



I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública:

**contribuições técnicas e
políticas para avançar o SUS**

Brasília, 20, 21 e 22 de outubro de 2006

Conselho Federal de Psicologia
SRTVN 702 - Edifício Brasília Rádio Center
sala 4024-A Brasília - DF
CEP 70.719-900
Fone: (61) 2109-0100
www.pol.org.br



I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública:

contribuições técnicas e
políticas para avançar o SUS



Apresentação

2006 foi escolhido pelo Sistema Conselhos de Psicologia como o “Ano da Saúde”. Isso representa a possibilidade de um certo acerto de contas, com várias pendências, produzidas ao longo da nossa inserção como profissão na saúde, relativas a aspectos políticos, administrativos e técnicos que envolvem a nossa atuação. Ampliar a presença da psicologia neste campo de práticas sociais tão importante, passa a ser entendido como um dos principais desafios para a nossa profissão, em sua vocação para a promoção do bem estar e ampliação da qualidade de vida dos indivíduos, dos coletivos e das instituições.

Nesse contexto, a convocação do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, representa uma importante possibilidade de participação, ampla e democrática, dos psicólogos, no processo de discussão da Saúde Pública brasileira, especificamente das problemáticas vividas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), espaço da presença profissional de uma parcela significativa da nossa categoria profissional, quando serão definidas diretrizes da atuação do

Sistema Conselhos em relação a essa política pública. Ao mesmo tempo, o processo de debates do Fórum constitui um espaço privilegiado para avançarmos no processo de sistematização das referências técnicas que devem balizar coletivamente as nossas práticas profissionais no interior deste segmento.

Neste caderno, os psicólogos encontrarão alguns textos, que mesmo quando não estão diretamente relacionados com os eixos temáticos previstos na pauta do Fórum - como, por exemplo, a questão do financiamento do SUS - tratam de temas que emolduram a compreensão acerca das dificuldades e desafios colocados para a transformação das práticas profissionais no seu interior. Elaborados por profissionais ligados à área, eles abordam a conjuntura do SUS: desafio político; a prática dos psicólogos no SUS; a questão da subjetividade na saúde; a questão da formação dos psicólogos para a saúde; financiamento do SUS; a relação entre trabalhadores e usuário de saúde, a prática dos psicólogos no SUS; realidade brasileira: tendências e desafios,

sempre na temática do cuidado e da subjetividade.

Afinal, a psicologia como disciplina é imbatível na abordagem das dimensões da subjetividade e as experiências de saúde e doença são profundamente marcadas por dimensões subjetivas. Aliada à nossa vocação para a promoção do bem estar, essa condição nos remete a necessidade do aprofundamento do debate acerca do estreitamento das relações existentes entre a nossa profissão e o campo da saúde, seja enquanto estado vital, seja em suas múltiplas representações e articulações com outras esferas da atividade humana, marcadamente um elemento central na vida dos sujeitos.

Desta condição deriva a importância de que todo psicólogo, independentemente da sua área específica de atuação, possa estabelecer uma aproximação dos conhecimentos relativos à experiência complexa dos processos de saúde e adoecimento, na medida em que, dada a centralidade da mesma, terminam por assumir uma importante dimensão ontológica, na própria constituição do sujeito.

No mesmo sentido, importa registrar uma outra incidência

significativa do tema da saúde para a Psicologia, presente na percepção de que, em função daquela centralidade das experiências que envolvem a dor, o sofrimento e a morte, a sociedade desenvolve e institucionaliza múltiplas práticas com diferentes registros simbólicos e técnicos, para abordar o tema da conservação da saúde e da vida, bem como atenuar as dimensões do sofrimento. Desse modo, toca à Psicologia, nas suas variadas presenças sociais, dialogar com a incidência desses múltiplos valores, práticas e significados, que estão associados ao tema da saúde.

Assim, um psicólogo que atua na educação deve estar atento às dimensões e práticas relacionadas ao tema da saúde que são próprios das populações assistidas no ambiente educacional, que convivem neste cenário. Já o psicólogo que faz Psicologia Comunitária estará em contato com as práticas sociais e culturais relativas ao processo saúde-doença, próprias do grupo que convive naquela comunidade. Da mesma forma, um psicólogo que atua na área de Psicologia Organizacional também encontrará diversos aspectos relacionados com práticas de promoção, conservação ou de defesa dos trabalhadores em





relação à questão do adoecimento. Aliás, a saúde ocupacional é uma área institucionalizada de múltiplos e conflitivos interesses relacionados aos aspectos que envolvem a saúde e o trabalho.

Deste modo, pensada como uma área de interesses amplos para a Psicologia, a saúde deve deixar de ser considerada como um objeto específico daqueles psicólogos vocacionados para uma atuação nas práticas sanitárias, operadas nos estabelecimentos típicos - hospitais, unidades de saúde - para se localizar como um dos importantes espaços de referência do diálogo da Psicologia com a sociedade.

Assim a aproximação por parte dos psicólogos, do campo da saúde, está a exigir uma nova atitude, inclusive reconhecendo que, para além dos aspectos conceituais, normativos, prescritivos, que se fazem presentes no campo da saúde coletiva, essa é uma área que se constitui concretamente na experiência vivida dos indivíduos na dinâmica das práticas sociais em cada contexto e momento histórico. Daí decorre a importância deste tema nas preocupações com a formação do psicólogo, que deve proporcionar oportunidades para a ampliação da

importância do tema da Saúde para toda a Psicologia.

Neste Fórum vamos certamente fortalecer o nosso compromisso com a área da saúde em todos os seus eixos e vertentes, para que os Psicólogos possam ser agentes de mobilização e mudança, contribuindo para a consolidação e ampliação do SUS em nosso país, *locus* privilegiado da convergência dos principais desafios sanitários da sociedade brasileira.

XIII Plenário CFP

Sumário

Apresentação	04
A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS	08
Formação generalista em Psicologia e Sistema Único de Saúde	17
As inquietudes do financiamento da seguridade social e o SUS	41
Conjuntura brasileira e o SUS: Tendências e Desafios	60
O Cuidado é um acontecimento, e não um Ato	69





A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS

Magda Dimenstein¹

Gostaria, inicialmente, de agradecer o convite para participar do Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, especialmente pela possibilidade de compartilhar idéias, interesses e de contribuir com o debate acerca de uma temática que atravessa toda a minha trajetória acadêmica, profissional e pessoal. Portanto, é de um lugar profundamente afetado que me situo para pensar sobre a prática profissional do psicólogo em saúde pública. Reconheço-me, pois, numa situação, como disse certa vez Merhy (2003), na qual *“o sujeito que propõe o que será conhecido está tão implicado com a situação que, ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todos esses processos”*. Assim, situo-me enquanto sujeito interessado e que aposta em certas direções e não em outras, enquanto sujeito que ambiciona produzir conhecimentos e sistematizá-los para si e para os outros. Gostaria, assim, de destacar duas palavras-chaves que refletem

essa primeira condição: implicação e compromisso.

Em segundo lugar, gostaria de dizer que as idéias que quero compartilhar a respeito da temática proposta não são apenas minhas, mas pertencem a diferentes atores sociais, e, de tão potentes, merecem tomar parte no diálogo, ou seja, são idéias frutos do meu encontro com diversos interlocutores que se interrogam sobre a vida e apostam incansavelmente na criação de novos modos de existência, de se viver, de ter saúde. Esses bons encontros funcionam como um intercessor, tal como Deleuze o pensa, na medida em que estão cheios de força para desestabilizar o que já está cristalizado e revigorar as nossas escolhas conceituais, metodológicas, enfim, éticas. Diante disso, as palavras-chaves para esse momento são movimento e produção de vida.

Implicação-movimento, compromisso-produção de vida. Pensar a prática do psicólogo na saúde pública a partir dessa perspectiva é meu objetivo neste texto. Mais do que isso, é poder contribuir para a construção de diretrizes para o

¹Profª do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Endereço para correspondência: UFRN, CCHLA, Depto. de Psicologia, Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59.078-970. Tel: (84) 32153590. E-mail: magda@ufrnet.br

trabalho do psicólogo nesse campo ancorado em tais princípios.

Não vejo razão aqui para retomar uma discussão acerca do processo de constituição do SUS, dos avanços e estancamentos ao longo dos últimos anos, mas apenas reafirmar sua importância no cenário nacional e o lugar fundamental que ocupa na vida de milhões de brasileiros. Acredito no SUS e o considero uma das melhores invenções já produzidas no país voltadas ao enfrentamento das iniquidades existentes. Parto, então, das discussões que vêm se dando mais recentemente no campo da saúde pública, mais precisamente, das propostas elaboradas pelo Ministério da Saúde, que já tem os problemas do sistema mapeados e investe na proposição de novas estratégias e ações no intuito de transformá-lo.

Atualmente, o “*HumanizaSUS*” apresenta-se como uma dessas estratégias para alcançar uma maior qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. É uma política nacional que opera transversalmente em todos os níveis do sistema, fugindo da lógica tradicional e burocrática baseada em programas e que tem, na humanização, o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS.

Trata-se, portanto, de uma

tentativa de fazer avançar questões que até hoje se apresentam como problemas de difícil abordagem, tal como atesta a vasta produção bibliográfica produzida no campo da saúde coletiva, dentre as quais se situam:

- “Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial, o que dificulta a complementariedade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta” (MS, 2004).





Diante disso, o Ministério da Saúde vem propondo um conjunto de princípios e diretrizes com o intuito de enfrentar os problemas indicados e orientar o modo de operar, as ações e as práticas em todas as esferas do sistema de saúde. Essas propostas visam, em outras palavras, à construção de uma rede comprometida com a defesa da vida ou, como vem sendo chamada, de “Rede de Humanização em Saúde/RHS” (MS, 2004). O que vem a ser isso? Que direção aponta, em termos da nossa inserção profissional no SUS? De que maneira a Psicologia é convocada a fazer parte de um movimento cuja responsabilidade é a produção de saúde e de sujeitos de modo sintonizado com outras estratégias de combate à desigualdade social e à desqualificação da vida?

Parto do princípio, então, de que nosso desafio atualmente reside em avançar no delineamento do que tal política pede de nós e em como a Psicologia pode contribuir para operar e fazer acontecer tal política, pois, a despeito das distintas definições, compreensões, críticas e propostas existentes em termos de humanização na saúde, o que está em jogo, segundo Puccini e Cecílio (2004), “*é a finalidade, o potencial e a direção desse movimento para o enriquecimento humano capaz de*

colocar socialmente em questão as amarras culturais, sociais, políticas e econômicas que travam a conquista de novos padrões universais e solidários de qualidade de vida” (p.1348). Ou seja, nossa adesão, nosso compromisso, nossa conexão com essa rede de humanização em saúde implica uma participação em um bloco de forças que tem a potencialidade de romper e gerar forças sociais capazes de produzir mudanças na ordem estabelecida, nos modelos de atenção e práticas profissionais cronificados.

Mas, em que consiste a Política Nacional de Humanização? De forma bastante resumida, segundo os documentos disponibilizados pelo MS (2004), trata-se da construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais, e destes com os usuários na produção de saúde. É uma rede de construção permanente de cidadania, que implica uma mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho. A política de humanização supõe um novo tipo de interação entre os sujeitos e nos modos de trabalhar em equipe, porque implica estar lidando com a complexidade sempre diferenciadora do viver, implica

produzir uma “cumplicidade” entre esses atores. Trata-se, portanto, de poder olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. Nesse sentido, há destaque para o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde, perspectiva que se afasta daquela orientada por uma concepção biogizante e mecanizada da vida.

Partindo da idéia de que o modo de operar é indissociável das concepções e valores, a implementação e funcionamento da PNH envolvem uma série de estratégias que objetivam a sua institucionalização, seja na atenção básica, urgência e emergência, seja na atenção especializada e hospitalar, em pelo menos sete eixos: gestão do trabalho, financiamento, atenção integral, educação permanente, informação/comunicação, acompanhamento e avaliação da PNH e no eixo das instituições, sendo pactuada nos níveis estadual e municipal.

É possível perceber que materializar tal política e reconfigurar o campo assistencial não é simples, pois requer um novo tipo de competência profissional, mudanças no processo de financiamento e gestão, no ensino e nos modos como pro-

duzimos os técnicos que aí operam. O psicólogo é um deles. Para escapar da lógica de produção de atos de saúde como procedimentos e *“realizarmos no agir diário, junto aos outros, dentro de nossos campos de responsabilidades e competências, processos relacionais comprometidos com a construção de sujeitos sociais protagonistas de seus modos de caminhar na vida individual e coletiva e sermos comprometidos com a permanente ótica de cuidar dos outros, das relações, de si e do mundo”* (Merhy, 2001), é preciso enfrentar uma série de desafios que vão muito além dos aspectos burocráticos ou administrativos e da delimitação de espaços profissionais.

Penso que, no campo da saúde pública, para fazer avançar uma política cuja lógica está voltada para a produção do cuidado em saúde, torna-se necessário fazer escolhas teóricas e metodológicas que possibilitem a sua concretização. Isso vale para qualquer campo de saber, e nos diz respeito diretamente. Como diz Deleuze, uma teoria é exatamente como uma caixa de ferramentas, é preciso que sirva, que funcione e que funcione para outros. Se não tem pessoas que se servem dela, incluindo o próprio teórico, é que a teoria não vale nada. Além disso, vale lembrar “que





não são quaisquer ferramentas que permitem agir em um modelo centrado no usuário, que visa a um novo modo de produzir o cuidado e o forjamento de novos sujeitos em ação comprometidos radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva, dentro de uma ótica de direitos sociais plenos” (Merhy, 2002, p.16).

Algumas ferramentas apresentam mais possibilidades do que outras; umas estão mais cheias de força crítica, de tornar visível a invisibilidade de forças que nos atravessam, os saberes e afetos instituídos, de nos fazer inventar atos cuidadosos. Uma anamnese, por exemplo, circunscrita à queixa e sintomas para a elaboração de diagnóstico tem funcionado, na maioria dos casos, como uma ferramenta pobre para fazer emergir a complexidade de fatores envolvidos naquilo que se apresenta enquanto necessidade de saúde. Portanto, a maneira como certas ferramentas são construídas, como certas modalidades de intervenção são pensadas e executadas, já reflete sua dimensão tutelar ou geradora de autonomia, ou seja, é preciso, antes de qualquer coisa, pensar onde essa ou aquela ferramenta pode nos levar.

Como isso afeta a Psicologia? Essa discussão indica que a Psicologia precisa operar uma série de en-

frentamentos importantes relativos à sua base conceitual e ao seu repertório de práticas quando se trata da sua inserção no campo da saúde pública. Alguns pontos podem ajudar nessa discussão, já discutidos na literatura do campo. Primeiro, diz respeito aos pressupostos subjacentes à atenção produzida independentemente do local de atuação: visão de mundo, valores, crenças, concepção de subjetividade, de saúde/doença, de normal/patológico, de neutralidade] etc, que fundamentam o saber e a prática psicológicos; segundo, a algumas marcas presentes no mundo psi: o ideário individualista, a fusão identitária com a psicanálise, a formação acadêmica descontextualizada, concepção de sujeito/indivíduo, modelo clínico tradicional, foco nos referenciais modernos de razão e cidadania etc. (Dimenstein, 1998). Tudo isso concorre para a produção de uma cultura profissional, de uma forma específica de ser psicólogo, de ver o mundo, de organizar seu trabalho e de relacionar-se com a instituição de saúde, por exemplo, campo que é alvo desse trabalho. Essa forma específica de se situar na vida é caracterizada por alguns pontos, a saber:

1. Escravização às técnicas, refletida na crença na neutralidade e na sua eficácia intrínseca (seja indi-

vidual ou grupal). A técnica é o fim em si. O que importa é saber usar, aplicar corretamente, desempenhar a tarefa, é realizar o ideal de atuação entendido como o emprego da técnica. Não é à toa que uma das maiores reclamações dos psicólogos inseridos na rede pública de saúde seja relativa à falta de *setting*/espaço adequado, de possibilidade de realizar o acompanhamento individual e de falta de entendimento dos gestores sobre o trabalho do psicólogo bem como dos usuários.

2. Concepção de liberdade/ autonomia apenas dentro de uma ótica privatista, que não tem absolutamente a ver com a idéia de liberdade como ação política, coletiva, como diálogo no sentido de produzir novas formas de sociabilidade.

3. Desejos de adaptação, seja das técnicas (não se pensa na produção de outras alternativas) seja da diferença, da diversidade humana, dentro de modelos pré-estabelecidos. Considera-se que grande parte das teorias e práticas psicológicas está norteada pelo princípio da disciplina, da normatização e cristalização das referências identitárias, seja em que contexto for.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de construção de um modo de fazer Psicologia articulado aos princípios e estratégias de inter-

venção do SUS, modo que vai sendo gestado ao longo da formação, e a universidade deve responsabilizar-se por isso. Não se trata de uma especialização, mas de um modo de ser no exercício profissional.

Outro aspecto que gostaria de abordar em relação à prática profissional em saúde pública - (e não estou me restringindo ao psicólogo) - é um desafio presente no cotidiano, mas pouco palpável, porque implica acompanhar movimentos invisíveis, não de sujeitos ou de pessoas, mas de *“operações estratégicas do desejo”* (Rolnik, 1989). Considero que a finalidade por excelência de qualquer trabalho em Psicologia seja operar cotidianamente essa máquina desejante que articula profissionais, usuários, organizações, tecnologias, encontros de sujeitos, que produz uma movimentação que implica processos cooperativos, potentes, prazerosos ou não, tal como relata grande parte dos trabalhadores em saúde. É nesse jogo cotidiano que nos inserimos de forma particular com nossos saberes e fazeres.

Operar essa máquina desejante é um trabalho árduo, cansativo, sem garantias, pois implica perceber que *“o desejo investe contra si mesmo e a favor do fortalecimento do status quo”* (Rolnik, 1989). Significa se permitir ser atravessado por uma





indagação spinozana: Por que as pessoas lutam por sua própria opressão como se estivessem lutando por liberdade? Por que produzimos modos de existência tiranos que fazem com que a hierarquia e a exploração sejam desejadas? Por que costumamos tantas burcas, mesmo de cores e tecidos variados, mas sempre fôrmas-prisões?

Esses questionamentos nos indicam que somos capturados constantemente pela tentação do conforto das formas e dos equilíbrios; indicam também que empreendemos, a todo momento, processos de institucionalização da vida, que ajudamos a modular os sistemas de saberes-poderes que nos atravessam e a conservar as redes invisíveis de subjetivação moral que sabotam as forças vivas da vida, a potência do novo, do desconhecido, do inusitado, da diferença. Chamamos isso “desejos de manicômio”. É uma lógica, são marcas invisíveis que produzem formas de subjetivações. Segundo Machado e Lavrador (2001), essa lógica se expressa “através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica” .

Entretanto, o que é mais importante é que essa cultura manicomial não está restrita a um campo específico de práticas, ou seja, a fabricação desses modos de existência capturados em sua força de invenção, de devires fascistas que se voltam, em nome da razão, à correção de tudo o que escapa à normalidade, à vigilância ininterrupta para não saírem da ordem, à produção de práticas e tecnologias de disciplinarização, é algo que perpassa o cotidiano, que alimenta os modos pelos quais circulam as pessoas nos espaços sociais, nos nossos atos e formas de pensar. Portanto, não é algo produzido especificamente no contexto da saúde ou próprio de nossa categoria profissional, mas são movimentos que atravessam o *socius*, o tornar-se humano contemporâneo. Isso quer dizer que ela envolve todos nós; está dentro e fora dos muros das instituições de saúde.

Nesse sentido, mesmo sabendo que não há receitas prontas e definitivas, penso que talvez a especificidade do nosso exercício profissional seja produzir certa disposição para construir problemas nos espaços por onde circulamos, nos coletivos de trabalho, entre usuários e para nós mesmos. Que nosso foco seja interrogar sobre como ocupamos as cenas, como as produzimos: en-

quanto interditores ou produtores de vida? Que nosso agir seja lutar contra o ímpeto da prescrição de modos de existir no mundo, o que nos faz técnicos da correção e da modelagem.

Entendo que a PNH, política que tem um compromisso com esse debate, convoca-nos a recusar o ideal de homem e a enfrentar as redes invisíveis de subjetivação moral bem como as resistências afetivas que bloqueiam nossa capacidade de inventar maneiras de ser antimani-comial. Ela nos pede para jogar esse jogo e colocar nossa capacidade de explorar o funcionamento paradoxal dessa rede em saúde construindo estratégias provisórias, *“uma política de invenção na qual se mantém vivo o aprender a aprender, em que o saber aprendido não se separa de repetidas problematizações....uma prática do tateio e de experimentação, composição e recomposição incessante”* (Lazzarotto, 2004).

O problema é que não há receitas de como inventar. E, certamente, não se faz sozinho. Precisamos de intercessores, de estar num campo *“que sustente essa inquietação e os movimentos intensivos do pensamento-ação para produzir uma ou muitas respostas”* (Matos, 2004).

Cotidianamente, estamos inseridos em vários setores do sistema de

saúde, desde a atenção básica até o nível terciário de atenção, passando pelo planejamento e gestão dos serviços. Em cada um desses níveis, atuar como aprendiz, construindo rede com outros saberes, produzindo escutas-intervenções que alarguem os sentidos e as possibilidades de criação e transformação do cotidiano, essa é a nossa missão na saúde pública.

Gostaria de finalizar com um poema de Clarice Lispector, que nos serve de alerta para o caráter transgressor, desviante e revolucionário que pequenos movimentos que operamos no dia a dia podem ter; basta termos coragem e não nos deixarmos calcificar.

“Eu sei que a gente se acostuma. Mas não devia.

A gente se acostuma a morar em apartamentos de fundos e a não ter outra vista que não as janelas ao redor.

E porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora.

E porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas.

E porque não abre as cortinas, logo se acostuma a acender cedo a luz.

E à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a amplitude”.





Referências

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2004. Disponível em <http://www.saude.gov.br/humanizasisus>
- DIMENSTEIN, M. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 1998, pp.53-81.
- LAZZAROTTO, G. D. R. A Construção de Possibilidades na Formação do Psicólogo: moradas de invenção e acolhimento. *In Nascimento, C. A. T et al. (orgs). Psicologia e Políticas Públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP-07, 2004, pp. 59-72.
- MACHADO, L.D. e Lavrador, M.C.C. Loucura e Subjetividade. *In Machado, L. D; LAVRADOR, M. C. C e Barros, M. E. B. (orgs). Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, pp.45-58.
- MATOS, R.L. A Psicologia como Prática Político-social. *In Nascimento, C. A. T et al (orgs). Psicologia e Políticas Públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP-07, 2004, pp. 17-30.
- MERHY, E.E. O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. 2003. Disponível em <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>
- MERHY, E.E. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. 2002. Disponível em <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>
- MERHY, E.E. Realizar no Micro a Luta Macro. O Ato de Cuidar, um Agir Tutelar e Autonomizador. 2001. Disponível em <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>
- PUCCINI, P. T e cecílio, l.c.o. a Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(5), 2004, pp.342-1353.
- Rolnik, S. *Cartografia Sentimental. Transformações Contemporâneas do Desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

Formação generalista em Psicologia e Sistema Único de Saúde

Jefferson Bernardes²

Este texto possui o objetivo de dialogar sobre algumas questões da formação em Psicologia e suas relações com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, vai ao encontro do objetivo geral do projeto das oficinas da Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP), qual seja, o de “contribuir para o processo de mudança na graduação da Psicologia, articulada no processo de implementação da integralidade na atenção à saúde, mantendo a dimensão de uma formação generalista”. Em função disso, o texto está organizado em dois eixos: primeiro, orientado para a problematização da formação generalista em Psicologia e, segundo, as articulações dessa formação com um dos princípios do SUS, o da integralidade na atenção à saúde.

Para explorar tais eixos, dividimos o texto em três partes: a primeira parte apresenta uma breve problematização sobre reformas curriculares; a segunda diz respeito às características, historicamente produzidas, da formação em Psicologia. Nela serão apresentados e

analisados alguns dos principais itens das diretrizes curriculares da Psicologia e suas relações com retóricas técnico-científicas e lógicas neoliberais que marcaram a profissão ao longo dos tempos, principalmente aquelas voltadas para a problematização da formação generalista. A terceira parte apresenta o princípio da integralidade³ e alguns pontos de encontros e articulações com a formação em Psicologia. Assim, tentamos estabelecer alguns paralelos (às vezes são paralelos que desafiam as lógicas geométricas e se encontram, outras vezes se afastam) entre os conceitos de formação generalista e integralidade.

Sabemos que o conceito de formação generalista está banalizado, impedindo avanços para sentidos que possam ser mais interessantes para a formação. Diante disso, nosso argumento central é afirmar que a formação em Psicologia jamais foi generalista, no sentido que será construído aqui, e que ainda temos muito trabalho a fazer para promover as articulações com os princípios do SUS, principalmente o da integralidade.

² Doutor em Psicologia Social pela PUC-SP e professor da Universidade Federal de Alagoas.





Para isso, três pontos são considerados fundamentos para prosseguirmos: em primeiro lugar, consideramos a Psicologia como uma prática social, ou seja, sujeita ao que, na etnometodologia (Garfinkel, 1967; Coulon, 1987), chamamos de princípio da reflexividade. Citando Ibáñez: “hemos descubierto que la ciencia también está hecha de la carne y huesos de sus representantes, carne y huesos que están formados de historicidad, de cultura, de lenguaje, de socialidad y que todo ello no remite sino a la continuidad y a la finitud del ser humano” (Ibáñez, 2001, p. 222).

Em segundo lugar, o texto orienta-se por uma perspectiva pragmática, ou seja, volta-se para os usos e efeitos das diretrizes curriculares na formação em Psicologia e em suas articulações (ou ausência delas) com os princípios do SUS, e, em terceiro, destacamos a importância das interanimações dialógicas (Bakhtin, 1994; Spink, 1999), isto é, além dos posicionamentos, endereçamentos etc, o texto possui várias vozes que o compõem. Pretende, dessa forma, fazer parte do debate que produz a implantação das diretrizes curriculares.

De imediato, é importante lembrar que um dos protagonistas nessa articulação entre o SUS e os cursos

de Psicologia é o próprio Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), que tem por missão potencializar as reformas na graduação a partir da reflexão coletiva sobre as diretrizes curriculares.

1) Reformas curriculares

Apesar de este texto explorar a questão da formação mais vinculada à graduação, estamos longe de querer reduzi-la à mesma. Levando isso em consideração, delimitamos formação em sua relação com a cultura. Partimos do argumento que a formação produz cultura (e vice-versa). A escola é percebida como “máquina de produção” (e, não simplesmente, reprodução social). A cultura influencia a formação profissional: ela constrói, molda e formata os sujeitos. Tal formação é produzida, para além de outros elementos, por meio do próprio currículo e dos processos que levam à sua organização.

Veiga-Neto (1995), por exemplo, argumenta que o ponto nodal na relação entre cultura e formação é o currículo. Para esse autor, a Educação não é vista somente como uma tarefa técnica de processamento de informações ou de aplicações de determinadas teorias de aprendizagem nas salas de aula, sequer

³Embora saibamos que outros princípios do SUS (universalidade, equidade, controle social e descentralização) relacionam-se diretamente com a formação em Psicologia, por ausência de tempo, não tivemos condições de analisá-los.

como resultado de exames de rendimento centradas no indivíduo. Portanto, nesse processo complexo, o currículo é visto *como a porção da cultura - em termos de conteúdos e práticas (de ensino, avaliação, etc.) - que, por ser considerada relevante num dado momento histórico, é trazida para a escola, isso é, é escolarizada (Williams, 1984). De certa forma, então, um currículo guarda estreita correspondência com a cultura na qual ele se organizou, de modo que, ao analisarmos um determinado currículo, poderemos inferir não só os conteúdos que, explícita ou implicitamente, são vistos como importantes naquela cultura, como também de que maneira aquela cultura prioriza alguns conteúdos em detrimento de outros, isto é, podemos inferir quais foram os critérios de escolha que guiaram os professores, administradores, curricularistas etc, que montaram aquele currículo. Esse é o motivo pelo qual o currículo se situa no cruzamento entre a escola e a cultura (Veiga-Neto, 1995, p. 1).*

A maioria das políticas curriculares oficiais não problematiza conhecimento e cultura como campo plural de conflitos e acordos (campo de relações dialógicas), fazendo, assim, com que a função cultural da escola fique “submetida à lógica do

mercado, da formação para habilidades e competências cuja definição não passa por um debate social amplo” (Chassot, 1998, p. 11).

Nesse sentido, a escola tende à produção de valores culturais dominantes, por exemplo, por meio da perspectiva da lógica neoliberal, hegemônica na atualidade, associada a concepções conservadoras de Educação e de aprendizagem; o currículo é compreendido quase sempre como meio, instrumento, via de acesso a determinados fins. Essa concepção minora o valor dos currículos, transformando-os em ferramentas manipuláveis de acordo com os objetivos (conservadores) que se quer estabelecer, desqualifica e descola a relação entre a formação e a cultura, tentando transformar o currículo em uma peça técnica, neutra, apolítica. Em decorrência disso, a reforma curricular é quase sempre percebida como simples mudança de disciplinas comumente observada nos corredores e salas dos departamentos: PSI 30001 - Psicologia Social I é substituída por PSI 30002 - Introdução à Psicologia Social. Ou PSI 20001 - Psicologia Geral, por PSI 20002 - Introdução à Psicologia. Geralmente, a troca de disciplinas fica à mercê dos ditames do mercado, na carona do conteúdo que está





mais em voga no momento.

Nesse sentido, por exemplo, as dimensões do que se chama (equivocadamente, diga-se de passagem) de clínica psicológica encontra terreno fértil para as propostas: saem de cena os fenômenos relacionados à tristeza, melancolia etc, e entra a depressão. Estresse, toxicomanias, síndrome do pânico, dentre outras, fazem sucesso nas propostas de alterações curriculares. Focada em conteúdos, as síndromes e transtornos de plantão junto à mídia medicamentosa impulsionam as reformas, promovendo trocas de disciplinas (ou de conteúdos das disciplinas), mercantilizando o currículo e a formação profissional. Há uma enxurrada de novas síndromes apresentadas diariamente. A lógica conteudista, na maioria das vezes, caminha lado a lado com posicionamentos pouco críticos para reformas.

Sabemos que as estratégias neoliberais retiram o debate da Educação da esfera pública e submete-o às regras do mercado, e isso, nos dizeres de Silva (1995), não significa maior liberdade e menor regulação, ao contrário, transforma a Educação num objeto de consumo individual, e não de discussão pública, organizando processos de maior controle da vida cotidiana escolar (Silva e

Moreira, 1995). Além disso, claro, há questões internas aos departamentos; por exemplo, nas instituições de ensino privadas, ao modificar a disciplina de algum professor, em realidade estaremos mexendo diretamente em seu salário. As resistências para mudanças, portanto, são grandes.

Mas a compreensão de currículo como uma peça técnica não possibilita pensarmos reformas curriculares como um processo em que se mesclam relações de poder, redes e jogos de interesses, fruto de negociações de sentidos e relações dialógicas entre seus variados participantes. Ora, reformas curriculares são produções políticas e coletivas, caso contrário estaremos vivenciando processos de privatização e de apropriação indébita de perfis formativos. Exemplo disso: a enorme distância entre as diretrizes curriculares para os cursos de Psicologia e as políticas públicas em geral e, em especial, as da saúde no País. O documento das diretrizes curriculares sequer, ou pouco, toca nessa questão.

Em se tratando de definições nas políticas educacionais, se são produções coletivas, estamos sempre no campo da ética e da política. É fundamental a participação de vários atores nesse processo, não

somente professores e alunos, mas também usuários dos serviços aplicados ao curso, supervisores locais, trabalhadores do sistema de saúde e interessados em geral.

Este é um primeiro ponto: reformas curriculares não podem ser reduzidas à troca de disciplinas. Não se resolve nada dessa forma. Não é trocando a disciplina de Psicologia clínica por políticas públicas em saúde que resolveremos a questão da própria política pública em saúde. Aliás, se a troca é nesse nível, ou seja, introduzir o conteúdo ou o profissional em Psicologia na rede de atenção pública à saúde, realizando as mesmas atividades que sempre realizou, estabelecendo com o sistema o mesmo modelo de atuação que caracteriza a formação em Psicologia, possivelmente teremos, por conseqüência, ao menos dois processos: maior afastamento da área em relação aos princípios do SUS e a constituição de uma perigosa dicotomia entre uma Psicologia para ricos (privada) e uma Psicologia para pobres (pública). Caso continue com o mesmo modelo que caracterizou a formação em Psicologia no Brasil, preferimos, então, que sequer permitamos que o profissional *psi* entre nessa rede.

O ponto nodal, em se tratando de reformas curriculares, é a cons-

trução de uma proposta político-pedagógica que produza uma relação visceral com as políticas públicas, ou seja, que não reduza essa relação a uma ou duas disciplinas. A pura e simples inclusão de disciplinas de políticas públicas em saúde nas grades curriculares dos cursos não garante, efetivamente, nenhum tipo de mudança com as reformas. A sugestão é que os princípios estejam contemplados (e coletivamente acertados na comunidade acadêmica, constituindo um compromisso de todos) na própria proposta político-pedagógica do curso.

Diante dessa questão, passamos ao segundo tópico: caracterizações da formação em Psicologia.

2) Algumas características da formação em Psicologia

A formação em Psicologia, no Brasil, há tempos é alvo de muitos estudos e pesquisas. Apesar disso, desde a aprovação da resolução que estabelece o *currículo mínimo* para os cursos de Psicologia⁴, data de 1962, nenhuma mudança foi materializada em termos documentais. Nesses 42 anos, muitas experiências locais e pontuais foram construídas e vivenciadas, algumas com sucesso e outras nem tanto. Apesar de a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, aprovada em

⁴Resolução de 19 de dezembro de 1962, do antigo Conselho Federal de Educação, que fixou o currículo mínimo para os cursos de Psicologia.





1996, extinguir todas as resoluções referentes ao *currículo mínimo* no país, somente agora foi possível a construção de uma nova resolução⁵, baseada nas Diretrizes Gerais Curriculares, para a definição de novos parâmetros para os cursos de graduação em Psicologia. Decorre dessa constatação uma primeira pergunta: o que atravancou, por tanto tempo, a implementação de novas propostas curriculares?

É compreensível afirmar que as diretrizes curriculares, homologadas em 2004 pelo Ministério da Educação, foram fruto de negociações e de relações de poder. Esse processo é eminentemente político e implica negociações de sentidos a todo momento. O documento das diretrizes curriculares atuais foi o possível de ser realizado nesse momento e foi originário de um trabalho sério e sistematizado de um grande número de pessoas e entidades. Estamos lidando com posicionamentos políticos, em que as distintas psicologias também participam ativamente, claro, nem sempre de forma igualitária, assim como nem sempre com os avanços que alguns de nós desejamos.

O argumento central desse texto é de que a formação em Psicologia no Brasil (marcada por encontros entre retóricas técnico-

científicas com lógicas neoliberais), desde seus primórdios, jamais foi uma formação generalista. Ao contrário, foi, desde sempre, marcada por ser uma formação fragmentada, reducionista, liberal, individualizante e com especialização precoce.

Vale destacar que não temos nenhuma pretensão em sentar pé numa definição de generalista e afirmar que essa é a mais verdadeira ou a mais correta. Ao contrário, apresentaremos um sentido que, cremos, pode trazer algumas possibilidades interessantes de se pensar a formação em Psicologia.

Frente a isso, foram selecionados quatro itens das diretrizes curriculares considerados centrais para a implantação das reformas. Dois deles são permanências de modelos que já existiam na formação em Psicologia e os outros dois são novidades. Apesar das permanências, acreditamos que seja possível estabelecer uma reforma que possa romper com tradições mais conservadoras. Os itens são: ênfases curriculares e currículo por competências (não são novidades) e núcleo comum e eixos estruturantes (estes, sim, promovem novidades nas diretrizes curriculares). A idéia é tentar remontar algumas formas de se lidar com esses conceitos que escapem do lugar comum a que a

⁵Parecer n° 0062/2004, do Conselho Nacional de Educação, que teve como relatora a Prof^a Marília Ancona-Lopez, homologado pelo Ministro da Educação, por meio de publicação no Diário Oficial da União, no dia 12/04/2004.

Psicologia, por quase um século, se vê destinada.

a) Ênfases curriculares:

O Parecer do Conselho Nacional de Educação nº 0062/2004 define ênfases curriculares como “um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia”. Mais adiante, as diretrizes salientam que “as ênfases devem ser suficientemente abrangentes para não constituírem especializações, mas assegurar o respeito às singularidades institucionais, às vocações específicas e aos contextos regionais, atendendo à abertura proposta pela nova LDB”.

Já na Resolução, as ênfases são definidas, principalmente, por dois artigos:

“Art. 11: Parágrafo 1º. A definição das ênfases curriculares, no projeto do curso, envolverá um subconjunto de competências e habilidades dentre aquelas que integram o domínio das competências gerais do psicólogo, compatível com demandas sociais atuais e/ ou potenciais, e com a vocação e condições da instituição”.

“Art. 12 - Os domínios mais consolidados de atuação profissional do

psicólogo no País podem constituir ponto de partida para a definição de ênfases curriculares, sem prejuízo para que, no projeto de curso, as instituições formadoras concebam recortes inovadores de competências que venham a instituir novos arranjos de práticas no campo”.

O receio que temos é que, ao estarem abertas, para os domínios e as inovações em Psicologia, a definição de ênfases, sem reflexões sobre as origens do próprio conceito e diante das resistências às mudanças (em função de diversos fatores), os movimentos de reformas tendam à manutenção do que já existe, como já apontam alguns estudos e pesquisas recentes.

Voltando ao parecer: “cada curso poderá definir e criar outras ênfases atendendo a abrangência da área e as inúmeras possibilidades de avanço do conhecimento e ação psicológicos.” Tentaremos explorar exatamente essa possibilidade de abertura que o parecer nos apresenta. Antes, porém, apresentaremos nossa compreensão das origens das ênfases.

Argumentamos que as ênfases curriculares da Psicologia possuem duas raízes distintas: por um lado, a herança da Psicologia aplicada (Weber e Carragher, 1982; Martins, 1999; Mancebo, 1999), originária





da Psicologia brasileira, marcada por uma retórica técnico-científica. A formação em Psicologia é marcada por determinadas características, dentre outras, a hegemonia da Psicologia aplicada (consolidando uma perspectiva tecnicista, com especialização precoce e fragmentação da formação) e centrada em uma perspectiva individualizante enquanto modelo de atuação. Essa perspectiva individualizante inicia-se, num primeiro momento, na escola, depois se expande para as fábricas e para o universo do trabalho e consolida-se na clínica.

A outra raiz é oriunda das estratégias e lógicas neoliberais, presentificadas por meio das chamadas *habilitações* no debate sobre a formação em Psicologia (Bernardes, 2004). Ao final da década de 1990, essas duas raízes se encontram nos primeiros debates e documentos das diretrizes curriculares.

Na compreensão da primeira raiz das ênfases, argumenta-se que a Psicologia aplicada é, em grande parte, responsável pela fragmentação da formação em Psicologia em distintas áreas (Psicologia Clínica, Psicologia Escolar, Psicologia Organizacional etc).

Segundo Patto (1984), na esfera da Psicologia Educacional, destaca-se (embora possa ser estendida para

outras áreas) a perspectiva individualizante e curativa como modelo de atuação, orientada para o diagnóstico e o ajustamento dos indivíduos. Isso fica claro desde o início da área, com a fundação do primeiro laboratório de Psicologia Aplicada à Educação no Brasil, o *Pedagogium*, instituído no Rio de Janeiro, em 1890, e do laboratório da Escola Normal de São Paulo, inaugurado em 1914. Contribuiu para isso, também, o rápido desenvolvimento do ensino da Psicologia nos programas do ginásio nacional e das escolas normais (Brozek e Massimi, 1998).

Na área da Psicologia Organizacional, a atuação dos *psicologistas* (como inicialmente eram chamados os profissionais *psi*), sempre foi orientada para funções de recrutamento, seleção, orientação e treinamento de pessoal para a crescente indústria brasileira (vale lembrar a mudança na matriz econômica no país, durante a década de 1930, de uma base agrária para industrial) assim como para a abertura de postos públicos de trabalho.

Exemplar disso é a afirmação de Mancebo sobre o Instituto de Seleção e Orientação Profissional (ISOP), ao argumentar que foi referencial para muitos profissionais. Para ela, o ISOP:

Com suas práticas, difundiram a

profissão, divulgaram-na, construíram o clima necessário à regulamentação da Psicologia e imprimiram sua marca na Lei que regulamentou a profissão de psicólogo (Mancebo, 1999, p. 100).

A influência da Psicologia aplicada na regulamentação da profissão e na formação é também destacada por Martins:

O primeiro anteprojeto de profissionalização foi criado pelo ISOP e pela Associação Brasileira de Psicotécnica, dos quais Mira y López era diretor e secretário geral, respectivamente. A presença dos psicotécnicos nos mais variados setores da vida pública nacional acarretou a necessidade de se estabelecer algum mecanismo que normalizasse a proliferação desses profissionais (Martins, 1999, p. 305).

Em relação à clínica, o exercício clínico entre os psicólogos sempre teve seus limites claramente estabelecidos⁶: o psicólogo, historicamente, foi concebido como auxiliar do médico, podendo, no máximo, exercer funções de orientação e acompanhamento clínico. Funções ou exercícios vinculados a cargos de direção de estabelecimentos e instituições de saúde eram exclusivos da classe médica. Como exemplo, a disputa com a Medicina, que, no art. 11, inciso III, do Projeto de

Lei nº 3.825, de 1958, (primeiro projeto a ingressar no Congresso Nacional visando a regulamentar a Psicologia como profissão) ao falar das funções do *psicologista*, diz o seguinte:

Não poderão os licenciados de uma ou outra modalidade (da Psicologia) responder pela organização e direção de serviços de Psicologia clínica, os quais requerem a direção de médico devidamente capacitado; poderão, entretanto, nesses serviços, exercer funções de assistentes técnicos.

Os psicólogos, dessa forma, ao encontrar brechas na legislação da época para exercer, como profissionais liberais, a Psicologia Clínica, o fazem dando continuidade ao modelo de atuação individualizante, hegemônico até então no país, por meio da Psicologia Aplicada. Configura-se aí, portanto, um processo que reduz clínica à relação dual (em determinado *setting* asséptico e influenciado pelas escolas teóricas norte-americanas) e vincula-o a certas concepções de Psicoterapia. A clínica naturaliza-se e inicia um processo de psicologização das relações cotidianas, a cultura *psi*, que terá duras conseqüências para a Psicologia (visto seu aproveitamento pela ditadura militar), como podemos ver nos trabalhos de Coimbra

⁶Tentativas de limites e proibições que ainda perduram: vide o Parecer Alcântara-Cabernite (1973), o Projeto Julianelli (1980), e, atualmente, o conhecido Ato Médico (Projeto de Lei Substitutivo nº 25/2002).





(1995) e Figueira (1988), dentre outros.

Mas, retornando à nossa questão central, a formação em Psicologia no Brasil é originária da Psicologia Aplicada, que se consolidou nas três áreas tradicionalmente instituídas: Psicologia Escolar, Psicologia Organizacional (ou do Trabalho) e Psicologia Clínica. A institucionalização desse processo está na lei n. 4.119/62, que regulamenta a profissão do psicólogo. Ali, o art. 16 apresenta que: “As faculdades que mantiverem cursos de psicólogo deverão organizar serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho (...)”.

Esse processo de fragmentação da Psicologia ainda se encontra em franca expansão. Atualmente, são inúmeras as especialidades da Psicologia. Esse processo estabelece repercussões diretas na graduação em Psicologia, por exemplo, os currículos recortados e “entupidos” de tantas disciplinas de distintas áreas quanto a formação dos professores permite, disciplinas sem nenhuma, ou pouca, proposta de articulação entre si e isoladas da proposta político-pedagógica do curso.

Mas, ao naturalizar e cristalizar o fenômeno da Psicologia Aplicada, a retórica técnico-científica transforma em inevitáveis as áreas

de atuação que se encontram na formação (Psicologia Clínica, Psicologia Escolar e Psicologia Organizacional, principalmente), divisão que pode cristalizar-se e renovar-se, atualmente, com o conceito de *ênfases curriculares*. A maioria dos cursos de Psicologia no país adota, desde a implantação do currículo mínimo, a divisão oriunda da Psicologia Aplicada. Assim, corremos o risco de ver as reformas curriculares substituírem “Psicologia Clínica” por “Psicologia e Processos Clínicos”; “Psicologia Escolar” por “Psicologia e Processos Educativos” etc.

Reduzir as ênfases às áreas da Psicologia Aplicada é dar um passo atrás. Isso em um duplo sentido: primeiro se estabelece o contínuismo como princípio organizador da reforma. Aí, perguntamos: o que iremos reformar? Se o eixo principal da reforma não se modifica... Em segundo, a diferença entre a matriz formativa anterior e a nova é que, em boa parte dos cursos, os alunos percorriam as três áreas distintas, configurando sua formação dessa maneira. Com o novo modelo, o curso pode manter as distintas aplicações, e o aluno opta por uma delas, reduzindo sua participação e vivência no processo de formação. As ênfases podem provocar a radicalização da especialização da

⁶ Qualifica como exclusivamente dos médicos várias atividades relacionadas à saúde e subordina a maioria das profissões da saúde à Medicina.

formação em Psicologia já na graduação. Em termos de formação, isso representaria o que Certeau (1996) caracteriza como o *empobrecimento da experiência*, tão comum no cotidiano, ao se referir aos limites impostos às pessoas em função de políticas neoliberais, seja no campo do trabalho, seja no da educação.

Outra fragmentação a ser superada origina-se de uma certa lógica liberal. Diz respeito às antigas habilitações: bacharéis, licenciados e psicólogos. A Lei nº 4.119/62 e a Resolução de 19/12/1962, que definem o currículo mínimo para os cursos de Psicologia, são claras: existem três cursos de Psicologia: bacharel, licenciado e formação do psicólogo. Em 1977, com o parecer n. 12/77, do antigo Conselho Federal de Educação (contrariamente ao parecer do ano anterior, nº 1.677/76), os distintos cursos são forjadamente interpretados como habilitações. A implicação disso é que, dessa forma, possibilitava-se a criação de cursos mais curtos e baratos por parte das universidades particulares. O contexto de aprovação desse parecer coincide com o momento do *boom* das universidades particulares no país. Vale lembrar que o número de cursos de Psicologia durante a década de 1970, no Brasil, cresceu assustadoramente.

Além de tornar os cursos mais baratos⁷, as distintas habilitações eram preocupações de alguns profissionais psicólogos acadêmicos que trabalhavam no campo da pesquisa. Dessa forma, poderiam, rapidamente, dar conta de suprir a lacuna da pesquisa psicológica no país, por isso o bacharelado em Psicologia ser uma habilitação com carga horária menor que em relação à formação de psicólogos.

Atualmente, apesar de não haver mais referências diretas (com exceção de que a licenciatura em Psicologia será remetida às diretrizes das licenciaturas), é aqui que as duas raízes se encontram: a estratégia neoliberal (das habilitações) encontra-se com a retórica da Psicologia Aplicada (fragmentação da Psicologia) por meio das ênfases curriculares. É comum não somente percebermos que os cursos estão provocando um certo contínuismo no perfil formativo do psicólogo ao reeditar as áreas tradicionais, mas também escutarmos as tentativas de construção de ênfases em pesquisa. Aliás, o próprio documento deixa isso claro, quando relaciona como sugestão de ênfase em primeiro lugar a “Psicologia e os processos de investigação científica”. Será que pesquisa é algo a ser deixado para a ênfase? Isso implica o fato de que o

⁷É importante deixar claro que defendemos o ensino público, gratuito e de qualidade. Tornar os cursos mais baratos é uma estratégia de mercantilização da educação e que nem sempre é associada à qualidade na formação.





psicólogo que não fizer essa ênfase não será um pesquisador? E aquele que fizer essa ênfase não poderá ser um psicólogo, no sentido estrito do termo? Por que ainda a manutenção dessas fragmentações?

Trata-se, portanto, da reedição da lógica das habilitações no interior das ênfases. Os processos de pesquisa são importantes e devem estar presentes no núcleo comum e serem estendidos para todas as ênfases. O abandono da idéia de que formaremos um psicólogo ou um pesquisador ainda é um dos maiores entraves nos processos de reforma curricular. Queremos um psicólogo pesquisador e um pesquisador psicólogo simultaneamente.

Assim, como superar essas duas fragmentações: das áreas clássicas oriundas da Psicologia Aplicada e das habilitações oriundas da lógica liberal? Como superá-las trabalhando com uma perspectiva que almeja uma formação generalista? Como trabalhar com uma formação generalista por meio das chamadas ênfases curriculares?

Essas respostas são construções coletivas, dialógicas e de longo prazo, mas algumas pequenas questões estão mais claras: trabalhamos com uma concepção de formação generalista que não se reduz à área de conhecimento ou ao campo de

atuação. Também não trabalhamos com definições para formação generalista que estabelece a possibilidade de o profissional atuar em distintas áreas ou campos, recolhendo um pouquinho da experiência de cada uma delas; tampouco como um profissional eclético, que conhece um pouco de cada coisa, estabelecendo vãos panorâmicos pelas escolas psicológicas; menos ainda aquele que fica com sua formação somente no núcleo comum... Formação básica é outra coisa.

São muitos os sentidos produzidos para definir formação generalista. Não pretendemos elaborar uma definição única, mas contribuir com novos sentidos que talvez falem mais das possibilidades de a Psicologia brasileira articular-se visceralmente com seus contextos e poder trabalhar a favor de um plano civilizatório mais humano, solidário e ético.

Como afirma Eizerik: "Não é o lugar que define a postura de um profissional - embora nem todos pensem assim - é antes a capacidade de refletir criticamente sobre teorias, métodos e práticas, avaliando resultados e pensando acerca das necessidades do país em que nos encontramos" (Eizerik, 1988, p.33). Preferimos trabalhar no sentido de que formação generalista diga

respeito ao perfil do pensamento crítico e de levar em conta a complexidade do que chamamos de realidade. Trata-se de uma modalidade de formação que permite a articulação de distintos temas oriundos das áreas clássicas, independentemente do local de atuação ou do referencial teórico utilizado pelo profissional, mas sempre sensível ao seu contexto.

Em uma escola (campo de atuação), por exemplo, várias áreas estão presentes e não somente a Psicologia Escolar: Psicologia Clínica, Psicologia Organizacional ou do Trabalho, Psicologia Social, Psicologia Comunitária, Psicologia jurídica, Psicologia do Esporte etc. As possibilidades são infinitas. Mas podemos avançar, pois as articulações não são entre as áreas, e, sim, entre o que deriva delas: sofrimento, processos e relações de trabalho, relações comunitárias, familiares etc. É uma concepção de formação generalista, portanto, que rompe com a fragmentação da Psicologia. É aquela que consegue dar conta da complexidade que é a articulação entre os distintos temas ou questões que derivam de um campo ou área qualquer.

Mas, como fica isso quando tratamos da implantação de ênfases curriculares? Podemos pensar as

ênfases por meio de um processo lingüístico, o oxímoro, que é a figura de linguagem em que se combinam palavras de sentido oposto que parecem excluir-se mutuamente, mas que, no contexto, reforçam a expressão, ou seja, é a junção de termos contraditórios entre si; por exemplo, “pensar o impensável” ou “comparar o incomparável”. Assim, no campo da formação em Psicologia, como construir uma *ênfase ampla*?

Na tentativa de construção de uma *ênfase ampla*, é necessária a ruptura com a retórica técnico-científica e também com as demandas neoliberais. Não se deseja mais um psicólogo pela metade, fragmentado, reduzido a concepções psicológicas. O processo de adjetivação da Psicologia (Psicologia Clínica, Psicologia Escolar, Psicologia Organizacional etc) não sustenta mais a formação na graduação. As ênfases não podem ser reduzidas às áreas de conhecimento, tampouco aos campos de atuação; também não podem ser reduzidas quando de sua materialização em um estágio ou a uma ou outra disciplina.

Para a construção de ênfases amplas, sugerimos a construção de ênfases substantivas, por exemplo: *saúde*. Não se trata da Psicologia da saúde, mas *saúde* enquanto substantivo. O processo de substantivar as





ênfases se dá por meio de questões centrais na vida em sociedade; no caso do exemplo saúde, é estabelecer articulações com os processo de saúde e adoecimento das pessoas, os processos de ensino-aprendizagem, as novas tecnologias, as redes de atenção, as comunidades, o consumo, a diversidade organizacional, a gestão do trabalho, o trabalho formal e o informal, o trabalho infantil etc.

Ainda como desafios para os cursos na construção da reforma em geral e, em especial, das ênfases, outras indagações são importantes: que demandas focam a existência desse curso? Qual é a história da região e do curso? Que profissional está sendo formado para essas demandas? Que perfil formativo é o mais interessante no atendimento/transformação dessas demandas? A que visam os cursos? Que proposta político-pedagógica está aí construída? Trata-se de uma proposta construída coletivamente?

Enfim, que vocações (vozes, no sentido bakhtiniano) compõem esse curso? Que diferentes posições e negociações (no campo político) são engendradas na composição dos cursos? Vale lembrar que a palavra ênfase vem do latim *emphâsis, is*, e significa “força enunciativa”; portanto, que enunciados ou vozes com-

põem um curso ou uma ênfase?

Talvez, para isso, a premissa sugerida por Ibáñez (2001) seja necessária: que “los criterios que definen la utilidad de la Psicología son criterios que no pueden estar en manos de los psicólogos sino que pertenecen a un debate donde lo que está en juego son las opciones éticas, normativas y políticas de la población” (Ibáñez, 2001, p. 245). Sua sugestão é abrir a Psicologia a *la irrupción de la gente*. Aí, qualquer lógica corporativa, seja nos espaços acadêmicos seja nos espaços profissionais, cai por terra.

Vale lembrar que o argumento de Ibáñez já era defendido por brasileiros durante a década de 1980, como, por exemplo, por Carvalho, quando afirma que:

É necessário criar mais canais de retroalimentação para os cursos: tornar o contato entre o curso e a sociedade mais concreto e mais direto (não depender apenas de leis, por exemplo). Acho que isso pode ser feito de várias formas: pelo contato com condições concretas em que psicólogos estão atuando, principalmente aquelas que, de alguma forma, fujam às atuações convencionais e representem uma expansão nas modalidades de atuação; pela pesquisa sobre necessidades que efetivamente poderiam ser atendidas pelos

psicólogos, e desenvolvimento de instrumentos para esse atendimento, e até pela simples conscientização dos alunos sobre as relações entre a profissão e a sociedade (Carvalho, 1982, pp. 16-17).

Dessa forma, a construção de *ênfases amplas, substantivas e, portanto, temáticas* pode ser um bom caminho, um caminho que rompe com a lógica da Psicologia aplicada e com as estratégias neoliberais. As políticas públicas, em geral, apresentam temas que podem ser explorados nessa perspectiva. Os princípios do SUS, por exemplo, estabelecem uma excelente oportunidade para as rupturas que se desejam, como veremos mais adiante.

b) Currículo por competências:

A questão central das competências é que elas podem acirrar o discurso individualizante na Psicologia, ou seja, a noção de competências compreendida como capacidades, habilidades ou atitudes do indivíduo aprofunda a lógica de que os sucessos e os fracassos são de exclusiva responsabilidade do próprio indivíduo. Nesse sentido, na escola, a criança fica como única responsável pelo fracasso escolar; no universo do trabalho, é o trabalhador o responsável pelo adoecimento ou pelo acidente do trabalho; na comunida-

de, é o cidadão o único responsável pela sua própria miséria; na clínica, é o sujeito o único responsável por seu sofrimento etc. Em suma, é um conceito que naturaliza as relações depositando no indivíduo a responsabilidade pelos acontecimentos.

No campo da formação, trata-se de um conceito que foi, diríamos, psicologizado. Centrado no indivíduo, marcado em seu corpo (ou psiquismo), qualifica-o ou não para um determinado saber-fazer. Retira-se, portanto, o caráter político da formação, creditando exclusividade ao indivíduo pela responsabilidade da formação. Esse posicionamento reforça o caráter tecnicista marcante na formação em Psicologia. Afasta o psicólogo do campo político, dialógico e crítico. Retira-se, dessa forma, a possibilidade de realização de leituras que levem em conta a complexidade disso que chamamos realidade.

Presenciamos, dessa forma, uma sobrevalorização do indivíduo que, simultaneamente, resgata e potencializa os ideais liberais. Uma implicação imediata disso para a Psicologia é que os objetos que compõem a realidade psicológica são lidos como originários de uma suposta *natureza humana*, nas quais já estariam *naturalmente* preestabelecidos. Podemos perder, por exem-





plo, a possibilidade de, no debate atual sobre formação em Psicologia, *competências* e *habilidades* não serem compreendidos como conceitos derivados de relações dialógicas.

Boa parte dos sentidos produzidos para designar competências deriva das chamadas pedagogias pedagógicas (Varela, 1991). A lógica dos currículos por competência, quando competência é reduzida às *pedagogias psicológicas*, possui, por conseqüência, a permanência da lógica conteudista herdada do currículo mínimo. Bernardes (2004) argumenta que o repertório lingüístico utilizado para o debate sobre a formação em Psicologia modificou-se ao longo dos tempos (principalmente após a entrada da nova LDB, em 1996), porém seus sentidos permaneceram os mesmos, ocorrendo uma substituição na seguinte ordem: “matérias” foram substituídas por “competências”; “disciplinas”, por “habilidades”; “ética”, por “atitudes e condutas”; “conteúdos”, por “conhecimentos”; ou seja, a lógica disciplinar é ainda a sustentadora das relações de ensino-aprendizagem. Segundo Machado:

A organização da escola é, e continuará a ser, marcadamente disciplinar; os professores são, e continuarão a ser, professores de disciplinas, não havendo qualquer sentido na carac-

terização de um professor de “competências” (Machado, 2002, p, 139).

O desafio é claro: como podemos dar significado, de outras formas, ao que venha a ser competência? Como produzir outros sentidos que possam tornar complexas as relações de ensino-aprendizagem e proporcionar uma leitura crítica da relação entre cultura e formação? Como podemos desnaturalizar esse conceito?

Propomos que a construção do perfil formativo por meio das competências leve em consideração uma perspectiva etnometodológica, ou seja, uma proposta de pensar “competência” como uma relação dialógica, um processo de reflexão compartilhado, em que várias questões estão em jogo: a compreensão dos percursos realizados pelos alunos e alunas; a busca de intervenções pedagógicas favoráveis à aprendizagem de todos; a compreensão da sala de aula como um espaço dialógico; a reflexão constante sobre o cotidiano; a realização de trabalhos coletivos e solidários; o saber e o não saber como simultâneos e complementares; a busca da diferença em função do enriquecimento do processo de ensino-aprendizagem; a negociação cotidiana; a memória das instituições envolvidas e seus contextos; a possibilidade de

construção de projetos coletivos de ação em âmbito político e social, etc. A idéia é ampliarmos o conceito para uma competência relacional ou, em outros termos, uma competência dialógica, e não reduzi-la a uma lista de capacidades individuais e psicológicas (habilidades), mas dar condições para a dialogia e, a partir daí, perguntar o que, na proposta político-pedagógica do curso, podemos avançar para garantir as condições de dialogia.

Por exemplo, ao definirmos as competências para o trabalho políticas públicas em saúde, é importante que tais definições se dêem a partir do diálogo entre professores, supervisores acadêmicos, alunos, representantes do curso, supervisores locais, trabalhadores, usuários e familiares daquele campo em especial. Não se trata mais de uma competência circunscrita a um feixe de habilidades que o aluno possa vir a desenvolver, mas de ressignificar o próprio sentido de competência e, por conseguinte, da formação.

c) Núcleo comum:

Dois artigos tentam definir o núcleo comum nas diretrizes curriculares; são eles:

Art. 6º - A identidade do curso de Psicologia, no país, é conferida através de um *núcleo comum* de

formação, definido por um conjunto de competências, habilidades e conhecimentos.

Art. 7º - O *núcleo comum* da formação em Psicologia estabelece uma base homogênea para a formação no país e uma capacitação básica para lidar com os conteúdos da Psicologia, enquanto campo de conhecimento e de atuação.

Justificando a introdução da noção de núcleo comum nas diretrizes, a Resolução nº 0062/2004 afirma que:

“A identidade do curso de Psicologia no País, por sua vez, é garantida por um núcleo comum, que assegura uma base homogênea para a formação e para a capacitação para apreender e lidar com os conhecimentos da área.

O núcleo comum é definido por um conjunto de competências básicas que se reportam a desempenhos e atuações iniciais requeridas do formando em Psicologia e visam a garantir ao profissional o domínio de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e intervenção em processos psicológicos”.

A primeira questão, portanto, parece ser não reduzir núcleo comum a conteúdos básicos. Os





conteúdos básicos são parte da trajetória do aluno em seu curso e fazem parte do núcleo, mas não se encerram nele. Talvez seja interessante trabalhar núcleo comum como um acordo, no campo dialógico, entre distintos cursos do país ou de uma determinada região. Ganha relevo, assim, o campo político para a constituição da formação.

Dessa forma, temos também a possibilidade de articulações entre distintos cursos em uma mesma região ou localidade. Esse diálogo é fundamental e aqui há um grande espaço de trabalho entre os representantes dos cursos e entidades como a ABEP.

d) Eixos estruturantes:

Assim como o núcleo comum, os eixos também são diferenciais das diretrizes em relação às propostas educacionais anteriores.

As diretrizes definem os eixos estruturantes como:

“Tais eixos têm por finalidade garantir a congruência dos cursos, que devem explicitar seus pressupostos e fundamentos epistemológicos e históricos, teórico-metodológicos, de procedimentos, interfaces e práticas e garantir a assimilação de conhecimentos já sedimentados no campo da Psicologia” (Parecer nº 0062/2004, p. 2).

São apresentados, a partir daí, seis eixos estruturantes:

. *Fundamentos epistemológicos e históricos;*

. *Fundamentos teórico-metodológicos;*

. *Procedimentos para a investigação científica e a prática profissional;*

. *Fenômenos e processos psicológicos;*

. *Interfaces com campos afins do conhecimento;*

. *Práticas profissionais.*

O trabalho com os eixos possibilita construir a estrutura e a organização curricular, com possibilidade de escapar da lógica disciplinar. O curso pode, a partir daí, ser pensado de várias formas, por exemplo, lógicas modulares atravessando e sustentando toda a proposta curricular.

A idéia é que os eixos sejam transversais ao curso, estabelecendo articulações horizontais entre os módulos ou disciplinas e articulações verticais entre o núcleo comum e as ênfases.

3) Algumas possibilidades de articulações entre o SUS e os cursos de Psicologia.

Esse segundo tópico problematiza algumas possibilidades (ou não) de articulações entre os princípios

do SUS e os cursos de Psicologia. Vale lembrar que jamais (ou pouco) a formação em Psicologia orientou-se para as políticas públicas. Ao contrário, a formação orientou-se (e ainda se orienta) para produzir um profissional liberal e para estabelecer relações de privatizações com os espaços públicos - vide o que ocorre em grande parte das clínicas-escola nos cursos de Psicologia, em que, além de existirem profissionais que pouco contato ou interesse possuem com as políticas públicas, são isoladas dos cursos e distantes de suas propostas político-pedagógicas.

O documento das diretrizes curriculares possui algumas potências que podem ser bem exploradas, por exemplo, abre margens para possíveis cursos de Psicologia com ênfases curriculares em questões derivadas de políticas públicas. Para que isso ocorra, claro, não basta somente a inclusão de uma ou outra disciplina na grade curricular do curso. A articulação entre a formação em Psicologia e as políticas públicas poderia, nesse sentido, ser orgânica e perpassar toda a proposta pedagógica dos cursos de Psicologia, estar diretamente vinculada às próprias diretrizes curriculares. Para que isso ocorra, não basta a mobilização entre professores e alunos, mas também entre supervisores locais,

usuários, gestores dos serviços de saúde, conselhos, sindicatos, etc.

Uma das possibilidades de articulações, nesse momento, se dá por meio de experiências locais, regionais, específicas e pontuais que, interligadas com outras, constroam uma rede de diálogos e ações, ampliando-se cada vez mais, com experiências que sejam reflexivas, críticas e que possam romper com alguns mitos relacionados à produção de conhecimento psicológico, por exemplo, o próprio lugar da Psicologia tendo o significado de uma prática social como qualquer outra e a problematização de seus usos e efeitos no cotidiano. Uma dessas discussões pode ser pela problematização do que venha a ser a clínica.

Em nosso entendimento, a academia está muito distante de preocupações com essa articulação. Em contrapartida, parece que o Ministério da Saúde começou a movimentar-se ao afirmar querer chegar à:

“Construção de relações de cooperação entre o SUS e as instituições formadoras, o que deve resultar em melhor integração dos serviços, maior produção de conhecimento dirigida às necessidades do sistema e, sobretudo, intensificação dos processos de mudança na formação de graduação dos profissionais de saúde.”⁸

⁸Documento coletado em 03/09/2004 no site: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=386





Já o documento “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, propõe como metas nas mudanças dos cursos de graduação as seguintes questões:

- Desenvolver a orientação ao Sistema Único de Saúde e a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade sob o conceito de clínica ampliada de saúde (o *trabalho em equipe e a integralidade da atenção à saúde*) (grifos nossos).

Os pontos convergentes entre uma formação generalista e o princípio da integralidade do SUS são apresentados tomando por base o trabalho de Mattos (2006). O autor, em busca de uma definição para integralidade, argumenta que esse conceito é polissêmico, pleno de sentidos os mais diversos, sem uma definição única, mas com uma proposta política claramente estabelecida.

Mattos (2001) traz, ao menos, um conjunto de sentidos distintos para a compreensão do conceito de integralidade: o primeiro conjunto é oriundo do leque que vai da Medicina integral à prática da

integralidade. Esse conjunto realiza duras críticas à fragmentação da Medicina e ao seu reducionismo biologicista. Estabelece, a partir daí, uma perspectiva de que tanto a fragmentação quanto o reducionismo são conseqüências da formação a que os profissionais em saúde são submetidos.

Esse conjunto delimita a integralidade como quase exclusivamente centrada a uma atitude do profissional da saúde, que poderia ser trabalhada no período de formação do sujeito. É a atitude dos médicos de não reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que, supostamente, produz o sofrimento. Essa atitude, para esse conjunto de sentidos de integralidade, deveria ser produzida nas escolas médicas. (Mattos, 2001).

Ora, no caso da formação em Psicologia, a fragmentação do saber em áreas de conhecimento autônomas e distintas produz efeitos próximos. Os reducionismos psicológicos, depositando no indivíduo a responsabilidade por todos os acontecimentos da vida, são pensamento corrente em nossa área, e, por fim, a crítica de que esses problemas são originários da formação, já é lugar comum.

O segundo conjunto vem da saúde coletiva e estabelece um

novo foco para críticas: descentra a questão da formação, ou curricular, e orienta-se para as relações de trabalho. São elas que devem ser modificadas, pois a prática médica está calcada em um modelo liberal de atuação, e presenciamos, cada vez mais, o assalariamento dos médicos.

Outro foco problematizado pela saúde coletiva é a crescente medicalização da sociedade, sustentada principalmente pela racionalidade médica. Para além de provocar o afastamento entre a saúde coletiva e a Medicina, essas questões tornaram mais complexas o conceito de integralidade, trazendo para dentro das práticas de saúde o foco da questão. Em outras palavras, a fragmentação e o reducionismo não são originários somente das escolas profissionais mas também da própria forma como se organizam as relações de trabalho entre os profissionais.

Assim, por enquanto, o conceito de integralidade varia de uma atitude de certos profissionais à marca da prática profissional. Mattos propõe a articulação entre as distintas concepções, pois, para o autor, a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, mas, em muitas situações, a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da

equipe de saúde e de seus processos de trabalho (Mattos, 2001).

Há ainda, um terceiro conjunto de sentidos para integralidade. Trata-se de determinadas configurações de políticas específicas que tentam dar conta de um problema de saúde em especial. Geralmente, são respostas governamentais aos problemas de saúde. São as políticas especiais, cuja característica principal é não reduzir os sujeitos de suas políticas a objetos descontextualizados. O movimento feminista foi um dos principais organizadores dessa perspectiva, pois recusava-se a reduzir as políticas de atenção à saúde da mulher a um conjunto de órgãos ou sistemas característicos do sexo em questão.

A partir desses conjuntos, a integralidade, portanto, passa a ser não somente uma questão de formação, mas um modo de organização do trabalho que busca uma apreensão ampliada das relações entre saúde e doença, ou seja, a integralidade emerge como um princípio organizador do processo de trabalho nos serviços de saúde e da ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, Mattos (2004; 2001) argumenta que a relação dialógica é princípio básico para o exercício da integralidade.





Resumidamente, Mattos (2001), ao estabelecer pontos comuns para os vários sentidos de integralidade, propõe pensarmos como uma implicação a recusa à fragmentação e ao reducionismo, recusa à objetificação dos sujeitos e uma afirmação para a abertura ao diálogo.

Ampliando a questão para a Psicologia, o que nós, psicólogos, temos a oferecer às políticas públicas em geral e às de saúde em particular? Claro, não há possibilidade de pensarmos as reformas curriculares de forma isolada ou afastada das práticas dos profissionais em Psicologia da rede de saúde. Ora, boa parte dos locais de estágios dos cursos de Psicologia dá-se exatamente na rede pública de saúde! Claro, a relação ainda é quase exclusivamente locatária dos cursos em relação às instituições, mas, independentemente disso, como é organizado o exercício de estágio com os alunos? Que possibilidades de organização de processos articuladores de teorias e práticas existem aí? Que compromissos são estabelecidos? Que acompanhamentos existem? Como é a relação com os supervisores locais (quando existem) com os alunos? E essa mesma relação com a equipe profissional da instituição? Como são os contatos e trabalhos conjuntos com os professores e

supervisores dos cursos? Os profissionais da rede de atenção à saúde participam das reformas nos cursos? São convidados?

Acreditamos que, pelo caminho da formação, a questão seja respondida em parte, ou seja, recusa à fragmentação do saber psicológico, recusa ao reducionismo psicologicista, individualizante e objetificador, ampliação das possibilidades de modos de atuação que não somente as centradas no profissional liberal, abertura e sensibilidade às competências e relações dialógicas. Dessa forma, acreditamos que os sentidos de formação generalista possam ser minimamente articulados aos princípios do SUS e, em especial, ao de integralidade.

Referências

- BAKHTIN, M. *The Problem of Speech Genres*. In Emerson, C. e Holquist, M. (eds.), *Speech Genres and other Late Essays*. Austin, Texas: University of Texas Press, 1994.
- BERNARDES, J. S. O Debate Atual sobre a Formação em Psicologia no Brasil - permanências, rupturas e cooptações nas políticas educacionais. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social. PUC-SP, São Paulo, Brasil, 2004.
- BROZEK, J.; MASSIMI, M. (orgs.) *História da Psicologia Moderna - Versão Brasileira*. São Paulo: Unimarco, Edições Loyola, 1998.
- CARVALHO, A. M. A. A Profissão em Perspectiva. *Psicologia*, 2(8), 1982, pp.5-17.
- CERTEAU, M. *A Invenção do Cotidiano*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- CHASSOT, A. Currículo: (Re)montando Fragmentos. Seminário "Currículos". São Leopoldo, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 25/09/1998, (mimeo).
- COIMBRA, C. M. B. *Guardiães da Ordem - uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "Milagre"*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- COULON, A. *La Etnometodología*. Madrid: Cátedra, 1987.
- EIZERIK, M. *Psicologia Hoje: uma análise do que fazer psicológico*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, a.8, n.1. CFP, 1988.
- FIGUEIRA, S. *Efeito Psi - a Influência da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988.
- GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1967.
- IBÁÑEZ, T. *Municiones para Disidentes - realidad - verdad - política*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A., 2001.
- MACHADO, N. J. Sobre a Idéia de Competência. In Perrenoud, P.; Thurler, M. G.; Macedo, L. et al. *As Competências para Ensinar no Século XXI - a Formação dos Professores e o Desafio da Avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- MANCEBO, D. Formação em Psicologia: gênese e primeiros desenvolvimentos. In Jacó-Vilela, A. M.; Jabur, F.; Rodrigues, H. B. C. (orgs.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. Revista. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999, pp.93-120.
- MARTINS, H. V. Uma Revolução e um Revolucionário? A Psicologia na Época de Mira y López. In Jacó-Vilela, A. M.; Jabur, F.; Rodrigues, H.B.C. (orgs.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. Revista. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999, pp.301-308.
- MATTOS, R. A. A Integralidade na Prática (ou sobre a Prática da Integralidade). *Cad. Saúde Pública*, vol. 20, nº





5, set./out.2004, pp.1411-1416.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In* Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs). Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABRASCO, p. 39-64, 2001.

PATTO, M. H. S. Psicologia e Ideologia – uma introdução crítica à Psicologia Escolar. São Paulo: Ed. T.A.Queiroz, 1984.

SILVA, T. T.; Moreira, A. F. B. Territórios Contestados. Petrópolis: Vozes, 1995.

SPINK, M. J. (org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano - aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez Ed, 1999.

VARELA, J. El Triunfo de las Pedagogias Psicológicas. Cuadernos de Pedagogía. Barcelona, n. 198, pp. 56-99, 1991.

VEIGA-NETO, A. Currículo e Cultura. Trabalho apresentado no curso de extensão Teoria e Prática da Avaliação Escolar, promovido pela UFRGS, para o Conselho de Diretores das Escolas Agrotécnicas Federais, na EAF de Sertão, RS. Disponível em: <http://orion.ufrgs.br/faced/alfredo/sertao.htm>, 1995.

WEBER, S.; CARRAHER, T. Reforma Curricular ou Definição de Diretrizes? Uma Proposta para o Curso de Psicologia. *Psicologia*. 8(1), 1982, pp. 1-13.

As inquietudes do financiamento da Seguridade Social e o SUS

Áquilas Mendes⁹

As grandes conquistas da política social existente no Brasil - o Sistema Único de Saúde (SUS), a Previdência Social Pública, o Seguro Desemprego e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), concedido pela assistência social ao idoso de baixa renda e aos portadores de deficiência - são herança direta da democratização do país e da chamada Constituição Cidadã. Todas elas fazem parte da Seguridade Social, desenho institucional da proteção social brasileira.

Para aqueles que vêm acompanhando, por exemplo, a institucionalização do financiamento dessas políticas, ao longo dos últimos 17 anos, e suas tensões com a política econômica, têm assistido quase que o abandono, principalmente por parte do Governo Federal, do conceito de Seguridade Social, em geral, e da saúde, em particular, tais como concebidos na Constituição, e, por consequência, de suas bases de financiamento. Em outras palavras, trata-se de reconhecer que, ao longo desse período, a sociedade

brasileira presenciou uma trajetória em que a área social manteve-se refém da econômica, sofrendo a redução de um sistema de proteção social inspirado no princípio da universalidade e na solidariedade entre as áreas que integram a seguridade.

O objetivo deste artigo é reconstruir o processo de institucionalização do financiamento do SUS e destacar os conflitos existentes com a política econômica dos anos 1990 e 2000¹⁰. O artigo está dividido em duas partes. A primeira parte aborda o percurso em que, ao longo dos 17 anos de institucionalização do SUS, foram afetados a noção e os aspectos da política pública de saúde universal, ancorada nos princípios da Seguridade Social consolidados na Constituição de 1988. A segunda parte destaca os conflitos provocados pelo Governo Lula, com ênfase na forma com que sua equipe econômica considera e trata os recursos da Seguridade Social.

1. O tenso percurso do financiamento da Seguridade Social e do SUS

No tocante às políticas sociais,

⁹Professor de Economia da FAAP/SP, vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde e coordenador de Gestão de Políticas Públicas do Centro de Estudos de Pesquisa de Administração Municipal/SP.





a Constituição de 1988 significou uma inflexão no tratamento até então concedido pelo Estado. Os constituintes, certos da necessidade de se construir caminhos seguros em relação ao resgate da imensa dívida social brasileira herdada do regime militar, procuraram instituir, na Constituição, direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social. Essas conquistas foram incorporadas em capítulo específico - o da seguridade social, consolidando a solidariedade entre a saúde, a previdência e assistência social.

Para responder às exigências do volume de recursos necessários a esse tipo de proteção social, ampliados no conceito de Seguridade Social, e também para tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia (principalmente do emprego junto ao mercado formal de trabalho), os constituintes definiram que seus recursos teriam como base várias fontes. Dentre elas, destacam-se: o salário (contribuições de empregados e empregadores), o faturamento (trazendo para seu interior o Fundo de Investimento Social - Finsocial¹¹ e o Programa de Integração Social e

de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS/Pasep), o lucro líquido das empresas (contribuição nova introduzida na Constituição, denominada Contribuição sobre o Lucro Líquido - CLL) e a receita de concursos e prognósticos (loterias). Além dessas fontes, a Seguridade Social contaria com recursos de impostos da União, Estados e Municípios. Ao mesmo tempo, os constituintes preocuparam-se em definir que esses recursos fossem exclusivos da proteção social, porém nenhum governo que se seguiu à Constituição de 1988 cumpriu tal determinação.

Também houve a preocupação em definir que o tratamento dos recursos da seguridade social não poderia ser distinto de seu conceito de proteção, significando que, no seu interior, não teria sentido a vinculação de recursos. Esperava-se que, a cada ano, quando da discussão do orçamento, fosse definida a distribuição do conjunto de receitas previstas para as diferentes áreas. A única vinculação prevista ficou para os recursos do PIS/Pasep, isso porque dizem respeito ao programa seguro-desemprego e ao pagamento do abono PIS/Pasep, sendo que 40% de sua arrecadação são destinados a empréstimos realizados pelo BNDES às empresas.

¹⁰Esta parte apóia-se no artigo elaborado por Áquilas Mendes e Rosa Marques (2005).

¹¹O Finsocial deu lugar, em 1991, à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social(Confins).

Após 17 anos de promulgação da Constituição de 1988, não foram poucos os embates ocorridos no interior da Seguridade Social. Para alguns, as tensões havidas na implementação da Seguridade Social deixaram claro a impossibilidade de sua existência administrativa - na medida em que a legislação ordinária separou as três áreas - e financeira, uma vez que, na prática, ocorreu uma progressiva especialização das fontes.

Em que pesem os vários embates provocados pelos constrangimentos econômicos, o modelo de Seguridade Social criado demonstrou capacidade de resistência às conjunturas mais problemáticas. O exemplo maior dessa resistência foi dado pelo movimento pela universalização da saúde, no seu percurso de construção do Sistema Único de Saúde.

A questão financeira da área da saúde tem sido condicionada pelo tratamento concedido à Previdência no interior da Seguridade Social, de um lado, e, de outro, a política de austeridade fiscal implementada pelo Governo Federal nas políticas sociais, decorrente de seu objetivo de promover o equilíbrio orçamentário com elevados *superávits* primários.

Embora os constituintes tenham definido que os recursos da Segurida-

de Social não poderiam ser alocados para outros fins que não aqueles da Previdência, da saúde e da assistência, e que, ao mesmo tempo, não haveria vinculação das fontes aos diferentes ramos¹², entre 1989 e 2004, isso foi sistematicamente desrespeitado.

O primeiro conflito ocorrera já em 1989, quando o então Finsocial contribuiu como fonte de recursos importante para a despesa de encargos previdenciários da União, que não integra a Seguridade Social. Esse desvio de finalidade repetiu-se em 1990. No final desse ano, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o Governo Federal não aplica e desconsidera, no período posterior, o disposto no art. 55 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição, que assegurava pelo menos 30% do total dos recursos da seguridade social para a saúde, com exceção da arrecadação do PIS/Pasep, de uso exclusivo do FAT. Mesmo assim, o Ministério da Saúde recebeu, em 1991, 33,1% do total das contribuições. Um ano após, essa participação foi reduzida para 20,95%.

O segundo conflito ocorreu em 1993, quando o Executivo federal desrespeitou a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que determinava o repasse, para a saúde, de

¹²Com exceção do PIS/PASEP, que é destinado ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT).





15,5% da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores, obrigando o Ministério da Saúde a solicitar cerca de três empréstimos consecutivos junto ao FAT. A partir, então, desse ano, essas contribuições tornaram-se exclusivas da área da Previdência, medida que se legaliza posteriormente na reforma previdenciária do governo Fernando Henrique Cardoso. Um terceiro e importante embate no financiamento do SUS e da Seguridade Social ocorreu em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (posteriormente denominado Fundo de Estabilização Fiscal e, atualmente, Desvinculação das Receitas da União - DRU), quando foi definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do Governo Federal.

Nesse cenário de deterioração da situação financeira da Previdência, em que a baixa arrecadação das contribuições sociais era reflexo do não crescimento da economia, com altas taxas de desemprego e o crescimento do mercado informal do trabalho, o setor da Previdência incorporou como fonte de recursos os demais recursos que integram a Seguridade Social, além de já utilizar, de forma exclusiva, as contribui-

ções sobre a folha de salários. Dessa forma, o constrangimento financeiro assumido pela saúde não encontrava paralelo na sua história recente.

Na tentativa de encontrar fontes alternativas de recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Na prática, essa solução veio vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). No entanto, o novo volume de recursos da CPMF no financiamento da saúde, que alcançou R\$ 10,0 bilhões em 2003 (IGP-DI/FGV de dezembro de 2003), correspondendo a 32,4% do total das fontes no gasto total do Ministério da Saúde, foi compensado pela redução das contribuições da seguridade social - COFINS e CSLL. Como mencionado anteriormente, trata-se de reconhecer o avanço da previdência, como também o uso do mecanismo da desvinculação de parte dos recursos da Seguridade Social.

Observa-se, nos anos que se seguiram, o crescimento dos problemas financeiros da área da saúde. Três questões explicitam a fragilidade do esquema de financiamento

do SUS. Em primeiro lugar, nota-se que o gasto líquido – excluindo a dívida e o gasto com inativos e pensionistas – realizado pelo Ministério da Saúde (MS) entre 1995 e 2003, diminuiu em 7,0%, passando de R\$ 30,2 bilhões para R\$ 28,1 bilhões. Para se ter uma idéia, o gasto federal *per capita* foi reduzido de R\$ 190,10, em 1995, para R\$ 158,90, em 2003, tudo a preços de dezembro de 2003 (IGP-DI/FGV)¹³. Em segundo lugar, verifica-se um sistemático crescimento da irregularidade no fluxo de execução orçamentária do MS, especialmente a partir da segunda metade dos anos 1990. Por fim, destaca-se um aumento significativo do saldo a pagar da rubrica Restos a Pagar do Ministério da Saúde, principalmente entre 2001 e 2004, passando de R\$ 9,2 milhões para R\$ 1,8 bilhões (dados da Comissão de Orçamento e Finanças, do Conselho Nacional de Saúde, relativos a julho de 2005).

Se, por um lado, o país atravessa um período de retração econômica, com reflexos negativos no mercado de trabalho, por outro lado essa situação não apresenta impacto negativo nas contas da Seguridade Social ao longo dos anos 2000. Logo após o penoso quadro financeiro da década de 1990, caso fosse respeitado pelo Governo Federal o con-

ceito de seguridade social definido na Constituição de 1988 e não fosse utilizado o mecanismo de desvinculação dos 20% do antigo Fundo de Estabilização Fiscal e atual DRU, o orçamento da Seguridade contaria com superávits de R\$ 26,64 bilhões (2000), R\$ 31,46 bilhões (2001), R\$ 32,96 bilhões (2002), R\$ 31,73 bilhões (2003) e R\$ 42,53 bilhões (2004), todos em valores correntes. Esses recursos excedentes, segundo a Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, foram alocados no pagamento de gastos fiscais ou contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário (Anfip, 2005).

Para se ter uma idéia, a Anfip calcula que, em 2004, a desvinculação das contribuições sociais (Cofins, CSLL, CPMF) autorizaria o Governo Federal a gastar, fora da Seguridade Social, R\$ 24,9 bilhões. Os recursos restantes (R\$ 17,63 bilhões) deveriam ser aplicados no sistema. Contudo, essa situação não foi possível de ser verificada. De acordo com a Anfip, essa não foi uma peculiaridade de 2004. Entre 2000 e 2004, foram utilizados R\$ 165 bilhões da Seguridade Social para contribuir com o superávit primário. E o que é pior, desse montante, R\$ 76,84 bilhões teria excedido o limite permitido para desvinculação das contribuições. Dessa forma, a Anfip

¹³Dados extraídos de estudo do Ipea; ver Ribeiro et all. (2005).





adverte que, “tendo em vista o total comprometimento do orçamento fiscal com as necessidades de financiamento da dívida pública, os superávits são alcançados através do orçamento da seguridade social” (Anfip, 2005, p.31).

Chama, ainda, a atenção o fato de que esse resultado positivo não alterou a posição do Governo Federal, que, durante todos esses anos, manteve acesa a idéia de defesa do déficit da Previdência, desconsiderando, assim, a sua vinculação ao orçamento da Seguridade Social. Interessante observar que essa atitude contribuiu para a aprovação de reformas na previdência, seja no governo FHC seja no governo Lula (Marques e Mendes, 2004).

A situação de incerteza e indefinição dos recursos financeiros para a área da saúde levou à busca de uma solução mais definitiva, qual seja: a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas de poder. A história de construção de uma medida de consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos tramitando pelo Congresso até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em agosto de 2000.

A primeira Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169), de autoria dos deputados Eduardo Jorge

e Waldir Pires, foi formulada em 1993, quando o Ministério da Saúde solicitou o primeiro empréstimo junto ao FAT. Depois disso, várias outras propostas de vinculação foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas nenhuma delas sustentava a idéia original de vinculação tanto no âmbito das contribuições sociais (30%) como no orçamento de cada nível de governo. A última proposta de vinculação dos recursos para a saúde restringiu-se aos recursos orçamentários da União, dos estados e municípios, materializando-se na EC 29¹⁴.

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos 7% dessas receitas, sendo que esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004; e, para os municípios, 15%, no mínimo. Em relação à União, a EC 29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de, pelo menos, 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Cabe ressaltar que, quanto à União, a EC 29 não explicita a origem dos recursos e, em relação à Seguridade Social, foi omissa, como se não

¹⁴Para o conhecimento das propostas de vinculação de recursos para o financiamento da saúde, ver Marques e Mendes (1999).

houvesse disputa por seus recursos, como mencionado anteriormente.

Pode-se perceber, portanto, que esses conflitos por recursos estavam presentes antes e após o estabelecimento da EC 29. Saliencia-se que o texto da emenda deu origem à acirrada discussão entre os Ministérios da Saúde e da Fazenda. Segundo interpretação do primeiro, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria o de 2000, e o valor apurado para os demais anos deveria ser sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Já para o Ministério da Fazenda, o ano-base seria o de 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano. Essa diferença de interpretação teve implicações de R\$ 1,2 bilhões no orçamento de 2001, o que levaria, por exemplo, a dobrar os recursos do Programa Agentes Comunitários em relação ao ano anterior. Sabe-se que a Advocacia Geral da União (AGU) acatou a fórmula de cálculo do Ministério da Fazenda, porém essa discussão estende-se pelos anos seguintes, sem uma resolução definitiva.

Além dos problemas de interpretação do texto, prejudicando o financiamento da saúde, a EC 29 apresentou também dificuldades no tocante à sua implementação. Para se ter uma idéia, segundo informa-

ções da Cofin/CNS, o valor mínimo da aplicação com ações e serviços de saúde em 2005, levando em consideração a última revisão do PIB, deveria ser de R\$ 37,1 bilhões, enquanto o valor apresentado pelo Ministério da Saúde (atualizado até 31.07.2005) foi de R\$ 36,5 bilhões, constituindo-se numa diferença a ser suplementada pelo orçamento do MS de R\$ 641,4 milhões¹⁵. Convém salientar que ainda há uma diferença de aplicação de anos anteriores, acumulada em R\$1,6 bilhão, calculada nos termos da Resolução nº 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde, a partir de 2000.

Os conflitos por recursos legalmente determinados pela EC 29 não se restringem à União. Nos anos que se seguiram à promulgação da Emenda Constitucional, o descumprimento, por parte dos estados, tem sido verificado. Em 2003, 16 estados não cumpriram o mínimo exigido pela EC 29. São eles: Alagoas, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso. Isso significa, para esse ano, o descumprimento de R\$ 1.782,2 milhões (dados SIOPS). Contudo, convém lembrar que, no caso dos estados, esse des-

¹⁵Ressalta-se que, a esses recursos, devem ser acrescidos os valores correspondentes a restos a pagar realizados no período de 2000-2005.





cumprimento vem crescendo ano a ano. Se acrescido ao valor de 2003 o passivo de 2000, 2001 e 2002 (R\$ 3.622 milhões), o descumprimento da EC 29 alcança o montante de R\$ 5.404,2 milhões.

Se somados os valores referentes ao descumprimento da EC 29 pela União e estados, após sua promulgação, o montante diz respeito a cerca de R\$ 7,0 bilhões (R\$ 1,6 da União e R\$ 5,4 dos Estados). Em resumo, pode-se dizer que o financiamento do SUS continua sendo contestado ou colocado em dúvida, constringendo a saúde dos cidadãos brasileiros.

Por sua vez, chama a atenção o fato de que, dentre os estados que apontaram o cumprimento da EC 29 nos anos aqui indicados, alguns deles incluíram, como se fossem gastos em ações e serviços de saúde, as despesas com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, programas de alimentação, hospitais de "clientela fechada" (como hospitais de servidores estaduais e militares). Ainda que a Emenda não tenha definido adequadamente o conceito de ações e serviços de saúde para efeito de aplicação dos recursos dos três níveis de governo, ao longo desses últimos anos, foram construídos parâmetros claros e acordados entre

o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas, conforme determinados na Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, mencionada anteriormente. Os conflitos são perceptíveis, uma vez que, mediante "artifícios", os estados desconheciam esses parâmetros e incluíram gastos alheios à saúde para atingirem sua meta de aplicação.

Para os municípios, tanto das capitais como do interior, as informações do SIOPS indicam que o cumprimento da EC 29 ao longo desses últimos anos tem sido respeitado. No ano de aprovação da Emenda (2000), o percentual médio destinado à saúde foi de 13,64% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Em 2001, esse percentual passou para 14,71%; em 2002, atingiu 15,97%; e, em 2003, 17,58%. Isso demonstra que, para os municípios, a vinculação de recursos não alterou o quadro do financiamento da saúde.

Entretanto, é possível verificar que também alguns municípios desconsideraram o conceito de ações e serviços de saúde definido na Resolução nº 322 e incluíram, por exemplo, as despesas associadas a inativos da área da saúde. Surpreendentemente, mesmo em gestões progressistas, houve um conflito en-

tre a área da saúde e a das finanças. Os secretários de finanças também defenderam, interpretando indevidamente a Emenda, que os 15% definidos como o mínimo seria exatamente o percentual que eles aplicariam, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores. Tal como no plano macroeconômico, a descentralização da saúde subordina-se à lógica do “econômico - contábil”, em que os secretários de finanças entendem que a contemporânea “reduzida” receita é que condiciona a despesa municipal, mantendo a da saúde no patamar mínimo constitucionalmente determinado.

Com o objetivo de assegurar o cumprimento da EC 29 e respeitar o consenso construído entre o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, os tribunais de contas e as diversas entidades na área da saúde, no tocante à definição de ações e serviços de saúde, foi elaborada a proposta de regulamentação da EC 29, sob a denominação de Projeto de Lei Complementar nº 01/2003.

Em 2004, foi dado início ao processo de tramitação desse Projeto na Câmara Federal. Após intensos debates e conflitos entre os interesses do governo federal, contrários ao Projeto de Lei, e a Frente Parlamentar da Saúde, o Projeto foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e

Família e na Comissão de Finanças e Tributação, da Câmara. A expectativa é que seja aprovado na Comissão de Constituição e Justiça e siga para votação no Plenário da Câmara. Sabe-se que esse “caminho”, no processo legislativo, é constituído de vários embates e sua aprovação não será isenta de conflitos.

2. O governo Lula e os recursos da Seguridade Social e do SUS

A persistência dos problemas relativos ao endividamento interno e externo, a manutenção das elevadas taxas de desemprego e o crescimento do mercado informal do trabalho - elementos que ilustram a falta de perspectiva quanto à retomada sustentável da economia -, constituem constrangimentos no caminho da garantia da Seguridade Social e da universalidade do SUS. Mas, apesar de todas as investidas dos defensores dos princípios neoliberais, marcados pela diminuição do gasto público, as estruturas e instituições criadas pelo SUS resistem.

A luta pela defesa de recursos aparece, contudo, como se a saúde estivesse permanentemente em crise. Na verdade, todas as suas manifestações apenas refletem os conflitos de interesse em jogo e o grau de resistência do movimento pela universalização da saúde públi-





ca. Nos anos do governo Lula, não têm sido poucas as suas investidas contra o financiamento da Seguridade Social e da saúde. Mas, paralelamente, o número de manifestações contrárias também não se revela menos importante.

No primeiro ano de governo, a proposta de reforma tributária sanciona o comprometimento atual das finanças dos municípios e do Governo Federal, mas abre mão de repensar as condições de sustentação do conjunto da Seguridade Social, em especial da saúde. Além disso, nas negociações para a aprovação da reforma, apareceu a possibilidade de mecanismos semelhantes à DRU serem aplicados aos estados e municípios, o que, segundo estimativa da Comissão de Orçamento e Finanças, do Conselho Nacional de Saúde, significaria uma redução de R\$ 3 bilhões em nível dos estados e de R\$ 2,5 bilhões em nível dos municípios, caso a desvinculação de 20% fosse aplicada à arrecadação prevista para 2003. Numa reação defensiva daqueles que lutam pela construção da universalidade da saúde, conseguiu-se o compromisso do governo Lula, após intensas mobilizações, da retirada dessa Proposta no âmbito do projeto do Executivo.

O financiamento da saúde está longe de estar resolvido no âmbito

da proposta de reforma tributária do governo Lula. Isso porque, no momento em que a austeridade fiscal é alçada à medida prioritária pelo governo - na verdade continuando a política anteriormente executada -, tal fato se choca diretamente com o interesse daqueles que pretendem assegurar a implementação do SUS como uma política universal. Dito de outra maneira, o SUS universal encontra-se na contramão dos ditames do FMI, que exige corte nos gastos e superávit primário elevado. Essa atitude é emblematicamente registrada na defesa intransigente do governo Lula em manter a CPMF (mas sem dividir os recursos com os outros níveis de governo, é claro) e a DRU.

Nessa dimensão, a discussão da reforma do Estado, envolvendo alterações substantivas das reformas previdenciária e tributária, coloca a possibilidade de o próprio sistema de saúde vir a ser modificado. Na medida em que forem extintas as atuais fontes de financiamento do sistema e a escassez relativa de recursos determinar apenas a manutenção dos cuidados com a saúde da parcela mais carente da população, propostas de adoção de modelos alternativos de gestão da saúde certamente ganharão corpo e importância no debate que está

por vir. Isso pode permitir que se coloque qualquer tipo de sistema de proteção social que não se inspire sob o princípio da universalidade.

Uma segunda investida do governo Lula contra a saúde manifestou-se no descumprimento da proposta orçamentária/2004 do Ministério da Saúde. Em 31 de julho de 2003, a saúde foi surpreendida com o veto presidencial ao § 2º do art. 59 da LDO/2004. Por meio desse ato, seriam consideradas como ações e serviços públicos de saúde as despesas realizadas com encargos previdenciários da União (EPU) e com o serviço da dívida, bem como a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. A reação contrária do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde resultou na mensagem do Poder Executivo ao Congresso Nacional, criando o § 3º para o art. 59, no qual, para efeito das ações em saúde, são deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Contudo, nenhuma menção foi feita ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, cujos recursos previstos atingiam R\$ 3.571 milhões.

No momento em que o Fundo da Pobreza é considerado como ações de saúde, não só a saúde deixa de contar com os recursos a ele destinado como é desrespeitado o

processo de construção da definição do que sejam ações típicas de saúde, anteriormente mencionado. A inclusão da alimentação e nutrição e saneamento básico, atividades previstas para serem financiadas com o Fundo da Pobreza, contrariam o § 2º do art. 198 da Constituição, os art. 5º e 6º da Lei nº 8.080/90 e a Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, mesmo se fossem considerados os recursos do Fundo da Pobreza, o orçamento do MS para 2004 não cumpriria o disposto na EC 29: no lugar de R\$ 32.930 milhões (orçamento de 2003 mais a variação nominal do PIB 2003/2002 de 19,24%, segundo as projeções do IBGE), foi encaminhada uma proposta de R\$ 32.481 milhões, ou seja, menor em R\$ 449 milhões.

Somando-se esses R\$ 449 milhões aos R\$ 3.571 milhões do Fundo de Pobreza, o SUS, em nível do Ministério da Saúde, estava sendo (des)financiado em R\$ 4.020 milhões. Além dos efeitos negativos dessa redução ao orçamento do MS, o descumprimento da EC 29 pela União abria precedente para que estados atuassem da mesma forma, isto é: considerar como despesas em saúde outros itens que não se referem a “ações típicas de saúde”.

Ao final de setembro de 2003,





a governadora do Estado do Rio de Janeiro propôs ao Supremo Tribunal Federal uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) com pedido de medida cautelar em razão da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322, de 08 de maio de 2003, especialmente para sua invalidação e suspensão imediata dos seus efeitos. Dito de forma direta, a governadora questionava particularmente a diretriz da Resolução que define as despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde. Os motivos, todos sabem, são para incluir gastos na saúde que são vedados na Resolução. Além desse questionamento, a ADIN indaga sobre o caráter deliberativo do Conselho Nacional de Saúde para determinar as formas de aplicação do gasto com ações e serviços públicos de saúde.

No plano nacional, contudo, ocorreram dois importantes fatos, resultado das negociações realizadas para superar o impasse entre a institucionalização do SUS e a austeridade fiscal perseguida pela área econômica do governo. O primeiro refere-se à Lei nº 10.777, de 25 de novembro de 2003, que reintroduz o conteúdo do parágrafo 2º do art. 59 da LDO/2004, vetado pelo presidente, assegurando, assim, que os encargos previdenciários da União,

os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não sejam considerados como ações e serviços públicos de saúde. O segundo diz respeito ao Projeto de Lei Complementar de Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que se encontra em tramitação na Câmara Federal, como mencionado. Espera-se que a aprovação dessa regulamentação, ancorada nas definições da Resolução CNS nº 322/2003, possa estabelecer as bases legais necessárias para que a União e também que os estados cumpram o disposto na EC 29.

Mas a continuidade da institucionalização do SUS universal exige, no curto prazo, a derrota da ADIN da governadora do Rio de Janeiro e, mais no longo prazo, a redefinição da posição econômica e política assumida pelos governos Federal e estaduais, o que implicará o abandono das “estratégias” econômicas ortodoxas adotadas por esses governos.

As investidas do governo Lula contra o financiamento do SUS não pararam em 2004. O mesmo mecanismo de desconsiderar o conceito de saúde, construído sob o consenso das entidades do setor, foi adotado pelo governo federal

quando do encaminhamento da LDO de 2006 ao Legislativo. De acordo com o projeto encaminhado, as despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus dependentes (sistema fechado) serão consideradas no cálculo de ações e serviços de saúde. Dessa forma, os recursos destinados ao Ministério da Saúde serão diminuídos em cerca de R\$500 milhões, de acordo com a estimativa da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tendo em vista o projeto de lei enviado pelo Governo Federal à Câmara, o Conselho Nacional de Saúde decidiu manifestar-se publicamente contrário, repudiando o teor do projeto, isto é, os serviços prestados aos militares não se caracterizam como de acesso universal e, portanto, não podem ser considerados ações e serviços públicos de saúde. Sabe-se que os conflitos são e serão intensos nesse entendimento.

Não é a primeira vez que o Conselho manifesta-se contrário ao Projeto de Lei da LDO do governo Lula, inclusive em relação ao conteúdo desse mesmo art. 59, parágrafo 2. Como mencionado, a proposta da LDO de 2004 incluía o Fundo de Combate à Pobreza (Fome Zero) como ações de saúde. Após os embates políticos entre o Conselho

Nacional de Saúde, a Frente Parlamentar de Saúde e o Ministério do Planejamento, a Procuradoria Geral da República emitiu parecer contrário a tal inclusão. Somente a partir desse parecer, o presidente Lula excluiu o Fundo de Combate à Pobreza da fórmula de cálculo do piso de gastos federais com os serviços de saúde. A história parece repetir-se. Fica a indagação: então o Governo Federal não só não aprendeu com o Fundo da Pobreza como agiu de modo pior, insistindo no descumprimento do conceito de saúde universal, ao considerar ações e serviços para um sistema fechado (militares) não disponível para os demais cidadãos brasileiros? A principal lição do descumprimento da proposta orçamentária 2004 do MS foi a de que não se deve desconsiderar o conteúdo da Resolução nº 322 do CNS, que especifica as despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde.

Ao utilizar esses gastos para cumprir o limite mínimo de aplicações em ações e serviços de saúde, determinado pela Emenda Constitucional nº 29, o Governo Federal está diminuindo, na prática, as dotações do MS. É importante atentar para o fato de que, além desses efeitos negativos dessa redução ao orçamento do MS e, conseqüentemente, ao



financiamento do SUS, o descumprimento da Resolução nº 322 do CNS pela União abre precedente para que estados atuem da mesma forma, isto é: considerar como despesas em saúde os gastos com assistência médica a servidores, como os integrantes da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros.

Os ministérios do Planejamento e Saúde quase nunca se entenderam sobre a definição do piso de aplicação em ações e serviços de saúde, desde o governo FHC até o governo Lula. As divergências decorrem do fato de que, até hoje, a Emenda Constitucional 29 não foi regulamentada e não se aceita a Resolução nº 322 do CNS como instrumento legal que define o que pode ser considerado como ações e serviços públicos de saúde. Acredita-se que esse embate se resolva com a aprovação do PLC nº 01/2003, mas, como mencionado anteriormente, as tensões entre os diferentes ministérios são historicamente significativas.

Ainda outro problema recente chama a atenção para os que defendem o financiamento do SUS universal: o item

Bolsa-alimentação, constante do Orçamento do Ministério da Saúde. A Cofin/CNS tem advertido que tramita no Congresso Nacional projeto de lei referente à suplementação do Bolsa Alimentação no valor de R\$ 1,2 bilhões, cuja fonte de recursos é 179 - Fundo de Pobreza. Sabe-se que tal despesa não pode ser considerada no cômputo da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde, porém a Lei Orçamentária autoriza a troca de fonte pelo Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Nunca é demais lembrar que a Cofin/CNS posiciona-se contrária a uma possível mudança de fonte.

Tanto a manobra do governo Lula em incluir assistência médico-hospitalar dos militares como atividade do Ministério da Saúde bem como a incerteza do item Bolsa-alimentação no orçamento do MS indicam que o Governo Federal não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde e tampouco em definir fontes exclusivas para seus custeios.

Uma outra importante investida do governo Lula

contra a área da saúde refere-se à recorrente tentativa de adoção da desvinculação dos seus recursos. A primeira tentativa ocorre por meio da correspondência do governo com o FMI, em 2003, e a segunda integra a proposta do déficit nominal zero, sugerida pelo ex-ministro Delfim Neto (PP-SP) ao Governo Federal em 2005 - lançada no auge da crise política recente.

Em relação à primeira investida a favor da desvinculação dos recursos, o Governo Federal, ao final de 2003, encaminha uma correspondência ao FMI¹⁶ atestando sua intenção de modificar radicalmente o quadro em cima do qual são desenhados os orçamentos, sejam eles da União, dos estados ou dos municípios. No item “Criando um ambiente para o desenvolvimento”, desse documento, é mencionada a flexibilização da alocação dos recursos públicos como uma entre várias ações que seriam necessárias para “trazer o País para uma trajetória de crescimento”. De acordo com o documento, “menos de 15% das despesas primárias são alocadas de forma discricionária pelo governo, criando uma rigidez orçamentária que muitas vezes inibe de maneira significativa uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos”. E ainda diz:... “o governo

planeja preparar um estudo sobre as implicações das vinculações setoriais...” (op. cit, p. 3). Mesmo que esse objetivo não seja atingido, sua declaração de intenção denuncia a investida contra o “núcleo duro” das políticas sociais que permeia a condução do governo Lula.

A intenção do Governo Federal, como se sabe, era colocar um fim aos preceitos constitucionais que obrigam União, estados e municípios a gastarem um percentual de todo o dinheiro arrecadado para os setores de educação e saúde. Particularmente, na área da saúde, deixariam as três esferas de poder de ser obrigadas a aplicarem os dispositivos legais estabelecidos na Emenda Constitucional nº 29/2000.

Ao propor mudanças dessa magnitude, o governo Lula tinha a intenção de colocar em marcha um movimento duplo com relação ao orçamento. O primeiro consiste na desvinculação propriamente dita dos recursos destinados aos gastos sociais em saúde e educação. O segundo movimento refere-se ao uso que seria feito dos recursos assim liberados: além de engrossarem o pagamento da dívida externa, poderiam ser destinados à realização de investimento, provavelmente na linha do projeto Parceria Público Privado (PPP).

¹⁶Carta de intenção do governo brasileiro dirigida a Köhler, referente ao novo acordo com o FMI, datada de 21 de novembro de 2003 (Ministério da Fazenda, 2003).





Esse é o primeiro governo, após a Constituição de 1988, que, sem nenhum constrangimento, tem a “coragem” de propor uma medida como essa: institucionalizar, promovendo mudança no texto da lei, o fato de o pagamento do serviço da dívida preceder a preocupação de realizar os atuais níveis de gastos sociais, quanto mais de ampliá-los. No caso da saúde, isso significaria direcionar o gasto para algo do tipo cesta básica, ao estilo do que é proposto pelo Banco Mundial, abandonando a idéia da universalização das ações e serviços públicos em saúde.

A universalização do acesso à saúde a partir da Constituição de 1988 pode ser considerada uma das mais inclusivas políticas sociais no país, uma vez que incorpora cerca de 135 milhões de brasileiros antes sem cobertura. No entanto, os constrangimentos econômicos e conflitos políticos vividos no processo de institucionalização do SUS vêm dificultando sua viabilidade.

A segunda defesa da desvinculação dos recursos sociais reaparece com o lançamento da proposta do “déficit nominal zero” pela visão ortodoxa fiscal, recepcionada a contento pelo presidente Lula e sua equipe econômica. Sabe-se que, atualmente, o estoque da dívida pública corresponde a cerca de 50,0%

do PIB e, portanto, um aumento de 1% na taxa de juros básica ocasiona o adicional de custos com juros anuais equivalente a R\$ 10 bilhões, o que fragiliza o padrão atual de ajuste das finanças públicas para sustentar a dinâmica de “financeirização” da riqueza. Diante disso, a proposta do Deputado Delfim Neto ao Governo Federal busca zerar o *déficit* nominal nas contas públicas (receita menos despesas, incluindo os juros da dívida), proporcionando o equilíbrio fiscal a partir do aumento brusco do superávit primário de 4,25% para 7,85% do PIB - estimativa de despesas com juros para 2005 (Pochmann, 2005). Entende-se que, dessa forma, o superávit primário seria suficiente para financiar a totalidade da despesa com os juros do endividamento público¹⁷.

Por outro lado, a proposta déficit nominal zero relaciona a importância de dobrar a Desvinculação da Receita da União (DRU) de 20% para 40%, acrescida de um relevante corte nos gastos com pessoal e nas demais contas públicas operacionais. Assim, a adoção do significativo aumento do *superávit* primário para 7,85% do PIB teria impactos negativos no conjunto dos gastos sociais. Com a desvinculação de 40% dos recursos federais, os gastos sociais sofreriam uma queda

¹⁷Para se ter uma idéia, embora o país tenha obtido um dos mais elevados superávits primários em 2004 (4,58% do PIB), constata-se ainda um déficit nominal de 2,68% do PIB, o que resultou da elevação dos gastos com juros.

entre 2004 e 2005, passando de 13,5% do PIB para 11,1%, o que geraria uma contenção de R\$ 42,5 bilhões (2,4% do PIB). Por conta disso, o superávit primário social passaria de 34% do total dos gastos com juros, em 2004, para atingir 61% em 2005.

Por sua vez, os maiores itens da atual composição da despesa social federal - previdência, benefícios a servidores públicos e saúde - seriam altamente prejudicados pela proposta de alcançar a nova meta de superávit primário. Para se ter uma idéia, a proposta do déficit nominal zero implicaria o corte, por exemplo, da Previdência Social, em R\$ 19,7 bilhões; dos servidores públicos, em R\$ 8,5 bilhões; e da saúde, em R\$ 5,7 bilhões, todos a valores correntes de 2004 (Pochman, 2005).

Como bem salientou o autor da proposta, deputado Delfim Neto, para tornar exequível essas medidas, o Governo Federal deve, por meio de uma emenda constitucional, estabelecer a eliminação, até 2009, do déficit nominal do setor público e adotar a desvinculação propriamente dita dos recursos destinados aos gastos sociais em saúde e educação, permitindo a redução “necessária” dos seus recursos e a viabilidade do déficit nominal zero para a “estabilidade com desenvolvimen-

to sustentado”¹⁸. O que não fica claro é como seria possível falar em desenvolvimento sustentável com a adoção da socialização perversa do custo social dessa proposta, em que seriam prejudicados 145 milhões de usuários do SUS bem como 21 milhões de beneficiários da Previdência Social, a totalidade dos funcionários públicos federais e outras áreas governamentais. Por outro lado, o governo Lula nem comenta que o objetivo de *déficit* público nominal zero pode também ser adotado por outros percursos. Trata-se de reconhecer a importância de se adotar um novo compromisso em torno do crescimento econômico com redução considerada da taxa de juros, o que significaria o rompimento com o atual ciclo de “financeirização” da riqueza, responsável principal pelo endividamento público nacional.

Considerações finais

Vários são os aspectos que evidenciam as iniciativas e medidas que foram desvalorizando a aplicação do conceito de Seguridade Social ao longo dos governos que se seguiram à Constituição de 1988. Dentre elas, ressaltam-se: o uso de parte dos recursos da Seguridade Social para fins alheios às áreas que a integram em 1989 e 1990; a especialização da fonte contribuições de empregados

¹⁸A equipe econômica do governo, especialmente o presidente do Banco Central, Henrique Meirelles, viu a proposta como uma boa saída para contribuir para a política monetária e para assegurar a responsabilidade fiscal em tempos de elevada crise política e debilidade por qual passa o governo Lula (Folha de São Paulo, 1/07/2005).





e empregadores para a Previdência Social; a institucionalização de mecanismos que permitiram o acesso da União aos recursos da Seguridade Social e, portanto, o seu uso indevido; as modificações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários, especialmente da aposentadoria; a inclusão, no plano da análise e da discussão pública, do regime dos servidores, em claro rompimento ao art. 194 da Constituição.

A tentativa de recuperar esse desmonte torna-se fundamental para enfrentar o frágil consenso de que a Seguridade Social constitui-se em capítulo constitucional importante de nosso sistema de proteção social. Além disso, deve-se identificar como, no país, as políticas sociais são permanentemente subordinadas aos ditames da ordem econômica. A Constituição de 1988, ancorada pela valorização da democracia e do resgate da então chamada dívida social, foi um daqueles raros momentos em que a insubordinação das políticas sociais esteve presente.

Como vimos neste texto, o percurso do financiamento da Seguridade Social em geral e do SUS, em particular, tem sido consideravelmente complicado. Pode-se observar que, ao mesmo tempo em que se implanta o SUS, com base nos princípios de um sistema público,

universal e gratuito, agrava-se a crise fiscal e financeira do Estado, levando a que os governos Federal e estadual limitem o aporte de recursos para a Seguridade Social e para a saúde.

O grande problema do financiamento da saúde é que, mesmo com a vigência da Emenda Constitucional nº 29, assiste-se ao descumprimento da aplicação dos recursos da União e de grande parte dos estados, aprofundando o seu frágil esquema de financiamento. Tanto as manobras do governo Lula em incluir itens que não se associam ao conceito de saúde universal, como atividades do Ministério da Saúde, bem como a recorrente tentativa de propor a desvinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde indicam que o Governo Federal não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde e tampouco em definir fontes exclusivas para seu custeio. Admite-se que somente com a aprovação do projeto de regulamentação da EC 29, ancorada nas definições da Resolução CNS nº 322, possam ser estabelecidas as bases legais necessárias para que a União e também os estados cumpram o disposto na Emenda. Porém, não se deve desconhecer que a aprovação da regulamentação será marcada por disputas e grandes embates.

Deve-se, por fim, identificar que as possibilidades de valorização do financiamento da Seguridade Social e do SUS podem ser alcançadas por outros percursos, mas condicionadas por novos compromissos em torno da recuperação e do crescimento econômico, o que implicaria

a ruptura da já antiga (anos 90) e atual lógica da política econômica. Porém, não se deve apenas reduzi-las a esse fator. Uma possibilidade concreta seria buscar a construção de consensos em relação às políticas e instituições responsáveis pelas políticas universalistas.

Referências

ANFIP. Análise da Seguridade Social em 2004. Brasília: Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, abril de 2005. Disponível em www.anfip.org.br. Acesso em 6/08/2005.

MARQUES, Rosa; MENDES, Aquilas. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. R. Anais do V Encontro Nacional de Economia da Saúde (org. Ugá, M. et al.). Salvador: Abres, 1999, pp. 213-237.

_____. As Limitações da Política de Combate à Pobreza no Governo Lula. Texto aprovado pela Comissão Científica do V Encontro Latino-americano de Economistas Políticos, Cidade do México, outubro de 2005.

_____. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. Saúde e Sociedade, v. 14, n.2, maio/ago.2005, pp.39-49.

MINISTÉRIO DA FAZENDA, Carta de Intenção Referente ao Novo Acordo. <http://www.fazenda.gov.br>. Acessado em 30 de setembro de 2004.

POCHMAN, Márcio. Déficit Público Nominal Zero e Custos Sociais. Campinas, julho de 2005. Mimeo.

RIBEIRO, José; PIOLA, Sergio; SERVO, Luciana. Financiamento da Saúde. Brasília: Diretoria de Estudos Sociais do IPEA, 2005. Mimeo.





A Conjuntura Brasileira e o SUS: tendências e desafios

*Gastão Wagner de Sousa Campos*¹⁹

I- Saúde é de interesse privado ou público?

No século XIX, a resposta a essa questão era simples. Havia a saúde pública, que cuidava dos problemas coletivos, a saber, das epidemias e da vigilância e regulamentação de aspectos da vida econômica e social que interessassem à dinâmica econômica e social, como eram os casos dos alimentos, remédios, meio ambiente, entre outros aspectos. A doença e o seu atendimento eram considerados assuntos privados e, portanto, ficava sob a responsabilidade de cada pessoa, família ou empresa prover atendimento aos seus necessitados. A atenção aos pobres e desvalidos organizou-se como sistema de filantropia.

No século XX, instalou-se uma polêmica que, em alguma medida, ainda prossegue. Países de socialismo real e outros que escolheram distribuir renda e construir bem-estar social por meio de políticas públicas passaram a considerar a saúde como de interesse público, fossem problemas coletivos, fosse

a saúde de cada pessoa em particular. Para tornar realidade essa concepção, construíram-se grandes sistemas públicos de saúde, financiados pelo orçamento estatal, ordenados segundo a lógica da eficácia e eficiência sem considerar interesses corporativos que, tradicionalmente, haviam se incorporado ao mercado da saúde. Os princípios ordenadores desses sistemas eram:

- Integralidade do atendimento ofertado à população, com a valorização de programas de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Prioridade para ações de saúde pública;

- Hierarquização e regionalização do atendimento: o sistema organizar-se-ia por regiões sanitárias em um sistema de acesso por níveis de complexidade. O primeiro nível era denominado Atenção Primária à Saúde, e era composto por uma rede de centros de saúde, localizados em bairros, que deveriam encarregar-se de 80% dos problemas de saúde sem ajuda dos hospitais. Depois estaria a atenção secundária, composta por hospitais gerais, de urgência e centros de especialidade

¹⁹Doutor em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e mestre em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo (USP).

Cada conjunto desses se ligar-ia a um conjunto de centros de saúde localizados em um dado território, formando um distrito sanitário. Finalmente, haveria alguns hospitais de alta complexidade, que seriam referência para populações maiores, originárias de vários distritos ou municípios.

Esse desenho espalhou-se pelo mundo, demonstrando-se uma alternativa racional para estender o atendimento com custos suportáveis. Inglaterra, Suécia, Austrália, Canadá, a extinta URSS, Cuba e uma série de outros países adotaram variações desse modelo. Uma exceção a essa regra foi os EUA, que insistiram em manter a separação entre saúde pública e mercado médico.

O Brasil adotou esse modelo a partir de 1988, com a nova Constituição. O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela lei nº 8080, de 1990.

Ao final do século XX, essa polêmica se reacendeu. Com a crise e a derrocada dos regimes ditos socialistas e com evidentes sintomas de ineficiência e ineficácia em vários sistemas públicos em países de mercado, gerou-se uma série de críticas às políticas sociais, iniciando-se um período de desmonte desses sistemas em vários países.

II- Sistema Único de Saúde: uma Política Pública Brasileira

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, houve, no Brasil, o apogeu do reformismo em saúde. Em todo o mundo, falava-se e praticava-se o neo-reformismo liberal, e aqui, no campo da saúde, firmou-se, política e gerencialmente, o que viria a constituir-se em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema de saúde.

Argumentava-se a favor de buscar-se a focalização dos programas sociais, e o SUS, pretendia-se, de abrangência universal. Recomendava-se a delegação da responsabilidade pelo atendimento à população ao setor privado ou a organizações não-governamentais, e a implantação do SUS aumentou o número de servidores e de serviços públicos em todo o país. Reservava-se ao Estado o papel de regular o mercado e a prestação de apenas alguns serviços considerados estratégicos, em geral no campo antes denominado de saúde pública, e o SUS avocava a si a busca da integridade da atenção. Foi um descompasso com o discurso





liberal hegemônico que empolgou distintos atores sociais, tornando viável e factível o que parecia impossível.

Vários autores consideram a Reforma Sanitária brasileira bem-sucedida por haver instituído um novo padrão de intervenção do Estado na saúde, buscando garantir direito universal e atenção integral à saúde por meio de um sistema descentralizado e com importante grau de democratização quando da formulação e execução de políticas.

Entretanto, não havia como não pagar um preço à época e à sua cultura e aos seus costumes, e esse preço vem sendo pago ao longo dos últimos vinte anos, obrigando o SUS a explicar-se a cada dia, como se estivesse sempre começando de novo, como se estivesse obrigado a justificar o porquê de adotar um figurino tão *démodé* quando a maioria dos convivas já aderiu ao novo modo de ser e proceder considerado coetâneo e adequado ao terceiro milênio.

Na realidade, a doutrina que fundamentou a construção do SUS reconheceu a existência de limites e de dificuldades no funcionamento dos sistemas de saúde realmente existentes, e, em função dessa perspectiva crítica, além de diretrizes que podem ser consideradas típicas à tradição dos grandes sistemas

públicos de saúde - a busca da universalidade, da prestação integral de atenção e da equidade, bem como a organização de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços—, no Brasil acrescentaram-se dois outros princípios que podem ser considerados inovadores em relação a essa ortodoxia. Tratava-se da determinação de se criar formas de democracia direta e de gestão participativa, reforçando-se a idéia de controle social da ação governamental por segmentos da sociedade civil; o outro foi o de descentralização.

No entanto, a descentralização, no caso da Reforma Sanitária brasileira, procurava modificar o desenho e a lógica de um sistema público sem que necessariamente ocorresse privatização da prestação de serviço ou sem que se abdicasse do papel de gestor e de prestador direto do Estado. Imaginou-se um sistema que procurasse se sobrepor à racionalidade do mercado, provendo atenção segundo necessidades e demandas da população, independentemente da capacidade das famílias e das pessoas pagarem pelo atendimento oferecido.

Ao invés de se conceber um sistema de caráter nacional, como o inglês e o cubano, ou mesmo um provincial, como o canadense, optou-se por descentralizar, para os

municípios, a responsabilidade pela organização e gestão dos sistemas locais de saúde. Observe-se que, no caso brasileiro, a descentralização oficial deteve-se no município, a menor instância com poder formal na República, não chegando até cada unidade prestadora de serviço, ou seja, até hospitais, equipes especializadas ou de atenção básica, que estariam todas sob a gestão única do dirigente municipal. Optou-se também por não se realizar a estatização de serviços privados, filantrópicos ou não-governamentais que prestassem assistência ao antigo Sistema Previdenciário ou público. Para integrá-los em rede única, delegou-se aos municípios, ou eventualmente aos estados, a função de realizar contratos e convênios com esses prestadores autônomos, acompanhando o seu desempenho.

À instância federal e às estaduais, caberia a coordenação e o apoio sistemático a essa miríade de sistemas municipais, procurando-se, com isso, assegurar o caráter único e nacional a essa rede descentralizada.

III - Mudanças estratégicas para a consolidação do SUS

As forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar esses obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do mode-

lo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. Listo algumas alternativas que me parecem meios para garantir esse movimento de mudança:

1- Estimular a constituição de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa do bem-estar e da instituição de políticas de proteção social no Brasil. A luta pelo sistema de saúde deveria juntar-se à peleja pela distribuição de renda, por políticas de recuperação de moradias e de espaços urbanos degradados, pela educação e segurança públicas. Deve ser trazida ao debate a cifra que poderia migrar do setor de serviço da dívida e pagamento de juros para o campo social (Pochmann, 2004).

2- Se há insuficiência de recursos para o SUS, há também problemas na sua utilização e gerenciamento. Além de buscar-se alternativa para ampliar o financiamento - a principal fonte, sem dúvida, seria diminuir o superávit primário e alterar a política de juros que interfere no cálculo de parte substancial da dívida -, haveria também que se reformular, com rapidez, o modelo de repasse de





recursos aos estados, municípios e serviços (Mendes e Mendes, 2003).

Talvez fosse possível adotar-se um modelo misto: transferência de uma parte dos recursos com base na capacidade instalada, população e encargos sanitários, e outra com base em contratos de gestão elaborados entre os entes federados e que especificassem metas e compromissos de cada gestor. Essa mesma modalidade de financiamento poderia ser utilizada entre gestor local e prestadores de serviços (Porto et al., 2003; Andrade et al., 2004).

3- A sustentabilidade e a legitimidade do SUS dependem também de um processo de mudança do modelo de atenção realizado de maneira progressiva, mas que tenha um grau importante de concomitância em todo o país. Já existem diretrizes para essa reorganização; em geral, são aquelas originárias da tradição dos sistemas públicos de saúde.

O modelo de atenção brasileiro passa por um período de transição, em que ainda predominam restos do antigo modo de organizar a atenção, muito semelhante ao norte-americano, centrado em hospitais, especialistas, com pequeno grau de coordenação e de planejamento da assistência e com uma saúde pública

restrita à Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Essa característica é um obstáculo ao desenvolvimento do SUS, uma vez que impõe um padrão de gastos inadequado às necessidades de saúde e ao movimento de reforma do sistema.

4- Dentro dessa linha de mudança de modelos, há uma diretriz que, se adotada, teria grande possibilidade de ampliar a eficiência, eficácia e humanização do sistema. Trata-se da criação de mecanismos organizacionais que tornem clara e bem estabelecida a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde.

Instituir arranjos que garantam clareza na responsabilização implicará uma verdadeira revolução cultural e uma real alteração dos padrões de gestão contemporânea, balizando, com dados concretos, o planejamento, os contratos de gestão e o acompanhamento permanente de sistemas locais e de serviços de saúde.

Poder-se-ia, para fins analíticos e de gestão, classificar a responsabilidade em macro e microssanitária.

A responsabilidade macrossanitária volta-se para a regionalização do sistema, buscando a definição precisa do que compete a quem. Para isso, seria fundamental a

criação de um organismo em cada região de saúde (à semelhança das câmaras bipartites), com poder para estabelecer planos regionais, acompanhando e avaliando a gestão regional. Isso significa definir que modalidade e que volume de atenção caberia a cada município. Dentro de cada cidade, estabelecer do que se encarregará cada serviço hospitalar, de especialidades ou de urgências. Criar responsabilidade macrossanitária é tornar efetivo e transparente o encargo sanitário de cada cidade e de cada organização do sistema, e, com base nesse encargo, estabelecer compromissos de co-financiamento entre os entes federados bem como possibilitar a gestão do acesso, de maneira que todos os necessitados de cada região tenham acolhimento equânime.

No caso de excesso de demanda, a adoção de critérios de risco para assegurar acesso a exames complementares ou a outros procedimentos é medida importante e complementar à programação de novos investimentos para a correção dessas distorções.

Há ainda a responsabilidade microssanitária, que depende da reorganização do trabalho em saúde quer na atenção primária, nas enfermarias, nos ambulatórios, quer nos centros de especialidades.

Aquela teria, como alvo, a inscrição de clientela com uma determinada equipe interdisciplinar e também a constituição de sólidos vínculos terapêuticos entre essa equipe de referência e pacientes com seus familiares.

Esse tipo de organização precisa atingir todos os serviços do SUS, guardando-se as especificidades de cada local. Caberia a todas essas equipes de referência a responsabilidade pela abordagem integral de cada caso em seu nível de responsabilidade. Durante o período de tempo em que esteja encarregada do projeto terapêutico de determinada pessoa, deverá mobilizar recursos e rede de apoios necessários para a recuperação e aumento da capacidade de autocuidado (efeito Paidéia) das pessoas e famílias envolvidas.

Não é difícil compreender essa diretriz - a da responsabilidade sanitária -, tampouco é complicado organizarem-se arranjos que a façam funcionar no cotidiano (pactos de gestão, contratos com definição de encargos, programas clínicos ou preventivos com caráter vinculatório). O difícil é sustentá-los ao longo do tempo, pois esses arranjos alteram as relações de poder entre usuários, profissionais de saúde e gestores.

A reforma do sistema hospitalar





e do atendimento especializado depende centralmente de sua reorganização segundo regras de vínculo e de acordo com um sólido processo de pactuação de responsabilidades em cada uma das regiões de saúde do Brasil.

5- Outro projeto de reforma em andamento, mas com ritmo e resultados ainda insuficientes, é o do Programa de Saúde da Família. Pelo menos 80% dos brasileiros necessitariam estar matriculados em equipes de atenção primária. Pela teoria dos sistemas de saúde, uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e que resolva 95% deles constitui condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde. Com essa finalidade, as equipes de atenção primária necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda).

No Brasil, temos valorizado a dimensão de saúde coletiva e subestimado as duas outras. Na Europa, observa-se tradição distinta, com predomínio da função clínica, o que se reflete na própria composição das equipes, em geral reduzidas a um médico geral e técnicos de Enfer-

magem. No Brasil, em função de algumas especificidades de nossa história, influência norte-americana (atenção primária focal e voltada para programas preventivos ou de promoção) quando da definição do conceito de centro de saúde e de atenção primária, e em decorrência da importância da doutrina do campo da saúde coletiva na constituição do SUS, tendemos a valorizar a função de saúde pública na atenção primária em detrimento da ação clínica. Não seria por outro motivo que nosso programa oficial de atenção primária - o Programa de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 1996) - estipula a maior e mais complexa equipe entre todos os sistemas públicos atualmente existentes.

Toda essa confusão epistemológica e doutrinária, mais uma série de inconsistências na política e gestão desse programa, produziram uma lentidão na constituição do Programa de Saúde da Família ou similares no Brasil, e isso tem comprometido o SUS como um todo. O financiamento aos municípios é insuficiente - sustentar essa equipe mínima, além de medicamentos e outras despesas, custa bem mais do que os repasses. Os municípios não têm conseguido resolver complexos entraves na gestão de pessoal devido ao apoio tímido dos estados

e do Ministério da Saúde. A rede de saúde da família vem sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre Atenção Primária e especialidades ou hospitais.

6- Outro ponto essencial na reforma da reforma é a revisão do modelo de gestão ainda empregado no SUS, tanto aquele utilizado para administrar os serviços próprios quanto o vigente na relação com prestadores privados ou filantrópicos. Há que se considerar os limites de qualquer reforma gerencial ou do modelo de gestão; em geral, o desempenho das organizações depende de um complexo de fatores, entre eles, o contexto político, econômico e cultural, e não somente de alterações tecno-gerenciais, ainda que estas interfiram no desempenho dos serviços. Mesmo assim, é importante complementar-se a Lei Orgânica da Saúde, criando novas modalidades de organização para os serviços próprios do Estado e nova forma de relação entre entes federados e prestadores privados ou filantrópicos.

Acumulam-se evidências sobre a inadequação do modelo atualmente vigente na Administração Direta para a gestão de hospitais e serviços especializados. A rigidez

exigida na execução orçamentária, o emperramento na administração de pessoal, a excessiva interferência político-partidária, tudo isso tem levado grande número de serviços públicos à burocratização e mesmo à degradação organizacional. Ao longo dos anos, gestores inventaram “remendos” para contornar parte dessas dificuldades, ressaltando-se a criação de autarquias, agências e fundações de apoio com a função de facilitar a gestão financeira e de pessoal. Recentemente, apareceu a alternativa de delegar a gestão desses serviços a entidades civis privadas, criando-se leis e normas que permitiram a existência de organizações sociais (Ibañez, 2001), ou OS-CIPS, integradas à rede do SUS. Essa última linha de mudança indica uma desistência da Administração Direta, já que investe em modalidades de gestão com base em contratos entre o gestor - restrito ao papel de regulador - e entes privados sem fim lucrativos. Essa alternativa tem antecedentes no país, uma vez que, há anos, existem convênios entre o SUS e santas casas, com problemas que se acumulam tanto em decorrência da insuficiência de financiamento como de problemas gerenciais, ocorrendo também inúmeros casos de degradação organizacional.

Essa discussão sobre o mode-





lo de gestão para o SUS tem sido marcada por posições polares de defesa do *status quo* da administração pública (estatistas) ou de privatizações em diferentes modalidades (privatistas), com fundamentação bastante ideológica e principista. Há necessidade de se construir proposta com amplo consenso, forte o suficiente para romper a inércia da última década. Seria conveniente inverter-se essa lógica, construindo-se um modelo indutivo, isto é, compor um desenho organizacional a partir de um conjunto de características consideradas importantes para o bom desempenho de hospitais e dos centros especializados do SUS, isso, óbvio, composto por diretrizes e

leis fundadoras do sistema: deve-se respeitar o fato de que esses serviços fazem parte de um sistema público, hierarquizado e que devem funcionar em rede com outros serviços.

Deste trabalho, poderia surgir um desenho do que seriam os hospitais do SUS. Com isso, poder-se-ia criar as organizações do SUS sob gestão municipal, estadual ou federal. Esse novo desenho para a Administração Direta deveria resolver alguns dos entraves já identificados decorrentes da atual legislação, que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular.

Referências

IBAÑEZ, Nelson. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 2001, pp. 391-404.

MENDES, Rosa & MENDES, Áquila. Os Des(caminhos) do Financiamento do SUS. *Saúde em Debate*, 27(65), 2003, pp.8-25.

MINISTÉRIO da SAÚDE – BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, documento oficial da

Secretaria de Assistência à Saúde, março/1996.

POCHMANN, Márcio. Proteção Social na Periferia do Capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 2004, pp. 3-16.

PORTO, S. et al. Alocação Equitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*, 27(65), 2003.

O Cuidado é um acontecimento, e não um ato

*Emerson Elias Merhy*²⁰

Ofereço como imagem, para poder conversar sobre cuidado e subjetividade, a figura do brincante. Todos, quando estamos cantando e/ou dançando uma música qualquer, em particular marchinhas, cantigas, entre outras, o fazemos em um nó de passagem. Há, por ali, forças que se repetem em todos os que cantam e dançam aquela música em particular; também há forças que marcam o lugar do cantar e do dançar na cultura da sociedade que constituímos; porém, há um acontecer que só ocorre ali, em ato, com aquele dançante e cantador específico, como um manejo do momento, como um fabricar, ali no cotidiano do acontecimento, a dança e o canto, que nenhum outro irá fabricar igual.

Há, por ali, no nó, um passar para o dentro e do dentro para fora daquele que dança e canta. O seu interior e o seu exterior, no acontecimento, são inseparáveis, se constituem, dobram-se. Esse ali em ato é o puro brincante. Ele é a síntese em produção no ato de todas as forças que passam pelo nó. No

seu acontecer é que as forças, de fato, existem.

Imagine, agora, que dois brincantes encontram-se, como pares de dançarinos, mesmo que tenham momentos de compassos, passos, cantos; nos nós de seu encontro, como uma micropolítica, cada um mantém as características descritas anteriormente. Entretanto, como micropolítica, um intervém no outro. O brincante a dois é um processo que, mesmo contendo todas as repetições particulares e gerais, só existe no ato do seu acontecimento.

Essas figuras dos brincantes, tiradas das falas de Suassuna e Nóbrega, para mim, são as que melhor trazem a imagem que gostaria de ofertar para poder falar do cuidado em saúde.

Vejamos essa situação considerando um encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário de seu serviço; essa imagem pode ser ampliada para uma equipe de trabalhadores e um grupo de usuários, e a reflexão que se segue continua pertinente.

Associo os dois a brincantes, porém em recortes situacionais

²⁰Médico sanitarista Professor colaborador na Unicamp e na UFRJ





bem distintos. Agora, é marcante do encontro o que caracteriza a “alma” do campo da saúde: a promessa de que ali é um lugar de encontro de atores sociais / sujeitos, no qual uma parte está ali como expressão e portador de necessidade de saúde (que emerge sob a figura de qualquer tipo de demanda) e uma outra está ali por ser identificada como portadora de um certo saber-fazer tecnológico, produtor de cuidado em saúde para o outro. Nessa promessa, as imagens que cada um produz são distintas: o trabalhador coloca-se no lugar de quem vai cuidar, por ter um conjunto de saberes e técnicas, sendo o efetivo prometededor de que, com isso, vai resolver o problema do outro; o usuário coloca-se no lugar do objeto da ação do outro, porém supõe que isso vai dar conta de sua demanda, que, no fundo, carrega o pedido de ver garantida a recuperação do “seu modo de caminhar a vida”, dentro do que deseja e representa como tal.

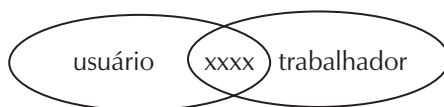
Aqui, como nos brincantes do começo deste texto, em cada um deles e nos seus encontros, há a presença de linhas de forças que são muito particulares e gerais, mas há as muito específicas que garantem que o encontro no ato traz, dentro de si, a expressão de que:

faz diferença quem está se encontrando.

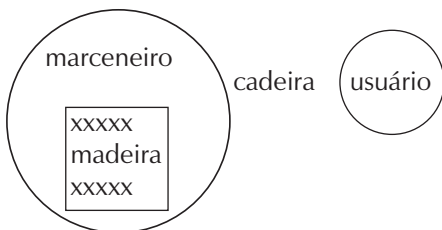
O cuidado é um acontecimento produtivo intercessor

Quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém no outro, por isso é caracterizado como processo intercessor, e não como simples intersecção, pois contém, na sua constitutividade, a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro.

1. Os esquemas mais comuns em processos de trabalho como os da saúde, que realizam atos imediatamente de assistência com o usuário, apresentam-se como o do diagrama abaixo, que chamo de uma “intersecção partilhada”



Os que se constituem nos casos mais típicos de processos de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, mostram que o usuário é externo ao processo, pois o momento intercessor se dá com a “madeira”, que é plenamente contida pelo espaço do trabalhador, como uma “intersecção objetal”.



Essa distinção da constituição dos processos intercessores mostra como a dinâmica entre o produtor e o consumidor e o jogo entre necessidade e satisfação ocorrem em espaços bem distintos, e, inclusive, como os possíveis modelos de configuração dessa dinâmica podem ser mais ou menos permeáveis a essas características.

No jogo de necessidades que se coloca para o processo de trabalho, é possível, então, se pensar:

1. que, no processo de trabalho em saúde, há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias, de um modo geral), com o agente consumidor,

tornando-o, parcialmente, objeto da ação daquele produtor, mas, sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde para o momento do trabalho; e

2. que, no seu interior, há uma busca de realização de um produto/finalidade, como, por exemplo, a saúde que o usuário representa como algo útil, por permitir-lhes estar no mundo e poder vivê-lo, de um modo autodeterminado, conforme o seu universo de representações, e assimilado como um processo distinto pelos agentes envolvidos, podendo até coincidir.

Tal fato revela que a análise do processo intercessor que se efetiva no cotidiano dos encontros pode evidenciar a maneira como os agentes se colocam enquanto “portadores/elaboradores” de necessidades, no interior desse processo de “intersecção partilhada”. Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micropoliticamente constituídas bem como instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados.

A conformação das necessidades,





portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivities, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro. Aqui, não interessa o julgamento de valor acerca de qual necessidade é mais legítima; esse é um posicionamento necessário para a ação, mas não pode ser um *a priori* para a análise, porque o importante é perceber que todo o processo de trabalho é atravessado por distintas lógicas, que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam, como forças instituintes, suas instituições. Como os brincantes.

Uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como esses sujeitos se interseccionam permite realizar uma nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, ao se tomar como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações.

O cuidado é um acontecimento no qual há a presença de valises tecnológicas múltiplas.

Para facilitar o entendimento das questões que trato, agora, proponho como imagem o encontro entre um trabalhador de saúde, como um médico ou um enfermeiro ou um

psicólogo ou um outro qualquer, e um usuário, olhando esse encontro sob a noção das valises que aquele profissional de saúde utiliza para agir no processo intercessor. Vou considerar que essas valises representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais, que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja.

Acredito que o trabalhador, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a Epidemiologia ou a Pedagogia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só têm existência em ato.

Olhando essas valises e procurando entendê-las sob a ótica da micropolítica dos processos de

trabalho, pode-se afirmar que todas expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos. Por exemplo, a valise das mãos, das tecnologias duras, permite processar com os seus equipamentos: imagens, dados físicos, exames laboratoriais, registros, entre outros. Porém, esses produtos, para serem realizados, consomem, além do trabalho morto das coisas que operam, o trabalho vivo de seu “operador”, com os seus saberes tecnológicos, mas de tal modo que há uma captura predominante do momento vivo pela lógica produtiva instituída no equipamento, por exemplo.

A outra valise, a da cabeça, permite processar o recorte centrado no olhar do trabalhador sobre o usuário, enquanto objeto de sua intervenção, em um processo de captura do mundo daquele e de suas necessidades sob uma forma particular de significá-lo. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, expressando-se como trabalho morto, daí o seu lado duro. Mas, nos momentos de sua concretude, no agir sobre o usuário através de seu trabalho vivo em ato, é “contaminado” no seu processar produtivo, dando-lhe uma certa incerteza no produto a ser realizado e desviando-o de sua dureza pela relação

centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar vai se singularizar no ato. Porém, por mais que sofra essa “contaminação”, dando-lhe uma certa leveza pelo agir em ato do trabalho vivo - que não é plenamente capturado pelo saber tecnológico bem definido, pois tal captura também é disputada pelo usuário presente em ato nesse processo -, os produtos realizados nessa situação produtiva podem ser circunscritos pela imposição do lado mais duro desse processo sobre o mais leve. Mas o contrário também pode ocorrer. Não há só uma forma de se realizar a clínica.

Essa situação incerta da finalidade que será cumprida nesse tipo de processo produtivo inscrito na valise da cabeça contaminará a valise da mão, pois relaciona-se com ela em um processo de dominância. É a partir desse terreno, o da valise da cabeça e de seus processos produtivos, que os produtos da valise da mão adquirem significados como atos de saúde, e o maior endurecimento dos processos produtivos em torno de saberes tecnológicos muito bem definidos dará maior ou menor interdição à possibilidade do mundo do usuário penetrar também como capturador das finalidades dos processos produtivos em saúde.





Os distintos modelos de atenção variam nessa situação relacional, mas, sem dúvida, a valise que, por suas características tecnológicas próprias, permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário. Os processos produtivos em saúde que ocorrem nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões do trabalhador e do usuário. É esse encontro que produz, em última instância, um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado.

Entretanto, é um encontro que o trabalhador também procura capturar. É só verificar para esse momento produtivo a importância que as regras sobre a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador-usuário adquirem para se ter noção do quanto o trabalho vivo em ato do trabalhador também está operando sobre esse espaço, tentando, com a valise da cabeça, impor seu modo de significar esse encontro e ampliando-a com saberes além dos da clínica. Lembra as várias linhas de força atuando no canto e dança dos brincantes.

Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando, como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de situações mais duras nesse espaço produtivo é praticamente insignificante, pois, mesmo que, para o encontro, também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente dela. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua ou em qualquer outro lugar.

Esse momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato, é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros. Não perde nunca sua tensão de espaço de disputa, e, mais que isso, não perde nunca a demonstração de que as forças, mesmo interdidadas, estão operando em ato com sua presença, sempre. É nesse espaço que a busca captivante do usuário apresenta maior chance de conquistas para impor

“finalidades” ao trabalho vivo do trabalhador.

A relação particular que essa valise adquire com as outras duas define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades como expressão do “seu modo de andar na vida”, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho.

As diferentes formas de realizar os modelos de atenção à saúde, sob a ótica do trabalho em saúde, definindo reestruturações produtivas no setor, mostram que os arranjos entre essas valises são estratégicos e mesmo definidores do sentido dos modelos, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as valises da cabeça e do espaço relacional.

Na Medicina tecnológica, por exemplo, há um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do arranjo tecnológico para uma articulação especial entre a valise das tecnologias leves-duras com a das tecnologias duras, de um jeito a mostrar uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico, a ponto de o mesmo praticamente reduzir-se a

uma unidade de produção de procedimentos, como o ato de saúde a ser pretendido. Expressa certos procedimentos bem definidos, reduzidos a meros procedimentos pontuais, subespecializados no plano da formação da competência profissional, com os quais os profissionais estabelecem os seus verdadeiros vínculos e através dos quais capturam os usuários e seu mundo.

Mesmo assim, não elimina a tensão constitutiva do conjunto dos atos de saúde enquanto produção do cuidado, e muito menos consegue apagar o fato de que o conjunto dos procedimentos em saúde são situações que buscam a captura do trabalho vivo em ato substantivamente.

O trabalho médico, para se realizar como uma forma do cuidado em saúde, tem que construir competência de ação em duas dimensões básicas das intervenções em saúde - uma, a da dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalhos de saúde, e a outra, a dimensão profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico - para compor o seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção. A construção dessas competências é conseguida nos possíveis arranjos que as três valises permitem, produzindo uma intervenção médica tanto focada nos





procedimentos quanto em certas formas cuidadoras.

O cuidado é um acontecimento autopoietico.

Há, nos processos relacionais entre sujeitos - individuais e/ou coletivos - uma micropolítica dos encontros, expressa por vários mapas, ou melhor, por uma efervescente cartografia daqueles processos relacionais, que os sujeitos do encontro operam.

Para compreender partes dessa cartografia, lanço mão da noção de autopoiese, que me ajuda a compreender um pouco mais os vários processos constitutivos das ações nos encontros, como no caso da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, dimensão típica do campo da saúde.

Por isso, antes de entrar nessa micropolítica do cuidado como encontro, suas tensões e desafios, retorno a um trecho do texto "A loucura e a cidade, outros mapas" para partilhar da conceituação de autopoiese, da qual tiro proveito.

Após descrever situações de encontros, nas quais o que se mostrava eram processos relacionais de dominação, exclusão, eliminação, entre outros processos de interdição, escrevi, naquele texto:

"Criei, para mim, dessa maneira, uma terceira imagem: pensei

{nas} cenas sob a perspectiva de uma micropolítica de encontros. De posse dessa idéia, da micropolítica de encontros, tentei olhar, de novo, para todas as cenas não mais sob a ótica de que o presente era duro e que o futuro seria muito mais duro. Procurei olhá-las como "lugares", onde se encontram ou se relacionam territórios-sujeitos, em acontecimentos e aconteceres. E, aí, todas essas cenas começaram a expressar outras possibilidades: ali, existiam sujeitos, territorializados e em desterritorializações, encontrando-se nas suas dificuldades, nas suas comensalidades, nas suas possibilidades, nas suas lutas, o que me permitia olhar os encontros de territórios-sujeitos em movimento e tentar criar novas categorias para mirá-los e para pensar o que acontecia, ou poderia acontecer, nessa micropolítica dos encontros.

A primeira noção que adotei era que, ali, aconteciam várias coisas ao mesmo tempo e que não necessariamente se excluíam. A segunda era que isso permitiria ter uma outra chave para ver "portadores de futuro", tanto quanto a redenção ou a mudança radical do encontro. A terceira era que, na micropolítica dos encontros que ocorriam nas cenas, havia várias relações de interdições e fugas.

Nessa micropolítica dos encontros, territorializam-se, dentro das loucuras que ela contém, relações onde territórios e sujeitos interditam outros territórios e sujeitos. Os encontros explodem como uma revelação de que agrupamentos de sujeitos colocam-se diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento. Parece que o outro, como estrangeiro, é, para ele, um grande incômodo, não suportando a possibilidade de este existir nem como imaginador, movimento que se dá em todos os lados, de um a outro, sem parar.

Essas cenas continuam esses pontos, só que continuam também outros processos de encontros, outras situações ocorrendo no mesmo tempo do processo de interdição, como outras formas desses mesmos agrupamentos-sujeitos processarem suas micropolíticas, e que chamei, para minha nova leitura, de encontros autopoieticos. Como um acontecer no outro acontecimento-interdição."

O que é, então, esse encontro autopoietico, que opera na relação cuidador-cuidado? Seria aquele no qual ocorre, micropoliticamente, o encontro de duas vidas, de três vidas, de quatro vidas, de n vidas, em mútuas produções. Essa palavra,

autopoietico, tomo emprestada da Biologia, que a utiliza para falar do movimento de uma ameba, por expressar e significar uma imagem de que o caminhar de um vivo/vida, que se produz em vida, expressando um movimento que tem que construir o sentido de um viver de modo contínuo, senão a sua característica de ser vivo se extingue. Tem a força de representar o movimento da vida que produz vida.

A autopoiese, portanto, é isso, um movimento da vida produzindo vida, o que me permite ressignificar as cenas dos encontros na produção do cuidado em saúde, que passam a ter novos sentidos, para mim: o mesmo lugar ocupado pela interdição é também espaço de encontro autopoietico. Há uma micropolítica inscrita dentro da outra, e é isso que permite a sensação, por exemplo, de, em uma cena que transmite a angústia da morte, que pode inclusive tomar conta dela, de repente, ser carregada, preenchida pela possibilidade da produção da vida no encontro desses viveres.

A tutela autonomizadora da produção do cuidado, no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente em um movimento paradoxal, no qual, da dependência, procura-se gerar libertação para não se tornar um mero objeto





“autocentrado”, tem que caminhar com a produção do processo liberador concomitantemente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento de as máquinas desejanter estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados, em

um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro.

Este é o sentido mais intenso do cuidado como um acontecer brincante.

Referências

Os conceitos-chaves deste texto estão elaborados nos textos indicados abaixo, produzidos pelo autor:

Capítulos 2 e 4 do livro Saúde: a cartografia do trabalho vivo, publicado pela editora Hucitec, SP, nova edição de 2006.

Texto cuidado com o cuidado, escrito em 2004, que pode ser obtido no endereço eletrônico: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais
de Psicologia

www.pol.org.br