAMENTO, ABRINDO NOVOS DESAFIOS

É fundamental construir um olhar analisador sobre as "fragilidades" do SUS. As idéias, propostas e políticas implementadas na gestão e organização da atenção de maneira predominante no SUS não têm produzido alternativas políticas e técnicas suficientes para operar as transformações do conceito e das práticas de saúde, bem como a democratização que o projeto da Reforma Sanitária propõe e supõe.

O SUS, que é uma política, um projeto e várias outras coisas ao mesmo tempo, pede atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado. No entanto, a construção do sistema vem sendo operada numa realidade em que, de fato, não há atores totalmente consolidados para cumprir estas tarefas (lembramos da realidade do controle social, da configuração de gestores estaduais e municipais, da não participação direta e cotidiana de trabalhadores e usuários na construção das políticas de saúde).

Em função de tudo isso, o SUS não é hegemônico. Na prática, é frágil e está em plena construção. Não há indícios claros de que será possível implantá-lo em sua profundidade básica, pois para tanto dependemos, decisivamente, da fabricação de



atores para cumprir esses papéis em novos espaços de encontro e produção das práticas e políticas de saúde.

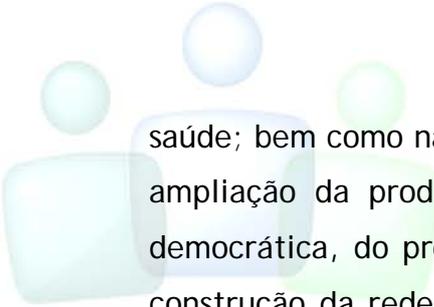
Segundo o postulado da coerência de Testa, um movimento (ou projeto) tem que adotar meios e organizações coerentes com o conteúdo de suas propostas (Testa, 1995). Desse modo, a consolidação do SUS requer coerência com os princípios do movimento da Reforma Sanitária, tanto no que diz respeito à consciência sanitária, como aos modos de fazer política e de organizar o processo de trabalho.

Para consolidar a saúde como direito democrático, do cidadão, (e não como objeto de consumo), para trabalhar com um conceito ampliado de saúde, articular-se com outras políticas para enfrentar os determinantes sociais da saúde e da doença e para satisfazer as necessidades de cuidado expressas pelos usuários, será necessário ousadia no campo da política (como na época da VIII e da Constituinte).

A disputa pelo capital simbólico da saúde (Bourdieu, 2003) requer a possibilidade do debate político intenso e a militância por um projeto de saúde. A necessária coerência dos meios com os princípios implica ampliação da descentralização, o respeito à autonomia das diferentes esferas de gestão; implica ampliação da liberdade para a construção de novos arranjos tecnoassistenciais (regionais e locais). Implica, finalmente, na construção de estratégias políticas inovadoras para ampliar o contato entre os usuários e os trabalhadores de saúde na reorganização do processo de trabalho e na instituição da gestão democrática.

Muitos municípios brasileiros vêm desenvolvendo experiências relevantes no campo da reorganização da atenção, da educação permanente, da democratização da gestão, da instituição de linhas de cuidado, construindo redes mais flexíveis, espaços de gestão participativa, coletivos produtores de cuidado (Merhy et al, 2003; Franco et al., 2004; Santos, 2004).

Num contexto político complexo como o atual, em que a decepção e a perda de confiança nas instituições e na política ganham força, o SUS - sua consolidação - pode ser um espaço de resgate da cidadania. Nesta perspectiva, alguns de nossos desafios, provavelmente, alocam-se na necessidade de recuperar a disposição e os meios para uma ampla participação na construção das políticas e das práticas de



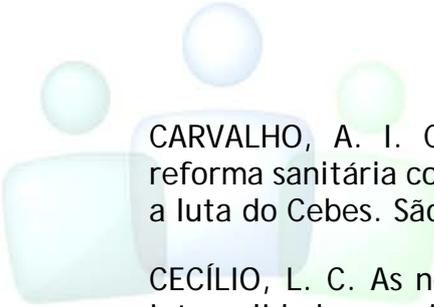
saúde; bem como na abertura sistemática de novos espaços de experimentação e a ampliação da produção de conhecimento a respeito das estratégias de gestão democrática, do processo de trabalho em saúde, das diferentes possibilidades de construção da rede de atenção à saúde e que se produzem novas tecnologias de cuidado orientados às necessidades de saúde dos usuários.

A construção dos espaços democráticos e dos atores necessários à construção do SUS não está plenamente contida na institucionalidade já produzida e consolidada no sistema. Novos arranjos políticos, de gestão e de participação são, portanto, indispensáveis (Merhy, 2005).

Não são poucas as questões postas a amplos segmentos técnicos, políticos e acadêmicos e que parecem indispensáveis para a consolidação do SUS que queremos: usuário-centrado, democrático e em defesa da vida.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. A reforma sanitária brasileira. Tema, Radis, n.11, p.2-4, 1998.
- Bogus, C.M. Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento. São Paulo: Annablume/FAPESP, 1998.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; VILAÇA, J. D. V. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta; 6). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>>.
- BOURDIEU, P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- CALDAS, E. L.; ELLER, E. P. Programa Paidéia de Saúde da Família. Campinas: Prefeitura Municipal, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.
- CAMPOS, G. W. S. A reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G. W. S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.



CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.93-112.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. (Org.) Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS- UERJ - Abraco, 2001. p.113-26.

CONASEMS. Carta de Belo Horizonte. Disponível em: <www.conasems.org.br/congressos>. Brasília, 2003.

CONASEMS. Apresentação sobre nova estrutura do escritório do Conasems em Brasília. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/noticias>> 12/8/2005. Conheça a nova estrutura do escritório do Conasems. Acesso em: 7 nov. 2005.

FRANCO, T. B.; PERES, M. A.; FOSCHIERA, M.; PANIZZI, M. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.26-42.

HELMAN, C. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família: novos rumos para a política de saúde e de financiamento? Ciênc. Saúde Col., v.8, n.2, p.403-15, 2003.

MARTINS JUNIOR, F. Análise do processo de implantação do SUS no Brasil. In: Progestores: convergências e divergências sobre a gestão e a regionalização do SUS. Brasília: CONASS, 2004.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.; MISHIMA, S.; PEREIRA, M. J. B; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.9-24, 2005.

MATUS, C. Política, planificação e governo. Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS, Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>>.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.



MERHY, E.E.,MAGALHÃES JR.; H. M.; RIMOLI, J. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.Relatório da CIT 2004. Disponível e,: <www.saude.gov.br>. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.Pacto dos indicadores da Atenção Básica. Informe da Atenção Básica (Brasília), n.9, 2001. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo9.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Intergestora Tripartite. Documento base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de gestão. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/documento%20base%20para%20a%20construcao%20do%20pacto%20de%20gestao.pdf>>.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, E. V. (Org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1993. p.187-220.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

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

SCHRAIBER, L.; MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.281-98.

SANTOS, N. R. Ética social e os rumos do SUS. Conasems, 2004. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1327&codPagina=1334#>>. Acesso em: 7 ago. 2005.

SOUSA, M. F. A Cor-Agem do PSF. São Paulo: Hucitec, 2001.

TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1995.



Entrevista com Orlando dos Santos Junior.

‘Um aspecto fundamental da reforma urbana é o direito de todos dizerem que cidade desejam’

Dez anos atrás foi aprovada a lei 10.257, conhecida como Estatuto da Cidade. Considerado um importante avanço como marco legal para um projeto mais igualitário de cidade, o Estatuto, apesar de completar uma década, ainda não pode ser considerado implementado na prática. Além disso, ele tem sido flexibilizado em função dos interesses econômicos das cidades, que se intensificam em função de megaeventos como o Copa do Mundo, que o Brasil sediará em 2014. Essas e outras análises são feitas pelo professor do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR) da UFRJ Orlando dos Santos Junior, cientista social com mestrado e doutorado em planejamento urbano e integrante do Observatório das Metrôpoles, grupo de pesquisa que envolve diversas instituições. Ele exemplifica: “É absolutamente criminosa a forma como têm ocorrido as remoções no Brasil”. Resumindo o ideário da reforma urbana como defesa do direito à moradia, da regulação pública do solo e da gestão democrática da cidade, nesta entrevista, Orlando faz um balanço desse período e analisa as mudanças nas formas de opressão e resistência da cidade contemporânea.

Para o senso comum, cidade é aquilo que se opõe ao rural. O que é cidade para a área de urbanismo?

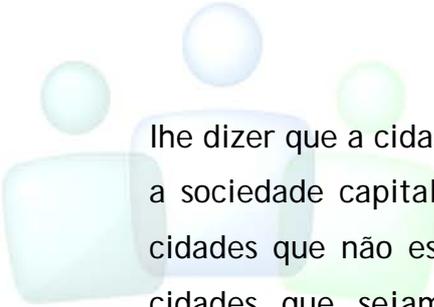
Existem conceitos de cidade, não um conceito único, objetivo, que seja consensual no campo acadêmico. É claro que densidade e população, por exemplo, são elementos importantes para se definir o que seria a cidade, mas não são os únicos. Não existem, portanto, parâmetros únicos, porque é preciso considerar a forma como determinada população está organizada no espaço, mas o modo de vida associado a essa mesma comunidade: por exemplo, a atividade econômica na qual ela está envolvida. Além disso, as fronteiras entre o rural e o urbano estão cada vez mais tênues: uma cidade que já tem um núcleo populacional expressivo, mas cuja maioria da população tem sua subsistência vinculada a atividades agrárias seria definida como rural ou urbana? Então, esses parâmetros excessivamente objetivos,



que não levam em consideração o modo como a população está organizada no espaço, o seu modo de vida, tendem a não expressar a realidade tal como ela é.

Reforma agrária diz respeito à distribuição da terra como direito a moradia, mas também ao trabalho. E a reforma urbana?

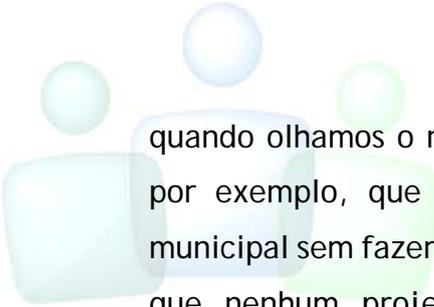
É preciso destacar o fato de o Brasil ter sido caracterizado até muito recentemente como um país fortemente agrário. Só muito recentemente nos transformamos num país urbano. Por isso, temos muito mais produção teórica, acadêmica, tradição de pesquisa vinculada à temática agrária do que à temática urbana. No início do século, os problemas da cidade eram formulados como problemas sanitários. Só muito recentemente os problemas sociais que passaram a ocorrer nas cidades brasileiras foram formulados como problemas urbanos. A reforma urbana é uma construção conceitual, não é um dado objetivo. Se nós observarmos as formulações desse campo, vamos perceber algumas questões-chave que se traduzem nessa ideia. Por exemplo, acesso à moradia e ao solo urbano: tal como na questão agrária, nós temos um problema distributivo, não vinculado ao trabalho, mas vinculado à reprodução social, ao direito a morar num lugar com dignidade. Mas temos também problemáticas específicas vinculadas à forma como ocorre a produção das benfeitorias urbanas, do solo urbano e da moradia nas cidades. Porque, diferentemente da terra no campo, na cidade eu não tenho imediatamente a terra apropriada para moradia. No caso urbano, uma terra que não tenha benfeitorias, que não seja produzida no sentido de se tornar passível para fins de moradia, não pode ser apropriada. Por isso torna-se fundamental a regulamentação pública do solo urbano. Esse é um tópico fundamental. No caso da reforma urbana, a problemática envolve uma enormidade de agentes que estão envolvidos na produção dessas benfeitorias e das moradias — são agentes fundiários, imobiliários, prestadores de serviços, financeiros. A reforma urbana formula justamente isso: a necessidade de regulação pública da produção e gestão do solo urbano e da moradia. Esse é o segundo ponto. Um terceiro é a forma como a cidade se organiza. A cidade também tem influência na nossa forma de vida cotidiana. Um exemplo básico: se você morar num bairro ou num prédio de baixa densidade, isso vai mudar o número de relações que você tem, a interação social que você estabelece. A forma como a cidade está construída e organizada incide sob a forma de vida das pessoas. Eu posso



Ihe dizer que a cidade que nós temos hoje é a expressão da sociedade capitalista. E a sociedade capitalista, para se reproduzir, precisa obrigatoriamente destruir as cidades que não estão moldadas à sua alma e à sua lógica, e reconstruir novas cidades que sejam exatamente a sua expressão. A reforma urbana propõe reconhecer que a forma como a cidade se organiza, a gestão da cidade e a própria forma física da cidade deve estar subordinada a uma radical democracia, na qual a população possa efetivamente dizer em que cidade deseja morar e como a cidade deve funcionar. Portanto, um aspecto fundamental da reforma urbana é exatamente o direito de todos a dizerem que cidade desejam e, inclusive, o direito de destruir essa cidade e construir outra, que seja expressão de uma nova sociedade, mais justa, mais solidária e mais humana. Então, regulação pública do solo, direito à moradia digna e gestão democrática são três aspectos fundamentais daquilo que chamamos de reforma urbana.

Qual a importância do Estatuto da Cidade para a reforma urbana?

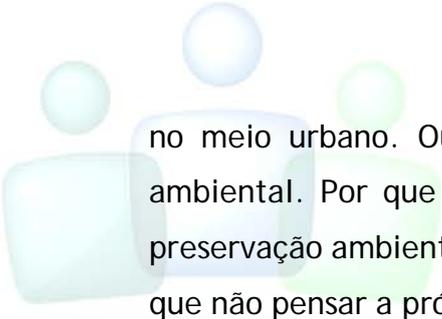
O ideário do direito à cidade se expressa numa plataforma política que se traduz institucionalmente numa série de lutas: a associação de moradores que está lutando por uma linha de ônibus, a creche, o posto de saúde... E se expressa também em leis. O Estatuto da Cidade é a expressão mais próxima, no plano institucional, desse ideário do direito à cidade. Há avanços no que diz respeito ao reconhecimento do direito à moradia, à reprodução social na cidade, à regulação pública do solo urbano e à gestão democrática. Trata-se de um ideário anticapitalista porque parte da crítica à cidade capitalista e da impossibilidade de, sob o capitalismo, termos efetivamente uma cidade justa e democrática para todos. O Estatuto, no plano institucional, representa um avanço nessa perspectiva, mas o ideário não se expressa efetivamente nesse plano institucional. Reconhecendo que o Estatuto é um avanço, primeiro temos que considerar que ele está implantado há muito pouco tempo – dez anos. Depois, é preciso lembrar que a política urbana é implantada pelos municípios. O próprio Estatuto estabeleceu um prazo que venceu há muito pouco tempo para que os municípios elaborassem ou atualizassem seus planos diretores, adaptando-os a essa nova legislação. Mas nós podemos dizer que estamos muito longe de torná-lo uma realidade, de dar efetividade aos instrumentos que nele estão previstos. No que tange à gestão democrática, quase nada está sendo efetivamente implementado



quando olhamos o nosso país na sua totalidade. O Estatuto da Cidade estabelece, por exemplo, que nenhuma Câmara de Vereadores pode aprovar o orçamento municipal sem fazer audiência pública. Me diz qual é a que faz. O Estatuto determina que nenhum projeto urbano pode ser implementado sem a participação da população envolvida. Eu pergunto: onde está o Estatuto quando você olha as obras ligadas aos megaeventos — Copa do Mundo, Olimpíadas? Em que medida as comunidades estão participando dos projetos que estão sendo implementados nas áreas onde elas moram? Conselhos da Cidade são muito poucos aqueles que estão implementados e funcionando. Há ainda uma longa estrada para tornar efetivos esses instrumentos vinculados à gestão democrática.

Como a saúde e o meio ambiente aparecem na pauta de reivindicações da reforma urbana?

Na verdade, a agenda da saúde, da educação, da cultura — uma agenda mais ampla — aparece associada ao direito de se reproduzir dignamente na cidade. Você sabe que no Brasil o tema da saúde está fortemente vinculado aos movimentos populares urbanos. E, nas condições desiguais nas quais nós vivemos, a saúde passa a ter uma importância maior ainda já que os efeitos dessas desigualdades se refletem nas condições de saúde da população. Então, esse é um aspecto central: falar no direito à cidade é falar em condições dignas de vida, nas quais a saúde ocupa um papel importantíssimo. A questão ambiental, pouco a pouco, tem sido um tema central na agenda da reforma urbana. Não é simples esse casamento entre a questão urbana e a questão ambiental. Porque a população excluída do mercado imobiliário, em geral, ocupou áreas ambientalmente sensíveis. Então, há uma tensão entre a agenda ambiental e a agenda urbana no que se refere a como pensar a situação da população que ocupa áreas de preservação ambiental. Mas a meu ver há um problema mais profundo. A tradição do movimento ambientalista no Brasil é preservacionista e a tradição do movimento urbano pensa a questão ambiental a partir da dicotomia entre agenda verde e agenda marrom. Agenda marrom seriam os resíduos sólidos, os dejetos, os efeitos da vida urbana sobre o meio ambiente. A agenda verde seria a agenda da preservação. Eu acho que é perversa essa dicotomia, o desafio é superá-la, pensando a integração dessa dupla temática (preservação ambiental e da vida urbana), mas ir além dessa integração e pensar a própria sustentabilidade ambiental



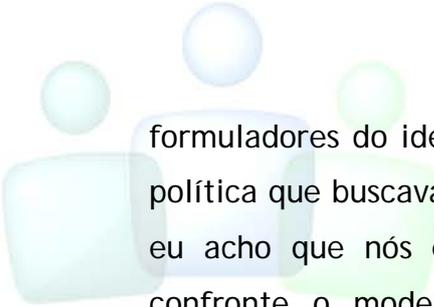
no meio urbano. Ou seja, em outras palavras: a favela tem que ser um tema ambiental. Por que quando eu penso a questão ambiental, eu penso na área de preservação ambiental, no verde, ou na agenda marrom, o lixo, o resíduo sólido? Por que não pensar a própria ocupação urbana, a casa, a rua, a forma de vida na favela, na cidade, no asfalto, como uma questão ambiental, como uma questão de sustentabilidade? Eu acho que nós estamos desafiados a romper as barreiras entre a agenda urbana e a agenda ambiental.

Alguns estudos apontam uma mudança na concepção de cidade, que se tornou cidade-empresa. Isso é novo ou é inerente à cidade capitalista?

A meu ver, é inerente à cidade capitalista, mas essa metáfora me parece interessante para pensar o novo padrão de governança urbana que emerge na cidade na contemporaneidade. Não é nova a ideia de que a cidade seja empresa no sentido de estar moldada aos interesses do capital. No entanto, o principal ator para garantir a cidade-negócio até muito recentemente era o Estado Nacional. As cidades não emergiam como atores, não era o governo local que emergia como um ator na disputa por capitais, pelo financiamento, pela inserção internacional. Então, há uma mudança na governança das cidades, de um padrão mais administrativista para um padrão mais empreendedorista. Novas coalizões emergem nas cidades, liderando processos de inserção global. E a cidade passa a ser administrada como se fosse uma empresa.

Esse modelo traz oportunidades de mudança para as cidades? Ou traz obstáculos aos princípios da reforma urbana?

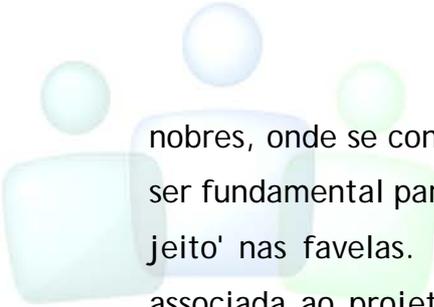
Na medida que surgem contestações, conflitos, movimentos sociais, espaços de questionamento sobre a forma como a cidade é gerida, surgem oportunidades, espaços de esperança de transformação dessas cidades. As cidades que nós tínhamos no passado, no outro modelo, administrativista, produziram a segregação urbana, as desigualdades, as exclusões, doença e morte — tudo que criticávamos. Portanto, eram também muito distantes do ideário da reforma urbana. A meu ver, a cidade do empreendedorismo urbano, a cidade-empresa não é nem melhor nem pior do que a do momento anterior: representa uma mudança nas formas de dominação, de exploração, na forma como a cidade se organiza a serviço do capital. Tal como os



formuladores do ideário da reforma urbana souberam traduzi-lo numa plataforma política que buscava enfrentar a cidade da exclusão produzida no modelo anterior, eu acho que nós estamos desafiados a elaborar uma plataforma política que confronte o modelo de cidade que está sendo produzido nessa governança empreendedorista. O modelo anterior também não produziu só exploração e exclusão. Ele não se sustentaria se fosse só isso. Também produziu algum grau de integração, mesmo na subordinação; produziu uma cidade que também permitiu ampliar a qualidade de vida para parcelas consideráveis das sociedades. Eu acho que, tal como o anterior, o modelo atual também não se sustentaria se fosse só da perversão. Ele também tem as suas formas de integração e inclusão social. Tentando provocar a nossa reflexão, poderíamos tratar a cidade moderna criada pelo capitalismo industrial como uma cidade que também produziu a nossa anomia, o nosso isolamento. Talvez a cidade do empreendedorismo urbano seja menos caracterizada por esse isolamento porque requer formas de mobilização dos cidadãos em torno de certos valores – nessa perspectiva do empreendedorismo, é valorizada a imagem da cidade como mais próxima do cidadão. E isso talvez – não estou dizendo que vai acontecer – gere movimentos que permitam certos avanços ou novas perspectivas integradoras na cidade. Mas eu acho que, tanto no passado quanto no presente ou no futuro, as possibilidades abertas de integração ou os processos de dominação, subordinação e exclusão vão ser definidos pelo conflito social.

Que papel a periferia e as favelas desempenham nessa nova cidade-empresa?

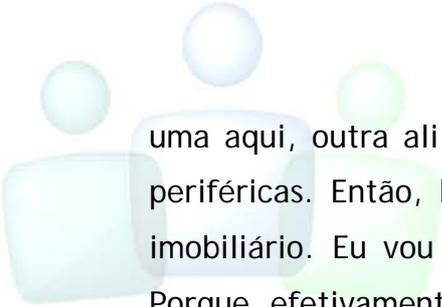
A periferia desempenha um papel fundamental. As favelas, eu acho que, dependendo do lugar, representam um incômodo. A periferia está sendo redefinida. As favelas eram periferia também: lugares onde as condições de apropriação do solo não estavam dadas, rejeitados pelo mercado, que foram ocupados em condições sub-humanas ou não adequadas pela população de baixa renda que não tinha como acessar moradia pelo mercado formal. Esses lugares, por conta do conflito social, das reivindicações, das lutas, ou do clientelismo, foram integrados à cidade – ou mais ou menos integrados à cidade: hoje têm rede de luz, água... De um lado, a dinâmica da cidade passa a sofrer influência dessas áreas— a violência é uma das razões, mas não a única. A cidade cresceu, em todo o país, as favelas estão em áreas



nobres, onde se concentra uma certa elite. E a reestruturação dessas áreas passa a ser fundamental para a dinâmica de valorização da cidade. Então, é preciso 'dar um jeito' nas favelas. No Rio de Janeiro, a UPP, a meu ver, é uma das respostas, associada ao projeto de urbanização das áreas centrais, à expansão para a Zona Oeste e à construção de moradia popular para a população pobre bem longe. Porque não se consegue conter, urbanizar e mesmo eliminar certas favelas, urbanizar áreas centrais e expandir para outras regiões, se não houver oferta de moradia popular longe dali. Eu estou falando explicitamente do Rio de Janeiro mas, como relator do Direito à Cidade, fiz a missão a São Paulo no final de 2009 e lá encontrei exatamente a mesma coisa: urbanização e reestruturação das áreas centrais, produção de solo urbano que, para ser apropriado pelo mercado imobiliário na dinâmica de valorização do capital, precisa retirar os pobres. Se você vai para Teresina, onde nós também fizemos a missão, ou outras grandes cidades brasileiras, vai encontrar processos muito similares. A cidade tem que ser atrativa para que os agentes invistam. E, na visão desses agentes, a pobreza, obviamente, não está incluída.

Programas habitacionais como o 'Minha Casa, Minha Vida' desempenham essa função de retirar os pobres do centro e colocá-los na periferia?

Sim e não. Eu acho que, de um lado, o 'Minha Casa, Minha Vida' expressa, pela primeira vez na nossa história recente, um programa de habitação popular reconhecido como política habitacional, não como política de assistência. E reconhece a responsabilidade do Estado no provimento habitacional para a população de baixa renda que não consegue acessar moradia via mercado. E, em parte, minoritariamente, esse programa também engaja movimentos de moradia vinculados à auto-gestão, produção habitacional, fortalece atores na sociedade. Então, expressa, de um lado, esses avanços e abre possibilidades interessantes para efetivar o direito à moradia. No entanto, estamos numa sociedade capitalista: é óbvio que esse programa também é apropriado pelos interesses capitalistas privados. Aí está a disputa. Quem controla a terra? Os agentes que controlam a produção de moradia no Brasil se apropriam do subsídio público: há casas que poderiam ser construídas pela metade do preço pelo qual efetivamente são feitas pelos agentes imobiliários. Eu lhe desafio a identificar programas 'Minha Casa, Minha Vida', para baixa renda, em áreas centrais, em qualquer capital do Brasil. Você vai encontrar



uma aqui, outra ali. Em geral, são conjuntos habitacionais construídos nas áreas periféricas. Então, há uma subordinação do programa a essa lógica do mercado imobiliário. Eu vou dizer com isso que o programa representa um atraso? Não. Porque, efetivamente, para parcela não desprezível – não vou dizer que é a maioria ou minoria, porque teríamos que fazer uma pesquisa – da população que vai para essas novas áreas, esse programa pode representar uma brutal melhoria na qualidade de vida. Mas para parcela considerável dessa população morar nessas áreas pode significar perda de vínculos e relações sociais; pode, efetivamente, significar uma decadência na qualidade de vida, incidindo, inclusive, na impossibilidade da sua reprodução ali, o que vai levar partes dessas famílias a venderem esse imóvel e irem para outras favelas, periferias, lugares desprezados pelo mercado imobiliário, buscando sobreviver. Eu tenho tido a oportunidade de ir a campo, com essa história das remoções, e tenho escutado dos moradores diferentes opiniões sobre o significado dos processos de reassentamento . Agora, remoção como tem sido efetivamente praticada no Brasil é crime. Sobre isso, não há dúvida.

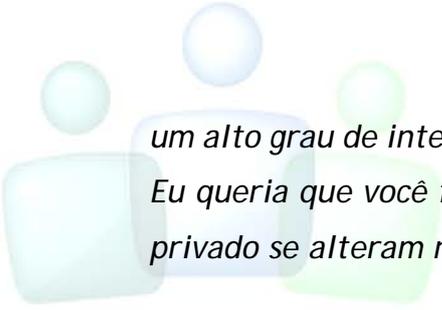
Como tem sido?

Com desrespeito aos direitos básicos do cidadão, desrespeito ao Estatuto da Cidade em relação ao direito à moradia, não reconhecimento da posse... É absolutamente criminosa a forma como têm ocorrido as remoções, em geral, no Brasil, e especificamente no Rio de Janeiro.

Isso se dá historicamente ou há uma intensificação com os megaeventos?

Tem acontecido historicamente, mas com uma absoluta intensificação por conta dos megaeventos. Os pequenos avanços que foram alcançados ao longo dos últimos anos, com o Estatuto da Cidade, com a resolução sobre conflitos aprovada pelo conselho das cidades, são absolutamente ignorados, atropelados pelos procedimentos que vêm sendo adotados pelos governos que estão envolvidos com as intervenções vinculadas à Copa do Mundo e às olimpíadas.

Uma série de exceções são acordadas para a promoção de eventos como a Copa do Mundo: flexibilidade nas licitações, não-publicização de orçamentos etc, além de



um alto grau de interferência direta da Fifa, se sobrepondo, inclusive aos governos. Eu queria que você falasse sobre como as regras institucionais e a relação público-privado se alteram nesses momentos.

É exatamente isso. A Fifa, lembremos, é uma entidade privada. Você tem uma subordinação enorme. Inclusive o fórum de resolução de conflitos não é o Brasil durante a Copa. Não há palavras para expressar o absurdo dessa situação. Obviamente isso revela o poder econômico da Fifa, de intermediar recursos simbólicos e financeiros para os países que disputam o direito de sediar a Copa. E, para alcançar esse “privilégio”, os países subordinam os interesses nacionais aos interesses da Fifa. Isso só mostra o poder dos investidores — a Fifa, na verdade, está intermediando interesses muito maiores — nessa nova governança urbana.

Os passivos costumam ser maiores do que os ganhos?

Há muitos estudos mostrando isso: Montreal, por exemplo, está com dívida até hoje... Mas eu acho que é mais complexo. Se só tem passivo, por que os governos querem? Eu acho que existem passivos para alguns e lucros grandes para outros. É importante desnudar os vencedores, aqueles que ganham com esses eventos e aqueles que perdem — a população de rua, os camelôs, as prostitutas, os favelados, que são os primeiros a serem varridos. A meu ver, na maior parte dos casos, não é um jogo tão simples de se identificar vencedores e perdedores. Há uma complexidade de ganhos e perdas distribuídos desigualmente entre os agentes ao longo desse processo.



O Direito a Cidade e o Direito a Saúde

Sandra Costa de Oliveira

Marco Akerman

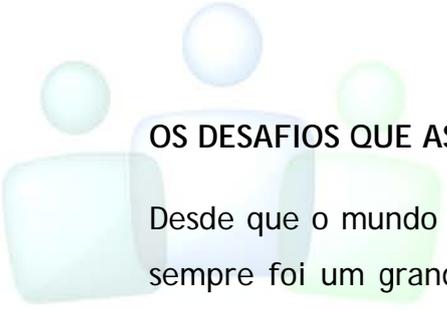
O QUE É “DIREITO À CIDADE”?

Este conceito tem origem em um livro *Le droit à la ville* escrito pelo sociólogo francês Henri Lefebvre em 1968 . Sua definição busca enfatizar a não exclusão de nenhuma parcela da sociedade das qualidades e benefícios da vida urbana (Lefebvre, 2001).

Lefebvre enfatiza a segregação sócio-econômica nas cidades e seu fenômeno de afastamento dos serviços e benesses da cidade tendo como um emblema desta situação os guetos residenciais longe do centro da cidade (Lefebvre, 2001). Diante, da impossibilidade dos moradores destes locais suprirem necessidades justas, ele exige o direito à cidade como uma recuperação coletiva do espaço urbano para que grupos marginalizados que vivem nos distritos periféricos da cidade possam também usufruir da cidade.

David Harvey, geógrafo britânico, avança neste debate para além do acesso a serviços e benefícios nos brindando com uma reflexão mais conectiva entre cidadãos, cidades, valores e natureza:

“A questão de que tipo de cidade queremos, não pode ser divorciada do tipo de laços sociais, relação com a natureza, estilos de vida, tecnologias e valores estéticos que desejamos. O direito à cidade está muito longe da liberdade individual de acesso a recursos urbanos: é o direito de mudar a nós mesmos pela mudança da cidade. Além disso, é um direito comum antes de individual já que esta transformação depende inevitavelmente do exercício de um poder coletivo de moldar o processo de urbanização. A liberdade de construir e reconstruir a cidade e a nós mesmos é, como procuro argumentar, um dos mais preciosos e negligenciados direitos humanos.”(Harvey, 2012).



OS DESAFIOS QUE AS CIDADES NOS COLOCAM: DISTÂNCIAS E SERVIÇOS

Desde que o mundo é mundo discutir e resolver os problemas das grandes cidades sempre foi um grande desafio para os gestores de políticas públicas. Entre esses problemas os de educação e saúde têm se tornado prioridade.

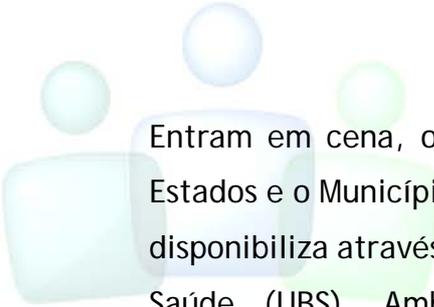
Neste artigo vamos discutir a interconexão entre o direito à cidade e o direito à saúde. Entendemos que ter direito a cidade é poder circular por ela de diversas formas, todas as horas, ter acesso a todos os serviços básicos oferecidos nas cidades, um conceito que se aproxima em muito do conceito original de Lefebvre, mas que ao buscar a circulação favorece maior conectividade entre os cidadãos de uma cidade em questão.

As cidades em que vivemos são o resultado de um processo complexo, iniciado por nossos antepassados e que continua nos dias de hoje. Temos o desafio de analisar, em cada situação específica como esse processo de circulação e movimentação ocorre, quais são os problemas de transporte, educação, trânsito, moradia e outros que afetam a saúde da população e como eles podem ser minorados ou eliminados (VASCONCELOS, 2012 p. 13).

A saúde das pessoas está relacionada com o ambiente em que elas vivem. Muitas vezes, vivem ali por falta de outras opções, como condições de habitação/moradia e transporte público adequado para satisfazer suas necessidades básicas. Esse é um dos problemas que encontramos nas cidades principalmente nas grandes metrópoles.

O transporte público tem um papel importante para que as pessoas possam se locomover dentro e fora das cidades. Com o crescimento das cidades muitas pessoas precisam se deslocar de muito longe para realizar seus afazeres básicos. Ir para o trabalho, para a escola, até mesmo a uma instituição de saúde, muitas vezes uma longa viagem dentro da própria cidade, de bairros periféricos muito distantes. Alguns devido a sua dimensão, parecem uma “cidade, dentro de uma cidade”, como, por exemplo, o bairro de Itaquera na zona leste da cidade de São Paulo.

Esses bairros, muito distantes, dificultam a busca por serviços quando falamos, por exemplo, de pessoas que se deslocam para realizar uma consulta com hora marcada..



Entram em cena, os Sistemas Reguladores de Saúde (CROSS, SIGA) que atendem Estados e o Município de São Paulo, que controlam o número de consultas que o SUS disponibiliza através da rede pública que são: Hospitais Públicos, Unidades Básica de Saúde (UBS), Ambulatórios Atendimento a Saúde (AMAs), Ambulatório de Especialidades (AMEs) e outros.

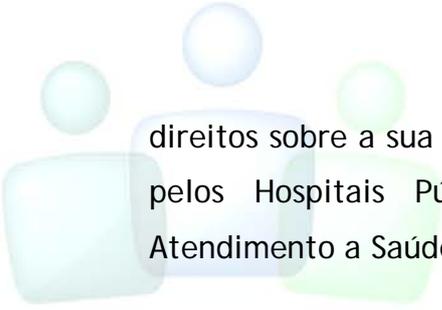
Na visão de Santos e Merhy (2006) entende-se como regulação a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde. Os processos de regulação não são um procedimento contemporâneo e já podiam ser identificados nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na medida em que foram estabelecidas regras para a utilização de serviços e medicamentos, bem como ofertados serviços de saúde para seus beneficiários, estabelecendo regras de utilização.

Este controle feito através dos Sistemas de Regulação se faz necessário diante de demandas maiores que as ofertas de serviços.

Deslocamentos, trânsito e a distância do local entre moradia e os serviços de saúde dificultam muito o processo de marcação de consultas quando se observa o tempo de espera de uma consulta e o tempo disponível do usuário para comparecer a essa consulta. Toda essa dinâmica prejudica o Sistema de Regulação de Saúde e muitas vezes geram filas para o acesso aos serviços de saúde.

George Rosen (1994) defende a ideia de que os problemas de saúde vividos pelo homem durante toda a sua história vinculam-se à organização comunitária e a estrutura social desenvolvida. A epidemiologia e a clínica (Almeida Filho, apud Cavalheiro, Marques, Mota, 2013) possuem instrumentais básicos de ação para a Saúde Pública na contenção das epidemias, na melhoria do ambiente físico, na provisão de águas, na assistência médica, etc.

A partir da Constituição de 1998, artigo 196 de relevância pública, “saúde é direito de todos e dever do estado”, e logo em seguida com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Leis Federais 8080/90 e 8142/90, que tem como princípios a equidade, a universalidade e a integralidade, as pessoas passaram a ter mais



direitos sobre a sua saúde procurando cada vez mais os serviços públicos ofertados pelos Hospitais Públicos, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios Atendimento a Saúde (AMAs), Ambulatório de Especialidades (AMEs) e outros.

Pensar as cidades mais planejadas para facilitar esse movimento diário de sobrevivência é o que buscamos uma vez que as cidades foram se expandindo de maneira desordenada.

Reorganizar o fluxo dos serviços como - saúde, empregos, escolas, lazer e outros - aproximando-os de seu local de moradia seria reafirmar o direito à saúde e garantir o direito à cidade.. Porém essa reorganização deve ser feita respeitando a cultura local, onde a vivência social confere ao seu espaço habitado atributos simbólicos que o transformam em território.

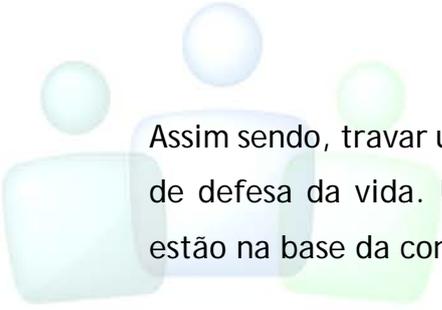
Esse é o direito que as pessoas têm sobre as cidades. O de poder estar nelas e usufruir de bens e serviços oferecidos através dela com dignidade.

“CIDADE IDEAL”?

Para Alberti apud Lima (2012) a “Cidade Ideal” está mais direcionada à satisfação do interesse social do que às formas aos espaços construídos.

O plano urbanístico da “cidade ideal” de Alberti contempla tanto as perspectivas dos espaços urbanos quanto a funcionalidade das principais ruas em linha reta. A modulação que coordena a construção dos edifícios e suas *compartitio* (divisão), *parties* (partes) e *apertio* (aberturas), também devem estar regulando os espaços abertos, ou seja, as ruas e praças. Aquedutos, máquinas, veículos, vias de transporte, o processo construtivo, os materiais, o sistema agrícola e o sistema político: enfim, tudo que está relacionado com a cidade estava no campo de estudos do arquiteto Alberti.

Nos dias de hoje as cidades são pensadas e planejadas muito mais no interesse de grandes empreendimentos imobiliários, ruas e rodovias para o uso do automóvel, e outros que possam proporcionar um crescimento mais rápido para o capital financeiro girando a todo vapor; esquecendo-se assim do viver social, ambiental, saudável e sustentável.



Assim sendo, travar uma luta cotidiana e diária pelo direito à cidade é um imperativo de defesa da vida. Uma luta que é produto da constatação das contradições que estão na base da construção do urbano no Brasil (Carlos, 2007).

Diante desse panorama como podemos melhorar a circulação das pessoas nos espaços públicos? O geoprocessamento poderia ser um recurso potente para se produzir um novo mapa de deslocamento das pessoas que precisam circular por longas distâncias buscando caminhos mais curtos, mas também aproximando serviços dos locais de moradia mais distantes.

Assim, uma combinação de lutas que empoderem a cidadania e conquistem acesso a todos os serviços disponíveis no território, talvez faça com que todos os moradores se sintam fazendo parte da cidade em que vivem.

REFERÊNCIAS

CARLOS, A.F.A. O Espaço Urbano: Novos Escritos Sobre a Cidade. FFLCH, 2007, São Paulo disponível em <http://www.fflch.usp.br/dg/gesp>.

HARVEY, D. O direito à cidade Lutas Sociais, São Paulo, n.29, p.73-89, jul./dez. 2012.

LEFEVBRE, H. O direito à cidade. São Paulo: Centauro, 2001.

LIMA, F.A.A. A Ideia de Cidade no Renascimento. {tese de doutorado} Faculdade de Arquitetura e Urbanismo/USP, São Paulo, 2012.

ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: UNESP, 1994

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A Regulação Pública no Estado Brasileiro - uma revisão. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.

VASCONCELLOS, E.A. Políticas de Transportes no Brasil - A Construção da Mobilidade Excludente. Manole. São Paulo, 2014.



Rede HumanizaSUS: rede viva na ocupação do ciberespaço

Débora Aligieri

Emilia Alves de Sousa

Maria Luiza Carrilho Sardenberg

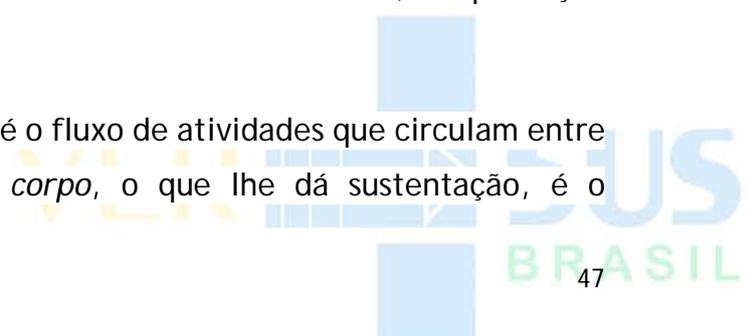
Patrícia Silva

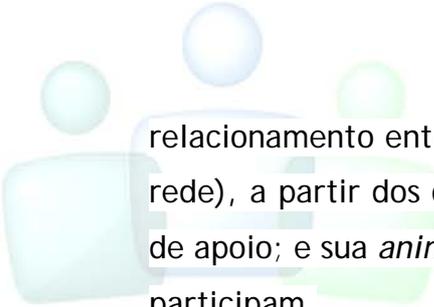
A Rede HumanizaSUS nasce em 2007 como uma articulação da inteligência coletiva em torno da humanização das práticas de saúde do SUS, e se compõe com outras redes para formar o chamado CiberespaSUS. Esta ocupação do território virtual se dá sob a forma do apoio para produzir mudanças nos modos de fazer saúde, num esforço de inclusão de todos os atores deste campo de práticas. Agora aberta à conversação sobre políticas públicas de saúde, conta atualmente com mais de 37.000 inscritos, entre gestores, profissionais de saúde, usuários, pesquisadores e qualquer pessoa interessada em debater e aprimorar o SUS.

Embora tenha sido inicialmente concebida como um dispositivo ou ferramenta de apoio às práticas de humanização da saúde, a Rede HumanizaSUS foi rapidamente se transformando a partir da abundante troca de experiências exitosas dos trabalhadores, assumindo a característica de espaço do “SUS que dá certo”. Consolidando-se como plataforma de aprofundamento das reflexões sobre as práticas da humanização em saúde, a partir das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), passou também a se constituir num espaço ético-estético-político de grande potência na construção da saúde pública brasileira.

Mostrar uma outra visão do sistema público de saúde tornou-se uma ferramenta importante na disputa de narrativas e de sentidos que vivemos desde a criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, num cenário com financiamento de campanhas eleitorais por serviços privados de saúde, que também ocupam os espaços publicitários diretos (através de propagandas) e indiretos (através de notícias sobre as mazelas do SUS) da mídia em geral. Disputa que se faz por intermédio das narrativas do trabalho e do cuidado em saúde, na produção cotidiana de vida.

Assim, a RHS é uma rede *viva*: seu *sangue* é o fluxo de atividades que circulam entre os territórios geográfico e virtual; seu *corpo*, o que lhe dá sustentação, é o





relacionamento entre as pessoas (dentro e fora dos teclados, e também da própria rede), a partir dos conteúdos postados e das manifestações nos debates e pedidos de apoio; e sua *anima* se ativa na invenção de inúmeros usos pelas pessoas que dela participam.

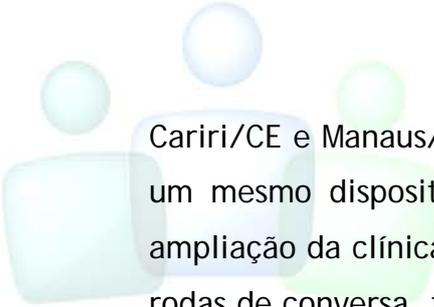
A OCUPAÇÃO DO TERRITÓRIO VIRTUAL NA PRODUÇÃO DE SAÚDE E MEMÓRIA DO SUS

A potência das redes virtuais se atualiza ao fazer uma dobra no espaço e unir territórios existenciais distantes e heterogêneos. Basta navegar na RHS por algum tempo para constatar a expertise criada na mistura de diversificados modos de ser e de viver, sotaques, cores, nomes, climas e demais diferenças conectadas com afeto e solidariedade. Trata-se de uma ocupação nutrida justamente no respeito às diferenças, contribuindo para o diálogo entre experiências que reiteram os princípios organizadores do SUS e da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Para fazer esta dobra espacial, muitas estratégias tem sido levadas a cabo na promoção do diálogo entre as práticas regionais dentro da Rede HumanizaSUS:

- relato das experiências nos blogs dos participantes;
- transposição de experiências de um território para outros. Como exemplo, temos “a rede no berço”, experiência de um hospital do Piauí reproduzida em Santa Catarina a partir de um relato publicado na Rede HumanizaSUS;
- utilização de textos publicados na RHS como material de discussão dos conceitos de saúde, trabalho e humanização em rodas de conversa de equipes de saúde e em aulas nos cursos de formação em saúde;
- valorização das competências ampliadas dos usuários, trabalhadores e gestores para o enriquecimento subjetivo destes atores sociais da saúde, evidenciando a saúde como valor de vida em espaços despotencializados pela excessiva exposição às doenças.

A imbricação dos espaços gera um movimento que reitera os propósitos da saúde coletiva como uma construção dos sujeitos que a vivenciam. E o caldo cultural presente no movimento valoriza as diferenças em vários contextos. Por exemplo, a Tenda do Conto, dispositivo que emergiu em Natal/RN, foi experimentado no



Cariri/CE e Manaus/AM. E, cada um a seu modo, utilizando como ponto de partida um mesmo dispositivo, provoca mudanças nos espaços de saúde no sentido da ampliação da clínica, valorização da escuta sensível e da alternância de papéis nas rodas de conversa, favorecendo a horizontalidade das relações no cuidado e gestão da saúde.

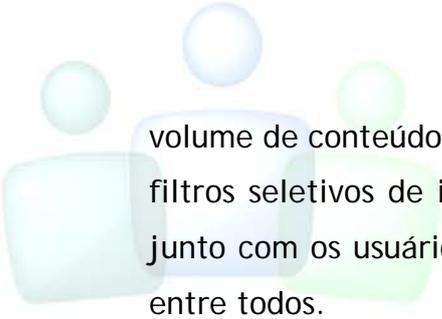
A conexão com outras redes que compõem o ciberespasus também se constitui como estratégia de defesa do SUS e da saúde construída democraticamente. As experiências se fortalecem na supressão/contração do espaço territorial. As práticas regionais e suas narrativas digitais se ativam reciprocamente. E seus relatos constroem uma memória do SUS, dos coletivos e da vida na contemporaneidade.

CURADORIA EM REDE

O território virtual chegou com toda a força de uma revolução nos modos de trabalhar e viver. Todo o campo da produção humana foi tocado por esta invenção que se consolida cada vez mais no mundo contemporâneo. E com a criação desta nova ecologia comunicacional, o trabalho em saúde, uma atividade eminentemente afetiva, ganha contornos mais potentes quando produzido nas trocas no território virtual.

“Os recursos computacionais e comunicacionais invadiram não apenas as ‘tecnologias duras’ da saúde como também seu campo de relações e de produção de conhecimento: e-mails, prontuários eletrônicos, sistemas informatizados de financiamento e agendamento de vagas, monitoramento e avaliação de programas de saúde, teleconferências, cursos de ensino à distância e comunidades de práticas, são alguns dos exemplos de que a internet, a informatização e suas possibilidades vieram para ficar e ganhar um espaço cada vez mais expressivo no SUS, em especial, com a chegada de novas gerações de profissionais já familiarizados com a vida no ciberespaço”.

Como rede de conversações entre atores os mais variados, a RHS criou e busca intensificar uma ecologia da comunicação marcada pela produção de uma atitude coletiva solidária e afetiva. Nela se fia uma máquina expressiva de uma grande saúde como acervo de todos. Todavia, esta experimentação de uma grande diversidade e



volume de conteúdos pede também uma atividade de curadoria. É preciso construir filtros seletivos de informação e troca para dar um contorno navegável e fazê-lo junto com os usuários, num esforço novamente coletivo de criação de um comum entre todos.

Um grupo de curadoria foi constituído a partir de usuários mais presentes desde o início da rede. Atualmente, cumprem, entre outras tarefas, a de ativar as relações em diferentes frentes conforme o que se apresenta neste ambiente sempre dinâmico e mutante, num esforço já explicitado anteriormente, de dar visibilidade aos conteúdos afirmativos de vida. Tarefa portanto plena de implicações biopolíticas na ativação de espaços de cidadania e protagonismo democrático.

Abaixo elencamos alguns princípios e critérios da curadoria feita pelo coletivo de editores:

- Publicizar a disputa de sentido sobre a humanização e o movimento Humanizassus;
- Dar visibilidade aos movimentos de mobilização e participação social na construção do SUS a partir da participação direta e indireta da sociedade nos destinos da saúde;
- Dar relevo aos posts que trazem um maior nível de afetação pelo desejo de lutar pelo direito universal, integral e igualitário à saúde;
- Identificar ideias e práticas que buscam a produção da alegria dos bons encontros como estratégia de intensificação da vida;
- Recortar experiências inovadoras, narrativas de vivências e matérias destacadas na WEB sobre a saúde e o SUS;
- Ressaltar postagens que discutem as novas configurações do trabalho imaterial e afetivo com a saúde no contemporâneo;
- Ouvir a voz dos usuários do SUS, valorizando todos os tipos de saberes, inclusive os saberes leigos;
- Acolher e reencantar os novos participantes para a aventura RHS;
- Destacar eventos, seminários, congressos e publicações sobre a saúde pública e outras dimensões que potencializam as políticas públicas.



A curadoria assim se traduz como o trabalho de uma equipe transdisciplinar na atenção e cuidado com os relatos e debates da vida em movimento na(s) rede(s).

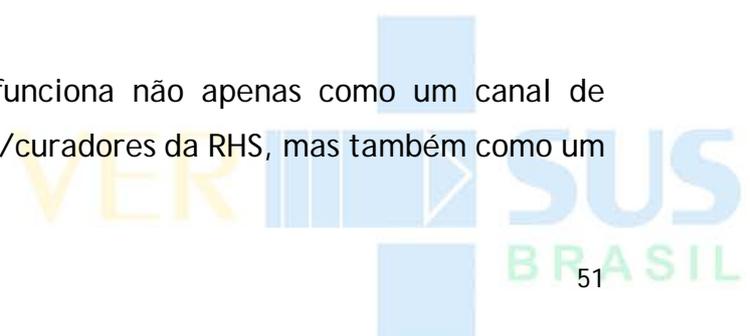
CONTATOS IMEDIATOS

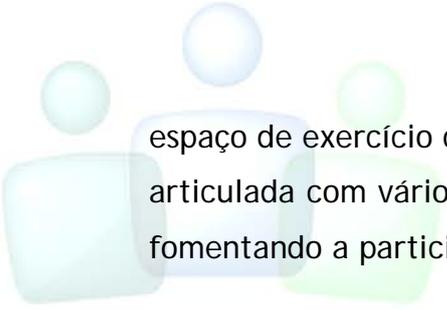
A transposição dos espaços territoriais e virtuais acompanha o movimento de cada participante na rede. A autonomia da pessoa na construção de suas narrativas sobre o SUS, daquilo que vive, e na interação com as narrativas que a afetam, é o que faz da Rede HumanizaSUS um ambiente colaborativo. Assim, as ferramentas de comunicação da RHS são ofertadas para que o usuário possa publicar seus textos e comentar os de outros de forma independente e, caso encontre alguma dificuldade, consiga solucioná-la por meio de contato direto com o grupo de editores/cuidadores.

Ferramenta de apoio no trânsito pelos caminhos da navegação, o formulário de contato da rede se presta a inúmeras funções para os usuários e se pauta pela ecologia da rede-afeto. Mais um canal comunicacional da dobra já descrita anteriormente, tem a finalidade de tirar dúvidas, pedir informações e esclarecimentos sobre o SUS e a PNH, sobre temas compartilhados e/ou para exercer a função de um canal de conversa com a equipe da própria rede, para assuntos que os participantes não querem incluir diretamente em uma postagem e/ou para suporte técnico.

Nesse espaço chegam demandas variadas, incluindo pedidos de apoio para a implementação da PNH nos territórios, solicitações de formação e qualificação das equipes de trabalho nas unidades de saúde, pedidos de envio de cartilhas, cadernos e outros documentos do SUS para estudos e qualificação de trabalhadores e indicação de conteúdos para pesquisas científicas. Demandas de ajuda para cadastro na rede, orientações para acesso aos serviços do SUS, denúncias de atendimentos desqualificados recebidos no SUS, pedidos de informações sobre eventos científicos na área da humanização, apoio para compartilhamento de experiências bem sucedidas nos territórios de saúde, divulgação de eventos científicos na rede, dentre outras.

Desta forma, o formulário de contato funciona não apenas como um canal de comunicação dos usuários com os editores/curadores da RHS, mas também como um





espaço de exercício de cogestão, na medida em que envolve uma produção coletiva articulada com vários saberes, um dispositivo de ativação de inteligência coletiva, fomentando a participação e o controle social no SUS.

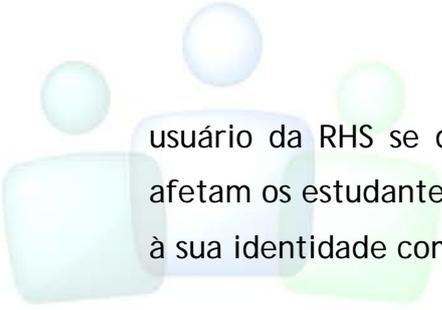
DISPOSITIVO DE DIÁLOGO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A RHS, ao acolher a proposição de debates por qualquer cibercidadão - tendo forte relação neste aspecto com a diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS (artigo 198, III, da Constituição Federal), entendendo-se por participação social as ações tanto de usuários como de pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde - constituiu-se como campo aberto a experimentações e trocas de vivências. Essas atividades assumem a natureza de dispositivos de construção colaborativa da saúde, a partir da multiplicidade de usos conferidos à rede por seus usuários.

Uma dessas experiências é a utilização da rede na formação em saúde, intensificada durante o ano de 2015 com a participação dos alunos de graduação do curso de Gestão em Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília. A publicação de posts na RHS sobre os temas abordados em sala de aula, além de permitir a fruição conjunta e pública da experiência do aprender numa rede de afetos - que enriquece a todos como pessoas abertas à "construção daquilo que muitas das vezes buscamos idealizar", de "casamento da teoria com a prática", como bem expressou uma das graduandas em seu post - transformou o espaço de uma aula em exercício compartilhado da cidadania e da democracia, ao facilitar a transposição do conhecimento para além dos muros da universidade.

A Rede HumanizaSUS já contava anteriormente com a participação dos estudantes de psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), e ainda durante o ano de 2015 acolheu uma turma de psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

Neste mesmo contexto de formação em saúde em rede estão os relatos publicados na RHS sobre o VER-SUS. Atualmente, conforme dados de julho de 2016: há 35 posts sob a tag "VER-SUS"; a busca com o termo "ver-sus" na RHS apresenta 113 resultados, incluindo posts, comentários e perfis; desses resultados, 14 são perfis em que o



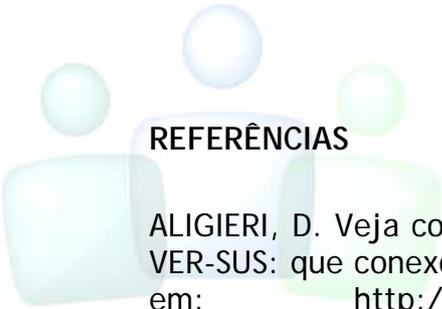
usuário da RHS se define como vivente do VER-SUS (e revela como as vivências afetam os estudantes que delas participam, a tal ponto do VER-SUS ser incorporado à sua identidade como pessoa).

Ainda em 2015, no dia 09 de dezembro, a rede realizou o webinar "Formação, participação cidadã na saúde e VER-SUS: que conexões?", debatendo o direito à saúde a partir do exercício democrático de ocupação dos espaços públicos, para a construção da saúde como algo pertinente à sociedade considerada em toda a sua multiplicidade de atores políticos e de condições sociais, relacionando o VER-SUS e demais dispositivos de rede como espaços para a produção de 'reflexões sobre/práticas para' um SUS acolhedor das diferentes necessidades em saúde.

O ponto em comum entre todas essas experiências mencionadas - Rede HumanizaSUS, os cursos da UnB, da Fisma e da Universidade Federal do Espírito Santo, e VER-SUS - é a construção de narrativas no campo da formação em saúde como práticas políticas, que reforçam a defesa do sistema público de saúde enquanto espaço democrático promotor de justiça social.

Saúde e vida são ideias indissociáveis entre si. Viver com saúde é poder ocupar os espaços com as experiências que tocam e transformam as pessoas. Compartilhadas em rede, essas vivências e reflexões constituem-se em ferramentas de construção colaborativa de saúde e de transformação social, ao contribuir para o diálogo entre a heterogeneidade das narrativas da vida, que tem características múltiplas. São essas diferenças que fazem da Rede HumanizaSUS uma rede viva, com relações afetivas, na ocupação do ciberespaço.

A vida em todos os seus desdobramentos se faz presente em narrativas no espaço virtual, unindo pessoas e regiões na mesma realidade heterogênea, na realidade/fusão dos territórios virtual e geográfico enquanto dobra espacial. A partir da relação entre as pessoas e suas experiências e saberes - entre as muitas e diversas vidas na rede - a Rede HumanizaSUS se torna viva. A relação entre os usuários da RHS é a sua vitalidade, o que lhe dá movimento, o que faz dela uma máquina expressiva na formação e construção - do profissional, do cidadão, do coletivo - em torno de um comum. Em torno da saúde enquanto construção social, enquanto direito da cidadania, enquanto valor universal.



REFERÊNCIAS

ALIGIERI, D. Veja como foi o webinar "Formação, participação cidadã na saúde e VER-SUS: que conexões?". Rede HumanizaSUS. [acesso em: 2016 Jul 17]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/93494-veja-como-foi-o-webinario-formacao-participacao-cidada-na-saude-e-ver-sus-que-conexoes#sthash.ajifyvtJ.dpuf>.

CHAVES, L. A todos, o meu muito obrigado. Rede HumanizaSUS. [acesso em: 2016 Jul 17]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/91068-a-todos-o-meu-muito-obrigado>.

RedeHumanizaSUS. Tag GSCUnB [acesso 2016 Jul 17]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/category/tags/gscunb>.

RedeHumanizaSUS. Tag VER-SUS [acesso 2016 Jul 17]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/taxonomy/term/24874>.

RedeHumanizaSUS. Resultados de busca do termo "ver-sus" [acesso 2016 Jul 17]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/search/node/ver-sus>.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues et al. Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço. Interface (Botucatu) [online]. 2016, vol.20, n.57, pp.337-348.



Bibliografia

LORENA, A. G.; VINHAS, B. C. V. ; ROSA, E. H. ; MORALES JUNIOR, R. ; CONCEICAO, M. R. ; AKERMAN, M. . O VER-SUS como dispositivo de diálogo na formação em saúde e nos serviços de saúde: Conectando saberes e práticas. In: FERLA, A.A.; MARANHÃO, T.; ROCHA, C.M.; PEIXOTO, G.P.; SILVA, I.F.; BARRIOS, S.G.; ROCHA, V. (Org.). VER-SUS Vol. 2 - Múltiplos cenários do VER-SUS: Vivências e Estágios de Norte a Sul do Brasil. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2016, v. 2, p. 88-92.

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) [online]. 2005, vol.9, n.18 [cited 2016-07-10], pp.489-506.

GUIMARAES, C. Entrevista com Orlando dos Santos Junior. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/um-aspecto-fundamental-da-reforma-urbana-e-o-direito-de-todos-dizerem-que-cidade>. Acesso em 10 jul. 2016.

OLIVEIRA, S.C.; AKERMAN, M. O direito a cidade e o direito a saúde. VER-SUS/São Paulo: textos reunidos. São Paulo, 2016.

ALIGIERI, D.; SOUSA, E.A.; SARDENBERG, M. L. C.; SILVA, P. Rede HumanizaSUS: rede viva na ocupação do ciberespaço. VER-SUS/São Paulo: textos reunidos. São Paulo, 2016.