

MARIA RAQUEL GOMES MAIA PIRES

**POLITICIDADE DO CUIDADO COMO REFERÊNCIA
EMANCIPATÓRIA PARA A GESTÃO DE POLÍTICAS DE
SAÚDE:**

*Conhecer para Cuidar Melhor, Cuidar para Confrontar,
Cuidar para Emancipar*

Tese apresentada como requisito
parcial à obtenção do título de doutor
em Política Social, Programa de Pós-
graduação em Política Social,
Departamento de Serviço Social,
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Demo

Brasília
2004

MARIA RAQUEL GOMES MAIA PIRES

**POLITICIDADE DO CUIDADO COMO REFERÊNCIA
EMANCIPATÓRIA PARA A GESTÃO DE POLÍTICAS DE
SAÚDE:**

*Conhecer para Cuidar Melhor, Cuidar para Confrontar,
Cuidar para Emancipar*

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do título de doutor em
Política Social, Programa de Pós-graduação em Política Social,
Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília.

Comissão Examinadora:

Prof. PhD. Pedro Demo (Presidente)
Departamento de Sociologia/UnB

Profa. PhD. Dirce Guilhem de Matos
Departamento de Enfermagem/UnB

Profa. PhD. Ma. De Fátima Olivier Sudbrack
Instituto de Psicologia/UnB

Prof. PhD. Mário Ângelo Silva
Departamento de Serviço Social/UnB

Profa. Dra. Marlene Teixeira Rodrigues
Departamento de Serviço Social/UnB

Brasília, 15 de Dezembro de 2004

*"MEDO É UM SOPRO NO PEITO EM BUSCA DE DEFINIÇÃO.
HUMANO É O NOME DO SER QUE SABE DIZER NÃO."*

Viviane Mosé

AGRADECIMENTOS

Uma tese que fala de cuidado não poderia deixar de registrar o zelo, solicitude e envolvimento de pessoas e instituições que contribuíram para sua finalização. Como qualquer lista, também esta corre o risco de fortuitos esquecimentos, próprios da imperfeição humana. Diante dessa possível descompustura, antecipadamente peço compreensão, componente que faz toda diferença nas relações de cuidar. Assim, um forte e caloroso abraço de agradecimento à: - Meus pais, por toda uma vida de amor e dedicação à autonomia dos filhos, bem como aos Irmãos e sobrinhos, parte de mim e dos meus afetos; - Danusa, pela paciência infinita, serenidade, companheirismo e apoio incondicional;- Maurício, Celiane, Ana Cláudia, Adriana Santiago, Arindelita, Leila, Sávio, Wagner, Sônia Brito, Miriam, Nena, Nádia, Caio, Vilani, pelo compartilhar de confianças, cotidianos e bem-quereres;- Pedro Demo, por acreditar em mim e por 5 anos de convivência pautado no mais profundo respeito, ética e profissionalismo;- Colegas do Ministério da Saúde, em especial do Departamento de Atenção Básica, pela presteza sempre respeitosa, no melhor sentido do servidor público, às inúmeras solicitações dos dados e informações analisados nesta pesquisa;- Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, na pessoa de sua diretora, Afra Suassuna, pelo acesso irrestrito às informações e documentos;- Professores Fátima Sudbrack, Dirce Guilhem, Mário Ângelo, Marlene Teixeira e Denise Bontempo, pelas felicitações, críticas e sugestões realizadas nos momentos de qualificação e defesa dessa tese;- Heloiza Machado, Danusa Benjamin e Regina Celi, pela contribuição de suas ricas trajetórias institucionais nas sugestões realizadas ao capítulo 3;- Lígia dos Santos, pela atenção e competência na elaboração do *Abstract*; - Aos professores, colegas e funcionários do programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, pelo aprendizado e convivência; e, por fim, àqueles, muitos já citados, que foram me dar uma força na defesa desta tese, **Valeu !!!!**

RESUMO

Politicidade do cuidado diz respeito ao manejo disruptivo da ajuda-poder, expressa pelo triedro *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar* que, em contextos sócio-históricos específicos, pode se constituir numa referência reordenadora de relações de domínio. Esta tese investiga a politicidade do cuidado como referência teórico-analítica para gestão de políticas de saúde, desenvolvendo a hipótese de que este cuidar pode ser uma referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde, oportunizando cenários propícios à autonomia de sujeitos. Como objetivos, têm-se: a) conceituar teoricamente politicidade do cuidado; b) realizar aprofundamento sobre as concepções de cuidado, emancipação e poder, delimitando quadro teórico-analítico que fundamente o uso da politicidade do cuidado como referência emancipatória para gestão de políticas de saúde; c) analisar a potencialidade emancipatória presente na gestão de programas prioritários para o SUS, como o Programa de Saúde da Família - PSF; d) apontar possibilidades para a adoção da politicidade do cuidado como referência teórico-analítica para a gestão de políticas de saúde. O referencial teórico ancora-se na idéia de politicidade e controle democrático presente no cuidado, entendido como *ser-no-mundo*, ethos do humano e biopolítica da vida produtiva que tanto mantém, como subverte soberanias. A ajuda é concebida como dádiva e poder elegante, em intensa disputa. Pesquisa teórico-prática, com abordagem qualitativa, estudo de caso, centrado na gestão central do PSF, à luz das categorias analíticas cuidado, emancipação e poder. A investigação detecta ambigüidades, avanços e recuos no PSF, presentes tanto na gestão, quanto nas experiências municipais relatadas nos trabalhos premiados na II mostra nacional saúde da família. A partir dos resultados delineados e do triedro emancipatório do cuidar, propõe-se indicações analíticas e indutoras da autonomia de sujeitos para as políticas de saúde do Brasil.

Palavras-Chaves: *Cuidado – Emancipação - Poder*

ABSTRACT

Politicity of care deals with the disruptive handling of Help-Power. Such notion can mainly be expressed by *knowing to take better care, taking care to confront, taking care to emancipate*. This, in specific social-historical contexts, may become a reference in power relations. This thesis investigates the politicity of the care as a theoretician-analytic reference for health policies administration, developing the hypothesis that the politicity of care can be a reference of emancipation for the health policies administration, allowing propitious scenarios to the autonomy of the subjects. The objectives are: a- judge theoretically the politicity of the care; b- accomplish deepening on the care conceptions, emancipation and power, defining a theoretician-analytic picture which bases the use of the care politicity as emancipatory reference for health policies administration; c- analyze the emancipatory potentiality present in the administration of priority programs for SUS, like PSF; d- point possibilities for the adoption of the care politicity as theoretician-analytic reference for the health policies administration. The theoretical referential anchors in the idea of politicity and democratic control present in the care, understood as to be-in-world, ethos of the human and biopolitical of the productive life that as much keeps as subverts imperial sovereignties. The help is conceived as a gift and elegant power, in intense dispute. Theoretician-practice research, with qualitative approach, study of case, centered in the PSF's central administration, to the light of the analytic categories care, emancipation and power. The investigation detects ambiguities, advances and backlashes in PSF, present such as in the administration as in the municipal experiences related in the jobs awarded in the II National Exhibition of the Health Family Program. From the delineated results and from the triedro of the emancipation of the care, analytic indications and inductors of the subjects autonomy are proposed for Brazil health policies.

Words-keys: Care – Emancipation - Power

SUMÁRIO

	Pág.:
- INTRODUÇÃO	8
1- REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.1- Politicidade do Cuidado e Emancipação: Centralidade do Político para a Gestão da Ajuda-poder	14
- Triedro Emancipatório do Cuidar: Conhecer para Cuidar Melhor, Cuidar para Confrontar, Cuidar para Emancipar	38
1.2- Politicidade do Cuidado e Política Social: Conformando a Ajuda-Poder em Contextos de Desigualdades	56
- Gestão da Ajuda-Poder no Brasil	77
1.3-Gestão do Cuidado na Política de Saúde do Brasil: Politicidades	93
- Buscando Politicidades na Forma de Organizar e Produzir Cuidados em Saúde	110
- Politicidade do Cuidado no Contexto do Programa Saúde da Família (PSF): Entre a Estratégia de Mudança e a Saúde Pública para Pobres	118
2- PERCURSO METODOLÓGICO	125
2.1- Ciência e reconstrução do cuidado	126
2.2- Categorias e Formalizações Metodológicas	
-Triedro Emancipatório do Cuidar como Referência Analítica para Gestão de Políticas de Saúde	138
-Pesquisa teórico-prática	149
3-ANÁLISE DOS DADOS:	158
- GESTÃO DO PSF À LUZ DO TRIEDRO EMANCIPATÓRIO DO CUIDAR	
4- POLITICIDADE DO CUIDADO: REFERÊNCIA EMANCIPATÓRIA	238
PARA CONCLUIR	249
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	255
ANEXOS	265

-INTRODUÇÃO

A politicidade do cuidado consiste na habilidade política e reconstrutiva inerente à relação social de ajuda que, sendo poder, tanto produz domínios, como potencialidades subversivas, no mesmo ato subjetivamente gerado. Diante de tal abstração, questiona-se: poderia uma relação protetora vir a se constituir em impulso criativo à insubordinação autônoma? Como um cuidado eminentemente tutelar, que sobrevive da própria dependência, poderia desencadear rupturas emancipatórias a partir dessa mesma proteção? Existiria dinâmica subversiva na ajuda, típica relação (ou efeito) de poder (Demo, 2002b)? A politicidade do cuidado expressa-se, sobretudo, nesta *ágora*¹ conflitante de desejos e perspectivas, podendo inaugurar desordens e reordenações de poderes.

O caráter voluptuoso da dádiva cuidadora que abafa inquietudes pode ser tão opressor quanto a violência explícita, por espoliar desejos latentes por mudança e inovação. Esse mecanismo tem sido utilizado ostensivamente pelo capitalismo para canalizar as demandas produtivas da força de trabalho humana (Marx, 1983), sucubindo gritos em *fazeress fetichizados* (Holloway, 2003). Afinal, o poder, para manter-se forte, camufla-se em artimanhas próprias da trama biopolítica que conforma a vida social (Foucault, 1985), age elegantemente em nome do *desenvolvimento* (Gronemeyer, 2000), fluidifica-se em tempos e espaços globais para forjar valores individualistas e competitivos (Bauman, 2001), uniformiza idéias, segregando diversidades (Popkewitz, 2001), e, de todos estes modos, cuida das pessoas com a graça do domínio fascinante que seduz e envolve. Porém, esse ato subjugante pode ser desmascarado e subvertido pelo mesmo poder exercido, constituindo-se numa fragilidade arquitetonicamente tramada para manter-se forte. Aposta-se aqui numa gestão inteligente da *ajuda-poder* capaz de potencializar confrontos ou a

¹ Utilizo o termo grego *ágora* como esfera intermediária entre o público/privado, lugar de encontro, tensão e luta. A discussão sobre *ágora* político pode ser melhor aprofundada em Bauman (2000).

vontade de ser contra da multidão, como diriam Hardt e Negri (2002), reordenando igualmente tais assimetrias.

A politicidade do cuidado, concebida na ambigüidade que a conforma, pauta-se nessa discussão e pode se revelar emancipatória a partir do triedro *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*. Articulado saber, poder e ajuda, aprofundam-se as dimensões epistemológica, ecológica, ontológica e social do cuidado, por meio da politicidade que lhe é intrínseca. Parte-se do suposto que o ato de conhecer, ou de computação/cogitação (Morin, 1999), sendo político e biológico (Maturana e Varela, 2001), e entendido como forma natural de participar de um mundo social e historicamente conformado, instrumentaliza confrontos e autonomias libertárias.

A despeito do tom eminentemente teórico presente nesta tese sobre o cuidado, procurou-se dar certa aplicabilidade dessa concepção ao estudo das políticas sociais, vistas aqui sob o prisma da conformação da ajuda-poder em sociedades capitalistas para enfrentamento de desigualdades sociais. Nesse sentido, o objeto desta investigação consiste no uso da ***politicidade do cuidado como referência teórico-analítica para gestão de políticas de saúde***. Pergunta-se, portanto, se a politicidade do cuidado, enquanto manejo inteligente da ajuda-poder, expresso pelo triedro *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*, poderia se constituir numa referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde.

Tendo por foco a construção de referenciais teórico-analíticos para a gestão de políticas sociais, o estudo parte da hipótese de que a ***politicidade do cuidado pode ser uma referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde, oportunizando cenários propícios à autonomia de sujeitos***. Realizou-se uma pesquisa teórica e prática sobre as concepções de cuidado, emancipação e poder, para delineamento de um quadro de referência que fundamenta o uso da politicidade do cuidado à gestão de

políticas sociais, tendo o setor saúde como recorte. A defesa da politicidade do cuidado enquanto referência emancipatória se fundamenta na noção valorativa e ética que esse termo traduz, sendo necessário tratá-lo como fundamento teórico e diretivo que embase ações e proposições. Nesse rumo, uma tese, para se manter fortemente discutível, precisa refletir a subjetividade e a ideologia da comunidade que o sustenta, amparando-se em unidades teórico-prática e utopias² desconstrutivas.

Para analisar a viabilidade da politicidade do cuidado como parâmetro analítico e norteador para políticas de saúde, foi realizada, à luz da pesquisa teórica referida, um estudo sobre o Programa Saúde da Família (PSF), uma das estratégias prioritárias do Ministério da Saúde na organização de serviços e práticas do SUS. Pretendeu-se contextualizar o cuidado no âmbito da gestão do PSF, no sentido de delinear alguns contornos orientadores para a política de saúde do Brasil. Centrou-se na ambivalência do PSF, manifesta na potencialidade entre estratégia de mudança e o programa social focalizado e seletivo, do tipo saúde pública para pobres. Noutros termos, refletiu-se: até que ponto a gestão de programas prioritários para o SUS tem oportunizado cenários propícios à autonomia de sujeitos ou conformado uma ajuda-poder estatizante e tuteladora? Nas políticas de saúde, o cuidado tem sido concebido/gerido mais para promover confronto/superação ou dádiva/submissão? Parte-se do suposto que a mediação do cuidado nas relações sociais, desalienado das amarras que contêm sua força criativa, pode instrumentalizar sujeitos críticos e oportunizar cidadanias.

No capítulo 1, Referencial Teórico, a politicidade do cuidado, entendida como gestão da ajuda-poder para fortalecimento da autonomia de sujeitos, é conceituada e teorizada tendo por eixo as concepções de

² Utopia no sentido do realizável, do tangível, que alimenta possibilidades reais de reinvenções que podem ser estabelecidas aqui e agora. Segundo Outhwaite e Bottomore (1996:788), “*O pensamento utópico parece florescer em épocas de insegurança social e colapso da autoridade estabelecida. As utopias refletem freqüentemente as fronteiras de possibilidade estabelecidas por uma sociedade existente, incluindo sua*

cuidado, emancipação e poder. Fundamenta-se o triedro emancipatório do cuidar, expresso sob o prisma do *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar emancipar*, como referência teórica central desta tese. A partir daí, a conformação da ajuda-poder nas políticas sociais, ou em sociedades capitalistas desiguais e complexas, é discutida à luz do triedro enunciado. A politicidade das políticas de saúde, incluindo a forma com que se vem sendo produzido e organizado o cuidado em saúde no Brasil, é discutida em seguida, chegando-se ao caso do PSF, ambientado no dilema de caracterizar-se como programa de saúde pública, historicamente destinado à pobreza, e pretender-se estratégia de mudança do modelo tecno-assistencial em saúde do Brasil.

O percurso metodológico divide-se em duas partes: numa primeira aborda-se a base epistêmica da pesquisa, centrada na teorização da cientificidade frente à pós-modernidade, resgatando-se o caráter reconstrutivo e provisório do conhecimento como potencialidade emancipatória. Depois, abordam-se os aspectos do método, explicitando tratar-se de uma investigação teórico-prática, com delineamento de estudo de caso e abordagem qualitativa para aprofundar as politicidades da gestão das políticas de saúde. O referencial analítico para o estudo fundamenta-se no entrelaçamento das faces do triedro do cuidar ao referencial metodológico da hermenêutica de profundidade, em Thompson (1995), gerando dimensões e parâmetros norteadores para análise das políticas públicas.

A potencialidade emancipatória presente na gestão de programas prioritários para o SUS, como o PSF, é analisada e esmiuçada no contexto do quadro metodológico arquitetado à luz do triedro do cuidar. Assim, sob as dimensões contextuais, das relações institucionais e da dinâmica operativa da gestão central do programa/estratégia Saúde da Família questiona-se se ele tem oportunizado e/ou influenciado cenários propícios à autonomia de

sujeitos, observáveis por meio da análise das 14 experiências municipais premiadas na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, realizada em julho deste ano.

No quarto capítulo, que se pretende reafirmador da hipótese de trabalho, argumenta-se pela viabilidade do uso do triedro emancipatório como referência teórico-analítica tanto para gestão de políticas de saúde, quanto para o processo de trabalho dos profissionais. Nesse sentido, e a partir da realidade analisada, propõe-se algumas indicações para o fomento da autonomia de sujeitos, seja no âmbito da gestão pública, seja no cuidado à saúde.

1- REFERENCIAL TEÓRICO

1.1- POLITICIDADE DO CUIDADO E EMANCIPAÇÃO: CENTRALIDADE DO POLÍTICO PARA A GESTÃO DA AJUDA-PODER

O cuidado, relação interativa, solidária, controversa e processual de auxílio, sobrevive do espaço conflitante entre a proteção e a opressão. A característica do cuidar, enquanto gesto e atitude solidária, inclina-se para proteger e assegurar vida, direitos e cidadania. Porém, a relação fraterna aí impulsionada também é opressora e subjugante, podendo utilizar-se de universalidades éticas tipicamente modernas³ para manter-se em posição de domínio. A politicidade do cuidado reside no fenômeno de poder que lhe é intrínseco, ou na sua latente possibilidade de subversão.

Quanto à politicidade, adota-se a referência de Demo (2002a), que a concebe como *habilidade política humana* de 'saber pensar' e *intervir* criticamente, numa busca imanente por graus de autonomia crescente. O enfrentamento dos limites postos, sejam sociais, econômicos, culturais ou biológicos, conforma o centro nevrálgico e motor da politicidade humana. Argumenta-se pela (re)construção permanente de um conhecimento que instrumente, cada vez mais, a '*razão humana*⁴' no manejo da 'qualidade política' inerente aos seres vivos. Destaque-se, entretanto, que a politicidade, sendo poder, não evoca somente o '*lado bom*' da humanidade. Envolvida na trama das relações sociais, ela serve de mediação entre a *racionalidade prepotente* e a *emoção ingênua*.

Para consolidar a idéia de '*politicidade como razão humana fundamental*', Demo (2002a) resgata conhecimentos da biologia para argumentar sociologicamente. Ou seja, a partir do entendimento biológico da intrínseca mutabilidade do ser vivo, constrói uma fundamentação teórica para o entendimento da politicidade como possibilidade de se construir uma sociedade menos desigual e mais justa.

³ Refiro-me à produção sobre modernidade e pós-modernidade em Bauman (1999, 2000 e 2001), bem como à excelente análise sobre a transformação do capital na pós-modernidade em Harvey (1989).

⁴ "Não pretendo partir do conceito moderno de razão, de estilo cartesiano. Ao contrário, entendo razão aqui principalmente como 'condição' fundamental humana, incluindo o ser humano como um todo, corpo e alma, espírito e matéria, quantidade e qualidade. (...) Politicidade parece ser neologismo, e, como todo neologismo,

A partir da discussão social e biológica amplificada por Demo, figuram alguns pressupostos interessantes. Primeiro, que a politicidade, antes de ser razão humana, lateja na matéria, na *dialética da natureza* re-discutida por Prigogine (1997). Segundo, que os animais são seres políticos (o que os torna parte do todo), e que essa politicidade, no homem, se complexifica, assumindo peculiaridades próprias do ser dialético que sabe intervir pela reconstrução permanente. Por último, tal *'intervenção'* humana no capitalismo tem intensificado a face agressiva e desigual das relações sociais, sendo necessário o resgate da dimensão ética da politicidade, capaz de forjar processos emancipatórios.

A politicidade manifesta-se no caráter fluido e frágil do poder inerente à relação de domínio, pulsando numa frivolidade capaz de impor-se oportunisticamente. Alargar a chance presente em toda relação social constitui o cerne do cuidado aqui defendido. É precisamente pela *politicidade* que o cuidado pode se tornar emancipatório ou desconstrutor das próprias estruturas que o subjagam. Trata-se de redimensionar o cuidado como possibilidade ética da humanidade, viabilizável por sua ambivalência intrínseca.

A dimensão ética de que se fala está pautada nos valores, princípios e inspirações humanas que levam em conta a preocupação com o outro e com as iniquidades sociais, como parte de uma mesma totalidade. Trata-se da *ética da libertação*, que tem por foco as vítimas de um sistema econômico, social e cultural gerador de desigualdades globalizadas (Dussel, 2003)⁵. Aposta-se, sobretudo, na utopia realizável de forjar sujeitos ético-críticos, co-responsáveis por seus destinos e transformações. Significa, igualmente, o resgate do *ethos mundial* proposto por Boff (2003), configurando uma atitude de compromisso e cuidado com a vida, com a convivência societária e com a preservação da terra.

banal. Olhando bem, porém, reponha nada mais que a tese grega do zóon politikón (animal político), como sendo a alma da natureza humana (...)." Demo (2002b:9)

⁵ A discussão sobre ética da libertação, em Dussel (2002), será retomada oportunamente no decorrer desta tese.

A concepção de *cuidado emancipatório*⁶, em sentido ecológico, social e epistemológico, pressupõe o entendimento de que as ações solidárias em prol do outro podem *vir a*⁷ desconstruir progressivamente assimetrias de poder, se esse cuidado se refaz na própria ajuda⁸. O sentido ecológico do cuidar manifesta-se na noção de integralidade e ruptura inerente ao pulsar da vida (Boff,1999; Capra, 1982), sendo também relação social de poder e saber. Para emancipar é preciso, sobretudo, *saber cuidar* (Boff, 1999, Demo, 2001), numa perspectiva ética, política e pedagógica fundada num conhecimento mais democrático e plural. A epistemologia do cuidado pode instrumentar processos de rupturas significativos, por meio da produção de conhecimentos que se re-elabora dinamicamente para melhor aproximar-se da realidade, mantendo-se discutível *formal e politicamente*⁹.

O cuidado aqui requerido sugere um movimento dialético onde a relação de dependência acontece mais para construir autonomia dos atores envolvidos, que para manter-se em si mesmo, como exercício autocentrado de poder. Ou seja, significa cuidar para que se possa ser capaz de re-elaborar cada vez mais a tutela e exigir dignidade humana, por projetos próprios. Consiste, também, no entendimento de que o *'meu'* projeto de autonomia só existe enquanto parte integrante da autonomia coletiva, sabendo-a sempre relativa.

Desconstruir assimetrias de poder em meio a uma relação de dependência pode parecer contraditório e sem sentido, a menos que se possa argumentar dialeticamente em torno de contrários superáveis na totalidade (Haguete, 1990. Konder,1993. Kosik,1976. Lukács,1989). Tal entendimento supõe realidades complexas e processuais, na perspectiva teorizada por vários autores (Santos, 1995. Demo,2002c. Morin, 2000) e que

⁶Introduzo as reflexões sobre cuidado emancipatório na minha dissertação de mestrado (Pires,2001) e em artigo publicado na revista SerSocial nº 10 (Pires,2002).

⁷ Refiro-me a proposição utópica contida no termo *'vir a ser'*, em oposição ao *'ser'*, como elemento central para a discussão emancipatória preterida.

⁸ Ajuda entendida como *'poder elegante'*, no caminho apontado por Gronemeyer (2000). Essa discussão será retomada no decorrer do texto.

⁹ Ver discussão sobre critérios de cientificidade em Demo (2000a).

dizem respeito à superação do pensamento único, de linearidades obtusas ou de simetrias dicotômicas, tão comuns à ciência moderna. Faz parte dessa discussão conceber dinamicamente o cotidiano das relações sociais, o contexto e suas estruturas fundantes, bem como a historicidade da inserção humana nesse cenário.

O cuidado como gestão da ajuda-poder tem como fulcro central a '*não-linearidade*'¹⁰ tanto dos processos históricos, quanto da natureza, assumindo-se aqui uma abordagem social, ecológica e epistemológica do cuidar. Por existir, sobretudo, na natureza, o cuidado faz parte da *autopoiese* dos seres vivos (Maturana e Varela, 2002) e da *emergência* dos processos cognitivos globais de uma *mente incorporada* (Varela et al, 2003), ocorrendo em múltiplas e diversas formatações. Seja na turbulenta natureza, que busca superação de equilíbrios pela irreversibilidade dos fenômenos (Prigogine, 1997), seja na biologia dos processos autônomos e emergentes, o cuidado, não sem conflito, interage e tensiona seres por dinâmica interna, inerente ao pulsar da vida¹¹.

A politicidade do cuidado diz respeito à própria natureza da revolta latente e premente na esfera vital dos seres vivos. Independente, ou a despeito do auxílio externo¹², o cuidar, sendo pulsação, manifesta-se gerando rupturas e interações que lhe são peculiares. Significa dizer que o cuidado existe na esfera da dinamicidade, da multiplicidade e diversidade que lhe funda. Ou que, é precisamente pela incompletude, conflito e incerteza presente no gesto de ajuda que ele pode vir a se constituir numa força revolucionária, traduzindo-se em politicidade subversiva.

¹⁰ Refiro-me à teorização recente de Demo (2002 a, 2002b, 2002c) sobre *realidade complexa, não-linear, ambígua e ambivalente* para captar a idéia de processualidade intrínseca à vida, seja social, cultural ou biológica.

¹¹ Uma discussão mais aprofundada sobre a teoria da autopoiese em Maturana e Varela (2002), enação em Varela (2003) e irreversibilidade em Prigogine (1997), será feita adiante.

¹² Hardt e Negri (2003) vão argumentar que, com o advento do "Império", nova forma da economia capitalista global, não existe mais "lado de fora", uma vez que o poder imperial controla as subjetividades produtivas das pessoas por meio do 'biopoder', inerente à própria vida. Adiante, detenho-me melhor neste assunto

Entender a dinâmica como principal elemento para teorização do cuidado não significa dizer que seja impossível formular-lhe premissas estruturantes. Afinal, o conhecimento se funda na intensa re-elaboração formal de discursos e experiências, constituindo-se em *ordens do discurso*, no enfoque de poder proposto por Foucault (1996). O que está em jogo, isso sim, é a permanente *discutibilidade* das certezas como critério de verdade. A partir dessa proposição, advinda da discussão atual sobre metodologia e conhecimento científico (Santos, 2001), pretende-se advogar a idéia de que cuidar é um processo de *vir a ser*.

Compreender o cuidado como *vir a ser*, contrário de *ser*, introduz o tema da incompletude como possibilidade de mudança inerente às relações sociais. A liberdade manifesta na concepção do *vir a ser* constitui a potencialidade disruptiva do cuidado, expressa pela frivolidade, fugacidade e intrínseca transitoriedade do fenômeno do poder. O cuidado, aqui, é visto em sua totalidade, constituído não só pelo *modo de ser*, estrutura mais definidora e capturável, como também pelo seu *vir a ser*, característica que igualmente o compõe.

Falar em cuidado perpassa pela discussão em Heidegger sobre o *ser-no-mundo*, que inclui a dimensão da *cura como* componente da *pre-sença* (constituição ontológica de homem, ser humano e humanidade). É na *pre-sença* que o homem constrói seu modo de *ser-no-mundo*. Assim, segundo o filósofo da fenomenologia, o *ser-no-mundo* em sua essência é cura, entendida como condição estrutural de existência humana. Acrescenta ainda que, ontologicamente, cura não pode significar uma atitude especial para consigo mesmo porque essa atitude já se caracteriza como um *preceder a si mesmo*, envolvida por outros dois momentos estruturais, o *já ser-em* e o *ser-junto a*. O conceito ôntico de *cura* também permite chamá-lo de *cuidado e dedicação*¹³.

¹³ “ (...) Isso diria simplesmente: do ponto de vista ôntico, todos os comportamentos e atitudes do homem são ‘dotados de cura’ e guiados por uma dedicação. Ela não significa propriedades ônticas que continuamente aparecem, e sim a constituição ontológica sempre subjacente. Só isto torna ontologicamente possível que esse

Boff (1999), apoiando-se em Heidegger, reconhece o cuidado como *modo de ser* essencial, como *ethos*¹⁴ humano e dimensão ontológica *impossível de ser totalmente desvirtuada*. Defende ainda que o cuidado entra na constituição da natureza e do ser humano, sem o qual não haveria a própria vida. Com o tom profundamente humano, filosófico e teológico, o referido autor propõe uma resignificação do cuidado, fundado numa nova *ética do humano* e na *compaixão pela terra*.

Ao posicionar o cuidado como essência do humano e da natureza, resgatando a dimensão ecológica tão peculiar à integralidade da vida, Boff aprofunda o *modo de ser* como elemento estrutural do cuidar. Ou seja, o cuidado é mais que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras. “*É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas*” (1999:92).

Assim colocado, o autor nos fala da *natureza do cuidado*, fundada em dois modos básicos de *ser-no-mundo*: o trabalho - corporificando a dimensão do masculino ou de intervenção na natureza, e o cuidado - tonificado pelo *feminino*, pela convivência, comunhão e interação. Longe de quaisquer dicotomias lineares, acredita que as duas formas têm co-existido na história da humanidade de maneira desigual, com predomínio da *intervenção e destruição (modo de ser-trabalho)* sobre a *interação solidária (modo de ser-cuidado)*. No conclame para que se conjugue melhor *trabalho* com *cuidado*, arremata sua proposição por uma nova ética, fundada no *saber cuidar*.

ente possa ser onticamente interpelado como cura. A condição existencial de possibilidade de cuidado com a vida e dedicação deve ser concebida como cura num sentido originário, ou seja, ontológico.” (Heidegger, 2002:265).

¹⁴ No glossário do livro “Saber Cuidar”, tomo emprestada a definição de Boff (1999:195): “*Ethos: em grego significa toca do animal ou a casa humana; conjunto de princípios que regem, transculturalmente, o comportamento humano para que seja realmente humano no sentido de ser consciente, livre e responsável; o ethos constrói pessoal e socialmente o habitat humano.*”.

A consistência teórica de Boff, a despeito da visível tendência esotérica tão pouco ambivalente¹⁵, torna seu '*saber cuidar*' uma referência importante para as utopias humanas. Outro destaque oportuno é a crença de que o cuidado, em sentido irrestrito, reside na imanência da vida e do humano, admitindo-se aqui uma plenitude incapturável apenas pela razão. Pode-se resgatar daqui polêmica interessante sobre *cura*, uma vez que já se acreditou muito no elemento da *transcendência* como único capaz de realmente '*salvar*' o ser humano de suas mazelas e doenças.

A crença na transcendência, elemento importante para a cura, pode ser exemplificada em Leloup (1996), teólogo ortodoxo, que traduziu e comentou textos do filósofo Filon, que teria vivido em Alexandria, entre 20 e 10 anos AC até 39/40 anos da era cristã. No documento "*Os Terapeutas de Alexandria*", Filon descreve a rigidez doutrinária e espiritual imposta aos '*Terapeutas*', que se recolhiam em comunidades isoladas e debruçavam-se sobre as escrituras sagradas e sobre a natureza. Os Terapêutas eram '*impulsionados pelo amor divino*' (1996:39), portanto tinham inspiração *transcendente* para dedicar-se ao exercício de '*cuidar do ser*'. E para '*cuidar do ser*', os Terapeutas cuidavam integralmente de si e dos outros, numa busca holística de corpo, mente e espírito. Abstraindo o excesso de moralismo cristão, tão ofuscador de politicidades, vale a pena uma leitura atenta sobre a concepção de saúde difundida na época, tema extremamente relevante, por exemplo, nas discussões atuais sobre o paradigma da vigilância da saúde¹⁶.

Não tão teológico como Leloup, mas buscando uma possível interação entre ciência, cognição e budismo, Varela (2003) vai propor um tipo de *reflexão aberta* aos fenômenos onde corpo e mente se unem. Trata-se do conceito de *enaction*, ou *ação incorporada*, referindo-se à cognição como dependente da experiência de se ter um corpo e da emergência de

¹⁵ Exemplifico o seguinte trecho: "*No modo de ser-cuidado ocorrem resistências e emergem perplexidades. Mas elas são superáveis pela paciência perseverante. No lugar da agressividade, há convivência amorosa. Em vez de dominação, há companhia afetuosa, ao lado e junto com o outro*" Boff (1999:96). Tendo a acreditar mais na tensão dialética dos dois '*modos de ser*', cuidado e trabalho, como característica fundamental da dinamicidade e ambigüidade da realidade, sempre complexa e caótica por e na natureza.

¹⁶ Sobre paradigma da vigilância à saúde, ver Teixeira (2002).

estados globais, que ocorre a partir dos padrões sensório-motores recorrentes desse corpo. Seguindo as recentes descobertas da psicologia cognitiva e da biologia, alicerçando-se na fenomenologia de Merleau-Ponty e na doutrina oriental do budismo, o autor advoga em torno da possibilidade profundamente transformadora do aprendizado atento e aberto, desapegado do *ego-self* e calcada na compaixão¹⁷ pelo mundo.

A fragilidade de um fundamento essencial, de um comando único, de um *self* central e porto seguro das pulsões humanas, torna-se objeto central de análise e teorização em Varela. Ao invés de considerar a ausência de 'fundação' como um aspecto negativo, o autor fala que tal condição é profundamente reveladora de condições libertárias, presente na existência co-dependente da própria vida. Assim, por meio da *enaction*, os praticantes da atenção/consciência podem começar a interromper padrões automáticos de comportamento condicionado, aumentando-se a capacidade de se estar *atento* às profundas experiências advindas da conexão entre corpo e mente.

Longe de se adentrar nessa *seara* filosófica, por fugir aos modestos objetivos deste texto, cabe considerá-las como referências importantes para o elemento de ruptura presente nas expressões do cuidar - imanente em possibilidades, transcendente em desafios. Seja qual for a tendência pretendida, a capacidade revolucionária do cuidado ocorrerá menos pelo seu *modo-de-ser* que pelo seu *modo-de-vir-a-ser*. É principalmente pelo que ainda não é, já sendo em si, que se pode argumentar em favor da emancipação. Ou, é precisamente pela dinâmica da liberdade, aproximativa de realizações e plena de desejos, que as utopias libertárias se realizam (Bauman, 2001, Santos, 1997).

Acreditar que as ações solidárias, revestidas de autoridade, podem promover autonomias capazes de *vir a* reordenar desigualdades, implica em

¹⁷ A despeito da riqueza argumentativa e teórica em Varela (2003), o autor acaba caindo no mesmo lugar-comum que Maturana (1997), que defende o potencial transformador do 'amor' como utopia libertária. Acreditar que não há caminho único, que a realidade é mais complexa que nossa obtusa capacidade de apreensão e que a ambivalência da vida pulsa na natureza, parece meio contraditório com essa concepção de transformação, restrita à compaixão.

conceber a centralidade do político nas relações sociais estabelecidas. Ou seja, é pela mediação de interesses, pela negociação árdua de projetos, pela intensidade da *ágora* público/privado inerente às sociedades humanas que as pretensas liberdades tomam concretude. O cuidado emancipatório, *como ajuda que se re-elabora na relação de poder estabelecida, acontece principalmente pela politicidade do cuidar, entendida tanto pelo seu modo de ser solidário, como pelo seu modo de vir a ser político.*

O termo '*ajuda*' é bem discutido por Gronemeyer (2000), ao tentar uma definição teórica dessa palavra para o "Dicionário do Desenvolvimento" (Sachs, 2000). A autora argumenta que a ajuda ao desenvolvimento, em especial aquela oferecida aos países do '*Terceiro Mundo*', sempre se constituiu num mecanismo de *poder elegante*. Para fundamentar essa idéia, descreve analiticamente como a '*ajuda*' foi se desenvolvendo opressivamente desde '*as esmolas medievais*', passando pelo mercantilismo e modernidade industrial, fundada na racionalidade dos países ricos. Nas palavras da autora:

"(...) A dissimulação e a extrema discrição seriam os atributos principais em uma definição de poder exercido elegantemente; o poder elegante jamais é identificado como poder. E ele é verdadeiramente elegante quando, cativados pela ilusão de liberdade, os que a eles estão submetidos negam, repetidamente sua existência. É uma forma de manter o cabresto na boca dos subordinados sem deixar que eles sintam o poder que está dirigindo. Em suma, o poder elegante não força, não recorre ao cacete nem às correntes, simplesmente ajuda. Imperceptivelmente, o monopólio estatal da violência se transforma, no caminho de uma crescente discrição, em um monopólio estatal da solicitude, e, com isso, torna-se mais aceitavelmente poderoso, embora não menos poderoso." (2000:18).

Como todo poder que se preza em manter-se forte, a *ajuda* atua por mecanismos dissimulatórios, lançando mão de apelos pretensamente morais para consolidar sua hegemonia. Afinal, quem ousa desconfiar daquele que está '*ajudando*' ou se solidarizando com o outro? Qual teria sido o mecanismo principal de coerção do imperialismo moderno, senão a *ajuda ao desenvolvimento*? Atualmente, não é justamente em nome da '*paz*' mundial que, por exemplo, os Estados Unidos têm agido para nos livrar de terríveis '*bombas de destruição em massa*' que o Iraque estaria tramando

contra a humanidade¹⁸? Continuando sua milícia difícil de engolir, não é esse mesmo país que se auto proclama protetor dos países pobres e do mercado capitalista, desrespeitando sistematicamente as conquistas cidadãs?

Por falar em mercado, cabe considerá-lo como fenômeno de trocas inerente às sociedades, existente mesmo antes do capitalismo. Como defende Mauss (1950), o mercado de dádivas, por exemplo, é comum desde os clãs, tribos e povos antigos, tendo influenciado a própria configuração da economia atual. No seu '*ensaio sobre a dádiva*', o autor investiga os hábitos e significados de dar e receber presentes nas diversas culturas humanas, analisando as regras implícitas, as obrigações veladas, os comandos e poderes estabelecidos nos gestos aparentemente inofensivos de solidarizar-se com o outro. O conjunto de deveres morais que se orquestram a partir da ajuda permeia o próprio desenvolvimento social, reconfigurando as modalidades de trocas em distintos contextos sócio-históricos.

Veja-se o exemplo da esmola e da caridade. Os povos *Haúças do Sudão*, nas safras do *trigo da guiné*, tinham por dever distribuir presentes aos pobres para *evitarem as febres*. Neste caso, a teoria da esmola se alimenta pela noção da dádiva e da fortuna, por um lado, e a noção de sacrifício, por outro. Trata-se de uma liberdade obrigatória, onde a dádiva se transforma em princípio de justiça e de elevação espiritual. Tal alento ganharia ainda força maior com o surgimento e consolidação do cristianismo e o islamismo, onde a *esmola* se reveste de *caridade* para confortar almas pecadoras (Id, 1950).

Outra característica importante da dádiva se refere ao seu sentido desinteressado e obrigatório ao mesmo tempo, onde mescla ajuda e poder nas mediações sociais que vêm se conformando ao longo dos tempos¹⁹. A obrigação se expressa pelo caráter mítico, imaginário, simbólico e coletivo

¹⁸ No Império, Hardt e Negri (2003) vão falar do 'poder de polícia', outorgado aos EUA para que eles atuem em nome da 'paz' mundial, como uma das muitas formas de soberania imperial.

¹⁹ Mauss priorizou seu estudo no que chama de os três dilemas da dádiva: a obrigação da dar, a obrigação de receber e a obrigação de retribuir.

que assumem as coisas trocadas, que nunca estão completamente desligadas de seus agentes de troca, porque esses acabam dando e retribuindo a si mesmos²⁰. Esse *símbolo de vida social* traduz a forma com que as pessoas e grupos se imbricam uns nos outros, " (...) e sentem que se devem tudo" (Id, 1950:103). Noutra sentença, dar é também manifestar superioridade, ser mais e estar mais alto. Aceitar sem retribuir, *ou sem retribuir mais*, é subordinar-se, tornar-se servidor, pequeno, *cair mais para baixo*. Noutras palavras, o mercado de dádiva expressa a típica complementariedade entre ajuda e poder presentes nas relações sociais, donde o cuidado se forja como mediação entre a tutela e a autonomia dos sujeitos.

A dádiva nas sociedades contemporâneas pode ser visualizada, por exemplo, nas ações do Estado moderno, que vem cuidando dos indivíduos e grupos sociais num misto de ajuda e poder (ou ajuda-poder), com forte objeção em favor do capital. Nesse contexto discursivo, como questionar o cuidado, entendido como gestão da ajuda-poder, nas políticas sociais do Estado capitalista, se ele se apresenta como benefício aos cidadãos? Um breve adendo contemporâneo ilustra o que se vem ocorrendo²¹: no Brasil, as ações para o combate à pobreza e à fome historicamente têm perpetuado o assistencialismo, a focalização seletiva, a crescente marginalização social, o clientelismo corrupto, a inoperância da máquina burocrática estatal e a restrição de oportunidades cidadãs²². Tais características constituem exemplos do poder tutelador presente nas relações de ajuda viabilizadas pelo Estado.

²⁰ "Se damos as coisas e retribuimos é porque nos damos e nos retribuimos 'respeitos'- dizemos ainda 'delicadezas'. Mas também é que damos a nós mesmos ao darmos aos outros, e, se damos a nós mesmos, é porque devemos a nós mesmos – nós e o nosso bem – aos outros" (Maus, 1950:140).

²¹ A conformação da gestão do cuidado nas políticas sociais e da saúde, assim como a discussão sobre Estado moderno, será retomado adiante, no decorrer deste referencial teórico.

²² Cabe aqui uma análise dos relatórios sobre o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) dos países, desenvolvido pelo PNUD/ONU desde 1990, onde o Brasil tem se destacado pela profunda desigualdade social. Por oportuno, o documento integral do Projeto Fome Zero (Instituto Cidadania,2001) realiza uma análise sobre as políticas adotadas na década de noventa, revelando o grau de ineficácia das mesmas perante um problema tão antigo, quanto possível de superar, como é a questão da fome. Por ironia, o Partido dos Trabalhadores (PT), mesmo partido que outrora criticava o assistencialismo e a inoperância dos programas de combate à fome no citado documento, hoje no poder, não vem conseguindo fazer muito diferente.

Em uma das suas conclusões²³, Mauss antecipa a centralidade do trabalho para a autonomia crítica dos sujeitos, alertando para a necessidade de se evitar os excessos de *generosidades* e *individualidades*. Apesar de se observar uma certa tendência exagerada na priorização do individual sobre o coletivo em algumas trechos do livro, denotando uma certa dubiedade ideológica²⁴, o autor parece coerente quando propõe uma volta ao arcaico e às sensibilidades presentes na alegria de dar em público, nas celebrações artísticas, na hospitalidade e nas festividades, como valores centrais para as relações humanas do futuro.

A tênue vertente de poder presente nas relações de ajuda também podem ser esmiuçada nos seus *micropoderes*, no caminho proposto por Foucault (1979). O poder disciplinador e classificatório, imprimido por uma solidariedade moral e socialmente aceita, como aquela exercida nos hospitais, *hospícios* e escolas ²⁵, constitui um exemplo oportuno e instigante. Nesse nível *micro* das relações humanas, tome-se o caso da saúde. Como duvidar do médico, que além de deter o conhecimento sobre o meu corpo, promove o *bem* da *minha* saúde a partir do *saber-poder*? O cuidado, aliás, tende a ser melhor compreendido no campo da assistência à saúde, uma vez que as profissões têm progressivamente aprisionado o cuidar em procedimentos, tarefas, tecnologias e rotinas hospitalares para cuidar das doenças, fragmentando a pessoa em especialidades distintas²⁶. Aqui, a ajuda como '*poder elegante*' aparece em sua face mais velada, seja porque a enfermidade fragiliza as pessoas diante da iminência da morte, seja porque o poder do cuidado à saúde historicamente sempre se

²³ O autor subdivide sua conclusão em três dimensões: moral, sociológica e da economia política.

²⁴ “Contudo, é necessário que o **indivíduo** trabalhe. É necessário que seja forçado a **contar mais consigo** de que com os outros. Por outro lado, é preciso que ele defenda os seus interesses, **pessoalmente** e em grupo. O excesso de generosidade e o comunismo ser-lhe-iam tão prejudiciais, a ele e a sociedade, como o egoísmo dos nossos contemporâneos e o individualismo das nossas leis. (...) Não é desejável que o cidadão seja nem demasiado bom e subjetivo, nem demasiado insensível e realista. É necessário que ele tenha o sentido agudo **de si próprio** mas também dos outros, da realidade social (será que existe, nestas coisas de moral, uma outra realidade?). É necessário que ele aja tendo-se em conta a **si próprio**, aos subgrupos e à sociedade” (Mauss, 1950:180). (**Grifos meus**).

²⁵ A caracterização do poder disciplinar hegemônico nas sociedades modernas pode ser brilhantemente visitado em Foucault (1979. 1999. 2001).

aproximou do *sacerdócio* e da benevolência, legitimando hegemonias seculares²⁷.

No escopo da educação, ou no cuidado envolvido na formação de cidadãos, o modo como os discursos pedagógicos são utilizados para diferenciar, distinguir e segmentar grupos, coibindo-lhes processos participativos mais efetivos, foi analisado por Popkewitz (1998), tomando como base a teoria crítica pós-moderna. Ao avaliar o programa *Teach For América*, destinado a recrutar e treinar pessoas com diplomas em outros campos distintos da educação para ministrar aulas em escolas da periferia, o autor investiga os *efeitos de poder* presentes nos discursos e práticas dos professores participantes da referida proposta. A concepção de *efeito de poder* discutida em Popkewitz (1989) procura captar melhor a não-linearidade da realidade, buscando resgatar como as ações produtoras de discursos²⁸ influenciam a *participação* na sociedade. A soberania aqui aparece naquele que *domina e reprime as ações* (1989:13), tendo uma transitoriedade inerente à pós-modernidade. Não significa dizer que tal poder seja menos opressor ou regulatório, mas que sua fugacidade vem ganhando maior centralidade.

Demo (2002b) posiciona em favor da teoria dos *efeitos de poder* três referências teóricas: a definição de poder em Foucault, a Teoria Crítica²⁹ da Escola de Frankfurt e as teorias pós-colonialistas de teor pós-moderno. A questão central discutida tanto nesses autores, como em outros que criticam o forte universalismo da racionalidade moderna³⁰, é que o conceito de poder, como é visto tradicionalmente centrado em espaços e soberanias institucionalizadas, não corresponde a *fluidez* do poder atual (Bauman,2002). Com o advento da mobilidade crescente do capital e

²⁶ Para aprofundamento sobre a política de saúde e crítica ao processo de trabalho dos profissionais, ver: Campos (1991,1992), Mendes (1993), Teixeira (1989), Fleury (1997).

²⁷ Sobre o assunto ver, dentre outros: Leloup (1996), Silva (1986), Germano (1993), Rezende (1989), Pires (1989).

²⁸ Thompson (1995), um dos expoentes da Teoria Crítica, defende a concepção de ideologia como discurso do poder, referindo-se ao uso das 'formas simbólicas' como mecanismo para sustentar ou estabelecer relações de poder.

²⁹ Um dos problemas apontado por Demo para a Teoria Crítica é que ela precisa exercitar melhor, além da crítica, a auto-crítica.

flexibilização do tempo/espço, o poder igualmente acompanha tais processos, reconfigurando seus mecanismos e manifestações de domínio.

Na tentativa de arquitetar uma teoria de soberania para essa nova forma global de economia capitalista, Hardt e Negri (2002) defendem que se estaria vivendo num *Império*. O Império difere do imperialismo moderno que o antecede, principalmente, por não ter um centro único de poder definido, mas redes de poder que o sustentam. Por outro lado, as forças criadoras da multidão que o amparam são capazes de construir um *contra-império* tipicamente revolucionário. Visualiza-se aqui a noção de *efeito de poder*, que pode ser visto tanto de cima para baixo, quanto de baixo para cima.

O livro está estruturado em quatro partes, dividido por um *intermezzo* entre as partes 2 e 3 que '*(...) funciona como uma dobradiça que articula o movimento de um ponto para o outro.*' (2002:17). Na parte 1, é apresentada a problemática ou constituição política do *Império*. Na segunda e terceira partes, são discutidas as transições de soberania e produção da modernidade para a pós-modernidade, com resgate histórico oportuno. O *intermezzo* vai nos instigar às fustigantes possibilidades do *contra-império*, constituindo-se num momento propositivo. Na última parte, os autores procuram identificar as alternativas à subversão e declínio do Império, traçando demandas políticas relevantes para o poder produtivo da multidão. Para a concepção de politicidade do cuidado aqui argumentada, se focará especificamente na discussão sobre *biopoder* contemporizada pelos autores, seja porque o cuidado é também manifestação biológica, seja porque o cuidar é gesto humano subjetivo³¹ e produzido. Porém, para contextualizar essa discussão na nova teoria de poder proposta, cabe um rápido passeio pela macropolítica do *Império*. Inicialmente, os autores se propõem a entender a constituição da ordem econômica mundial contemporânea por meio do conceito de *Império*. Advertem que não se trata de uma metáfora, mais de construção teórica

³⁰ Bauman (1999.2000.2001), Santos (1997.1998.2002) e Harvey (1989).

³¹ Subjetivo porque integra a noção de sujeito em sua dimensão definidora, processual e reconstrutiva a um só tempo, onde os universos mítico/simbólico e empírico/racional se complementam (Morin, 1999). A subjetividade será mais aprofundada adiante, quando se apresentará o triedro emancipatório do cuidar.

que se utiliza, inclusive, de análises sobre o império romano (pois acreditam que ele teria influenciado a tradição euroamericana que levou a atual ordem mundial).

O conceito de império como uma nova soberania econômica global se alicerça em quatro pressupostos fundantes. Primeiro, o império abrange a totalidade do espaço, portanto sem fronteiras ou demarcações rígidas, tão comuns à modernidade. Segundo, constitui uma ordem que '*suspende a história*', no sentido de que nem foi conquista, nem terá fim. Ou seja, o Império age para dizer que as coisas são e serão assim, hoje e sempre. Em terceiro lugar, o objeto de governo imperial é a *vida produtiva*, portanto inerente ao social presente em múltiplos e diversos espaços. Aqui aparece a discussão sobre *biopoder*, mecanismo de atuação primordial do império. Por último, o império se dedica por uma 'paz' fora da história, lançando mão do *poder de polícia* e de *guerras justas*³² para manter um estado de exceção justificado.

Hardt e Negri (2002) não acreditam que os Estados Unidos da América possam ser o centro de um novo projeto imperialista, embora esse país exerça um poder importante. O atual império não tem centro único de poder, uma vez que o mecanismo de coerção utilizado opera no seio da vida social e produtiva das pessoas, por meio de uma *biopolítica* que rege suas escolhas. O império atua em redes, malhas intrincadas, é disperso e pouco localizável.

Bauman (2001), argumentando em favor de uma *modernidade líquida*, também discute os *não-lugares* de poder, caracterizado por estratégias dinâmicas de dominação, como a *fuga*, a *evitação* e o *descompromisso* (2001:50). Contrapondo-se ao *panóptico* foucaultiano, o autor descreve o

³² Os autores defendem que os EUA são os principais responsáveis pelo uso da força policial em nome da 'paz' mundial. Ressurge a ideologia da 'guerra justa', de certa forma sublimada ou exorcizada pela modernidade. Interessante observar que, embora a obra se situe na época da guerra do Golfo Pérsico, os argumentos analíticos utilizados cabem perfeitamente para a recente guerra dos EUA contra o Iraque. Veja-se o seguinte trecho (2002:30): "*O conceito tradicional da guerra justa envolve a banalização da guerra e a celebração da luta como instrumento ético, idéias que o pensamento político moderno e a comunidade internacional de Estados-nações repudiam com energia. Essas duas características tradicionais reaparecem em um mundo pós-moderno: de um lado, a guerra é reduzida ao status de ação policial, e de outro novo poder que pode exercer legitimamente funções éticas por meio de conflito é sacralizado.*".

caráter fluido, mas não menos opressivo, de um poder tipicamente pós-moderno.

A transformação do poder, discutida tanto em Bauman (2001), quanto em Hardt e Negri (2002), diz respeito à transição da *sociedade disciplinar* moderna – normalizadora, prescritiva e limitadora de movimentos e idéias - para a *sociedade de controle* –“(que se desenvolve nos limites da modernidade e se abre para a pós-modernidade) na qual mecanismos de comando se tornam cada vez mais ‘democráticos’, cada vez mais imanentes ao campo social, distribuídos por corpos e cérebros dos cidadãos” (2002:42).

Assim, ao invés de rígidas instituições, regras ou dispositivos reguladores de costumes e práticas, o poder é exercido por meio da própria dinâmica e subjetividade peculiar das pessoas, que passam a se controlar. Trata-se do *biopoder*, um poder que transcende a dicotomia obediência/desobediência, ramificando-se na ambígua esfera produtiva e reprodutiva da vida social.

“(…) *Biopoder* é a forma de poder que regula a vida social por dentro, acompanhando-a, interpretando-a, absorvendo-a e rearticulando. O poder só pode adquirir comando efetivo sobre a vida total da população quando se torna função integral, vital, que todos os indivíduos abraçam e reativam por sua própria vontade. Como disse Foucault, “a vida agora se tornou objeto de poder”. A função mais elevada desse poder é envolver totalmente, e sua tarefa primordial é administrá-la. O *biopoder*, portanto, se refere a uma situação na qual o que está diretamente em jogo no poder é a produção e reprodução da própria vida.” Hardt e Negri (2002:43).

Por acreditarem na imanência do fenômeno do poder, Hardt e Negri defendem que essa concepção de *biopoder* já fora anunciado na obra de Michel Foucault³³. A discussão de *bio-poder* em Foucault (1985) lança as bases da teoria do império, ou de como a gestão das forças do corpo foram, e continuam a ser, extremamente estratégicas para a acumulação capitalista. A articulação entre a reprodução humana e o capital, garantindo uma força produtiva dócil, foi o principal objeto de intervenção

³³ Dentre outras, refenciam principalmente “A História da Sexualidade”. No Brasil, tradução de Ma. Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Güilhon Albuquerque, Rio de Janeiro: Edições Graal, 8º ed, 1985, volumes I,II e III.

do poder disciplinador. A própria disciplina, tão formatada e institucionalizada na era moderna, é discutida como uma introjeção inerente à vida social.

O poder, tanto em Foucault (1985), como em Hardt e Negri (2002), encarrega-se mais da vida do que da ameaça da morte, dando-lhe acesso direto ao corpo biológico articulado intrinsecamente com a história. Para Foucault (1985:134), é principalmente por meio desta *'bio-política'*, que negocia domínios sobre a vida na história dos homens, que o saber-poder tem se constituído como um *'agente de transformação da vida humana'*. Assim, o poder que regula a vida é continuamente subvertido por ela, numa trama emaranhada de relações que sustentam a própria sociedade. O poder, aqui, aparece como uma situação estratégica complexa, permeada por disputa e sublevações, num determinado contexto sócio-histórico.

Um olhar atento no trecho abaixo mostra como Foucault (1985:134) introduz a discussão não só da concepção de biopoder, como também do próprio império:

*" O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que podem modificar, e um espaço em que pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo do saber e de intervenção do poder. Este não estará mais somente às voltas com sujeitos de direito sobre os quais seu último acesso é a morte, porém com seres vivos, e o **império**³⁴ que poderá exercer sobre eles deverá situar-se no nível da própria vida; é o fato do poder encarregar-se da vida, mais do que a ameaça da morte, que lhe dá acesso ao corpo. "*

A contemporização que Hardt e Negri fazem da concepção de biopoder fundamenta-se, sobretudo, nas transformações do capitalismo. Se antes o poder se espalmava em instituições disciplinadoras para reproduzir-se, hoje ancora-se bem mais na sua volatividade e *fluidéz* premente (Bauman, 2001). Assim, quanto mais leve e dissimulado, mais o poder se mantém como mecanismo de interdição e controle. Acompanhando as

³⁴ Grifos meus.

transformações do capital, que hoje rompe barreiras físicas e territoriais, o poder igualmente se fragmentou nos corpos humanos, perdendo em unidade definidora capturável, ganhando em extensão irrepreensível.

Essa argumentação ganha força ainda maior quando os autores explicam que, no Império, *não existe mas lado de fora*. A dialética do *dentro e fora*, ou do *eu e outro*, tão bem arquitetada pela modernidade, fora substituída por um *'jogo de graus e intensidade, de hibridismos e artificialidades'* (2002:207). Ou seja, apesar da coerção externa, as pessoas obedecem ou não muito mais por dinâmica interna, por uma biopolítica que lhe é intrínseca.

É precisamente sobre a produtividade das pessoas que o poder *imperial* age, por mecanismos internos de controle mediados pelo *biopoder*. Nesse sentido, tanto Hardt e Negri (2002), quanto Demo (2002 a,b,c), vão argumentar sobre a centralidade do político para a vida social e biológica. Ao contrário do que se poderia supor, visto que no Império não existe uma sede específica de poder, a política não desaparece, mas sim sua soberba *autonomia*. Trata-se de um caos ordenado que, mesmo sendo dinâmica, rege-se também por regularidades³⁵.

Uma das regularidades imprimidas pelo *Império* refere-se a forma como ele age ou comanda a *sociedade de controle*. Os autores falam do *"imperativo triplo do Império"* (2002:217), composto por três momentos distintos. O primeiro, *inclusivo*, diz respeito à face *liberal e magnânima*, da qual todos são democraticamente bem-vindos ao Império. Num segundo momento, *diferencial*, ocorre a *afirmação das diferenças dentro do império*. É estimulada toda sorte de fortalecimento de identidades - regionais, culturais, étnicas ou religiosas - visando uma funcionalidade orgânica e *'pacífica'* dentro do próprio *Império*. Aqui, a própria sociedade, internamente, passa a se auto-controlar, segmentando-se, individualizando-se e consumindo-se destrutivamente. A ordem geral implícita é que, *"Em*

³⁵ Composto essa possível regularidade, Hardt e Negri (2002:330) propõem uma *pirâmide da constituição global* do Império que, a despeito da desordem aparente, arquitetam pontos de referência. Assim, o amplo

geral, o império não cria diferenças. Recebe o que existe e trabalha com o que recebe” (2002:219). A seguir tem-se o terceiro momento, *gerencial*, onde o Império apenas administra os híbridos devidamente fragmentados em interesses e poderes³⁶.

O que sustenta e mantém o *Império*³⁷ é precisamente a força vital e produtiva da *multidão*. Aqui reside o substrato potencialmente subversivo das estruturas opressoras do poder imperial. O *biopoder*, inerente à vida, à produção advinda do trabalho e da criatividade humana, adquire centralidade tanto para quem domina, quanto para que *está*³⁸ submetido.

A organicidade biológica do poder foi extensamente analisada por Demo (2002 a,2002b,2002c). Advém desse autor uma referência importante ao debate sobre *igualitarismo* - possível pela democratização do poder - em oposição a igualdade - contraditório porque esse mesmo poder, sendo estrutural, não desaparece facilmente. Estudando teóricos que se debruçam sobre o comportamento biológico dos seres, desvela análises importantes sobre cooperação, competição, altruísmo, solidariedade e controle social igualitário. Na base dessa discussão, está a pulsação de uma *politicidade* biologicamente plantada, o que torna os humanos, à exemplo de outros seres vivos, “(...) profundamente gregários e cooperativos, embora profundamente competitivos. Dessa tessitura não-linear jorra muito sofrimento, mas também muita criatividade” (2002 a:46).

espectro de corpos constitucionais (Estados-nação, associações de Estado-nação, organizações internacionais de todos os tipos) formatariam uma estrutura piramidal matizadora das atividades produtivas em geral.

³⁶ *O imperativo triplo do império* se sintoniza, particularmente, tanto com a idéia do *fascismo societal*, teorizado por Santos (1998), quanto com a proposição de Bauman (1999), no sentido de que, na pós-modernidade, teria-se de passar da ‘tolerância à solidariedade’.

³⁷ A teoria do Império e a concepção de poder em Foucault é duramente criticada por Holloway (2003), na sua polêmica proposição de ‘mudar o mundo sem tomar o poder’. Nas palavras do autor (2003:66): “(...) na análise de Foucault existe uma imensa multidão de resistências que são essenciais ao poder, mas não existe possibilidade de emancipação. A única possibilidade é uma mutante constelação de poder-e-resistência sem fim”. Quanto a Hardt e Negri, ponderam que o caráter paradigmático do império se transforma em funcionalismo, denunciando um certo posicionamento *anti-dialético e anti-humano* dos autores. Apesar de certa pertinência no argumento de Holloway, sobretudo no que diz respeito a Foucault, considero exagero dizer que Hardt e Negri seriam positivistas. A teoria do Império realiza uma contundente re-leitura marxista, calcada na dialética histórico-estrutural e contemporizada pelas transformações atuais do capital. Retornarei a tese de Holloway (2003), por sinal igualmente consistente e relevante para minha discussão, quando for falar da articulação do cuidado com a conformação das políticas sociais no Estado capitalista.

³⁸ Estar em sentido transitório, de passagem, não-perpétuo, permeado de conflitos e tortuosidades.

A criatividade e reconstrução da vida estão presentes na própria biologia que conforma a humanidade. A teoria da *autopoiese*, em Maturana e Varela (1997), abre um debate importante sobre a autonomia do ser vivo. Apesar do visível fechamento epistemológico e certo determinismo sistêmico observáveis na argumentação destes cientistas³⁹, impressiona o vigor dessa produção, caracterizada pela firmeza de idéias e pontos de vistas.

A principal contradição em Maturana é que ele se mostra surpreendentemente dialético, ao defender a autopoiese enquanto fenômeno de relações e produções internas aos seres vivos, e extremamente mecanicista, ao negar maiores transformações da *máquina autopoietica* desencadeada por fatores externos. Tal meandro aparece logo no início do livro, quando os autores definem as *máquinas viventes* enquanto *máquinas autopoieticas*:

"As máquinas autopoieticas são máquinas homeostáticas. Porém, sua peculiaridade não reside nisto, e sim na variável fundamental que mantém constante. Uma máquina autopoietica é uma máquina organizada como um sistema de processos de produção de componentes concatenados de tal maneira que produzem componentes que: I) geram os processos (relações) de produção que os produzem através de suas contínuas interações e transformações, e II) constituem a máquina como uma unidade no espaço físico." (Maturana e Varela, 1997:71).

As relações de produção do fenômeno autopoietico são concebidas primordialmente como processo que constitui o organismo vivo. As interferências externas são vistas apenas como '*perturbações*' que provocam reações de compensação dentro do sistema. A noção de *autopoiese* como relação necessária e suficiente para a organização dos sistemas vivos, bem como o *domínio fechado* dessa organização, são

³⁹ Apesar de Maturana e Varela terem lançado juntos a teoria da *autopoiese*, o pensamento dos dois divergiram com o decorrer do tempo. Enquanto Maturana posiciona-se firmemente em torno do seu '*fechamento estrutural*' e da '*clausura operacional*' da máquina autopoietica, Varela opõe-se a esse sistemismo com o conceito de *enaction*, no sentido de fazer emergir ou trazer à mão. No prefácio da edição comemorativa dos 20 anos do lançamento da obra *autopoiese*, os dois autores contemporizam suas divergências, vivências e aprendizados (Maturana e Varela, 1997).

sustentadas veementemente⁴⁰. A idéia de *homeostase*, tão presente no discurso da biologia clássica, ainda tem forte influência no conceito de *autopoiese*, apesar dos avanços de considerar a autonomia, a individualidade e a unidade da diversidade como características estruturais dos seres vivos.

Embora as idéias de Maturana tenham fortes traços do sistemismo funcionalista, de inspiração positivista, o dinamismo das transformações operadas pela autopoiese dos seres vivos salta aos olhos. A centralidade da autonomia dos fenômenos biológicos, assumida pelo autor como traço primordial e inerente à vida, traduz a vanguarda dessa teoria. O pulsar dos fenômenos naturais, tão irreverentemente caracterizados tanto pela *termodinâmica dos processos irreversíveis* em Prigogine (1997), quanto pela *autopoiese* em Maturana e Varela (1997), consubstanciam um forte argumento em favor da politicidade dos fenômenos vivos.

Na contundente crítica que Maturana faz à evolução darwiniana, considerando-a uma justificção biológica para a estrutura socioeconômica do capitalismo, é possível visualizar sua opção radical pela construção da autonomia dos sujeitos em dois posicionamentos. Primeiro, quando o autor advoga que, biologicamente, os indivíduos não são descartados ou selecionados pela competição natural *darwiniana*. O modo de ser autônomo dos seres vivos não pode ser desconsiderado nas explicações sobre os fenômenos naturais.

Um outro posicionamento nesse sentido, embora colocado com cuidado e mantendo questões em aberto, diz respeito a uma possível relação entre fenomenologia biológica e social⁴¹. Mantendo-se fiel ao fechamento sistêmico positivista, Maturana defende que, se a sociedade humana pudesse ser concebida como sistema autopoietico, a ela se aplicariam suas proposições sobre *sistemas viventes como unidades*. Ou

⁴⁰ “Em outras palavras, sustentamos que a noção de autopoiese é necessária e suficiente para caracterizar a organização dos sistemas vivos.” (Maturana e Varela, 1997:75).

⁴¹ Varela desaconselha essa relação linear (Maturana e Varela, 1997).

seja, admitir-se-ia transformações dentro do sistema social, e não dele como um todo, em sentido mais revolucionário e emancipatório⁴².

O que se abstrai dessa discussão é que o caráter disruptivo, *autopoiético e irreversível* inerente aos seres vivos, concebido de maneira dialógica e dialética, fundamenta o argumento da politicidade do cuidado. Nessa direção, e considerando as críticas ao sistemismo de Maturana, a reconstrução da ajuda em prol da autonomia do outro, calcada em relações de poderes potencialmente subversivas, pode configurar um cuidar de **cariz** mais emancipatório. A autonomia intrínseca dos sujeitos como potencial transformador, aliado a historicidade e dinamicidade de uma realidade complexa e imprevisível, subsidiam a idéia da ***politicidade do cuidado enquanto gestão inteligente da ajuda-poder***.

Hardt e Negri (2002) afirmam que o potencial biopolítico humano transita entre o *virtual* e o *possível*, colocando o trabalho como categoria capaz de concretizar virtualidades. Bauman (2000) fala que a pós-modernidade pede mais substância política, de preferência que acompanhe os poderes e movimentos do capital, enfrentando-o na *ágora* conflitante de desejos e imperativos. Maturana e Varela (1997) propõem que o fenômeno da autonomia é inerente à vida e Prigogine (1997) confirma a irreversibilidade dos fenômenos vivos. Demo (2002 a, b, c) objeta em favor de uma *politicidade* capaz de subverter poderes e renda, ou de uma solidariedade de baixo para cima, tornando as sociedades mais igualitárias. A partir desses autores, argumenta-se aqui em torno de uma ***proposição disruptiva do cuidar***, por um cuidado que se reconstrua sempre para cuidar melhor, por meio da centralidade do político na gestão da *ajuda-poder*.

O cuidar sobrevive da relação de vínculo que o alimenta, do zelo sobre a relação de poder estabelecida. Cuida-se, sobretudo, para preservar uma relação de autoridade, seja na perspectiva disciplinadora de Foucault (1987), ou no horizonte de 'controle' pós-moderno. Cuida-se para forjar

⁴² Uma análise mais aprofundada sobre a forte presença do funcionalismo sistêmico de teor positivista em Maturana pode ser vista em Demo, P. "Complexidade e Aprendizagem: a dinâmica não linear do conhecimento",

possibilidades e oportunidades, mas também para se manter numa situação de domínio tanto cômoda, quanto subjetiva e organicamente encravada.

O cuidado também é *contra-poder*, pois restaura o corpo e a subjetividade das pessoas. Nesse sentido, é estritamente disruptivo e inaugurador de novas ordenações de poderes. Por meio do cuidado se é capaz de dominar, mas também cultivar, pela própria dinâmica interna, a virtualidade real de se ser dominado. Dominado pela independência (relativa) do outro que, sendo sujeito e objeto de cuidado, fortaleceu sua intrínseca habilidade propositiva, criativa, produtiva, política. Assim, seja no cuidado à saúde, que fortalece a integralidade do *ser-no-mundo*, seja na luta política, que dignifica direitos e movimentos por conquistas cidadãs, há sempre uma possível utopia a ser resgatada pelo cuidado, oportunizada melhor pela autonomia capaz de enfrentar criticamente as adversidades.

Buscar a politicidade do cuidado implica em aprofundar as alternativas de libertação presente no ser humano e no todo, inerente às redes de poder que os compõem. É propor a mudança e a ruptura a partir das manhas e teias desse mesmo poder, sabendo-o infra-estrutural. Não se trata de assumir dicotomias entre solidariedade e competição, mas de incluí-las num mesmo espaço de produção social, pois a realidade é complexa demais para adotar uma única postura para a vida.

No *Império*, a transformação do capital é conceituada como *pós-modernização e informatização do capitalismo* por Hardt e Negri (2002). Sobre essa mesma transição do capital na *condição pós-moderna*, Harvey (1989) vai teorizar sobre a passagem do fordismo à *acumulação flexível*; e Bauman (2001), na mesma linha, pondera em torno do *capitalismo software e da modernidade leve*. No embalo de tais dinâmicas, mudam as configurações de poder do capital: antes, disciplinares, rígidas e coercitivas; agora, controladoras, fluídas e administradora de diferenças. No embalo de tais mudanças, parece acertado dizer que a inteligência do poder pós-moderno, ou do *biopoder*, reside justamente na captação da energia vital e

produtiva do ser humano. Como '*parasitas virtuais*', a máquina imperial, no melhor estilo do filme '*Matrix*⁴³', produz e controla realidades, seja pelo estímulo infinito ao consumo, seja pela produção de necessidades. Para produzir as subjetividades que a sustentam, a máquina Impérial *cuida* da multidão. Alimenta-lhe ilusões de *paz* e de fim da história, canaliza suas agressividades para a competitividade capitalista, individualiza escolhas e oportunidades, transforma cidadania em bem de consumo e fornece o conforto do *ciberespaço*. Felizes, tanto quanto se pode, na *ágora* entre o virtual e o real pós-moderno, as pessoas seguem se controlando em sintonia ao comando imperial.

O êxito em subverter o comando imperial revela-se, sobretudo, nas gretas e manhas desse mesmo poder. Ou seja, utilizando-se de mecanismos semelhantes ou inerentes ao próprio *império*, minando sua constituição *por dentro*, exaurindo sua vitalidade que, afinal, pertence aos homens e mulheres, é que a *politicidade* da multidão pode vir a derrubá-lo. Ao contrário do imperialismo, no império não há conquista de espaços, mas queda de um poder que é tanto forte, quanto vulnerável⁴⁴. Para se libertar do *Império*, amplas e diversas formas de utopias precisam ser forjadas. A politicidade do cuidado, por operar no '*locus*' das relações sociais produtivas, pode *vir a* se constituir em instrumento importante para desencadear rupturas latentes. Trata-se do resgate da '*vontade de ser contra*' da multidão, ou das múltiplas rebeldias capazes de subverter domínios. O potencial emancipatório do cuidado revela-se na capacidade de produzir subjetividades, desejos e projetos de autonomia. Ou, noutros

⁴³ Em '*The Matrix*', filme produzido pelos EUA em 1999, direção Andy e Larry Wachowsh, as máquinas vencem a batalha contra os homens. Por meio de *softwares*, Matrix produz diversas realidades para a humanidade, que passa a viver em cidades *virtualmente* planejadas, alimentando sonhos, desejos e necessidades *reais*. Tendo decifrado o código genético do homem, as máquinas o clonam, exercendo poder de comando sobre sua vida e sua morte, já que conseguiram decifrar e aprisionar sua energia vital. Mas dentro de Matrix também existe um *contra-poder*, formado por homens que nascem, crescem e vivem numa cidade real, localizada no subsolo. Ou seja, encravada dentro da virtualidade produzida por *Matrix*, há uma força humana que, de baixo para cima, pode subvertê-la. Matrix está disponível em vídeo e DVD pela Warner Home Vídeo.

⁴⁴ Numa imagem paradigmática mas não exemplar, pois nada justifica o terrorismo, lembro a queda do World Trade Center, ocorrida em 11 de setembro de 2001. Mesmo tendo sido um atentado externo, surgiu por pressões internas, tendo sido utilizados os mesmos poderes e tecnologias do poder imperial.

termos, na utopia de transformar ajuda em autonomia solidária, entendendo-a parte de intrincadas redes de poderes.

- Conhecer para Cuidar Melhor, Cuidar para Confrontar, Cuidar para Emancipar

A politicidade do cuidado está calcada na reconstrução da autonomia de sujeitos por meio da gestão da ajuda-poder. A defesa dessa concepção se fundamenta pelo que aqui se denomina *triedro emancipatório do cuidar: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*⁴⁵. Com tal proposição, argumenta-se em favor do conhecimento como forma natural de participar de um mundo socialmente fundado em relações de *ajuda-poder*. Articulando saber e poder, ou reconhecendo que o cuidado é também uma forma de conhecimento capaz de forjar possibilidades libertárias, amplia-se a capacidade de confronto e reordenamento das assimetrias de poder, emancipando por meio da mesma ajuda que domina e subjulga.

Desconstruir progressivamente relações de domínios por meio de ações solidárias implica um resgate crítico da discussão sobre conhecimento e poder. A relação entre *saber e poder* sempre foi intensa e profundamente dialética, constituindo-se tanto em instrumento de dominação⁴⁶, quanto em virtualidade emancipatória. Se assim o for, cabe considerar a proposição de Demo (2000b) por uma '*política social do conhecimento*', onde sejam combatidas não apenas o lado material da pobreza (fome), mas igualmente sua face política (exploração da fome do pobre).

O conhecimento aqui preterndido está calcado na reconstrução, na crítica e na múltipla produção de saberes da humanidade. Nutre-se pela politicidade do *saber pensar* e se forja numa qualidade que é tanto formal,

⁴⁵ A escolha da metáfora do triedro, meramente ilustrativa, foi inspirada no fato dessa figura geométrica ser formada constitucionalmente por três faces integradas, visualizadas em conjunto e gerando diversas imagens a depender da posição e incidência do jogo de luz e sombras possíveis.

quanto política (Demo, 2001. Pires, 2001). Afinal, para intervir numa realidade complexa e contraditória, não basta instrumentalidade técnica, mas, sobretudo, visão de contexto apurada, negociação árdua de conflitos e dinâmicas por superação de adversidades. Para tanto, necessita-se que a inovação constitua, cada vez mais, a principal instrumentalidade do saber, numa dimensão formativa da cidadania.

Para falar de conhecimento, retorna-se a Maturana e Varela. Mantendo a mesma característica incisiva, os autores argumentam em torno das *bases biológicas da compreensão humana*. A tese central é que “(...) toda experiência cognitiva inclui aquele que conhece de um modo pessoal, enraizado em sua estrutura biológica, motivo pelo qual toda experiência de certeza é um fenômeno individual cego em relação ao ato cognitivo do outro (...)” (Maturana e Varela, 2001:22). A premissa de que o conhecimento faz parte da própria experiência, portanto inerente aos seres vivos, vai sendo aprofundada e retomada. Assim percebido, o conhecimento é descrito como uma ação efetiva da biologia, que torna possível tanto a diversidade da natureza, quanto a unicidade dos organismos. Encarado também na relatividade que o constrói, posto que conhecer é apreender o mundo por meio de fenômeno biológico individual, o conhecimento é colocado como uma forma de participar da vida. Utilizando o aforisma empregado pelos autores: *Viver é conhecer. Viver é a ação efetiva no existir como ser vivo* (id., 2001:194).

A argumentação sobre o sistema nervoso, como uma estrutura biológica que possibilita expandir o domínio de cognição e condutas do ser vivo, constitui uma centralidade relevante. Embora concebido de maneira plástica, versátil e susceptível à externalidade, predomina nos autores a idéia de '*clausura operacional*' das estruturas nervosas. A defesa de que o sistema nervoso aprimora a *autopoiese* vai se delineando com

⁴⁶ “(...) suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e terrível materialidade.” Foucault (2002:8).

firmeza em duas concepções. Primeiro, que a ampliação do domínio cognitivo dos seres vivos se relaciona com a diversidade de configurações que o sistema nervoso pode apresentar. Segundo, que tais estruturas possibilitam *novas dimensões de acoplamento estrutural*⁴⁷, ampliando as interações que o ser vivo pode participar. Apesar de certo determinismo sistêmico já referido, a idéia de teorizar sobre o conhecimento como processo de reconstrução inerente aos seres vivos, não restrito somente ao homem, amplia a discussão sobre cognição e ciência. Nesse sentido, a aprendizagem parece figurar como comportamento da própria natureza da qual se faz parte, e a centralidade do homem como 'senhor da natureza' vai perdendo a força de outrora.

Outro autor que tem refletido sobre o conhecimento em amplas dimensões, assumindo o paradoxo de colocar o sujeito do conhecimento, ao mesmo tempo, como objeto desse, é Morin (1999). No livro *método 3 conhecimento do conhecimento*, contempla as múltiplas faces do conhecer: - a biologia e animalidade do conhecimento; - a unidualidade espírito-cérebro (ou a tríade espírito-cérebro-cultura); - a máquina hipercomplexa do cérebro triúnico e seu *modus operandi* calcado no *computo-cogito*; - a existencialidade e duplicidades do conhecimento, fundadas nas noções de explicação-compreensão; - as formas objetivas e subjetivas do pensamento (logos-mito); - as similitudes e diferenciações entre pensamento, consciência e pensamento; e, por fim, suas conclusões sobre as possibilidades-limites do conhecimento humano. Apesar de fundamentar-se na auto-organização dos processos vivos para investigar os aspectos computantes e padronizados do ato de conhecer, Morin (1999) mantém-se aberto e dialógico nas interpretações, pontuando as incertezas que envolvem desde a relação cognitiva, o meio, o cérebro, a hipercomplexidade da máquina cerebral, até a natureza espiritual e as

⁴⁷ O acoplamento estrutural é descrito como o mecanismo-chave que o sistema nervoso utiliza para expandir o domínio de interações de um organismo, mediante uma rede de neurônios. Clausura Operacional refere-se ao modo de operar da máquina autopoietica, como uma *rede fechada* que permite modificações apenas dentro do sistema. (Maturana e Varela, 2001).

determinações culturais/socioeconômicas do conhecimento. Nesse sentido, distancia-se de Maturana (1997) e avança na teorização do pensamento complexo.

Uma das argumentações relevantes da obra é a idéia de que o conhecimento tem uma *vocação emancipatória*. Tal concepção se baseia na noção de que quanto mais se conhece e se compreende, mais se é capaz de, reconhecendo os limites do 'verdadeiro', dedicar-se à sua procura e, por meio desse processo incessante de busca, emancipar-se relativamente de certas concepções. Ou seja, "*a busca da verdade sobre o conhecimento só pode contribuir para a busca da verdade através do conhecimento e faz, em certo sentido, parte desta busca*" (Id., 1999:33). Diante do desafio da complexidade do real, urge ao conhecimento refletir-se sobre si mesmo, situando-se e problematizando-se no exercício processual de aproximar-se da realidade. Nessa perspectiva, advoga ainda que a epistemologia complexa teria que deixar de pertencer a *experts* e passar a fazer parte do cotidiano das pessoas, reconhecendo aí a exigência de uma *revolução mental*.

As estratégias cognitivas humanas lidam o tempo todo com as dimensões recorrentes e disruptivas inerentes tanto à biologia do cérebro (cérebro triúnico), como à formação do pensamento e consciência humanas (computo/cogito). Estabelece-se uma rica disputa e complementaridade entre simplificação e complexidade do ato de conhecer, onde sujeito/objeto, espírito-cérebro/cultura, explicação/compreensão são orquestrados em favor de entendimentos produzidos pelos sujeitos cognoscentes. Cabe considerar, portanto, que a suposta superioridade do conhecimento humano, assumida secularmente pela modernidade para dominar e extorquir a natureza, não sobrevive sem a animalidade do conhecer presente na própria vida. Para citar um exemplo próximo, a única diferença entre os cérebros do homem e de seu descendente mais próximo, o chipanzé, reside na quantidade de neurônios

e forma de reorganização cerebral, o que os torna tremendamente semelhantes e diferentes de outras espécies. Sobre a hercúlea tarefa de tentar apreender um mundo complexo, assumindo e (re)criando as limitações de seres recorrentes, programados e replicáveis, Morin (1999:243) arremata com propriedade:

“Se podemos conhecer o mundo que produz a nossa atividade cognoscente, só podemos conhecer este mundo. Não conseguiríamos conhecer um Mundo Uno, não separado, fora do espaço e do tempo, não comportando distinções nem diferenças. Não saberíamos tampouco conhecer um Mundo sem invariâncias, constâncias, regularidades, feito somente de acasos e diversidades ao infinito. Só podemos logo conhecer um mundo fenomenal, situado no espaço e no tempo, comportando um coquetel de unidade, pluralidade, homogeneidade, diversidade, invariância, mudança, constância, inconstância. Trata-se do nosso mundo uno/diverso dos fenômenos físicos/biológicos/antropológicos submetidos à dialógica ordem/desordem/organização.

Isto significa que o conhecimento humano é prisioneiro não somente das suas condições biocerebrais de formação, mas também do mundo fenomenal. Mas isso significa também que essa prisão é seu berço, pois, sem ela, não haveria nem mundo, nem conhecimento, ao menos conhecimento e mundo concebíveis segundo nosso conhecimento.”

Se o conhecimento pode ser visualizado como uma forma de participar da vida - e se o homem é estruturalmente *cuidado* como modo de *ser-no-mundo* junto aos *entes intramundanos* (Heidegger, 2002. Boff, 1999) - o ato de cuidar também pode ser concebido enquanto forma de conhecer e re-inventar cotidianos. Para se cuidar uns dos outros, numa propulsão tanto criativa e quanto dominadora, incorpora-se, apreende-se e interpreta-se a realidade. Nesse espírito ampliado, entenda-se **conhecimento como dinâmica viva de produzir interpretações, significados, críticas e formas de participar da realidade**. Conhecer é, sobretudo, reconstruir possibilidades de conviver, atuar e interagir com o planeta, concebendo a disrupção e a provisoriedade como cerne. É a maneira como a natureza se mantém diversa, única e incapturável, reconduzindo tempos, espaços e histórias de forma não-linear e irreduzível. Precisa-se, então, **conhecer para cuidar**

melhor, porque o cuidado se expressa na intrínseca habilidade de cognição presente na natureza, na cultura e na história dos homens.

Diante da pluralidade de sentidos presentes nessa discussão, cabe visualizar o conhecimento como uma forma de interpretação que *emerge* das capacidades de compreensão e que estão imersas num corpo biológico vivenciador de experiências históricas e culturais, na proposição de uma *mente incorporada* (reflexão onde corpo e mente foram unidos), em Varela (2003)⁴⁸. Adepto da articulação co-dependente entre mente e mundo, o autor defende que a cognição não é uma simples ‘*representação*’ do mundo, mas uma *ação incorporada*, da qual tanto a biologia corpórea, como as percepções da mente, são fundidas e resignificadas. A reflexão aqui é vista não apenas como cognição sobre a experiência, mas como parte dela. A tese defendida é de que tal reflexão precisa interromper cadeias de padrões habituais de recorrência e programação, mantendo-se *atenta e aberta*. Aberta às possibilidades diferentes daquelas contidas nas representações comuns que as pessoas têm, aberta à vivência reflexiva propiciada pela mente, aberta aos desígnios do caos e da incerteza, aberta às transformações advindas da dúvida e do acaso, atenta às possibilidades emancipatórias que podem advir desse estado de ausência de fundamento, atenta ao que denomina ‘*mentes sem selfs*’ (id., 2003).

Para Varela, por meio da *enaction*, os praticantes da atenção/consciência podem começar a romper ciclos automáticos de comportamento condicionado e, por meio do insight que essa experiência revela, a desencadear o desapego a padrões habituais baseados na ignorância e na ação egocêntrica. Tal habilidade ou vivência reflexiva pode ser aperfeiçoada principalmente pela meditação budista. O diálogo

⁴⁸ “O insight central desta orientação não-objetivista é a idéia de que o conhecimento é resultado de uma interpretação contínua que emerge de nossas capacidades de compreensão. Essas capacidades estão enraizadas nas estruturas de nossa incorporação biológica, mas são vividas e experienciadas em um domínio de ação consensual e de história cultural. Elas nos possibilitam compreender nosso mundo – ou, em uma linguagem

que propõe entre budismo, meditação e ciência reside justamente neste ponto, onde a cognição humana, explicada prioritariamente pela ciência, precisaria aprender com outros saberes a arte de manter-se aberta às transformações e emergências do espírito criador.

O potencial emancipador dessa teoria centra-se na noção budista de *sunyata*, entendida como *"a perda de um ponto de referência fixo ou alicerce no self, no outro ou na relação entre eles"* que é inseparável da compaixão. Assim, *"nosso impulso natural, segundo esta visão, é a compaixão, mas essa tem sido obscurecida por hábitos de apego ao ego, como o sol é obscurecido por uma nuvem que passa"* (Id, 2003:251). A referência ética da compaixão incondicional pelo mundo, portanto, expressa-se no vazio, na experiência única e reveladora de não se ter apoios, apegos, desejos, correntes ou estruturas fundamentais. O autor conclui dizendo ainda que *"a compreensão da ausência de fundação como sensibilidade não egocêntrica, entretanto, requer que reconheçamos o outro com quem cooriginamos de forma dependente. Se nossa tarefa nos próximos anos, como acreditamos, é construir e residir em uma comunidade planetária, então precisamos apreender a cortar e liberar a tendência de nos apegarmos, especialmente nas suas manifestações coletivas."* (id, 2003:256).

Se o tendencioso determinismo biológico em Maturana se fecha na noção autóctone de autopoiese, parece que Varela caminhou na direção oposta, encontrando saídas nas ausências infundadas, inspiradas pelas doutrinas do budismo. Com profundo respeito às contribuições desses autores para a noção de autonomia, dinamicidade e multiplicidade dos fenômenos vivos, tal bipolaridade entre objetivismo ou subjetivismo é antigo, encontrando eco tanto na filosofia como na própria ciência moderna criticada por ambos. A habitual discussão entre estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico, que nutriu numerosos e profundos

mais fenomenológica, elas são estruturas por meio das quais existimos, no sentido de 'temos um mundo'(...)" Varela (2003:157).

debates acadêmicos que se tornaram clássicas nas ciências sociais (Minayo, 2001), encontrou um caminho do meio oportuno na noção dialética de realidade histórico-estrutural, donde se contempla movimento e rigidez como partes de um mesmo processo social, cultural, econômico, biológico e multifacetado dos cotidianos históricos. A aposta num caminho único, seja ele fechado ou aberto, não tem dado conta das crises epistemológicas, sociais e econômicas por quais se tem passado (Santos, 2001), nem tão pouco dos dilemas éticos da profunda desigualdade em que a humanidade se encontra (Boff, 1999, Dussel, 2002).

Cabe aqui um retorno a Morin (2002), que vem conseguindo balançar tanto as proposições estruturalistas como as subjetivistas, advogando em favor da complexidade do sujeito expresso na noção de *homo sapiens demens*. Começa pela discussão do *método*, em sentido epistemológico, justificando que o conhecimento que propõe é complexo porque: i- reconhece que o sujeito humano estudado está inserido no objeto; ii- concebe inseparavelmente a unidade e diversidade humana; iii- concebe as múltiplas dimensões ou aspectos atualmente separados e compartimentados da realidade humana (físicos, biológicos, psicológicos, sociais, mitológicos, econômicos, sociológicos, históricos); iv- entende o homem não apenas *sapiens, faber e economicus*, mas também *demens, ludens e consumanas*; v- porque junta verdades separadas e que se excluem; vi- porque alia a dimensão científica e as dimensões filosóficas; e vii- porque resignifica as palavras alma, espírito e pensamento, geralmente perdidas e esvaziadas no campo das ciências.

Morin (2002) estrutura o *Método 5 – humanidade da humanidade* em quatro partes. Na primeira, expõe a idéia de trindade humana, expresso por várias outras tríades, e que se expressa basicamente na noção de *indivíduo-sociedade-espécie*, facetas imbricadas e indissolúveis de um mesmo uno indivisível. Para além da realidade terrena, a humanidade é discutida, inclusive, como enraizamento cósmico. A segunda parte aborda a

identidade do sujeito, começando pelo seu âmago, passando pelas identidades polimorfas até a concepção de *homo sapiens-demens*. Destaca-se, principalmente, a ambivalência e a profunda multiplicidade do sujeito, expressas na unicidade definidora do humano. Partindo da individual/múltiplo, hologramático e complexo humano, na terceira parte passeia um pouco pelas grandes identidades, discutindo os chamados núcleos sociais arcaicos, a cultura, as organizações sociais, o Estado, as identidades histórica, planetária e futura. Por fim, sintetiza, na quarta parte, a proposição pelo complexo humano, discutindo a concepção de autonomia dependente e a noção de homem genérico, em Marx. Longe de se pretender esgotar a profundidade de todas essas teorizações, far-se-á breve discussão sobre a noção de sujeito e autonomia, conceitos centrais para a defesa do triedro emancipatório do cuidar.

A idéia de trindade humana parte da argumentação de que o ser humano é duplamente enraizado, ao mesmo tempo, no cosmo físico e na esfera viva. Surgida de uma grande explosão, a vida só foi possível graças a uma primeira organização dentro do caos, que conseguiu se estruturar, complexificar e perdurar diante da e na turbulência. Diante dessa origem cósmica comum, e considerando o princípio hologramático de que o todo está nas partes que compõem o todo, a vida humana carrega a dupla tendência de ordem/desordem, harmonia/revolta, interação/organizações. Nesse sentido, o ser humano seria produto/produtor de uma *auto-eco-re-organização* viva da qual emergiu a *trindade humana*. Esta, por sua vez, compõe-se de uma justaposição *de trindades*: i- indivíduo-sociedade-espírito; ii- cérebro-cultura-mente; iii- razão-afetividade-pulsão.

Ao contrário da tendência cartesiana de priorizar partes isoladas sobre o indivíduo, a sociedade ou a espécie, o autor propõe-se a mobilizar em conjunto os três olhares, considerando os antagonismos e complementariedades que integram, de maneira dinâmica, a unidade

múltipla do humano⁴⁹. Ao mesmo tempo, considera que essas trindades interferem e se co-relacionam intimamente com a idéia de cérebro triúnico, de MacLean. Segundo esta tese, o cérebro humano seria uma unidade formada pelo palencéfalo (herdeiro do cérebro réptil, fonte de agressividade, do ócio, das pulsões primárias), pelo mesocéfalo (herdeiro dos antigos mamíferos, ligando-se ao desenvolvimento da afetividade e memória de longo termo) e pelo córtex que, muito modesto nos peixes e répteis, é hipertrofiado nos mamíferos, englobando as estruturas do encéfalo. O ser humano conta também com um neocórtex altamente desenvolvido, centro das aptidões analíticas, lógicas e estratégicas, atualizadas freqüentemente pela cultura⁵⁰. Neste contexto complexo, onde razão, pulsão, biologia e cultura se imbricam, Morin, a exemplo de Prigogine (1997), propõe uma aproximação profícua entre as ciências biológicas e humanas, sendo necessário que se reconheçam e complementem nas análises sobre a humanidade.

Mesmo diante da diversidade, o ser humano se mantém único, com identidade própria e irrepitível em qualquer outro, embora semelhante e parte desse mesmo outro. O grande paradoxo da *unidade múltipla, do unitas multiplex*, reside no que une e no que separa o ser humano, e que, ao mesmo tempo, o define, como, por exemplo, a linguagem e a cultura. Para completar esse engodo, a compreensão humana se aprimora principalmente pelas identidades, não pelas diferenças, apesar delas serem necessárias para conformar o uno. Tendo por suposto esse entendimento, as identidades humanas poderiam se expressar: i- pelo componente *genérico* (fonte geradora e regeneradora do humano, aquém e além das

⁴⁹ “Há, em todo comportamento humano, em toda atividade mental, em toda parcela de práxis, um componente genético, um componente cerebral, um componente mental, um componente subjetivo, um componente cultural, um componente social.” (Id., 2002:53).

⁵⁰ O conceito de cultura em Morin confirma a noção do uno múltiplo, onde só permanece o que muda, e só muda o que conseguiu permanecer mutável. “O aparecimento da cultura opera uma mudança de órbita na evolução. A espécie humana evoluirá muito pouco anatômica e fisiologicamente. São as culturas que se tornam evolutivas, por inovações, absorções do aprendizado, reorganizações; são as técnicas que se desenvolvem; são as crenças e os mitos que mudam; foram as sociedades que, a partir de pequenas comunidades arcaicas, se metamorfosearam em cidades, nações, impérios gigantes. No seio das culturas e das sociedades, os indivíduos evoluirão mental, psicológica e afetivamente.” (Id., 2002:35).

especializações, dos fechamentos e compartimentos); ii- pela unidade cerebral; iii- pela individualidade e inteligência *sui generis* (envolvendo o surgimento do espírito e da consciência); iv- pela unidade afetiva; v- pela existência de certos universais psico-afetivo, como o princípio da reciprocidade e das trocas⁵¹; vi- pela simultaneidade dos pensamentos racional/empírico/técnico e simbólico/analógico/mágico.

A partir das identidades humanas, entra-se na definição de sujeito, no que lhe conforma, no *âmago* absolutamente individual e plural que transcende o ser individual. Morin rememora críticas à ciência determinista e à filosofia positivista e estruturalista que dissolveram, proscreveram e/ou perseguiram a noção de sujeito. Contudo, essa discussão sempre volta porque, marginal ou central, os sujeitos são difíceis de serem esquecidos, posto que emergem da própria trindade humana. De maneira absolutamente direta, defende que a condição do sujeito é seu egocentrismo, entendendo-o dentro de princípios egoístas e altruístas ao mesmo tempo. Ou seja:

“O sujeito é egocêntrico, mas o egocentrismo não conduz somente ao egoísmo. A condição de sujeito comporta ao mesmo tempo que o princípio de exclusão, um princípio de inclusão; este nos permite nos incluímos numa comunidade, um Nós (casal, família, partido, igreja) e incluir este nós no centro do mundo. (...) Portanto, o egocentrismo do sujeito favorece não somente o egoísmo, mas também o altruísmo, pois somos capazes de dedicar o nosso Eu a um Nós e a um Tu. Vemos, conforme a fórmula de Hegel, ‘um Ego que é nós e um nós que é Eu’. Quando o Eu domina, o nós é recessivo. Quando o Nós domina, o Eu é recessivo.” (Id., 2002:76).

Além do egocentrismo, considerado central para a noção de sujeito, a subjetividade comporta ainda a afetividade, pois o sujeito está também destinado potencialmente ao amor, à entrega, à amizade, à inveja, à ambição, ao ciúme, ao ódio. Outra concepção que integra a subjetividade é a relação com o outro, que se encontra no âmago do eu. Sendo, ao

⁵¹ Observo aqui similitudes entre Mauss (1950) e Morin (2002), uma vez que ambos dão centralidade ao universo múltiplo das trocas que caracterizam as sociedades humanas. O componente da dádiva, da ajuda, permeia o cerne do humano, tendo se modificado, transformado e contemporizado pela história e pela cultura.

mesmo tempo, fechado e aberto, o egocentrismo do sujeito concebe o outro como estranho e como parte, no sentido altruísta e egoísta presente na relação eu/outro e na conjugação do nós, seres humanos. Assim, o sujeito surge para o mundo na sua relação com o outro, sem o qual o *EU* desapareceria. É na intersubjetividade que o sujeito se expressa e se define, por meio dela produz-se convivência, comunhão e possibilidade de compreensão. Ao mesmo tempo, a qualidade de sujeito, que garante autonomia do indivíduo, pode ser submetida por essa mesma subjetividade, pelo mesmo âmago que lhe define enquanto ser capaz de ação, produção, auto-eco-organização. Neste entendimento, embora a coerção possa ser exercida de fora para dentro, a sujeição é um mecanismo pertencente à subjetividade, tanto capaz de submissão como de subversão.

A presença do outro no *eu* se expressa de várias formas, seja no feminino/masculino, no novo/velho, nas múltiplas personalidades, comportamentos, humores e papéis desempenhados. O ser humano é mimético, capaz de histeria, loucura e possessão. Mas também é único, compreensivo, generoso, almeiante de paz e tranquilidade. Essa turbulência hologramática contém um cosmo interior e integra um cosmo superior, origem da própria vida. Esse circuito aberto e intempestivo traduz-se na idéia de *homo sapiens-demens*, capaz de razão e demência, linearidade e ambivalência que, de maneira antagônica e complementar, conforma os sujeitos humanos. Estes são sábios e loucos, a despeito das tentativas do paradigma moderno de planificá-los nos extremos da racionalidade, como se ela não fizesse parte das pulsões e afetividades do homo-sapiens-demens. Em suma:

“Vivemos, de fato, num circuito de relações interdependentes e retroativas que alimenta, de maneira, ao mesmo tempo antagônica e complementar, a racionalidade, a afetividade, o imaginário, a mitologia, a neurose, a loucura e a criatividade humanas. Este circuito bipolar tem um pólo sapiens e outro demens. Circuito estimulado pelas contradições cerebrais e psíquicas destacadas antes, ou seja: a ambigüidade na relação cognitiva entre o interior mental (imaginário, fantasia, subjetividade) e o exterior

(objetividade, realismo); a instabilidade e a variabilidade da relação triúnica (cerebral) e trilógica (psíquica); a dupla necessidade antagônica egocêntrica/altruísta do sujeito; a virtude e a fragilidade da consciência.

Somos seres infantis, neuróticos, delirantes, mesmo sendo também racionais." (Morin, 2002:127).

Para Morin, a afetividade medeia a relação entre o *homo sapiens* e o *homo demens*, os componentes racionais e dementes do humano. Tal subjetividade se expressa nas sensibilidades poéticas, estéticas, míticas, religiosas e simbólicas. Exprime-se igualmente nos gestos de cuidado intersubjetivos que os compõem, na ajuda embebida de razão e emoção que tanto pode dignificar, quanto submeter o outro às suas ambições. As pessoas são seres de cuidado e de destruição, de ajuda e de coerção, exprimem-se pela tensa disputa da loucura e sapiência que as encerra. O ato de cuidar sofre pressões tanto da racionalidade empírica-prático-instrumental, como das pulsões incontrolláveis e delinquentes que integram o *homo complexus*⁵². O cuidado é uma mediação criadora entre a racionalidade e a pulsão presente no afeto. Misto de estratégia, ruptura e submissão, a politicidade do cuidado transita entre a humanidade sapiens e demens, unindo-as numa propulsão reorganizadora de poderes conformados.

A politicidade do cuidado contempla o potencial da mudança, da desconstrução reconstrutiva, da ruptura dos interditos e sublevações opressivas, tendo por foco a construção da autonomia, síntese de diversos modos de cuidar. Para Morin, trata-se de uma *autonomia dependente*, porque não existe autonomia viva que não seja dependente (do meio, da auto-organização, da energia vital, da cultura, da história, da família, da sociedade, do Estado⁵³) ou *polidependente*. A liberdade do sujeito

⁵² "Se o homo é, ao mesmo tempo, sapiens e demens, afetivo, lúdico, imaginário, poético, prosaico, se é animal histérico, possuído por seus sonhos e, contudo, capaz de objetividade, de cálculo, de racionalidade, é por ser homo complexus" (Id., 2002:140)

⁵³ A noção de sujeito em Morin (2002) é completamente aberta, ambígua e complexa, mas o mesmo não ocorre com as definições de família e Estado, por exemplo. Observo certo conservadorismo na ênfase exagerada dada à função reprodutiva da família, mesmo diante das profundas transformações verificadas com a globalização. O forte multiculturalismo e o crescimento dos casamentos homossexuais, por exemplo, desautorizam o apego

autônomo ocorreria numa situação que comporte, ao mesmo tempo, ordem e desordem, estabilidade e regularidade, certezas *a priori* para que seja possível escolher e decidir num mínimo de desordem e risco. A autonomia do indivíduo humano se funda na qualidade de sujeito que se auto-afirma ocupando o centro do seu mundo, mas que comporta um Nós (família, espécie, sociedade), uma inscrição comunitária (família, pátria), hereditária, histórica e cultural.

O autor acredita que seria possível a construção da autonomia por meio de algumas características: i- pela capacidade para adquirir, capitalizar e explorar a experiência pessoal (mesmo concebendo a possibilidade de erros e ilusões); ii- pela capacidade de elaborar estratégias de conhecimento e de comportamento; iii- pela capacidade de escolher e modificar escolhas; iv- pela capacidade de consciência. Sendo o espírito, ao mesmo tempo, centro das dominações e das liberdades, ele é potencialmente emancipatório. A liberdade do espírito começa com a capacidade de questionar inerente aos sujeitos, que, por sua vez, pode ser fortalecida: i- pelas curiosidades e pelas aberturas ao exterior; ii- pela capacidade de aprender por si mesmo; iii- pela aptidão a problematizar; iv- pela prática de estratégias cognitivas; v- pela possibilidade de verificar e eliminar o erro; vi- pela invenção e pela criação; vii- pela consciência reflexiva; e viii- pela consciência moral (Id, 2002:282-283).

Em outras palavras, é preciso, sobretudo, investir na centralidade do conhecimento, em sentido amplo, aberto e re-criador de possibilidades, para construir sujeitos críticos, cuidadores e participativos. Entender o cuidado como um gesto de poder que se refaz ou se elabora na ajuda, ou na produção subjetiva de autonomias relativas, significa adotar a epistemologia como instrumento da condição emancipatória. Na idéia de que é preciso *conhecer para cuidar melhor* subsiste a chancela da

exagerado à concepção de família burguesa. Da mesma forma, causa certo estranhamento a discussão do ostensivo caráter dominador do Estado moderno e o pouco destaque dado às correlações de forças que igualmente o conformam.

reconstrução permanente do saber. Ou seja, é preciso tentar apreender formal e politicamente o contexto em que se está inserido, num movimento aproximativo de uma realidade sempre mais complexa, para melhor intervir e cuidar, numa propulsão criadora de novas ordenações de poderes. É precisamente pelo entendimento cada vez mais amplo e solidário da realidade que o cuidado se modifica, reinventando politicidades potencialmente cidadãs.

No entanto, em tempos de *Império* e capitalismo financeiro (ou como se queira chamar o processo de transnacionalização do capital associado à gestão do conhecimento como força produtiva), é preciso saber que esta mesma força produtiva, que reinventa sujeitos autônomos, constitui o nutriente essencial para a acumulação capitalista. Ou seja, o mesmo poder do conhecimento que sustenta a mais-valia relativa, explorando a força de trabalho humana, pode *vir a* se constituir numa força de subversão da *multidão*, por dinâmica interna e latente ao mesmo ato subjulgante.

A virtualidade que surge, pois, coloca a inovação disruptiva do conhecimento como um elemento vitalmente político, capaz de alimentar e confrontar poderes. Longe de quaisquer extremismos ou dicotomias salvadoras entre o 'político' e o 'econômico', cabe ponderar sobre a complexidade das questões sociais, fundada estruturalmente na centralidade do conflito entre 'capital' e 'trabalho' nas sociedades capitalistas. (Bering, 2002. Faleiros, 2000).⁵⁴

Conhecendo e cuidando melhor é possível potencializar a capacidade de confronto e superação dos sujeitos. Não significa dizer que o enfrentamento seja simples, ou que o '*político*' seja suficiente para emancipar, dissociado de sua face econômica igualmente importante. O político e o econômico estão plantados subjetivamente no ser humano, no seio da *biopolítica* auto-eco-organizadora que controla sua produtividade e

⁵⁴ Uma discussão mais aprofundada sobre a conformação das políticas sociais no Estado capitalista será feita no próximo tópico.

autonomia. Auto-sustentação e qualidade política fazem parte de uma mesma utopia, de um mesmo projeto emancipatório fundada no conhecimento e na participação social. A politicidade do cuidado é menos uma tarefa moral⁵⁵, que um resgate da centralidade do político na gestão inteligente da ajuda-poder. Trata-se de argumentar em prol de uma nova lógica do cuidar, onde se exercite uma ajuda que, sendo poder, tanto subjulga, como é capaz de libertar. Significa desenvolver uma epistemologia dialética do cuidado que ganhe em intensidade subversiva, mesmo sendo relação de dominação.

A idéia de libertar as vítimas de uma era globalizada e predatória foi densamente explorada por Dussel (2002), que propõe uma ética da libertação⁵⁶, fundada no re-conhecimento do outro, na crítica ao sistema de eticidade vigente e numa práxis de libertação fundada na autonomia das *vítimas*. Denuncia, com veemência, o encobrimento do *outro* pelo sistema de eticidade hegemônico na modernidade, onde a alteridade e a diversidade foram sistematicamente marginalizadas da ordem da razão prática, produtiva, utilitária. No apagamento sistemático das subjetividades, houve negação da própria vida humana, traduzida pelo que denomina *vítimas* (do capitalismo, da dominação sexista, do eurocentrismo, da exploração desenfreada da natureza e das várias outras formas de opressão que foram se forjando no paradigma da racionalidade moderna). Este outro, personificado nas vítimas, seria o tema e o ponto de partida da ética da libertação, defendida como uma ética do cotidiano e da vida (ou pela vida).

⁵⁵ A relação entre ética e moral é dialéticamente discutida em Boff (2003:28-29), lembrando a dimensão hologramática dos sujeitos uno/diversos, em Morin (2002): *“Todas as morais, por mais diversas, nascem de um transfundo comum, que é a ética. Ética somente existe no singular, pois pertence a natureza humana, presente em cada pessoa, enquanto moral está sempre no plural, porque são as distintas formas de expressão cultural da ética.(...) Moral (mos-mores, em latim) sibnífica, exatamente, os costumes e valores de uma determinada cultura. Como são muitos e próprios de cada cultura, tais valores e hábitos fundam várias morais. Como se depreende, o ethos/moral está sempre no plural, enquanto ethos/casa está no singular”*

⁵⁶ A ética da libertação surge e inspira fortes movimentos sociais na América Latina, principalmente na década de 70/80. No Brasil, foi viabilizada pelo movimento da igreja católica denominado Teologia da Libertação, que estruturou diversas Comunidades Eclesiais de Base (CEB's) na periferia das grandes metrópolis. As CEB's tinham como propósito ético-religioso discutir as injustiças sociais da comunidade, formando resistências organizadas para enfrentá-las. Sobre movimentos sociais e CEB's, consultar Boff (1977) e Sader (1987).

Argumenta que o simples re-conhecimento do outro e crítica do sistema não basta, há que se comprometer esforços para libertar. Propõe os seguintes enunciados: 1- esta que está ali na miséria é uma vítima de um sistema X; 2- re-conheço essa vítima como ser humano com dignidade própria e como outro; 3- esse re-conhecimento me/nos situa como responsáveis diante do sistema X; 4- eu tenho o dever ético, porque sou responsável por ela, de tomar a meu cargo essa vítima; 5- sendo responsável diante do sistema X pela vítima, devo (obrigação ética) criticar o sistema porque causa negatividade desta vítima. A ética da libertação baseia-se em princípios ético-críticos e no fortalecimento da qualidade de sujeito das vítimas. Para Dussel (2002:380):

“Os que agem ético-criticamente re-conhecem a vítima como ser humano autônomo, como o Outro, como outro que a norma, ato, instuição, sistema de eticidade, etc., ao qual se negou a possibilidade de viver (em sua totalidade ou em algum de seus momentos); de cujo re-conhecimento simultaneamente se descobre uma co-responsabilidade pelo outro como vítima, a obriga a tomá-lo a cargo diante do sistema, e, em primeiro lugar, criticar o sistema (ou aspecto do sistema) que causa esta vitimação. O sujeito último de um tal princípio é, por sua vez, a própria comunidade das vítimas.”

A despeito de certa visão vocacional contida na idéia de libertar o outro e de vítima (como se todas as pessoas não fossem vítimas e opressores, sapiens e demens), inspirando inclusive teologias, o principal destaque dessa concepção é a centralidade no sujeito e na autonomia. Afinal, a libertação de vítimas pressupõe o envolvimento ativo, consciente e crítico dos interessados. O cuidado aqui proposto ampara-se fundamentalmente nessa concepção, mas contempla toda a ambigüidade e complexidade do sujeito discutida por Morin. A politicidade do cuidado é gesto de ajuda e poder que, num mesmo ato, fundamenta-se eticamente na emancipação dos sujeitos (ou na qualidade de ser sujeito, contida nas opressões vitimizantes).

Neste sentido, a gestão da ajuda-poder envolve ***conhecer para cuidar melhor***, pois precisa-se entender mais profunda e dialeticamente a realidade

desigual, para nela agir e cuidar, em nome de uma ética mais justa, igualitária e libertadora. Ajudando para que os sujeitos conheçam melhor, unindo forma e conteúdo, quantidade e qualidade, razão e afeto, as chances e conquistas cidadãs podem ser alargadas. Tal intervenção cuidadora, disruptiva e reconstrutora, pode fortalecer autonomias e qualificar enfrentamentos, emancipando pela desconstrução progressiva de assimetrias de poder.

A politicidade do cuidado expressa pelo triedro *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*, pode se traduzir numa referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde, oportunizando cenários propícios à autonomia de sujeitos. A partir dessa hipótese central, investigou-se a contribuição teórico-analítica da politicidade do cuidado para a gestão do SUS. Numa tentativa de adaptar o triedro emancipatório do cuidar à gestão da política de saúde, considerem-se as seguintes premissas articuladas, que serão aprofundadas e retomadas nos tópicos seguintes:

- *Conhecer para cuidar melhor* - compreender o contexto sócio-histórico onde são geradas as relações de *ajuda-poder* na política de saúde;
- *Cuidar para confrontar* - gerir correlações de forças que proporcionem controle democrático e reordenamento de poderes;
- *Cuidar para emancipar* - realizar a *gestão inteligente da ajuda-poder* capaz de oportunizar cenários propícios à desconstrução progressiva de assimetrias de poder.

Assim, o cuidado investigado transita na esfera pública de decisões, capaz tanto de oportunizar, quanto de inibir cidadanias. Tendo por suposto esse entendimento, é preciso contemporizar a discussão sobre a conformação das políticas sociais nas sociedades capitalistas, destacando

como a gestão da ajuda/poder pode vir a se constituir em tutela e em potencialidade emancipatória, dentro de contextos marcados pela desigualdade social.

1.2- Politicidade do Cuidado e Política Social: Conformando a *Ajuda-Poder* em Contextos de Desigualdades

A gestão da ajuda-poder em contextos de desigualdades sociais, enquanto forma de potencializar o enfrentamento da pobreza nas sociedades humanas, insere-se no escopo da discussão sobre a configuração das políticas sociais no capitalismo. As contradições inerentes ao conflito entre capital e trabalho, as múltiplas correlações de forças e determinações estruturais que permeiam a luta política constituem elementos centrais para a análise das políticas sociais. Este é um campo onde se torna necessário considerar a conjuntura onde são produzidas as relações e contradições do cuidado, tendo em vista sua intrínseca politicidade.

Longe do extremismo recorrente em considerar as políticas sociais ou como expediente da acumulação capitalista, ou como direito redistributivo conquistado pelos trabalhadores (e distante também da bipolaridade simplista expressa na *hipótese do engodo* ou na *hipótese da conquista* denunciada por Coimbra⁵⁷), cabe reafirmar que é na totalidade desses dois processos que as realidades sociais e econômicas se fundam. As políticas sociais sintetizam a contradição entre modo e relações de produção nas sociedades capitalistas, conformando-se historicamente a partir das correlações de forças estabelecidas na arena política.

De maneira abreviada, as políticas sociais como síntese do conflito entre capital/trabalho nos países centrais, a partir do pós-2ª guerra mundial,

⁵⁷ Coimbra (1987) critica as análises marxistas sobre a causação das políticas sociais na sociedade capitalista, apontando o simplismo, a-historicidade e compactação presentes nas mesmas.

se operacionalizam a partir da *concepção e praxis* do capitalismo monopolista de Estado, e se viabilizam pelas políticas *keynesianas*⁵⁸ (*welfare state*⁵⁹) como mecanismo da intervenção estatal. O *welfare state* se estende até a crise fiscal da década de 70 e o conseqüente esgotamento do estado *previdenciário-militar* (estado social), chegando a fase atual do capitalismo, denominado avançado, financeiro ou tardio (Behring, 2002), marcado pela reestruturação produtiva, transnacionalização dos mercados e desregulamentação das garantias sociais. Essa conjuntura é marcada por profundas crises do capital, com fortes repercussões para as políticas sociais.

Tal cenário de crise delinea uma *força revolucionária* própria da história e compleição do capitalismo, como pontua Harvey (1999). Num palco de insegurança e flexibilidade premente, o lucro precisa ser buscado e reinventado a todo instante, numa autêntica *'destruição criativa'*. A capacidade de inovar e de se recompor diante dos impasses é própria do capitalismo, que precisa extirpar ao máximo a força criativa do trabalho para acumular riquezas e poder. Apesar da realidade social advinda do capitalismo avançado (transnacionalização do capital e reconfiguração das relações de trabalho) estar mais próxima dos países centrais, ainda que com repercussões cada vez mais imediatas para as nações periféricas ou do *"terceiro mundo"* como o Brasil⁶⁰, é importante assinalar que o caráter central da discussão, o conflito entre capital e trabalho (com suas especificidades regionais lá e cá), continua imperando como principal contradição da sociedade capitalista. Portanto, as políticas sociais no capitalismo, consideradas aqui sob o prisma da *conformação das relações*

⁵⁸ O keynesianismo, entendido como crescente intervenção do Estado nas esferas de produção e reprodução das relações sociais capitalistas em prol da cidadania, coincidiu com o pós-guerra europeu e ajudou a conformar o Estado de Bem-Estar Social, estando restrita aos países centrais. Apesar dos esforços para tentar uma possível classificação de 'tipos' de *welfare state* para países periféricos como o Brasil (Draibe, 1990), considero que essa argumentação não se sustenta teoricamente, haja vista o vasto cenário de desigualdades estruturais que ainda se tem de enfrentar por aqui (Demo, 1996,2000b. PNUD 1990-2002).

⁵⁹ O *welfare state* será analisado adiante, neste mesmo tópico.

⁶⁰ Adotei aqui, para o caso do Brasil, a terminologia de países *periféricos*, também utilizada por Santos (1997), para designar as nações pertencentes ao *terceiro mundo*, ou *subdesenvolvidos*, ou *semi-desenvolvidos*, ou *semi-industrializados*. Ou seja, todos os países que estão na periferia das grandes decisões e economias mundias.

de ajuda-poder em sociedades desiguais, precisam ser contemporizadas a partir desse conflito essencial e fundante.

As transformações político-econômicas do capitalismo no final do século XX, incluindo a transição do fordismo, paradigma de industrialização hegemônico da era moderna, para a *acumulação flexível*, tendência pós-moderna de configuração dos processos de produção, são analisadas densamente por Harvey (1989). A modernidade coincide com o pleno processo de industrialização, com a padronização (de modos de produzir, de costumes, regras, leis e ordens), com a produção em série, com a divisão social e técnica do trabalho, com o Estado social provedor do *welfare state* (Esping-Anderson, 1991. Navarro, 1998. Offe, 1991) e com a hegemonia do pensamento cartesiano influenciando os padrões, relações e comportamentos da sociedade. Para Harvey, a era moderna leva adiante, até onde pode, o projeto iluminista e a concepção *fordista*. As mudanças e crises que vêm ocorrendo no seio do capitalismo, especificamente as alterações das relações de produção no espaço e no tempo, vêm transformando a *modernidade fordista* em *pós-modernidade flexível*, ambas fundadas na mesma lógica de acumulação. Nesse diálogo, o caminhar para a *condição pós-moderna* pode ser apreendido pela dificuldade que o fordismo e o keynesianismo encontraram para conter as contradições inerentes ao capitalismo.

De forma abreviada, Harvey (1989:135) pondera que *“Na superfície, essas dificuldades podem ser melhor apreendidas por uma palavra: rigidez”*. Rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo, em sistemas de produção em massa, dos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho (especialmente do setor monopolista). As tentativas para superar tais problemas encontravam *‘rigidez’* na resistência dos trabalhadores, expressa principalmente pelas ondas de greves do período de 1968-1972. Os problemas fiscais do Estado vão comprometendo cada vez mais a manutenção das políticas sociais universais e o único instrumento

de resposta flexível à crise encontrado foi a monetarização da economia, aumentando a onda inflacionária que reduziria a expansão dos direitos sociais do pós-guerra.

O autor vai descrevendo, com muita lucidez, a crise da rigidez fordista e das estratégias *keynesinas* implementadas pelo Estado para manter o capital monopolista, até chegar no que ele denomina *acumulação flexível*. Em suas palavras (1989:140):

"A acumulação flexível, como vou chamá-la, é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e comercial"

As repercussões sociais advindas da *'acumulação flexível'* são enormes, aprofundando as desigualdades sociais tanto em países centrais, como (e principalmente) em países periféricos. Níveis crescentes de desemprego estrutural, rápida destruição e reconstrução das habilidades, defasagem nos salários reais e retrocesso do poder sindical são alguns exemplos citados. Por trás desses fatores, solapam outras sérias conseqüências que têm colocado cada vez mais em cheque o capitalismo em sua fase atual. Basta ver, por exemplo, a constante crise econômica por qual tem passado os países periféricos, ou as mazelas sociais, tão cotidianas que parecem até naturalizadas⁶¹.

A flexibilização do capital acarretou profundas mudanças na economia mundial, implicando em novas divisões internacionais do trabalho e transnacionalização dos mercados. Nesse contexto, a industrialização acelerada em alguns países dependentes, como o Brasil, se explica pelo deslocamento de centros de produção das empresas multinacionais para países com salários e preços de matérias primas mais baixos, diminuindo os

⁶¹ Sobre o desmonte neoliberal que o Brasil tem passado nos últimos anos, consultar LESBAUPIN, I (Org.), *"O Desmonte da nação : Balanço do governo FHC"*, 2º ed., Petrópolis-RJ, Vozes,1999. Vale a pena também uma

custos da produção. A transferência da produção para países *semi-colônias* ou *semi-industrializados* dependentes é descrito de forma elucidativa por Harvey, quando se refere à mudança da *economia de escala*, de produção em massa, próprias do fordismo, para a *economia de escopo*, de custos reduzidos, focalizadas na demanda de consumo e sem estoques, inerentes à acumulação flexível. A economia de escopo possibilita a pulverização da produção em diversos *locus* espalhados pelo mundo, que podem utilizar desde fábricas pequenas até a economia doméstica como centros de produção flexíveis. O autor cita, por exemplo, a marca Benneton, que não produz absolutamente nada, terceirizando toda a confecção das roupas.

As três características básicas do modo de produção capitalista, segundo Harvey, são: orientação para o crescimento econômico, exploração do trabalho vivo na produção e a dinamicidade orgânica inerente ao capital. O argumento de que a pós-modernidade opera sobre a exploração da mais-valia se fundamenta, justamente, na percepção de que, apesar de profundamente transformado, a *acumulação flexível* continua utilizando os elementos do capitalismo para gerar lucros. Ou seja, o controle sobre o trabalho, principal contradição do capital, permanece central para a versão atual do modo de produção capitalista.

Diante de tamanhas transformações, a *alienação do trabalho*, categoria fundante da acumulação desigual do capitalismo, figura como discussão relevante. Como consequência mais imediata da usurpação da força produtiva humana, tem-se a exploração da *mais-valia* que, se no fordismo se dá preponderantemente sobre a força física do trabalhador, na *acumulação flexível* se relativiza, ocorrendo mais sobre o conhecimento. Para Marx (1963), a alienação do trabalhador do produto de sua ação apresenta-se para a economia política como a

rápida incursão sobre os Relatórios da ONU sobre Desenvolvimento Humano (1990-2003), onde o Brasil é sempre citado pela estrondosa desigualdade social e regionalização da pobreza.

escravização do homem ao objeto, *como perda de sua realidade*, desintegração da essência genérica⁶² humana. A vida do homem, transmutada no seu objeto, não mais lhe pertence, é apropriada pelo capital. Enovelado no processo de alienação, quanto mais o trabalhador produz, menos ele possui para consumo, quanto mais ele cria valor, menos se valoriza em sua dignidade.

A alienação do trabalhador ocorre não somente com relação ao seu objeto, mas também no *ato da produção*, no seio da própria *atividade produtiva*. A principal característica dessa relação é o estranhamento do sujeito em relação ao seu objeto, ao produto da sua ação e também do próprio fazer humano. Marx (1963:154) esclarece:

"Consideramos até aqui a alienação, a desintegração do operário sob um único aspecto, o de sua relação com os produtos de seu trabalho. Contudo, a alienação não aparece somente no resultado, mas no ato da produção, no interior da própria atividade produtiva. Como o operário poderia encarar como estranho o produto de sua atividade, se, no ato da produção, ele não se tornasse estranho a si próprio: o produto nada mais é, na realidade, que o resumo da atividade, a produção. Se, então, o produto do trabalho é alienação, a própria produção deve sê-lo em ato, a alienação da atividade, a atividade da alienação. A alienação do objeto do trabalho nada mais é que o resumo da alienação, da desapropriação, da própria atividade do trabalho."

Sinteticamente, poder-se-ia dizer que a determinação do trabalho alienado, segundo Marx, ocorre a partir dos seguintes aspectos: i- o produto do trabalho é *'estranho'* ao operário; ii- o vínculo do trabalho com o ato de produção é-lhe igualmente estranho e iii- o homem utiliza sua esfera vital, sua essência *genérica*, como instrumento de produção, deturpando-lhe a própria dignidade de *ser-no-mundo* (Heidegger, 2002). Como consequência mais premente, "*homem tornou-se estranho ao homem*" (Id., 1963:158).

⁶² Morin (2002) retoma a expressão de homem genérico, utilizada em Marx no sentido de homo faber e economicus, e a resignifica-a como fonte geradora e regeneradora do humano, incluindo seus componentes afetivos e demoníacos.

O trabalho estranho, abstrato, extorquido de qualquer humanidade e subjetividade, constitui o substrato central da exploração capitalista. O capital acumula-se a partir dessa relação usurpadora do sujeito histórico. A propriedade privada resulta, pois, do conceito de trabalho alienado, desse estranhamento, da atividade tornada estranho, *da vida tornada estranha, do homem tornado estranho*. Era assim no período da revolução industrial, continua sendo, embora profundamente transmutado, no *Império* (Hart/Negri, 2002) da *acumulação flexível*.

A atividade de transformar um determinado objeto, num produto ou fim com significação social, gerando valor-de-uso, é conceituada por Marx (2002) como *processo de trabalho*. Os elementos componentes do processo de trabalho seriam: "1- a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; 2- a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3- os meios de trabalho, o instrumental de trabalho" (id., 2002:212). Sob o ponto de vista do capitalista, o processo de trabalho ocorre entre coisas que ele comprou (matéria-prima, força-de-trabalho, instrumental, ferramentas), coisas que lhe pertencem. A manutenção dessa situação, bem como os dividendos do proprietário, é reproduzida pela alienação do trabalhador⁶³.

É por meio do processo de trabalho capitalista que a atividade humana se transforma em produto que pode ser comercializado, trocado e vendido por quem o possui, o dono do capital. O *valor-de-uso* da força de trabalho se transforma em *valor-de-troca*, alienando o produtor de seu produto por meio do mesmo trabalho que o define enquanto ser criativo. "*No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao*

⁶³ Concordo com algumas críticas que têm sido feitas ao caráter pouco ecológico, classista e machista das idéias de Marx sobre a produção e reprodução do capital, colocadas sobretudo por Santos (1997.2001). Igualmente passível de questionamento são suas ponderações acerca da realidade social humana, onde coloca a primazia das determinações materiais sobre a subjetividade dos sujeitos, advogando que em última instância, predominaria o econômico (uma análise mais aprofundada sobre essas questões pode ser vista em Demo (1985)). Interesse-me aqui ressaltar a discussão central sobre a forma em que são geradas e re-editadas as desigualdades sociais humanas nas sociedades capitalistas, em particular o conceito de trabalho alienado e mais-valia relativa.

concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretiza-se, e a matéria está trabalhada. O que se manifesta em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora na qualidade fixa, na forma de ser, do lado de seu produto. Ele teceu, e o produto é tecido." (id., 2002:214).

No fluxo do processo de trabalho, o valor-de-uso, que é produto de um trabalho, pode tornar-se matéria-prima ou meio de produção de outro, dependendo da posição ou *função* que ocupa. O processo de trabalho, comum a todas as formas da vida social, é atividade dirigida a criar valor, seja para as necessidades do homem, seja para alimentar o consumo capitalista. Assim, na produção de mercadorias, o proprietário dos meios de produção tem dois objetivos, produzir valores-de-uso que tenham valor-de-troca e apropriar-se do excedente utilizado para produção da mercadoria, a que Marx denomina *mais-valia*. Apesar das profundas mudanças que têm sofrido as relações de produção capitalista, as considerações de Marx (2002:366) sobre mais-valia, sobretudo sua diferenciação entre absoluta e relativa, permanecem profundamente atuais, veja-se:

" Mas, quando se trata de produzir mais-valia tornando excedente de trabalho necessário, não basta que o capital se apossa do processo de trabalho na situação em que se encontra ou que lhe foi historicamente transformado, limitando-se a prolongar sua duração. É mister que se transformem as condições técnicas e sociais do processo de trabalho, que mude o próprio modo de produção, a fim de aumentar a força produtiva do trabalho. Só assim pode cair o valor da força de trabalho e reduzir-se a parte do dia de trabalho necessária para reproduzir este valor. Chamo de mais-valia absoluta a produzida pelo prolongamento do dia de trabalho, e de mais-valia relativa a decorrente da contração do tempo de trabalho necessário e da correspondente alteração na relação quantitativa entre ambas as partes componentes da jornada de trabalho"

A flexibilidade das relações de produção, a precarização dos vínculos empregatícios, os contratos temporários, o automatismo e outras tantas transformações que o trabalho tem sofrido, alargando ainda mais os fossos de pobreza e miséria, decorre também da mudança na *mais-valia*

produtiva. De certa forma, a despeito dos repetidos erros nas previsões de Marx, devidamente criticados por diversos autores (Offe, 1991. Thompson, 1995. Hardt/Negri, 2002. Santos, 1997. Holloway, 2003), pode-se dizer que a discussão sobre mais-valia relativa permanece extremamente relevante.

Um diálogo interessante sobre as transformações que o capitalismo vem sofrendo na atualidade pode ser feito entre Harvey e Bauman (1999, 2000,2001). Ambos vão sustentar a perspectiva de que a principal alteração do capitalismo ocorreu na dinamização do *espaço-tempo*, como já previra Marx. Harvey explica que a *acumulação flexível* trabalha com a *compressão do tempo-espaço* e com a conseqüente aceleração do tempo de giro de capital (tempo que o capital investido gasta para retornar na forma de lucro), para ampliar suas margens de lucro. Bauman, na mesma linha, pondera que o advento do *capitalismo software* e da *modernidade leve* foram as principais mudanças que fizeram com que o capital pudesse viajar solto, instantaneamente, sem as amarras do fordismo, para fixá-lo *no chão da fábrica*, onde o conflito com os trabalhadores, duro e pesado, se acentua.

Falando um pouco do '*mercado*', ou de como a transação de mercadorias, serviços e bens de capital se relacionam para produzir lucro, o capitalismo atual tem propiciado um campo fértil para que ele não se submeta a nenhuma regra. O risco parece ser um inestimável e frutífero valor do mercado, uma vez que ele *prospera na incerteza* (Bauman, 2001). Ou seja, a competitividade, a desregulamentação, a flexibilidade, e todas as medidas que aumentam a insegurança e o risco social, têm se mostrado promissoras para o mercado. A incerteza, fiel aliada do mercado, tem se fortalecido cada vez mais na difusão dos valores que aumentam os lucros capitalistas. O consumismo exacerbado e insaciável, aliado a uma individualidade insegura e pretensamente livre, num cenário de fragmentação de mercadorias, ideais, opções, estilos e imagens, constituem sustentáculos importantes para que a *acumulação flexível* continue leve,

lépida e fogosa. Por sua vez, o mercado, numa relação promíscua e promissora com a incerteza, fabrica cada vez mais sonhos e desejos de consumo.

Investir na individualidade das pessoas, ou na singularidade de arcar com o bônus e ônus de ser responsável por si própria, constitui uma premissa importante para a exacerbação da insegurança. A insegurança gerada por um mundo competitivo, num autêntico turbilhão de destruição criativa, onde o novo tende a ser cada vez mais descartável para que se gere outro no lugar, é a arma eficaz que o mercado encontra para acelerar cada vez mais o *tempo de giro do capital*. Num exemplo peculiar, Harvey (1989) explicita como a produção de imagens, num contexto onde o capital precisa circular rapidamente para gerar lucro, tem sido utilizada eficazmente como mercadoria. Para manter a diversidade dos produtos, bens e, principalmente, serviços⁶⁴ postos à venda, as imagens precisam também suscitar o compulsivo desejo de compra no consumidor. Assim, maciças estratégias de marketing são postas em prática para produzir sonhos e necessidades na sociedade de consumo.

As imagens, com sua efemeridade fustigante e retorno rápido de lucros, são utilizadas cada vez mais como mercadoria - tanto por meio da pesada indústria de cinema, como por intermédio das demais manifestações artísticas-culturais (eventos, shows, exposições, feiras, etc). A comercialização e produção de imagens, por outro lado, é a poderosa artimanha do mercado para manter a dinamicidade do consumo. O consumismo, enquanto estilo de vida e valor societal, se forja na produção da identidade por meio dos símbolos, significados e representações despertados pelas imagens. A informação rápida, bem como a difusão de uma variedade de imagens (da mídia, da arte ou do subjetivo produzido a partir das representações da identidade), alimentam hábitos de consumo cada vez mais individualizados e fragmentados. Em verdade, vende-se de

⁶⁴ Harvey explica que, com a acumulação flexível, o setor de serviços se expande, já que ele tende a influir mais rapidamente no tempo de giro do capital.

tudo pelo uso da imagem, desde estilos de vida, grupos de pagode e sabão em pó, até políticos e líderes espirituais.

A fragmentação, a dispersão e a vulnerabilidade são as grandes marcas do capitalismo contemporâneo. A pulverização do capital, a desregulamentação do mercado, a flexibilidade e a descartabilidade das relações são, afinal, grandes artimanhas do poder leve e fluido de que fala Bauman. A fragmentação é também uma boa artimanha para anular identidades individuais e coletivas, fragilizando cada vez mais a disposição das pessoas em lutar por qualquer causa, quanto mais pela causa alheia, como requer a ética da libertação (Dussel, 2002), por exemplo.

A mais grave repercussão da *acumulação flexível* ou do *capitalismo software* para as relações de produção é que, enquanto o capital se transfere instantaneamente para se reproduzir, o trabalho tende a permanecer arraigado e preso ao lugar, ao local. Da mesma forma, a política como campo de correlação de forças e disputas estratégicas de poder vem perdendo significativa centralidade em seu poder regulatório sobre o mercado. Enquanto a política (por meio do Estado) tende a dominar cada vez mais o 'local', o capital domina cada vez mais o espaço, fluído e fugaz (Harvey, 1989. Bauman, 2001).

A política, enquanto lugar de encontro, mediação, correlação de forças, disputa de poderes e busca por consensos historicamente possíveis, eis o desafio a ser fortalecido pela gestão da ajuda-poder, como instrumento de enfrentamento das desigualdades sociais, entendendo-a como tradução da politicidade do cuidado no contexto das políticas sociais. Neste cenário de vôo do capital frente ao rastear do trabalho, a política, potencialmente controversa e conflituosa, precisaria aprender a conviver com a incerteza, transformando-a em fomento para mais política, para mais confronto potencialmente reordenador de desigualdades. A busca permanente, frenética, intensiva e reconstrutiva da política, como caminho para subjugar a volatilidade do capital em favor de uma

sociedade igualitária, eis a grande utopia a ser reinventada a partir da crítica à *economia da incerteza* ⁶⁵.

Neste clima de múltiplos cenários e perspectivas, a conformação das políticas sociais nas sociedades capitalistas ocorre em meio à intensa disputa, num confronto acirrado entre mercado e *bem-comum*. As políticas sociais ocorrem com a mediação central do Estado, como campo de disputa ideológica e econômica, mas não se restringem a ele, nem se classificam unicamente na esfera estatal. O que melhor caracteriza as políticas sociais é menos sua origem e concepção, do que sua proposição em enfrentar as desigualdades sociais visando o interesse público comum.

Partindo de algumas análises teóricas relevantes ao estudo das políticas sociais (Poulantzas, 1985. Offe, 1984. Faleiros, 2000. Vasconcelos, 1988. Gerschaman, 1989. Carnoy, 1986. Laurell, 2002. Antunes, 2002), visualiza-se que a ***correlação de forças entre os atores*** assume centralidade definidora especial, em se tratando de direitos sociais. Reparando bem, pode-se ainda dizer que, a despeito da ostensiva presença da sociedade civil na esfera pública de decisão em muitos contextos, a correlação de forças entre mercado e bem-comum tem ocorrido com uma forte predominância do capital nas ações legitimadoras do interesse público, seja por meio do Estado interventor keynesiano, seja em cenários liberais, onde as liberdades individuais estimuladas pelo mercado ganham maior relevância. Tal fato não poderia ser de total estranhamento, sendo o Estado, no final das contas, capitalista, como costuma acentuar Demo (1993.2002c).

Uma feliz tentativa de resumir idéias que possam ser utilizados como referência para análise do Estado e das políticas sociais em forma de ‘teses’ foi sistematizada por Vasconcelos (1988). Para os propósitos deste estudo,

⁶⁵ “A economia política da incerteza é boa para os negócios. Ela torna supérfluos os pesados, desajeitados e caros instrumentos de disciplina, substituindo-os não tanto pelo autocontrole de objetos treinados e disciplinados, mas pela incapacidade dos indivíduos privatizados e inerentemente inseguros de agirem de modo concertado; incapacidade que se torna ainda mais profunda pela descrença deles de que qualquer ação desse tipo possa ser eficaz e de que as preocupações privadas possam ser refutadas em questões coletivas, quanto mais em projetos comuns de uma ordem de coisas alternativas.” Bauman (2000:176).

selecionou-se e adaptou-se cinco, dos onze argumentos do autor, que podem auxiliar no entendimento de como as relações de ajuda-poder, no contexto das sociedades capitalistas, vêm se conformando tanto em mecanismo de domínio da sociedade civil pelo Estado capitalista, quanto em possibilidade de superação das desigualdades sociais pelos sujeitos históricos.

Passando-se, então, as *teses* escolhidas, seriam elas (Id., 1988): a- O Estado capitalista é permeado por contradições de classe, constituindo-se em campo e objeto de luta de classes; b- As concepções ortodoxas da dinâmica das sociedades civis (classistas e reducionistas) devem ser substituídas por visões que amplie o espectro das múltiplas determinações e segmentações dos setores sociais; c- As políticas sociais são fenômenos necessariamente *histórico-estrutural*⁶⁶; d- A arena de conflitos via Estado é político-ideológica e econômica; e- A análise das políticas sociais no capitalismo atual não pode se restringir à abordagem marxista, exigindo perspectivas que incluam a dimensão da cidadania.

A concepção de Estado, enquanto arena de conflito, e a necessidade de ampliar o cânone da participação da sociedade civil (em suas múltiplas dimensões e subjetividades) em prol da cidadania constituem o cerne da politicidade do cuidado emancipatório que ora se constrói. Para tal, a discussão sobre como o econômico e o político vêm se relacionando no interior das políticas sociais parece figurar como totalidade a ser compreendida. Afirmar que o capital tem preponderado sobre o trabalho não significa dizer que o confronto tem sido fácil, ou que a história foi linear e homogênea. A cidadania vivenciada no *welfare state*, por exemplo, embora tenha tido uma forte proposição em amortizar o conflito entre capital e trabalho, foi palco de intensa politicidade das forças

⁶⁶ Substitui a idéia original do autor de histórico, por *histórico-estrutural*, no entendimento dialético de que a realidade sintetiza também determinações estruturais mais arraigadas e duráveis, embora igualmente transitórias. A dialética histórico-estrutural será melhor abordada no capítulo metodológico desta tese.

antagônicas, com avanços e retrocessos tanto para um lado, quanto para o outro.

As experiências dos países centrais onde predominaram a cidadania sobre o lucro ocorreram por um período curto de tempo⁶⁷ e coincidiram com o chamado *welfare state*. Para alguns autores, como Demo, o *welfare state* representou a face mais humana à qual o capitalismo conseguiu chegar, tendo começado a ruir a partir do momento em que a acumulação começou a estremecer, com a falência fiscal do Estado capitalista.

As contradições do Estado social moderno foram analisadas por Offe (1991), que parte das críticas feitas por teóricos da direita e da esquerda (ou da politicidade inerente ao debate teórico crítico e auto-crítico) para esboçar contradições e semelhanças em ambos. Ao final, coloca algumas perspectivas dessa crise à sociedade contemporânea, a partir das estruturas de conflito existentes entre mercado, sociedade e Estado. Para o autor, o Estado de bem-estar configurou-se como '*fórmula de paz*' para as economias capitalistas desenvolvidas, que assumiu a obrigação de propiciar assistência e apoio aos cidadãos, com base em direitos legitimamente assegurados. O reconhecimento do papel formal dos sindicatos, tanto nas negociações coletivas, quanto na vontade política, parece ter sido o principal trunfo utilizado.

Nesse entendimento, o Estado de bem-estar teria representado um abrandamento do conflito entre capital e trabalho e uma solução política para as contradições sociais do pós-guerra europeu, tendo perdurado até meados da década de setenta. Offe (1991) argumenta que o mesmo modelo que institui um elevado grau de harmonia e paz nas sociedades

⁶⁷ Por volta de 30 anos, se se quiser se referenciar no período compreendido entre 1945, coincidindo com o pós-guerra, e 1973, marcado pelo desencadeamento da crise do petróleo e dos desequilíbrios fiscais dos Estados de bem estar. Para o uqe aqui interessa, *Welfare State*, Estado Social e Estado de bem-estar social são considerados termos para se referir a certa priorização dos direitos sociais sobre o capital, mediados pelo Estado-nação tipicamente moderno (Santos, 1997. Harvey, 1989. Demo, 2002c).

européias pós-guerra passou a ser fonte de contradições e antagonismos, denunciando disruptividades latentes.

É interessante observar como as contradições inerentes ao próprio modo de produção capitalista são, ao mesmo tempo, uma força criativa e destrutiva. Ou de como a politicidade intrínseca às forças produtivas pode ser capaz de forjar tanto desigualdades, quanto possibilidades de superação de aniquidades. Tal aspecto constitui o cerne teórico central da tese aqui defendida, onde a mesma relação de ajuda pode se constituir em instrumento de tutela e emancipação, dependendo do contexto, confronto e dinâmica de atores na arena política.

Voltando a Offe, que vai sistematizando contextualmente as críticas da direita e esquerda ao Estado social, é importante considerar o aspecto do renascimento intelectual e político das doutrinas neoclássicas e monetaristas na década de setenta, aliado à crise do petróleo, como marcas históricas relevantes para o *ataque da direita*. Segundo essa vertente, o Estado de bem-estar social impediria as *forças do mercado para a paz social e o progresso* por dois motivos. Primeiro, porque os impostos estatais deteriam os investimentos. Segundo, os direitos trabalhistas deteriam a *vontade de trabalhar* do trabalhador.

Quanto ao primeiro argumento, o autor pondera que a elite conservadora *exagera* o prejuízo que o Estado Social lhe causa, tendo em vista a posição de poder estratégica que as empresas mantêm, bem como a contribuição da intervenção estatal para a reprodução e acumulação do capital. Em relação ao segundo, Offe vai mais fundo, argumentando que o Estado Social deixa intacta a estrutura de dominação da propriedade privada e a exploração da mais-valia. Arremata, ainda, delimitando a real *contradição* do Estado, denunciando-o pela máxima do *mal necessário* à sociedade capitalista:

"O desagradável segredo do Estado social reside em que, apesar do seu efeito sobre a acumulação capitalista poder muito bem tornar-se

destrutivo (como a análise conservadora demonstra tão enfaticamente), a sua eliminação seria evidentemente disruptiva (fato que a crítica conservadora sistematicamente ignora). A contradição consiste em que o capitalismo não pode co-existir com o Estado social, nem continuar existindo sem ele. " (Offe, 1991:122).

A crítica da esquerda socialista ao Estado de bem-estar estaria centrada na sua ineficiência e ineficácia, no caráter repressivo e na falsa concepção de realidade que cria na classe operária. Comparando-as com as colocações da direita, o autor encontra três pontos em comum: 1- o Estado social não é tido como mudança promissora e válida para as economias políticas avançadas; 2- O Estado social realiza tarefas essenciais e insubstituíveis tanto para o processo de acumulação, quanto para o bem-estar; e 3- O Estado social, apesar de atacado pela direita e esquerda, não pode ser substituído facilmente por uma alternativa conservadora ou progressista.

Delimita ainda que os resultados potenciais alternativos à contradição do Estado social estariam tendentes: i- ao mercado; ii- à acomodação pacífica entre instituições corporativas; iii- à luta política oriunda dos movimentos sociais. No frígido da luta, questiona: a mudança, a depender das forças políticas do mercado e da sociedade no aparelho político do Estado (enquanto processo decisório mediador), ocorrerá do Estado para a sociedade ou da sociedade para o Estado?

Numa atualização polêmica do marxismo, poder-se-ia interpretar em Holloway (2003) uma tentativa de resposta ao questionamento de Offe (1991), mesmo que não intencional. Pretendendo-se revolucionário, o autor argumenta que se deve ir *‘além do Estado’*, ou que se deve *‘mudar o mundo sem tomar o poder’*⁶⁸. A concepção de poder defendida é dúbia, ora dando a entender que seria necessário acabar com ele – *“A única*

⁶⁸ Seria possível uma sociedade sem poder, onde as relações pudessem ser sempre fraternas e harmônicas? A história tem mostrado que o fenômeno do poder é intrinsecamente estrutural, compondo até mesmo a compleição biológica do ser vivente, como argumenta Maturana (1997). Daí não se conclui, por lógica linear, que não seja possível acabar com ele, mas que sua durabilidade nos convívios humanos tende a ser longa.

maneira de se imaginar agora a revolução é como dissolução de poder, não como sua conquista” (id, 2003: 37) – ora propondo uma versão negativa e emancipatória do poder, que denomina anti-poder: “O antipoder, então, não é um contra-poder, mas algo muito mais radical: é a dissolução do poder-sobre, a emancipação do poder-fazer.” (2003:61).

Não cabe neste estudo resolver essa argumentação ambígua (mesmo porque a provocação maior dessa produção reside em seu caráter inconclusivo), mas discutir os pontos centrais da teoria que fundamenta a tese da politicidade do cuidado. Em especial, dar-se-á ênfase na análise de poder desenvolvida a partir de releitura marxista sobre a alienação do trabalho, centrando-se na perspectiva emancipatória delineada. A principal crítica que pode ser atribuída a Holloway é o fato dele não explicitar como seria possível *mudar o mundo sem tomar o poder*. Apesar disso, realiza análise consistente e original sobre o marxismo.

O autor inicia o livro com uma apologia do grito⁶⁹, referindo-o como movimento incômodo necessário à qualquer mudança. Representaria a recusa humana à aceitação passiva, uma manifestação de inquietude cuja politicidade ecoa pelos ares. Sob o manifesto do grito, vai articulando idéias, concepções e posicionamentos que considera uma negativa ao que está posto, reclamando profundas mudanças na forma com que o capitalismo tem gerido e produzido desigualdades sociais. Acentua, de forma hábil, a centralidade da dialética na argumentação, explorando com fina maestria a *negação-da-negação* (Konder, 1993).

Aborda a alienação do trabalho em Marx (1963) sob o enfoque da transformação do *poder-fazer* em *poder-sobre*, defendendo que o capitalismo se baseia não na propriedade das pessoas, mas na propriedade do fato. O que Marx chama alienação, ou ruptura do homem em relação ao seu objeto de trabalho, Holloway (2003) denomina de separação do fato

⁶⁹ Com a frase “*No início, era o grito !*”, Holloway contrapõe-se irreverentemente à passagem bíblica “*No início, era o verbo*”, denotando uma claro sentido de *basta!*

em relação ao fazer. O processo de trabalho é traduzido como *fluxo social do fazer*, sendo esse inerente aos convívios humanos. A forma de dominação e exploração capitalista residiria, então, na sistemática usurpação do potencial criativo do homem, subjugando-o à 'coisa' produzida em nome da acumulação. Seria a *fetichização*⁷⁰ do fazer, capaz de transformar proposição reconstrutiva em 'feito' comercializável, aliado do processo social que o produziu.

Ao Estado caberia '*proteger a propriedade do fato*', mantendo uma separação entre o político e o econômico conveniente à dominação capitalista, exercida pelo que chama de **poder-sobre**. Com a função de mediar o confronto entre capital e trabalho, o Estado aparece como uma forma 'fetichizada' das relações sociais. Assim:

"Se a dominação é sempre um processo de roubo à mão armada, o peculiar do capitalismo é que a pessoa que tem armas está separada daquela que comete o roubo e apenas supervisiona para que o roubo se realize conforme a lei. Sem esta separação, a propriedade do fato (oposta à posse meramente temporal) e, portanto, o próprio capitalismo seriam impossíveis. Isto é importante para a discussão sobre o poder, porque a separação entre o econômico e o político faz com que o político apareça como reino do exercício do poder (deixando o econômico como uma esfera natural fora de questionamento), quando de fato o exercício do poder (a conversão do poder-fazer em poder-sobre) já é inerente à separação do fato em relação ao fazer e, portanto, à própria constituição do político e do econômico como formas distintas de relações sociais." (Id., 2003: 55).

Tenta diferenciar o anti-poder - entendido como libertação do **poder-fazer** (*poder constituinte*) presente como negação no **poder-sobre** (*poder constituído*)- do contra-poder, que estaria imbricado na mesma lógica de dominação injusta do **poder-sobre**. Nesse sentido, faz duras críticas a Foucault, afirmando que não existiria possibilidade de emancipação na imensa rede ou trama de poder delineada por esse último, ocorrendo, no máximo, focos de resistência incapazes de mudar a lógica de produção das soberanias capitalistas. No mesmo espírito de argumentação, aponta, em

⁷⁰ "*Fetichização é o termo que Marx utiliza para descrever a ruptura do fazer. É o núcleo da discussão de Marx sobre o poder e é fundamental para qualquer discussão em relação a mudar o mundo. É o conceito central do*

Hardt e Negri (2002), um certo teor funcionalista e paradigmático, uma vez que o Império descrito pelos autores parece amplificado demais para qualquer alternativa de mudança.

Se existe um certo sentido em dizer que a trama de poderes em Foucault pode dar uma sensação de 'túnel sem saída', não se pode negar o caráter extremamente lascivo, ardiloso e fugaz presente nos *micropoderes*, por exemplo. A potencialidade emancipatória presente na concepção foucaultiana reside nessa intrínseca politicidade, embora a análise dessa possibilidade possa parecer menos expressiva do que realmente merece ser. Da mesma forma, o Império descrito por Hardt e Negri tem tudo para aparentar-se paradigmático, mas os próprios autores denunciam a fragilidade do mesmo, uma vez que sua força criativa provém da *multidão* que o sustenta.

Feitas essas reservas, a análise de Holloway consegue aprofundar com pertinência o âmago da contradição capitalista, traduzido pela fetichização do processo social do fazer. À medida que o fetichismo das relações sociais se aprofunda, subjetivizando cada vez mais a coisa e coisificando cada vez mais o sujeito, mais trágico se torna o dilema da mudança, que tende a se apresentar como urgente e inviável ao mesmo tempo. Diante da iminência do impossível, surge a crítica, o questionamento que tenta ir além da aparência, traçando as razões mais reveladoras do fenômeno criticado.

A relação entre crítica e fazer vai sendo aprofundada, colocando-se a idéia, inspirada em correntes filosóficas, de que "*só podemos conhecer com certeza o que criamos. Um objeto de conhecimento só pode ser completamente conhecido na medida em que é a criação de um sujeito cognoscente.*" (id. 2003:165). Nesses termos, o conhecimento teria como objetivo principal resgatar a subjetividade dos sujeitos, recobrando o que fora alienado pela fetichização. Seria ainda a conformação do *poder-para*

argumento deste livro." (Id, 2003:71).

(pg166), ou a reapropriação do objeto pelo sujeito, que passaria a negar sua externalidade, reconhecendo-o enquanto parte de si.

A ruptura da dominação, corporificada na forma de *poder-sobre*, se daria pelo movimento emancipatório do *poder-fazer*, constituindo-se em luta para revelar o potencial humano por meio do fazer criativo, *contra-e-mais-além* do trabalho alienado. Propõe a unidade do *grito-contra* e do *poder-fazer*, traduzido pela idéia de *dignidade*, como possibilidade revolucionária subsidiada pelo grito teorizado, pela crítica que reconstrói possibilidades. Rejeita, por fim, a idéia de que tal mudança possa ocorrer por meio do Estado, "*uma vez que a própria existência do Estado como forma das relações sociais é uma separação ativa do fazer. Lutar por meio do Estado é vê-lo implicado no processo ativo de nos derrotar*" (p. 313). Mesmo demonstrando pertinência no argumento, perde posição quando afirma não saber como fazê-lo, finalizando com um convite à reflexão conjunta.

A indefinição de Holloway sobre o *como fazer*, apesar de instigante, parece pouco diante da enorme tarefa de *'mudar o mundo'*, além de denunciar uma certa sensação de impossibilidade tão duramente criticada pela autor. Não estaria o autor sucubindo ao *poder-sobre*, uma vez que ele próprio não sabe (e nem ao menos propõe) como libertar o *poder-fazer* de seus domínios? A omissão, fuga e evitação, nesse caso, são formas de dominação tão injustas quanto a opressão, apesar de instigar curiosidades e processos de busca relevantes.

As análises marxistas sobre capitalismo, poder, Estado e política social, destacadas até aqui, fundamentam a idéia de que a gestão da ajuda-poder em sociedades desiguais é marcada por profunda correlação de forças e potencialidades disruptivas, tendendo a intensificar assimetrias de poder em favor do capital. Porém, por latência subversiva inerente às próprias contradições do capitalismo, a mesma força produtiva alijada de subjetividades que sustenta a acumulação e os lucros, pode subverter

domínios, libertando fazeres e utopias libertárias próprias da história humana. Apostar nessa idéia, ou na politicidade da ajuda presente como negação nas relações de poder, traduz o sentido da emancipação do cuidado aqui teorizado.

Neste caso, e voltando ao desafio lançado por Holloway, faz-se necessário retornar à idéia de politicidade do cuidado, numa tentativa de antever indícios de possibilidades libertárias. Como já foi dito, o cuidado faz parte da atividade criativa dos seres, compondo-lhe a estrutura de *ser e vir a ser-no-mundo*. Cuidar é mais que ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido, é atitude humana inscrita na esfera vital, subjetiva e cultural das relações sociais. Com esse entendimento, o fazer humano é permeado de cuidado, capaz tanto de oprimir, quanto de libertar. Numa re-adequação de termos baseada no *fluxo social do fazer* (id, 2003), poder-se-ia falar em **fazer-cuidar**, para se referir à intrínseca possibilidade emancipatória presente no cuidado.

A alienação do trabalho, substrato da acumulação capitalista, corrompe igualmente a possibilidade revolucionária presente no *fazer-cuidar*, sendo também poder. O que Holloway chama de *fetichização do poder-fazer*, pode ser traduzido aqui como institucionalização do cuidado (Pires, 2002), significando o aprisionamento do cuidar em normas, rotinas e técnicas que alienam o cuidado de sua existência criadora e reveladora (Heidegger, 2002). A institucionalização do cuidado prioriza a tutela em detrimento da autonomia dos sujeitos, inserindo-se na lógica de abstração do trabalho em favor do capital. O cuidado institucionalizado, fragmentado e extorquido de subjetividades reconstrutivas vem sendo utilizado pelo Estado capitalista para apaziguar animosidades, sob a forma da ajuda conformada em política social capitalista. Apesar do potencial transformador presente na *ajuda-poder*, a luta tem sido árdua, com algumas conquistas para a cidadania e muitas para o mercado. Nesse contexto de desigualdades extremadas, urge libertar a expressiva força

revolucionária presente no ato de cuidar, seja porque torna mais humana a existência das pessoas, seja porque as inclui como todo.

A politicidade do cuidado, expressa pelo potencial subversivo do *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*, propõe-se libertar o **fazer-cuidado** de sua institucionalização capitalista predatória. O triedro do cuidar aqui delineado encontra eco na argumentação de Holloway, principalmente na utopia do *poder-fazer* enquanto negação do *poder-sobre*. Assim, na esfera do **conhecer para cuidar melhor** se identificam similitudes com a idéia de *poder-para* (resgate da subjetividade do sujeito por meio da crítica). No enfrentamento do *poder-sobre* para libertar o *poder-fazer*, sugere-se o **cuidar para confrontar**, na perspectiva articuladora do **cuidar para emancipar**.

Se o grito revolucionário de Holloway parece ter ficado rouco com a indefinição das estratégias da luta, talvez a politicidade do cuidado possa ser uma alternativa capaz provocar e acumular mudanças. Não se tem a pretensão de gritar a plenos pulmões que se vai *mudar o mundo*, mas cantar melodicamente que é possível acumular possibilidades por meio do *cuidar-fazer* (até porque ninguém agüenta gritaria por muito tempo. Já a musicalidade da vida contagia, envolve, mobiliza, encanta e conta). No confronto de poderes amplificado e fetichizado pelo capital, a mediação do cuidado, em seu sentido ontológico, ecológico, social e epistemológico, pode ser um sussurro afetuoso, humano e inteligente de gerir a ajuda-poder em prol do bem-comum.

- Gestão da Ajuda-Poder no Brasil

Diante do *capitalismo tardio* ou da *acumulação flexível*, significativas mudanças se operam em países periféricos, mesmo que não tenham atingido a plenitude da era fordista ou experimentado a cidadania produzida pelo capitalismo monopolista de estado, por meio de suas políticas *keynesianas*. Para atrair mais capital, o Estado aumenta suas taxas

de juros e se submete às políticas fiscais dos grandes bancos credores e do FMI para implementar suas políticas. Nessa enxurrada de pressões, a ordem neoliberal é adotar políticas restritivas, setoriais e focalizadas, enxugar e reduzir os gastos estatais, gerar superavit primário e desregulamentar as relações trabalhistas, com vistas ao aumento dos lucros e dos investimentos⁷¹.

É preciso situar o Brasil nessa discussão, uma vez que, como nação periférica, ele não atingiu nem a plenitude do processo de industrialização fordista, nem os brasileiros convivem totalmente com a realidade da acumulação flexível. Aliás, o país convive com elementos que vão do período escravagista colonial - expresso pelo coronelismo autoritário e suas repercussões para a cultura política brasileira, pelo trabalho forçado de crianças e mulheres - passando pela modernidade fordista do capital monopolista, presente na pesada indústria e serviços do país, até centros financeiros bem desenvolvidos, típicos da acumulação flexível, como em São Paulo.

Ou, para refletir sobre a saúde nesse contexto, convive-se ainda com problemas básicos e primários a serem resolvidos, tais como a falta de saneamento básico mínimo para toda população, desnutrição infantil, mortalidade materna e grandes epidemias - há muito, já resolvidos pelos países centrais - passando pela fragilidade nas políticas voltadas à saúde ocupacional, que possam garantir a reprodução da força de trabalho no melhor estilo *keynesiano*, até tecnologias de ponta, que inclui a área de transplantes e reabilitação, com ilhas de excelência no setor público e privado.

Analisar políticas sociais num país com contradições gritantes, de enormes desigualdades, com fossos de miséria e exclusão social, onde a fome ainda constitui uma agenda prioritária e estratégica no discurso do

⁷¹ Para maior aprofundamento sobre neoliberalismo, consultar: ANDERSON, P. Balanço Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático. São Paulo: Paz e Terra, 1995 e NAVARRO, V. Neoliberalismo y Estado del bienestar. Barcelona: Ariel, 1998.

governo (vide Programa Fome Zero, do governo Lula); onde o tráfico de drogas e a violência das grandes metrópoles se institucionalizam com a conivência do poder público; e onde centros financeiros e a naturalização da miséria convivem lado a lado é, no mínimo, complexo. Porém, tendo em vista essa mesma complexidade, não se pode omitir da discussão, seja no plano das subjetividades que movem a cultura e sociedade, seja no âmbito das relações políticas e econômicas que conformam os direitos sociais, entendendo que ambas se completam de maneira hologramática (Morin, 1999-2002) na totalidade. Por outro lado, é preciso pensar alternativas para as políticas sociais frente aos desafios colocados por tais mudanças, seja porque se tem muitas lições a serem aprendidas com a evolução do capitalismo nos países centrais, ou porque tais transformações atingem a todos diretamente, com sérias repercussões para o aprofundamento das desigualdades sociais e conseqüente fragilidade da cidadania brasileira.

Na busca de um breve arrazoado sobre a noção de cidadania, não há como não começar por Marshall (1967), que se tornara clássico pela primeira teoria sociológica acerca do tema. A tipologia introduzida por Marshall entre direitos civis (liberdades individuais, século XVIII), políticos (participação na esfera pública, século XIX) e sociais (bem-estar e segurança, séculoXX), a despeito do evolucionismo linear amplamente criticado e equivocado, constitui uma referência central para discussões teóricas sobre cidadania. É inegável a influência e contribuição desse autor às modificações por quais tem passado o conceito de cidadania, em suas diferentes abordagens e épocas.

Na era moderna, concepção de cidadania acompanha a conformação política e social dos Estados-nações, encontrando, no aparato estatal, a estrutura para sua validação e normalização. Outhwaite e Battomore (1996), à guisa de uma definição para o termo, caracterizam-na no contexto da modernidade pelos termos cidadania *formal*, entendida como condição de membro de um *estado-nação*, e cidadania *substantiva*,

delimitada pela posse de um corpo civil, político e social. O auge de concretizações de tais 'cidadanias' talvez tenha sido no pós-guerra mundial, onde os países europeus vivenciaram o período do *welfare state*, política social capitalista de cunho universalista, onde os direitos sociais se expandem sob os auspícios do Estado moderno, conforme comentado no item anterior.

Um debate oportuno sobre a conquista de direitos em tempos de transnacionalização do capital, ou de como a luta por espaços de poder na esfera pública tem se transformado diante do enfraquecimento do papel do Estado como garante da cidadania, é analisado por Vieira (2001). O autor assume como objeto de análise o destino da cidadania num mundo globalizado, investigando a atuação das ONG's no interior da ONU (Organizações das Nações Unidas). Propõe uma cidadania global, assente na noção de sustentabilidade, *fundada na solidariedade, diversidade, democracia e direitos humanos, em escala planetária*. Na busca de um conceito de cidadania, inclui a perspectiva multiculturalista e feminista, na qual o direito à diferença vem sinalizando outras muitas possibilidades de justiça. Num cenário de *múltiplos*, Vieira (2001:48) advoga que "*a cidadania, no âmbito deste esforço coletivo, não pode mais ser vista como um conjunto de direitos formais, mas sim como um modo de incorporação de indivíduos e grupos ao contexto social (...)*".

Calcada na esfera pública transnacional, a cidadania global proposta por Vieira (2001) não despreza o contexto local como cotidiano a ser transformado, mas articula-o a uma consciência global necessária ao enfrentamento do capital mundializado. Tal concepção de cidadania, mais plural, diversa, solidária e centrada numa institucionalidade política global referenciada na sociedade civil, como sujeito na construção do espaço público democrático, encontra respaldo em autores como Santos (1997, 1998, 2001), Bauman (2000, 2001) e Hardt e Negri (2002). É neste entendimento ampliado de cidadania que se inclui a dimensão do cuidado

como gestão da *ajuda-poder*, na qual a solidariedade como conhecimento e *efeito de poder* ganha relevância e potencialidade emancipatória.

Na mesma linha de reflexão que aposta numa globalização contra-hegemônica (Santos, 2002), o autor advoga que a cidadania global é capaz de confrontar-se com o capital para além dos limites territoriais do Estado-nação. Tece ampla teorização sobre o conceito de cidadania atrelado à soberania do Estado, critica a linearidade da concepção de direitos em Marshall, discute a relação entre sociedade civil e espaço público, chegando ao debate sobre globalização.

Analisa com profundidade a influência das Organizações Não-Governamentais internacionais nas grandes decisões transnacionais, citando conquistas importantes, como a obtida no manifesto contra o Acordo Multilateral de Investimentos (AMI), que daria aos investidores estrangeiros amplos poderes sobre os governos nacionais, estaduais e locais, em todo o mundo⁷². Apesar de alguns equívocos grosseiros, como quando menciona o papel de *‘facilitação’* e de *‘neutralidade’* da ONU na promoção do desenvolvimento sustentável⁷³, Vieira agrega bons elementos ao debate em torno da cidadania global. Propõe, então, uma conformação política transnacional capaz de contrapor-se ao mercado, consubstanciada na cidadania global:

“A cidadania global repousa, assim, na noção de sustentabilidade, fundada na solidariedade, na diversidade, na democracia e nos direitos humanos, em escala planetária. Com raízes locais e consciência global, as organizações transnacionais da sociedade civil emergem no cenário internacional como novos atores políticos, atuando em nome do interesse público e da cidadania mundial, no sentido de construir

⁷² O AMI pretende conferir às empresas multinacionais o direito de ignorar a legislação nacional sobre trabalho, meio ambiente, saúde e outras áreas sociais, numa afronta direta ao Estado democrático. Apesar de não ter sido aprovado na Organização Mundial do Comércio, o AMI vem encontrando outros fóruns e possibilidades de inserção, como as negociações para a criação da ALCA (Acordo de Livre Comércio das Américas), constituindo-se em ameaça permanente.

⁷³ A pseudua *‘neutralidade’* da ONU na recente guerra dos EUA contra o Iraque, que causou a morte de criminosos milhões de inocentes, além demonstrar conviência com as atrocidades policiaisca americana, em nada contribuiu para o *desenvolvimento sustentável*. Prefero a análise de Hardt e Negri (2002) que, ao proporem a pirâmide da constituição global, colocam os organismos internacionais, juntamente com os países do G7 e EUA, no topo do comando.

uma esfera pública transnacional fertilizada pelos valores da democracia cosmopolita." Vieira (2001: 253).

À procura das 'raízes locais', ou de como a cidadania brasileira vem se conformando em meio às profundas desigualdades estruturais, vale a pena embarcar no mapa de viagem proposto por Carvalho (2004). O autor realiza um estudo sobre a história da cidadania no Brasil desde a colônia até redemocratização do país, ocorrida em 1985, sob o olhar da típica classificação dos direitos (civis, políticos, sociais) Marshalliana. Com um caráter mais histórico que sociológico, embora não menos analítico, realiza um consistente passeio, ainda que muito ligado à linearidade presente em Marshall (1967).

Com o intuito de delinear como a gestão da ajuda-poder vem ocorrendo no bojo das políticas sociais implementadas no Brasil, far-se-á breve incursão no percurso histórico proposto por Carvalho (2004). Interessa, aqui, ressaltar dois argumentos centrais. Primeiro, que a cidadania no Brasil é marcada pela forte presença da tutela e submissão do povo aos ditames do Estado, embora com movimentos de resistência significativos e influentes. Segundo, concorda-se com Carvalho (2004) no que se refere à centralidade do executivo na consecução dos direitos brasileiros, com forte influência do patrimonialismo ibero-lusitana. Nestes termos, "*O Estado é sempre visto como todo-poderoso, na pior hipótese como repressor e cobrador de impostos; na melhor, como distribuidor paternalista de empregos e favores.*" (Id., 2004: 221).

O autor divide cronologicamente a caminhada em quatro períodos. O primeiro compreendendo o período entre a independência e a primeira república (1822-1930), o segundo vai do tenentismo ou revolução de 30 até o golpe de 64, o terceiro aborda a ditadura brasileira (1964-1985) e o último contempla o processo de redemocratização, a partir de 1985. Contemporizando-se na internacionalização do sistema capitalista e na diminuição do papel do Estado como regulador do mercado, argumenta

que este cenário tem recolocado o debate da cidadania, uma vez que os direitos políticos e sociais têm sofrido sérias restrições e ameaças.

Os primeiros passos da cidadania brasileira surgem imiscuídos pela forte dominação do coronelismo oligárquico. Aliás, a questão da terra no Brasil nunca foi realmente tocada, permanecendo desigualdade social das mais injustas. Voto de cabresto, currais eleitorais⁷⁴, clientelismo corrupto e nepotismo escancarado são as marcas da primeira república, com predomínio da economia agro-exportadora. Outro ponto de destaque desse período seria a forte repercussão que a escravidão teria trazido para o aprofundamento das aniquidades sociais. Segundo Carvalho (2004:52), *“até hoje esta população ocupa posição inferior em todos os indicadores de qualidade de vida. É parcela menos educada da população, com os empregos menos qualificados, os menores salários, os piores índices de ascensão social.(...)”*.

Os movimentos de resistência desse período, apesar de terem sido sempre fortemente reprimidos pelo Estado, denotam a politicidade das correlações de forças. São citados e analisados, o tenentismo (1922), a cabanagem (1832), a Balaiada (1838), as revoltas messiânicas de Canudos e Contestado, bem como a revolta da vacina (1902). Essa última, ocorrida no Rio de Janeiro devido à implantação da obrigatoriedade da vacina contra febre amarela, inscreve-se na origem da saúde pública brasileira, marcada por forte militarismo, centralização e autoritarismo, numa época que ficou conhecida como *sanitarismo campanhista* (Mendes, 1993. Campos, 1991. Conh, 1999). O que chama atenção nesse movimento, apesar de fortemente influenciado pela oposição política local, é o

⁷⁴ Interessante observar a explicação da origem de alguns termos feita em Carvalho (2004). No que se refere a *curral eleitoral*, por exemplo, o autor esclarece que teria surgido devido ao fato dos coronéis, em épocas próximas à eleição, abrigarem seus ‘votantes’ em barracões regados à farta comida e bebida, como forma de garantir certa quantidade de votos no pleito. Essa expressão continua sendo usada principalmente no nordeste do país, onde o ‘voto de cabresto’, apesar de maquiado, continua fortemente arraigado na cultura política local.

confronto de saberes estabelecidos entre o que se estava querendo instituir (política de saúde oficial) e os hábitos de saúde culturais (saber popular)⁷⁵.

No arremate de uma breve síntese sobre a cidadania brasileira até 1930, esclarece que não havia povo organizado politicamente nem sentido nacional consolidado. A participação política era reduzida a pequenos grupos, as ações se caracterizavam mais como reação ao arbítrio das autoridades, do que propriamente um movimento reivindicativo original. O povo não tinha lugar no sistema político, seja no Império ou na República, conformando-se no que considera *cidadãos em negativo* (id. 2004: 83).

A ascensão e consolidação do populismo varguista e a forte estatização das políticas foram as principais marcas da segunda fase (1930-1964) delineada. A gestão da ajuda-poder seguia os rumos do assistencialismo paternalista opressor, constituindo-se em principal instrumento de dominação e controle da massa política. Como em várias nações latino-americanas, onde os direitos políticos se viram restringidos por ditames totalitários, os direitos sociais no Brasil foram utilizados como mecanismo de coerção e adesão pacífica.

Não por acaso, a influência do positivismo⁷⁶ caracterizou o período de 30 a 45, incorporando a idéia de que as medidas de proteção ao trabalhador e sua família, objetivo maior da política moderna, seriam a melhor maneira de incorporá-los à sociedade (id., 2004:111). Naquela época, vasta legislação trabalhista foi promulgada, inclusive a CLT, introduzida pelo Estado Novo, que permanece até hoje com poucas modificações, apesar da forte ameaça neoliberal. O sindicalismo advindo da época foi fortemente cooptado pelo Estado, gerindo um ambiente propício à corrupção e manipulação política.

⁷⁵ O confronto entre o saber popular e o científico na área de saúde pode ser agradavelmente visitado em Weber (1999) e Neto (1999).

⁷⁶ “A maior influência do positivismo ortodoxo no Brasil verificou-se no estado do Rio Grande do Sul. A constituição republicana gaúcha incorporou várias idéias positivistas. O fato do chefe da revolução de 1930, Getúlio Vargas, e o seu primeiro ministro do trabalho, Lindolfo Collor, serem riograndenses, ajuda a explicar

No que se refere aos gritos de resistência deste período, cite-se o início do movimento estudantil, operário e camponês. Também a Igreja começava a dar sinais de vanguarda com um segmento mais politizado, influenciando significativamente na conjuntura social e política. Trata-se da Ação Popular, um desdobramento da Juventude Estudantil Católica (JUC). A grande inovação, porém, veio do campo, expresso pela liga de camponeses que começou no Nordeste em 1955 e que viria a se transformar numa ameaça aos grandes proprietários de terra a partir da aproximação com Cuba.

A incipiente democracia que começava a se esboçar no Brasil a partir de 1946, fora interrompida pelo golpe militar de 64. Diferente de outros países latinos, a ditadura no Brasil se instalou sem grandes lutas, demonstrando fragilidade política explícita (Demo, 1993). Auxiliando o cimento necessário à manutenção da ordem social imposta pelos militares, a economia começou a crescer (em média 10% ao ano, chegando a 13% em 1973 – (id, 2004)), conformando-se no chamado ‘*milagre econômico*’ financiado pelo Estado desenvolvimentista brasileiro. A qualidade de vida da classe média melhorou, junto com os indicadores sociais, só que de maneira desigual e a custos altíssimos para a dívida externa do país.

A partir da crise mundial do petróleo de 1973, a *milagraria* começou a desmoronar e as desigualdades se acentuavam. O governo Geisel, por seu turno, iniciou lenta abertura dos direitos políticos, pressionado por uma certa corrente de militares, que começavam a se preocupar com a imagem e deturpação das funções das forças armadas (id, 2004:174). Já a oposição, soprada pelos ventos dos movimentos hippie, operário, estudantil e feministas mundiais, vinha ganhando corpo e consistência. Os metalúrgicos do ABC paulista se organizavam fortemente, liderando movimentos grevistas grandiosos (3 milhões de pessoas em 1979 (Id., 2004:180)). Os trabalhadores

a ênfase que passou a ser dada à questão social.(...)” (Id., 2004:111). Uma análise contundente sobre magia, positivismo e religião na república riograndense pode ser vista em Weber (1999).

se organizaram em centrais sindicais e partidos políticos (CUT, CGT, PT), constituindo-se em franco movimento de oposição ao governo.

Diversos outros setores da sociedade civil também se organizavam, como a igreja católica, por meio das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), os movimentos sociais urbanos e associações profissionais da classe média (Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Brasileira de Imprensa (ABI)), além da própria Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Embalados pelas lutas políticas mundiais e pela onda de reivindicações que se avolumavam localmente, a área de saúde também reivindicava democracia a partir do Movimento de Reforma Sanitária, um dos mais importante e vitorioso da história política brasileira. Dando origem ao próprio Sistema Único de Saúde, a Reforma Sanitária brasileira permanece viva enquanto utopia libertária tanto nas lideranças e adeptos conquistados, quanto nos diversos veículos de produção teórica, de idéias e de fóruns de discussão que originou (Fleury, 1997. Gerschaman, 1989. Teixeira, 1989).

O movimento das *diretas já* agregou todos os focos de resistência do período, levando milhões às ruas. Apesar da emenda constitucional que propunha eleições diretas ter sido derrotada no Congresso, a vitória de Tancredo Neves à presidência da república no colégio eleitoral culminaria com a redemocratização do país, chegando ao fim o mais longo e negro período de perda dos direitos civis e políticos da história brasileira, com profundas repercussões para a cidadania brasileira.

Na prática democrática inaugurada a partir de 1985, houve avanços e retrocessos, típicos do aprendizado político de nações semi-periféricas. Um dos grandes destaques, sem dúvida, foi o surgimento do Movimento dos Sem Terra. Representando uma parcela da população das mais injustiçadas do país, os trabalhadores rurais, e confrontando-se com um dos mais graves problemas sociais do Brasil, a posse da terra, o MST força sua entrada na arena política e vem demarcando, com expressividade, sua força

organizativa. Unindo participação democrática com auto-sustentação econômica, requisitos necessários à legítima conquista cidadã (Demo, 1993), esse movimento vem representando uma das mais expressivas formas de exercer a cidadania no Brasil.

Na visão de Carvalho, a grande herança deixada pelos 21 anos de ditadura, além de uma dívida externa impagável, do aprofundamento das desigualdades recheadas de regionalismos raciais, fossos de miséria e violência nos grandes centros urbanos, foi o corporativismo sindical e a visão do Poder Executivo como dispensador de benefícios sociais. O processo de redemocratização do país foi tardio e encontrou uma conjuntura mundial de crise fiscal dos Estados de bem-estar social, um dos principais fatores de inviabilização das conquistas sociais registradas na constituição de 1988. Situando o Brasil no contexto da transnacionalização do capital que se vem ocorrendo, e procurando arrematar algumas saídas, cita-se o trecho abaixo:

“Diante dessas mudanças, países como o Brasil se vêem frente a uma ironia. Tendo corrido atrás de uma noção e uma prática de cidadania geradas no Ocidente, e tendo conseguido alguns êxitos em sua busca, vêem-se diante de um cenário internacional que desafia essa noção e essa prática. Gera-se um sentimento de perplexidade e frustração. A pergunta a fazer, então, é como enfrentar o novo desafio.

*As mudanças ainda não atingiram o país com a força verificada na Europa e, sobretudo, nos Estados Unidos. Não seria sensato reduzir o tradicional papel do Estado de maneira radical proposta pelo liberalismo reeditivo. Primeiro, por causa da longa tradição do estatismo, difícil de reverter de um dia para outro. Depois, pelo fato de que há ainda entre nós muito espaço para aperfeiçoamento dos mecanismos institucionais de representações. Mas alguns aspectos das mudanças seriam benéficos. O principal é a ênfase na **organização da sociedade**⁷⁷. A inversão da seqüência dos direitos reforça entre nós a supremacia do Estado. Se há algo importante a fazer em termos de consolidação democrática, é reforçar a **organização da sociedade** para dar embasamento social ao político. A organização da sociedade não precisa e não deve ser feita contra o Estado em si. Ela deve ser feita contra o Estado clientelista, corporativo, colonizado.”* Carvalho (2004:227).

⁷⁷ Grifos nossos

Apostando na idéia de qualificar os enfrentamentos na esfera pública estatal, a relevância maior da proposição de Carvalho reside na ênfase dada no potencial da sociedade. Ademais, se as estratégias de *tomar o poder* por meio do Estado têm sido fracassadas, por outro lado ainda não se sabe como fazê-las sem ele. Apesar das ponderações de Holloway (2003) pra lá de pertinentes, sobretudo a idéia de que se deve ir *além do Estado*, parece que o *mal necessário* de Offe (1999) continua vogando, mesmo diante da crescente diminuição da centralidade do Estado na mediação do conflito entre capital e trabalho, avançada pela globalização.

Sem querer desatar esse imbróglio, por fugir à modéstia deste estudo, importa ressaltar que o fortalecimento da cidadania brasileira passa pelo resgate do controle do Estado pela sociedade, constituindo-se num poder de *baixo para cima* (Demo, 2002b). Ademais, se o estadismo brasileiro sempre se mostrou hegemônico, e se a história das lutas políticas sempre se constituíram em constante ameaça ao populismo, caberia apostar mais numa ajuda que auxiliasse na conformação de autonomias do povo brasileiro, constituindo-se em força democrática capaz de exigir cidadania, ao invés de benesses.

Tradicionalmente, a gestão da ajuda-poder tem sido utilizada no Brasil mais para controlar, amansar e subordinar os interesses do povo à elite corrupta, que desde sempre esteve no governo. A politicidade do cuidado, no âmbito das políticas sociais, pode vir a se constituir numa alternativa capaz de potencializar um *poder-fazer* (Holloway, 2003) contra-hegemônico (Santos, 2002), por meio de uma ajuda que, sendo também poder, se re-elabora para construir as possibilidades de *grito* da multidão (Hardt e Negri, 2002). Tal intervenção cuidadora, disruptiva e reconstrutora, pode fortalecer sujeitos sociais e qualificar enfrentamentos, emancipando pela desconstrução progressiva de assimetrias de poder.

Diante dessa hercúlea proposição, cabe algumas ponderações sobre o sentido da assistência social no contexto brasileiro, que historicamente tem

sido marcada pela tutela inibidora de politicidades. A inegável marca da autonomia presente na esfera vital dos seres, que na humanidade descrita por Morin (2002) se complexifica de maneira incapturável, torna-se o centro motor primordial para a consecução das políticas sociais. Nesse sentido, a assistência social, como *típica ajuda e relação de dependência em prol da autonomia de sujeitos*, precisa ocorrer na justa medida entre o benefício e a conquista de direitos. A assistência social é imprescindível nos momentos de fragilidade e vulnerabilidade humana diante da vida, mas precisa tornar-se cada vez mais secundarizada na medida em a autonomia dos sujeitos é fortalecida e reafirmada na sociedade. Em outras palavras, a assistência social traduz-se na implementação das ajudas possíveis e necessárias para que a autonomia humana seja sintetizada, e para que a vítima, tornada cada vez mais sujeito, passe a participar do movimento de conquista por direitos, como cidadão participante da vida democrática do país.

Ocorre que, numa realidade socialmente injusta como o Brasil, onde a exclusão é a regra, a assistência precisa ocorrer a partir da articulação das distintas políticas públicas, tendo por princípio ético a superação da extrema pobreza e miséria que ainda existem. Nesse sentido, há de ser severamente controlada pela democracia ativa, pelos beneficiários tornados cidadãos na esfera pública de decisão. Assistência social, isolada e seletiva, é trunfo fácil para manipulação do povo pela elite corrupta que sempre esteve no poder político do país. O reverso dessa medalha ocorrerá pela pressão dos interessados, ou seja, os muitos oprimidos, violados, violentados e miseráveis que têm sustentado de maneira amorfa, e às custas de muita tutela e pouca cidadania emancipada (Demo, 1995), governos assistencialistas e populistas. O estado capitalista, palco de lutas e principal executor das políticas sociais no Brasil, precisa ser democraticamente controlado pela sociedade civil, ou pelos sujeitos forjados pela *politicidade do cuidado*.

A democracia de que se fala ampara-se na discussão das categorias, vetores conceituais e transformações por qual vem passando desde o seu

surgimento, na perspectiva genealógica traçada por Goyard-Fabre (2003), a partir da ambigüidade que lhe encerra. Ou seja, no fato da democracia, desde sua origem, transitar entre a pureza inequívoca de seus princípios e a impureza da sua realidade, ambos cabendo nos limites da imperfeição humanas. Se por um lado, a democracia define uma forma de governo onde a autoridade se funda nos interesses do povo; por outro, transpõe para a esfera pública o caráter conflituoso das paixões humanas, "*(...)de tal forma que, no mesmo movimento que suscita a esperança da liberdade e da igualdade, faz pesar sobre a cidade as ameaças da desrazão que o desejo insaciável do povo introduz na razão.*" (id, 2003:13).

O centro da dubiedade democrática residiria na tensão entre a vontade geral e a liberdade dos cidadãos. Há que se levar em conta os riscos de se assumir quaisquer dessas polaridades para a própria existência de um governo controlado pelo povo, como revela a própria história da civilização humana ocidental, permeada de regimes totalitários que insistiram em pensamentos únicos como mecanismo de interdição privilegiado. Para a autora, os debates filosófico-políticos põem em evidência três questões: o aspecto da legitimidade do poder, o problema dos direitos humanos e a relação entre público e privado. Longe de pretender resolvê-los, argumenta que a principal força e perigo da democracia reside nos limites do humano, em seu poder (re)construtor e destruidor. Nesse ponto ambíguo, não existiriam diferenças entre as democracias antigas ou contemporâneas, uma vez que todas são, por definição e compleição histórica, essencialmente humanas, portanto, imperfeitas.

"É por isso que a ambivalência da democracia existe em todos os tempos. A democracia sempre foi desejável. A esperança da liberdade é sua força profunda e, como nenhum homem sensato pode racionalmente defender a servidão, ela está inscrita na essência da humanidade. Mas, em seu conjunto, a democracia é temível: para os povos bem como para os indivíduos, é árduo assumi-la, porque a liberdade tem limites e esses limites, que são indicação da imperfeição dos homens, são difíceis de traçar de modo duradouro. Por isso é preciso convencer-se de que a democracia não é, como se pensou por tanto

tempo, apenas um regime político possível entre outros modelos de governo. (...) Ela faz parte do horizonte da natureza humana, ao mesmo tempo cheio de luz e carregado de nuvens. (...) Ela se alimenta das mais elevadas esperanças e ela é, sem trégua, mimada pelas mais angustiantes crises; mas ela não é nem a utopia de uma cidade ao sol, nem o mito de um inferno. Obra humana a ser sempre repensada e recomeçada, ela remete a condição humana, diante de toda história, a seu sentido mais profundo e mais perturbador: sempre imperfeita, essa grande aventura humana é um fardo difícil de carregar," (Id., 2003:349).

Sem adentrarmos nessa profícua discussão para lá de relevante, cabe considerar, para os propósitos e concepções da tese aqui defendida, que o caráter emancipatório do cuidado reside na constante recriação das possibilidades democráticas presente nas relações de ajuda-poder. Ou seja, é pelo partilhamento horizontalizado de poderes, presente na atitude de cuidar, síntese da intersubjetividade eu/outro, potencialmente reconstrutiva, que novas ordenações de poderes se tornam possíveis, forjando seres humanos crítico-éticos e participativos diante das desigualdades sociais. Aqui, democracia e cidadania se imbricam e se complementam na utopia realizável de emancipar sujeitos históricos.

A politicidade do cuidado, expresso pelo triedro emancipatório do cuidar pautado em princípios democráticos, constitui-se em possibilidade para o combate às desigualdades sociais e desafio para a cidadania ativa. Apostar nessa concepção significa assumir uma proposição por mudanças que é imanente à história, portanto possível de conquistar. Numa tentativa de indicar dinâmicas disruptivas para a gestão inteligente da ajuda-poder no âmbito das políticas sociais, sabendo-as provisórios e sempre discutíveis, poder-se-ia elencar alguns caminhos centrais:

- ✓ Priorizar o acesso à educação formal de qualidade, investindo na formação de cidadãos críticos, contestadores, criativos e participativos;
- ✓ Investir para que o pobre seja cada vez mais capaz de elaborar projetos próprios de autonomies, centrando-se na epistemologia crítica do cuidado;

- ✓ Oportunizar a integração e otimização das várias políticas sociais existentes, alargando a real participação e controle público dos cidadãos com relação ao Estado;
- ✓ Dinamizar as diversas alternativas de produção existentes (micro-créditos, formação de cooperativas, associativismos produtivos, dentre outras alternativas da economia solidária), fortalecendo os caminhos da auto-sustentação econômica como pressuposto à cidadania emancipada (Demo, 1995). No fundamento dessa idéia reside o direito à re-apropriação dos meios de produção, apostando na releitura crítica da utopia revolucionária marxista (Hardt e Negri, 2002. Holloway, 2003);
- ✓ Superar os localismos (fundados no fortalecimento de poderes locais concernentes à lógica do comando Imperial) ou os regionalismos segregacionistas, potencializando cada vez mais os movimentos e a transnacionalização de trabalhadores capazes de se contraporem a volatilidade e vitalidade do capital. Incluem-se aqui a ampliação dos espaços políticos e a reivindicação plural por políticas sociais equânimes, amplificando a cidadania para além dos limites territoriais (Vieira, 2001. Santos, 2002);
- ✓ Canalizar ações e políticas para que os trabalhadores (ou a multidão) possam conquistar o '*direito geral de controlar seu próprio movimento*', por uma cidadania global (Vieira, 2001. Hardt e Negri, 2002), ou por uma globalização contra-hegemônica (Santos, 2002).

O *grito* proposto por Holloway (2003) é condição inicial para a amplificação do NÃO e da vontade de ser contra da multidão (Hardt/Negri, 2002). Sem ele, homens e mulheres são abafados pelas ondas liberais midiáticas e mundializadas. Mas apenas gritar não basta. É preciso cuidar de forma emancipada, potencializando uma ajuda capaz de confrontar poderes, forjar autonomias e construir utopias baseadas em *fazer*es libertos da alienação capitalista.

1.3- Gestão do Cuidado na Política de Saúde do Brasil: Politicidades

A política de saúde do Brasil, ambientada na forma como a politicidade do cuidado (*gestão da ajuda-poder*) vem se conformando historicamente nas sociedades capitalistas, é permeada por disputas entre mercado e bem comum, com certo predomínio do primeiro sobre o segundo. Apesar disto, vale dizer que o amplo movimento social da Reforma Sanitária⁷⁸, desencadeado a partir da década de setenta, constituiu-se numa mobilização expressiva da sociedade civil por conquistas, dando origem ao atual Sistema Único de Saúde (SUS). O contexto de democratização e crise econômica na década de oitenta, bem como a força política dos atores sociais da Reforma Sanitária (intelectuais e profissionais de saúde dos setores médios), configuraram um palco de disputa singular na história das políticas sociais do país, cuja principal reivindicação, *a saúde como direito de todos e dever do Estado*, foi garantida no texto da Constituição de 1988.

A institucionalização do SUS, orientada por princípios universalistas e solidários, pode ser vislumbrada sob a influência da conformação da *ajuda-poder* no contexto de redemocratização que o país viveu. Ambientada nas lutas políticas que balançaram o país na elaboração da Constituição de 1988, e tendo por cenário econômico a *década perdida*⁷⁹, marcada por recessão, crise fiscal do Estado, inflação e desemprego, a implementação dos princípios do SUS segue em intensa disputa, com algumas conquistas, muitas derrotas e sérias ameaças à cidadania brasileira.

Pode-se dizer que o movimento que deu origem ao SUS, apesar dos avanços no escopo da institucionalidade dos direitos sociais, se abranda

⁷⁸ Pela centralidade que a Reforma Sanitária significou para conquista do SUS, seguindo como objeto de reflexão para vários teóricos/militantes, e ainda pela pertinência de se buscar politicidades nas repercussões desse movimento social para a gestão da ajuda-poder que ora se advoga, retornarei a essa questão adiante.

⁷⁹ Numa breve síntese do contexto de crise econômica em que a implantação do SUS ocorreu, cenário que seguramente também favoreceu o êxito do movimento de reforma sanitária, cita-se Cohn (2002: 234): “*O ano de 1988, portanto, consagra a conquista institucional do movimento sanitário, que se esgota com a promulgação da Constituição Federal. Não obstante, a crise da saúde agrava-se: a recessão econômica que marcou a década perdida na América Latina diminui a massa salarial, em consequência diminuem os recursos da seguridade social e aumenta a demanda por benefícios e assistência médica. O setor privado da saúde, por sua vez, que*

sem reverter a lógica de crescente desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Universalidade, equidade, integralidade e participação social⁸⁰, princípios do SUS que denotam forte compromisso ético com o bem comum, seguem como utopias realizáveis, operando entre o possível-real-medíocre e o real-ideal-concretizável.

O cenário econômico mundial transnacionalizado, as exigências de flexibilização das garantias sociais que o capital financeiro internacional vem impondo sobre os Estados, bem como a forte dependência que países periféricos, como o Brasil, sempre tiveram dos países ricos e do FMI para se *desenvolverem*, numa clara submissão à *ajuda elegante* (Gronemeyer, 2000), se intensificam na década de noventa em diante. O ajuste estrutural ditado pelo conservadorismo neoliberal assume voz firme de comando sobre as nações pobres do mundo, impondo medidas econômicas que restringem o poder do Estado na consecução das políticas públicas. Superavit primário e DRU⁸¹ (Boschetti, 2001) são mecanismos utilizados para saldar uma dívida externa impagável, às custas de muita pobreza e pouca priorização na área social.

Alguns autores, como Conh (2002), consideram que, no Brasil, o ajuste neoliberal para o setor saúde não atingiu a dimensão de *política*, mesmo se configurando como *processo* para tal. A justificativa se daria pela forte

durante as décadas de 60 e 70 se estruturou e capitalizou às custas da política de previdência social, passa agora a pressionar por melhores condições de remuneração dos serviços prestados à seguridade social.”

⁸⁰ Universalidade como acesso democrático da população aos serviços e sistema de saúde, pressupondo participação como conquista de oportunidades alargadas. Equidade significando o caminho para uma sociedade justa, onde as diferenças e desigualdades são tratadas como tais para se garantir inclusão e cidadania, independente de raça, credo ou condição social. Pretende-se com essa concepção priorizar o acesso a quem tem menos oportunidades e escolhas, tratando o diferente e desigual de maneira diferenciada. Integralidade se insere na dimensão das práticas de saúde, pressupondo uma abordagem holística, interdisciplinar, processual e centrada na pessoa (ou coletividades) como sujeito de seu processo saúde-doença.

⁸¹ A Desvinculação de Receitas da União (DRU) diz respeito ao desvio de financeiro das receitas federais para outros fins, diferente do que fora previsto inicialmente na fonte de arrecadação. Assim, mesmo com orçamento aprovado, as políticas sociais são alvo de constantes cortes de recursos e contingenciamentos para pagamento da dívida. Era assim no governo FHC e continua sendo com Lula, apesar da trajetória de esquerda do Partido dos Trabalhadores (PT). Em episódio recente, o governo Lula encaminhou ao Congresso projeto de reforma tributária que previa mecanismo semelhante para os recursos da saúde, contrariando os princípios do SUS e a própria Emenda Constitucional nº 69, que prevê o ordenamento de gastos em saúde nas três esferas de governo. Após intensa mobilização das entidades que lutaram e continuam atuando para defesa do SUS (Conselho Nacional de Saúde, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –ABRASCO, Associação

constitucionalidade que o sistema público de saúde brasileiro conquistou, que tem resistido, mesmo que a duras penas, ao forte desmantelamento que outros setores têm sofrido. É importante que se diga, porém, que o setor privado de saúde, tido como complementar ao SUS, segue com poucas alterações na sua lógica de mercado, operando seja como prestador de serviços remunerados pelo poder público, seja como provedor de planos e seguros de saúde aos setores médios da população, com frágil regulação do Estado.

Assim, o sistema público de saúde segue a tendência histórica de assistir preponderantemente a população pobre, estando marcado por longas filas, emergências lotadas, mau atendimento e pouca cidadania, apesar das ilhas de excelências e experiências de gestões localizadas dignas de nota⁸². Acrescente-se que o SUS é responsável pelo atendimento de grande parcela da população pobre brasileira, com um volume de gastos, serviços e procedimentos expressivos. Sem se adentrar ainda na qualidade da atenção à saúde, marcada por fragmentação da assistência, institucionalização do cuidado (Pires, 2002), pouca resolutividade dos serviços e pulverização de recursos públicos, os números revelam o tamanho do desafio que se tem de enfrentar: i- a rede ambulatorial do SUS perfaz cerca de 56.642 unidades, sendo realizadas, em média, 350 milhões de atendimento/ano; ii- são 6.493 hospitais públicos, filantrópicos e privados, no total de 487.058 leitos, onde são realizadas mais de 1 milhão de internações mês, perfazendo 12,5 milhões de internações por ano; lii- no ano de 2000, foram realizados 2,4 milhões de partos, 72 mil cirurgias cardíacas, 420 internações psiquiátricas, 90 atendimentos politraumatizados em serviços de urgência, 7.234 transplantes de órgãos, sendo 2.549 de rim, 389 de fígado e 104 de coração; iv- são dispensados pelo Ministério da Saúde cerca de R\$ 10, 5 bilhões por ano para custeio de atendimentos de média e alta

Brasileira de economia da Saúde, CONASS, Conasems), houve recuo do governo federal, retirando esse item da proposta (Mendes e Marques, 2003). Volto a essa e outras questões inerentes ao financiamento do SUS, adiante.

⁸² Cite-se, por exemplo, o setor de transplantes e hemodiálise, além do tratamento do câncer e AIDS.

complexidade ambulatorial e hospitalares, e R\$ 3 bilhões para a Atenção Básica.⁸³

Se a equidade na atenção à saúde ainda está longe de se efetivar, haja vista as enormes desigualdades sociais, epidemiológicas e de acesso aos serviços de saúde entre ricos e pobres, no âmbito da ampliação do acesso houve avanços, uma vez que se conseguiu romper com a cidadania regulada (Santos, 1987), típica da medicina previdenciária da década de 70. Mesmo sendo pouco para uma política de saúde que se pretende universal, justa e solidária, a gestão do SUS parece ter uma especificidade institucional importante no que se refere ao financiamento, à descentralização com comando único e ao estímulo ao pacto federativo democrático⁸⁴, servindo de exemplo para outras áreas, como assistência social e segurança pública, que igualmente criaram *sistemas únicos*.

Nem completamente neoliberal, mas tão pouco universal, a política de saúde brasileira tem sérios problemas estruturais, uma vez que se insere num contexto de conformação da ajuda-poder marcado pela tutela, pela estatização das políticas sociais e pela incipiente democracia do país (Carvalho, 2004. Demo, 1995.1996. Bravo, 2002). Uma das expressivas incoerências do SUS, que contradiz seus princípios universalizantes, é o fato de não ter conseguido romper com a histórica divisão entre saúde pública, gratuita e gerida primordialmente pelo Estado, e assistência médica

⁸³ Números retirado do documento “*O Sistema Público de Saúde Brasileiro*”, do Ministério da Saúde, sistematizado por ocasião do Seminário Internacional ‘Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde das Américas’, realizado em São Paulo, Agosto/2002. Note-se que a atenção primária à saúde (atenção básica), amplamente discutida como estratégia de organização dos serviços de saúde por contribuir com a hierarquização e resolubilidade dos mesmos, não se reveste em prioridade orçamentária. A atualização destes valores ao orçamento de 2004 será realizada adiante, na análise da gestão do PSF à luz do triêdrio emancipatório do cuidar. Sobre as experiências inovadoras de gestões municipais e estaduais do SUS, consultar (com críticas): Brasil (2002a,b,c).

⁸⁴ Sobre o processo de gestão institucional do SUS, há vasta legislação, sendo as mais relevantes a Lei 8080/90, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, que estabelece as comissões intergestores bipartites (CIB) e tripartites (CIB) como fóruns de negociação privilegiados de pactuação entre esferas de governo, e a NOB 01/96, onde se tem um avanço na descentralização de recursos. Também a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/02, que pretende ordenar melhor a expressiva municipalização e fortalecer a gestão estadual como coordenador de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços. Excessivamente tecnocrática, essa norma está em processo de revisão. Uma versão comentada da gestão do SUS pode ser consultada em: ‘Para entender a gestão do SUS’, em coleção organizada pelo CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde)-Progestores, Brasil (2003).

individual, eminentemente privada e liberal (Cohn, 2002. Merhy, 1997. Campos, 1992. Mendes, 2001). Nesse sentido, o Estado brasileiro tende fortemente ao neoliberalismo, focalizando seletivamente políticas públicas, de baixa qualidade, para pobres, e subsidiando e/ou pouco regulando o setor privado, dando condições para que a saúde seja transformada em mercadoria.

O setor privado em saúde do Brasil, formado tanto pela assistência médica supletiva como pelas indústrias farmacêuticas e laboratoriais, tem crescido expressivamente com a globalização, atuando com forte presença do capital financeiro e influenciando as tensões dentro do Estado em favor do mercado. Tal fato, evidentemente, não ocorre isolado de um contexto econômico maior, que faz com que o projeto de construção do SUS se torne contrário a interesses dentro da própria esfera pública governamental. Com um plano de estabilização da economia que emperrou o crescimento, e tendo que seguir o receituário do FMI para obter crédito e ganhar confiança dos investidores internacionais, o país se vê num contexto onde as políticas públicas vêm sendo cada vez mais restringidas, sobrando pobreza e desemprego⁸⁵.

Para Cohn (2002), o setor privado da saúde, a partir da década de 80, torna-se relativamente independente do mercado instituído pelo Estado. Uma vez consolidado, essa área passa a se organizar independentemente da intermediação estatal por meio, sobretudo, dos planos e seguros de saúde. Tal comportamento, além de ter tido pouca regulação do poder público (bastando dizer que a lei que normatiza os planos e seguros privados no Brasil passou 10 anos no Congresso para ser aprovada⁸⁶), conta com

⁸⁵ Em edição comemorativa dos 10 anos do Real, plano de estabilização da economia lançado em 1994, a Folha de São Paulo de 27 de junho de 2004 sintetiza o resultado dessa política na seguinte manchete: “Plano vence inflação, mas não a desigualdade”. Traduzindo em alguns números, o país parou de crescer (3,5% ao ano); a pobreza passou de 49 (33% da população) em 1996 para 57 milhões de pessoas (34% da população); a participação dos trabalhadores na renda nacional caiu de 37,7% do PIB para 31,4%, enquanto o capital subiu de 39% para 43,2%. O desemprego aumentou de 5,1%, em 1994, para 12,2% da população, em 2004.

⁸⁶ Refiro-me a Lei 9.656, de 3 de julho de 1998, que dispõe sobre os Planos e seguros privados de assistência à saúde.

isenções fiscais que estimulam tanto o consumo, quanto a prestação de serviços para o Estado.

Discorrendo sobre o que considera '*os grandes dilemas do SUS*', Mendes (2001), por sua vez, atualiza o que considera *universalização excludente*, termo utilizado em produção anterior (Mendes, 1993), para demarcar a profunda desigualdade que ainda perdura no sistema de saúde brasileiro. Vale ponderar, porém, algumas críticas a esse livro. O autor apresenta fragilidade teórica visível, em especial ao definir conceitos de forma ligeira e pouco argumentativa. Expressa linearidade nas discussões de questões marcadamente complexas, como, por exemplo, quando trata a sociedade dicotomicamente como "*cooperativa*" ou "*competitiva*". Tal linearidade se expressa, inclusive, ao incorporar a noção simplista de '*dilema*', entendido pelo autor como "*situação embaraçosa com duas saídas difíceis*" e "*reciprocamente excludentes*" (Mendes, 2001:29). Mesmo podendo se considerar que só existam duas saídas, o que por si contradiz a complexidade da realidade, as mesmas podem não ser '*excludentes*', se entendidas como unidades dialéticas. Com as devidas e sérias ressalvas, o livro toca em questões nevrálgicas, atuais e polêmicas para a efetivação do SUS. Convive-se hoje com as contradições de uma política que se propõe universal, mas não regula efetivamente o mercado, traduzindo-se em *ilhas de excelências* para alguns, e *programas de saúde pública* para o resto da população.

Para o que aqui interessa, a descrição que Mendes (2001) realiza acerca da composição do acesso aos serviços de saúde, sob a perspectiva dos usuários, ilustra com pertinência a contradição do SUS (dito solidário e universal, mas que se insere num contexto neoliberal, mercadológico e competitivo). Assim, os serviços de saúde brasileiro vêm encontrando saídas para as constantes crises reformistas e neoliberais na forma de fragmentação, tendo remodelando antigas demandas. O autor descreve essa pulverização analisando a migração que vem ocorrendo entre os dois

últimos modelos assistenciais - o médico-assistencial privatista (década de 40 até 80), que se consolidou com o processo de industrialização do Brasil e se caracterizava pelas caixas de previdências e pela compra de serviços pelo Estado - e o atual, dito *segmentado* por englobar vários outros 'sistemas'.

Esse *sistema segmentado*, incorporando antigas divisões do modelo médico-assistencial privatista, estrutura-se em três grandes sistemas, o SUS (Sistema Único de Saúde), o SAMS (Sistema de Assistência Médica Supletiva) e o SDD (Sistema de Desembolso Direto). O SUS, público e universal, é responsável por 48,6% dos atendimentos à saúde, tem uma clientela nominal de cerca de 110 milhões de usuários e teria incorporado a clientela do setor previdenciário e a população excluída dos serviços. O Sistema de Desembolso Direto (SDD) seria constituída por parcela da população que paga diretamente pelos serviços de saúde, sendo um sistema complementar tanto para os usuários do SUS, quanto de planos e seguros privados.

O Sistema de Assistência Médica Supletiva, sistema privado com subsídios diretos e indiretos do Estado, é constituído por quatro modalidades assistenciais: a medicina de grupo, a autogestão, a cooperativa médica e o seguro-saúde, tendo crescido expressivamente nos últimos anos. O número de beneficiários passou de 16,2% dos brasileiros, em 2001, para 38,2 milhões, em 2004, o que significa 21,6% da população, embora a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) utilize as estimativas do PNAD/IBGE, de cerca de um quarto da população brasileira coberta com planos privados, em seus documentos⁸⁷. Ainda segundo a ANS, responsável pela regulação do setor, a população beneficiária encontra-se desigualmente distribuída, coincidindo com a pobreza regionalizada do país e concentrando-se nas regiões mais ricas. Para ilustrar melhor, somente o estado de São Paulo possui 44,65% do total nacional, a região sudeste corresponde a 69,23 % e a sul, 11,70%. Somando-se essas duas regiões, vê-se que cerca de 80,93% dos usuários dos Planos e seguros privados do país se

⁸⁷ Informações obtidas no site www.ans.gov.br, em 25 de junho de 2004.

concentram nas regiões mais desenvolvidas (PNUD/Brasil, 2003). Saliente-se que o setor tem tido um aumento significativo do faturamento que, segundo Mendes (2001), correspondeu a US\$ 16 bilhões em 1996.

A frágil regulação do setor privado de planos e seguros de saúde no Brasil pode ser exemplificada pelo débil ressarcimento desses setores ao SUS. Ou seja, segundo a Lei 9.656/98, art. 32, as operadoras devem ressarcir ao SUS os serviços previstos em seus contratos que tenham sido prestados pela rede pública de saúde. O cumprimento desse dispositivo poderia evitar a duplicidade de receitas por parte das prestadoras de serviços, que usualmente recebem dos consumidores, por meio dos planos e seguros, e do próprio SUS, pelos serviços prestados. Racionaria também os gastos públicos em saúde, um dos grandes desafios do SUS. Porém, esse processo tende a ser moroso, excessivamente burocrático e pouco específico na identificação dos serviços a serem pagos⁸⁸.

Outro ponto relevante para a análise da gestão da política de saúde do Brasil diz respeito à descentralização ou à transferência de responsabilidades e recursos federais para gestão e execução de políticas públicas⁸⁹, que se intensificou a partir da constituição de 1988 e que no SUS ganhou amplitude considerável a partir da publicação da NOB 01/96. Contrapondo-se ao regime autoritário e centralizador da ditadura militar, o movimento pela redemocratização do Brasil assumiu como bandeira de luta a autonomia de municípios na condução das políticas, bem como a participação da sociedade nas decisões da esfera pública.

A descentralização de políticas públicas suscita argumentos fortes em seu favor, em geral associados à otimização na alocação de recursos,

⁸⁸ Em documento apresentado pela ANS ao Conselho Nacional de Saúde, em junho de 2001, e em informação também facilmente verificada no site, registrou-se que apenas 1% do total de AIH's (Autorização de Internação Hospitalar) geradas pelo SUS são identificadas para ressarcimento. Dos R\$ 21,6 milhões cobrados naquele ano, apenas R\$ 3,4 milhões foram recebidos, uma vez os processos acabam na justiça, com a tramitação lenta em função de muitos recursos que impedem a agilidade no procedimento.

⁸⁹ Entenda-se política pública como um compromisso com o que é de todos, sustentado por uma comunidade e expresso por um conjunto de decisões que são negociadas, geridas e implementadas nos espaços da política. O

melhor eficiência na execução dos serviços, oportunizando a participação da sociedade na fiscalização e prioridades das políticas públicas locais. São implicações importantes para a cidadania, podendo fortalecer o exercício cotidiano dos atores sociais na arena política. Porém, a associação positiva – *e um tanto automática* – que se tem feito entre descentralização e cidadania pode incorrer em freqüentes riscos ou reducionismos nas análises sobre o assunto (Arretche, 2002). A idéia de que *'não é bem assim'*, embora teoricamente ambos os termos se imbriquem, talvez seja a primeira desconfiança plausível, haja vista a frágil cidadania do Brasil já referida.

Fundamentando-se no contexto da descentralização dos anos oitenta, marcado pela territorialização das políticas públicas, mudança no perfil urbano, incremento de recursos para unidade subnacionais e redemocratização, D'ávila (2002) discorre que estaria ocorrendo uma transição para um *'novo pacto federativo'* dos anos noventa, com re-centralização fiscal e política. A autora aponta vários *'percalços'* por quais tem passado a descentralização no Brasil, caracterizada pela *perduração de formas arcaicas no exercício da política e na administração pública*, pela ausência de ações coordenadas nos três níveis de governo e pelo *não enfrentamento da reforma do Estado*, resultando em *padrões diferenciados de políticas setoriais*.

Diversas avaliações e análises sobre o processo de descentralização entre níveis de governo têm sido feitas na área da saúde⁹⁰. Refira-se em especial Arretche (2002), que examinou a extensão e os determinantes do processo de municipalização da saúde em 1.643 municípios. Na análise desenvolvida, verificou-se o alcance da municipalização em duas dimensões: a oferta municipal de serviços de atenção básica (produção direta de serviços básicos) e a gestão da rede hospitalar local (capacidade de controle e regulação dos provedores privados e públicos). Atentou-se

termo 'público', pois, não corresponde necessariamente a 'estatal', embora tenha o Estado como principal instrumento de viabilização das ações destinadas ao 'bem-comum'. (Demo,2002c).

⁹⁰ A revista Ciência e Saúde Coletiva, v7 n3 de 2002, por exemplo, cujo tema é *Saúde: o desafio da gestão local*, apresenta vários artigos, pesquisas e temas livres sobre o assunto.

para o impacto das seguintes variáveis sobre a decisão municipal em favor da municipalização: i- o porte e localização do município; ii- suas capacidades fiscais (gasto e arrecadação); iii- as preferências do eleitorado local; iv- a competição eleitoral; v- o contexto local para tomada de decisão; e vi- o impacto local da estratégia federal de descentralização.

Dentre as principais conclusões do estudo, cita-se: i- o processo de descentralização ocorre de forma distinta nas duas dimensões analisadas, sendo que a oferta de serviços de atenção básica encontra-se bem mais avançada (influenciada pela política de descentralização induzida pelo Ministério da Saúde a partir de 1996) que a gestão da rede hospitalar local; ii- as diferenças de porte e localização dos municípios se mostraram relevantes: cidades de menor porte (até 100.000 habitantes) tendem a oferecer uma quantidade *per capita* maior de serviços que as capitais. Tal característica estaria associada relativamente à maior *capacidade de gasto municipal*; iii- a capacidade de gestão do sistema hospitalar local é relativamente mais avançada em cidades maiores (cidades-pólo ou de caráter regional). Influenciam esse fato a capacidade de arrecadação do município e o efeito cumulativo no tempo de adesão aos requisitos previstos na NOB/ 93.

Sem esquecer o contexto sócio-histórico em que a política de saúde se insere, marcado tanto por peculiaridades regionais, quanto por influências nacionais e mundiais, pode-se dizer que as conclusões do estudo coincidem com vários outros no que se refere à caracterização das gestões municipais que têm tido melhores resultados com a descentralização. Assim, um município de pequeno ou médio porte, população menor, com aprendizado político em curso no exercício democrático-participativo, com capacidade técnica de arrecadação e gasto em saúde equilibrada, com laços de solidariedade mais fortalecidos, menos violência urbana e, possivelmente, problemas de saúde menos complexos, terá muitas chances de ter êxitos na organização de seus sistemas de saúde, a depender, claro, de sua trajetória sócio-econômica.

Em relação ao fato dos municípios conseguirem organizar com mais facilidade a atenção primária à saúde encontra justificativa na clássica divisão que sempre houve no Brasil entre saúde pública, centrada em programas normatizados pelo Estado e com baixa complexidade tecnológica, e atendimento individualizado, eminentemente hospitalar e atuando sob a lógica de produção de procedimentos, exames, consultas e internações diretamente relacionados com o viés mercadológico. É muito mais difícil organizar o setor hospitalar, por vários motivos, todos inscritos na intensa correlação de forças dos atores na esfera estatal. Cita-se alguns: i- as contradições entre trabalho e capital são mais intensas; ii- os interesses do mercado em saúde (laboratórios, equipamentos, prestadores de serviço, assistência médica suplementar) são muito maiores e mais bem articulados com o legislativo e executivo; iii- a demanda da população pelos serviços hospitalares é maior e mais complexa, sendo necessário organizar o sistema de forma integrada e resolutiva em todos os níveis de atenção; iv- as resistências de profissionais em mudar a cultura organizacional das instituições hospitalares (e o próprio processo de trabalho em saúde), tradicionalmente hierárquicas, verticais, fragmentadas, rotinizadas, mecanizadas e com forte influência do *fordismo* produtivo e alienante; v- a forte medicalização dos problemas sociais, com consequente pressão cultural por consultas, medicamentos e exames.

Indubitavelmente, o setor saúde avançou muito no processo de descentralização de ações e recursos para os municípios. Hoje, praticamente todos os municípios brasileiros estão habilitados em uma das duas formas de gestão previstas na NOB 01/96 (1-plena da atenção básica; 2- plena do sistema municipal de saúde) ou NOAS 01/02 (1-plena da atenção básica ampliada; 2- plena do sistema municipal de saúde), que os possibilitam receber recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Municipais (Brasil, 2002b)⁹¹. Mediante um Plano de

⁹¹ Sobre esse ponto em especial, a recente Portaria nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, extingue ambas as formas de gestão “Plena da Atenção Básica Ampliada”, segundo a NOAS SUS 2002, e “Plena da Atenção Básica”, segundo a NOB 01/96. Vale dizer que, atualmente, apenas 15 municípios brasileiros não estão

saúde elaborado pelas secretarias de saúde e aprovados pelos respectivos conselhos, o gestor de saúde tem certa autonomia na alocação de recursos financeiros para a atenção básica, fazendo-a a partir das necessidades locais, sob as diretrizes do SUS.

Com as transferências de recurso *fundo-a-fundo* ampliou-se o orçamento de municípios de pequeno e médio porte, melhorando os quadros técnicos das secretarias e a oferta de serviços básicos de saúde à população. Muitas experiências exitosas de SUS municipais foram estruturadas a partir da implantação da NOB 01/96, que incrementou o processo de descentralização com a transferência de responsabilidades e recurso financeiro, atendendo a antiga reivindicação dos defensores do SUS. Igualmente a criação do PAB (Piso da Atenção Básica)⁹², valor per capita repassado aos municípios de acordo com a população, significou um avanço da municipalização do SUS, porque não está vinculado ao pagamento de procedimentos e consultas, mas a organização da atenção à saúde a partir das necessidades da população. Vale salientar, porém, que embora os recursos federais tenham sido priorizados na modalidade de repasse *fundo-a-fundo* sobre o *pagamento por produção de serviços*, passando de 10%, em 95, para mais de 60%, em 2002, manteve-se a lógica de 'produção' para a assistência hospitalar individual, pouco reguladora (e até estimuladora) do mercado de bens e serviços em saúde.

habilitados em uma das formas de gestão previstas pelas normas operacionais, o que demonstra a grande descentralização de recursos já implantada. Esse ato, que será discutido adiante na análise da gestão do PSF, tem grande potencial de avanço, uma vez que diminui a burocratização da descentralização, reconhece responsabilidades constitucionais do gestor local perante a atenção básica à saúde da população e prioriza a pactuação como instrumento de gestão e avaliação do SUS.

⁹² Atualmente, existe o PAB fixo, correspondente a R\$ 13,00 *per capita/ano* (portaria 2024/GM, de 13 de setembro de 2004) e o PAB variável, que pode ir se agregando ao PAB fixo do município caso ela adira aos programas definidos pelo Ministério da Saúde (Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), de combate às carências nutricionais, Farmácia Básica e Ações Básicas em Vigilância Nutricional). Desta forma, a composição do PAB global (fixo+variável) pode chegar até a três vezes o valor que o município receberia apenas com o PAB fixo. Segundo levantamentos do Departamento de Atenção Básica, nos municípios onde estão implantados todos os programas do PAB variável, a média do PAB se eleva para R\$29,00/habitante/ano. Uma das críticas que vem sendo feita a esta forma de financiamento é que ele induz a eleição das prioridades pelo município, perpetuando a lógica de saúde pública por 'recortes' ou 'programas' (Mendes e Marques, 2003), ranços históricos do sanitarismo campanhista (Mendes, 1993. Campos, 1991.1992). Discutirei melhor a inserção do financiamento da atenção básica no SUS e suas repercussões adiante, na análise de dados sobre a gestão do PSF à luz do triado emancipatório do cuidar, item 3.3.

A despeito dos consideráveis e relativos sucessos, o processo de descentralização do SUS vem recebendo outras tantas críticas pertinentes. A principal, e mais preocupante, é que a agilidade na transferência de recursos e responsabilidades para o município não veio agregada a uma política de acompanhamento, assessoria, apoio técnico e avaliação dos níveis estaduais e federais do SUS. Se o repasse de recurso é importante para a gestão local dos serviços de saúde, isso não implica em *'desobrigação'* das demais esferas de gestão. Ao contrário, tornam-os mais complexos e necessários, já que o pacto de gestão é tripartite, fundado na democratização das decisões e compromissos assumidos na esfera pública.

O que ocorre, então, é que ao município cabe a maior parte do peso na execução dos serviços de saúde, tendo que garantir acesso com equidade, referência especializada e transferência do usuário para outros centros, quando não dispõe do atendimento no local. O nível estadual, por outro lado, se queixa do esvaziamento dos seus quadros técnicos para os municípios, que oferecerem, em geral, salários melhores, ficando as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) sem condições de assessorá-los na qualidade requerida. Ambos, então, reclamam do Ministério da Saúde, que em nome de um federalismo oportuno, se vê desobrigado em dar respostas mais firmes. Essa correlação de forças, rica em confrontos políticos eleitorais e, ao mesmo tempo, combativa e dinâmica, tem gerado os avanços e retrocessos do SUS.

Em suma, se a descentralização for entendida como ajuda na construção de projetos próprios de saúde por gestões estaduais e municipais, favorecendo a gestão local, o pacto federativo e a participação social, cabe colocar que tal processo ocorre em contextos de dependências, sempre re-criadas. Dialeticamente falando, a parte, que não se reconhece em seu contrário não é totalidade, mas cartesianismo fragmentado e equivocado. Com isso se está querendo dizer que a ajuda nunca deixará de ser poder, podendo se travestir nas mais diferentes formas

de opressão, seja no paternalismo tutelador ou no liberalismo maquiado de democracia, por exemplo. Se o Estado centralizador e populista manipula e coage pelo assistencialismo paternalista, o neoliberalismo descompromissado com o público, fomentador de competições e individualidades, domina igualmente pela omissão velada. Em contraposição a esta bipolaridade opressora, ***a politicidade do cuidado não nega o componente de domínio presente na ajuda, reinventa-o cotidianamente de forma partilhada e responsável.***

E por falar em partilhamento, outra característica do SUS, inaugurada pela Constituição de 88, foi a constituição dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, que legalmente estão responsáveis pela fiscalização do Estado pela sociedade civil. Com o avanço do processo de descentralização, a maioria dos municípios foi obrigada a criar conselhos paritários para habilitar-se ao recebimento dos recursos federais. Observa-se então, a partir de 88, um crescimento numérico expressivo dos conselhos de políticas pública (saúde, educação, assistência, idoso, meio ambiente, criança e adolescente, etc). Com este fato público e notório, surgiu a figura do *'conselheiro profissional'*, especializado em representar a sociedade civil nos conselhos de controle democrático. Explica-se: diante da frágil cidadania e pouco exercício participativo da população brasileira, uma mesma pessoa acaba fazendo parte de quase todos os conselhos municipais, como se fosse possível ser representante de tantas demandas, ou mesmo dominar tantos assuntos. O que ocorre, que não é novidade pelo que até aqui já se argumentou (e pela realidade que se convive diariamente), é que essas instâncias se transformam em expedientes burocráticos do executivo, com raras experiências que contrariam esse perfil.

Um grande equívoco relacionado aos conselhos de políticas públicas é que se costuma, em geral, aprisionar o controle social apenas a esse espaço institucional, como se fosse possível conter as demandas ou politicidades da sociedade por melhores oportunidades em fluxos normatizados pelo Estado

capitalista. O que se vê, na prática, é muito ao contrário disso. No setor saúde, o Programa Nacional de DST/AIDS, reconhecido internacionalmente pela qualidade da assistência prestada aos portadores do HIV, pode ser considerado um dos que melhor tem sido controlado pela sociedade civil, até porque a epidemia da AIDS não escolhe classe social, contaminando pobre e rico, anônimos e famosos. Ao contrário do que se poderia supor, a pressão é exercida muito mais pelas organizações não-governamentais (ONG's), e não pelos conselhos de saúde. Aliás, pode-se mesmo considerar que este programa tende a se distanciar dos fóruns de negociação e pactuação do SUS, como as CIB's e CIT, tanto é que hoje um dos seus maiores desafios se refere à questão da sua sustentabilidade, uma vez que o avanço de suas ações vem contando basicamente com financiamento do Banco Mundial.

Sobre a relação entre Estado, sociedade civil e participação social nas políticas de saúde, cita-se novamente Cohn (2003), que a aborda num contexto destituído de direitos, com índices extremados de pobreza e desigualdades sociais, como no Brasil. Tecendo apontamentos sobre o processo de participação da sociedade nos conselhos de saúde, questiona: *"Em resumo, o que está em jogo é se indagar sobre até que ponto e em que sentido essa modalidade de participação de distintos segmentos organizados da sociedade nessas instâncias efetivamente avançam no processo de democratização da democracia,(...), ou reforçam a presença da dimensão privada e particularista no processo de formulação das políticas de saúde, dados os diferentes interesses aí presentes."* (id, 2003:17).

Destaca, ainda, algumas dinâmicas sobre a participação nos conselhos, relacionadas principalmente com a baixa representatividade dos membros - expressando provável insuficiência no exercício democrático e herança da reforma sanitária voltado mais para o Estado que para a sociedade civil - e o crescente distanciamento de representantes e representados, com avanço da dimensão técnico-administrativo em

detrimento da dimensão política propriamente dita. Nesse sentido, refere que as pautas e discussões travadas naqueles espaços são muito mais operacionais do que propriamente negociação entre interesses contrários. Estaria em jogo, sobretudo, o questionamento se os Conselhos de Saúde constituem realmente arenas públicas no processo de tomada de decisão.

Acrescenta que seria importante refletir sobre a construção de um padrão de civilidade na sociedade brasileira por meio da valorização da política, passando-se de uma *prática política defensiva*, para uma *prática política ofensiva*. Sobre a participação da academia nesse processo, conclui: “E até que ponto a produção acadêmica tem buscado contemplar essas dimensões sem cair na armadilha de se retornar a antinomia entre Estado e sociedade ou, no outro extremo, de se retornar a coincidência entre ambos, confundindo-se o público com o estatal”. (id., 2003:18)

A partir da crítica colocada por Cohn, é possível observar em vários autores (Paim, 1997. Fleury, 1997. Noronha e Soares, 2001.), muitos deles também participantes do movimento que deu origem ao SUS, que a tônica da Reforma Sanitária tende a ser vista primordialmente no campo da correlação de forças, porém com certa tendência em eleger o Estado como ator privilegiado na consecução da política de saúde no Brasil. Tal concepção denuncia o tom profundamente estatal presente nas políticas públicas brasileiras (Carvalho, 2004. Vasconcelos, 2003), além de certa ingenuidade em supor que a mediação do Estado capitalista possa operar em bases radicalmente solidárias sem a efetiva pressão da cidadania ativa, como se fosse possível *mudar o mundo* apenas por meio desse campo de lutas que, historicamente, sempre atendeu ao capitalismo (Holloway, 2003).

Em reflexão acerca da práxis da saúde coletiva, a partir do aprofundamento teórico sobre estrutura e sujeito nas ciências sociais, Minayo (2001) reconhece a Abrasco⁹³ (Associação Brasileira de Pós-graduação em

⁹³ A Abrasco, à exemplo do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, se origina sob os auspícios do movimento da Reforma Sanitária

Saúde Coletiva) como *intelectual orgânico* no âmbito do sujeito coletivo da saúde. Apesar de destacar a relevância inequívoca da entidade tanto para o Brasil, como para a América Latina, faz críticas pertinentes sobre seu objeto epistemológico e atuação:

"No que concerne à discussão sobre sujeito epistêmico, minha observação é de que o conceito de saúde coletiva e, por conseqüência, toda a práxis da ABRASCO continuam manietadas aos parâmetros fortemente estruturados da hegemonia médica. Seu centro é a doença (coletiva?); sua reflexão é sobre doença ou os problemas de saúde; e sua atuação ou é exercida em nível de formulação política ou no âmbito das predições para os serviços de saúde que, em última instância, tratam das enfermidades. (...)

Na minha opinião, essa rede prisional que envolve o quadro da ação teórica e prática da saúde coletiva necessita ser revista. Ela carrega todo o peso que a criação da Abrasco buscou romper e conseguiu somente no âmbito sócio-político." (Minayo, 2001:17).

O arrefecimento das grandes mobilizações nacionais e a transfiguração dos movimentos sociais, fruto da própria conjuntura social, política e econômica pautada na fragmentação, competitividade e individualismo que se vem discorrendo, teve repercussões para os desdobramentos do movimento de reforma sanitária. Dispersos, atuando principalmente nos espaços da gestão pública (comprometidos e/ou contestadores de governos), na academia e/ou no engajamento associativo, parece que os atores sociais que tiveram um protagonismo acentuado na implantação do SUS perderam o vigor da militância de outrora. Isso não significa total apatia, mas mudança significativa no panorama e distribuição das forças sociais que influenciam os rumos da política de saúde do Brasil.

Diante de tão intrincado cenário, onde a ameaça de transformar saúde em mercadoria ronda a gestão da ajuda-poder diante da pulverização do controle social do Estado pela sociedade civil, cabe refletir em que medida a politicidade do cuidado poderia contribuir para forjar cenários propícios à autonomia de sujeitos. O cuidado aqui defendido estaria o mais próximo possível de sua desinstitucionalização, ou desalienação, para Marx, ou libertação do poder-fazer, para Holloway (2003). Assim, seja inserido no

contexto da assistência à saúde, onde o processo de trabalho dos profissionais tem mais sentido no encontro das intersubjetividades (Ayres, 2001), seja na formação de cidadãos onde a ajuda se fortalece na construção da crítica, ou na gestão de políticas sociais, onde o processo decisório tem como dimensão ética a questão pública controlada democraticamente, a politicidade do cuidado pode ser uma possibilidade de mediação entre a tutela e a autonomia, em sentido disruptivo, reconstrutor e emancipatório.

- Buscando Politicidades na Forma de Organizar e Produzir Cuidados em Saúde

Uma das grandes lutas advindas do movimento da Reforma Sanitária, a mudança do paradigma assistencial em saúde, permanece como utopia concretizável. Tal ideário, fundado nos princípios *doutrinários* do SUS (universalidade, equidade e integralidade), sofre influência das profundas mudanças que vêm ocorrendo na economia e na sociedade, nos valores e hábitos de saúde da população (consumismo e medicalização dos problemas sociais), além da própria formação e prática dos profissionais (tecnicista, cartesiana, positivista), inserindo-se, claro, no contexto macro-estrutural bem mais amplo de conformação da ajuda-poder.

A referida mudança consistiria em transcender a abordagem curativa, hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades, fundada em processos de trabalhos rigidamente divididos, alienados e na hegemonia do médico sobre a equipe de saúde (Pires, 1989. Merhy, 1997). Em seu lugar, propõem-se abordagens interdisciplinares, com resgate da integralidade da atenção, centrada na saúde, na comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na participação social e na pessoa como sujeito do processo de saúde-doença, seja em nível individual ou coletivo.

O modelo⁹⁴ curativo e hospitalocêntrico envolve a pesada indústria farmacêutica, de equipamentos e insumos tecnológico para o setor, portanto lucros e acumulação do capital (mercado). Para a manutenção dessa forma de produzir cuidados em saúde, que coincide com a reprodução do sistema capitalista, estimula-se o consumo de serviços e equipamentos em saúde, bem como a medicalização dos problemas sociais⁹⁵ da população, que geram dividendos para o setor privado. Em conseqüência, o mercado de trabalho que se abre ao profissional de saúde exige justamente o que as universidades estão prontamente respondendo, ou seja, um profissional especializado e tecnicamente competente, embora alienado de seu processo de trabalho e politicamente frágil⁹⁶.

O que se pleiteia, portanto, é influir na lógica do mercado, ampliando a cidadania para além dele, como costuma dizer Demo (1995). Interferir na lógica do mercado significa, dentre outras coisas, imbricar-se nas análises sobre o desenvolvimento e contradições do capital, para, a partir e sobre os mecanismos que regem a economia capitalista, solapar a dignidade dos direitos e garantias fundamentais de uma sociedade igualitária. Assim, além das análises políticas sobre a efetiva implantação do SUS, é preciso adentrar na face econômica, igualmente relevante. A mudança preterida só conseguirá ter êxito se mexer com o modo como vêm sendo produzidas ações e serviços de saúde que, se historicamente têm privilegiado o capital, urge voltar-se para o trabalho. O fortalecimento do controle da sociedade

⁹⁴ Por 'modelo assistencial' entendo a forma com que o cuidado em saúde é produzido e se organiza na política de saúde para atender às necessidades da população. Apesar do uso bastante consagrado na literatura do setor, mantenho uma ressalva crítica em relação à expressão 'modelo', por restringir politicamente libertárias. Assim, a utilização desse termo está restrita a uma determinada forma de organizar o cuidado, em geral vinculada à política oficial vigente, que por sua vez se insere no modo de produção capitalista. Não significa dizer que seja a única ou a mais importante, haja vista a diversidade de saberes, práticas e culturas que compõem a realidade.

⁹⁵ Entenda-se por medicalização dos problemas sociais a forma com que questões de ordem pública, como direito ao saneamento básico e tratamento de água, são tomados restritamente em sua dimensão privada, sob a lógica do enfoque biomédico (Capra, 1982). Assim, no exemplo citado, ao invés de se problematizar a dimensão política e econômica da pobreza, tende-se a tratar apenas as doenças parasitárias advindas do problema, culpabilizando individualmente os cidadãos que não se cuidaram como deveriam, numa clara manifestação de poder tão própria das profissões da saúde (Donnangelo, 1975. Germano, 1985. Almeida, 1989)

⁹⁶ Um exemplo de investigação sobre a fragilidade política dos profissionais de saúde, com recorte para o Enfermeiro, por historicamente influir nos diversos espaços que ocupa (gestão, gerência, ensino, pesquisa e assistência), para a operaciolização das políticas de saúde, foi realizada por ocasião da minha dissertação de mestrado (Pires, 2001). Sobre processo de trabalho, ver: Melo (1986), Pires (1989), Silva (1986).

sobre o Estado, por meio da politicidade do cuidado, aqui defendido, pode ser uma possibilidade para emancipar o cuidar das amarras que o coisificam.

A discussão de que a atenção primária em saúde seria um lócus privilegiado para se desencadearem tais mudanças, por influir mais diretamente na organização e produção da demanda por bens e serviços de saúde, não é nova. Desde o lema da histórica Conferência Internacional de Alma Ata⁹⁷, *Saúde para Todos no Ano 2000*, países do mundo inteiro têm se preocupado em estruturar sistemas de saúde mais resolutivos, equânimes, universais e pautados na integralidade. Apesar da conjuntura política da época, marcada por fortes pressões sociais, vale ponderar que a crise econômica mundial do petróleo (1973), aliada à crise fiscal dos Estados de bem-estar social, também contribuíram para a discussão sobre a racionalidade de gastos em sistema de saúde, solicitando mudanças na forma com que os serviços e práticas se organizam para a assistência prestada à população.

Uma análise consistente sobre a rede básica de saúde, entendendo-a como ponto estratégico para mudar a forma com que serviços e práticas se organizam para assistir à saúde da população, é realizada por Merhy (2002). Esse autor aborda a especificidade da rede básica como um lugar fecundo para se operarem mudanças no modelo assistencial, advogando que, diferentemente do hospital, ocorrem possibilidades de menor aprisionamento das práticas em saúde, podendo abrir-se a diversas alternativas. Chama a atenção para que não se confunda *rede básica* com espaço físico (centro de saúde, posto, unidade de saúde, etc), ampliando a discussão para o processo de trabalho em saúde.

⁹⁷ A Conferência de Alma Ata, em 1978, se tornou um marco para a saúde pública por pactuar com os países membros da ONU o compromisso de que, até o ano 2000, toda a população teria acesso aos serviços e ações de saúde, independentemente de cor, raça, classe social ou religião. Passados quase 30 anos daquele evento mundial, constata-se que o lema instituído permanece mais atual do que nunca.

A partir de uma breve incursão histórica sobre a conformação da rede básica na saúde pública brasileira, propõe uma "*tipologia para entender as distintas conformações tecno-assistenciais da rede básica*" (id., 2002:216) fundada em três correntes advindas das críticas que foram surgindo, principalmente, a partir da década de 70. Seriam elas: a conservadora, a reformista e a transformadora. A primeira corrente, conservadora, defendia a privatização das ações médicas, com o Estado provendo a assistência aos mais "*necessitados*" e "*carentes*", atuando com os tradicionais instrumentos da saúde pública, como campanhas de controle de epidemias e vacinação, educação sanitária em massa, saneamento, entre outros. A segunda, reformadora, preconizava, sobretudo, a racionalidade do sistema, defendendo a idéia de atenção básica como 'porta de entrada' do SUS. Advém dessa linha as discussões sobre planejamento das ações e serviços de saúde, bem como a incorporação da assistência médica como instrumental de saúde pública, até então pautada preponderantemente na epidemiologia. A idéia de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, fundada na clássica visão linear da *História Natural da Doença*⁹⁸, encontra certo respaldo nessa corrente. A concepção transformadora, por sua vez, defendia a reformulação do setor saúde por meio da democratização tecno-gerencial e da penetrabilidade do Estado pela sociedade civil, buscando sistemas únicos e universalizantes.

O que é curioso na classificação proposta por Merhy é a percepção de que a realidade atual convive com elementos das três correntes, em rica disputa por espaços de hegemonia. Convive-se hoje com traços muito fortes do *sanitarismo campanhista* conservador da década de 30, marcado pelo forte militarismo das ações de controle de doenças presente nos serviços e prática dos profissionais de saúde. A idéia de que a rede básica deve atuar

⁹⁸ O modelo da história natural da doença, de Leavell e Clark, difunde fortemente a concepção restrita e linear dos processos saúde-doença, definindo o curso "natural" da doença como uma evolução dos seguintes períodos: pré-patogênico – patogênico- reabilitação-cura. A histórica divisão entre prevenção e tratamento de doenças, ou entre saúde pública e atenção hospitalar, como se uma não estivesse fundada na outra, advém dessa teoria amplamente introjetada sem críticas na maioria dos currículos dos profissionais de saúde. Sobre esse assunto, consultar (Filho & Rouqueiro, 2002. Teixeira, 2001).

isoladamente com 'prevenção' e com os elementos clássicos da epidemiologia, bem como a visão tradicional de saúde pública para a população 'carente', denotam a influência dessa linha 'conservadora', bem próxima ao atual neoliberalismo.

No segundo caso, a influência é ainda mais interessante, porque as versões atuais de atenção básica, muito evidenciadas a partir da implantação do PSF (Programa Saúde da Família) em 1994, concentram um misto de avanço e retrocesso. Assim, os discursos de que é preciso planejar os serviços a partir das necessidades e do perfil epidemiológico da população; a idéia da rede básica como '*porta de entrada*' do usuário, que poderia ter seu problema resolvido ali ou ser encaminhado para outros níveis de assistência do sistema; a visão de regionalização e descentralização dos serviços têm fortes características dessa vertente. O principal problema aqui é que a maquiagem de racionalidade do sistema tende facilmente a se desmanchar em '*borrões*' restritos aos limites de gasto em saúde, sob um discurso tecnicamente pertinente e sem maiores impacto na melhoria da saúde da população. Ademais, a concepção de 'porta de entrada' tende a deixar o usuário esperando passivamente para adentrar no que lhe é de direito, denotando uma visão restrita de saúde-doença ao adotar o *continuum da História Natural da Doença*, cartesiano e positivista.

A terceira corrente traz em seu bojo os elementos da Reforma Sanitária inconclusa, defendendo a democratização das esferas tecno-assistenciais e políticas do setor saúde. Concebe a rede básica não como '*porta de entrada*', mas como lugar onde se realizam a integralidade das ações em saúde, onde o cuidar em saúde é concebido como prática social, historicamente situada e influenciada pelos múltiplos condicionantes do processo saúde-doença. Os ideais de se mudar a lógica capitalista com que são produzidas as ações em saúde, expresso pelo que se tem chamado modelo tecno-assistencial em saúde, encontram respaldo nessa linha crítica.

Falar em mudança do modelo assistencial pressupõe alterar a excessiva tecnificação e coisificação que o cuidado sofre no processo de trabalho dos profissionais em saúde. Tal aprisionamento do cuidado é expresso pela especialização alienante do todo, pelo modo fordista de produzir serviços, pela inibição das autonomias subjetivas presente na relação que se estabelece no ato de cuidar. Merhy (1997, 2002a), fundamentando-se na concepção marxista de trabalho abstrato adaptada ao campo da saúde, argumenta em torno do que chama *‘micropolítica do trabalho vivo’* para designar a captura do trabalho *vivo* pelo *morto* e a intensa disputa que se estabelece a partir daí. Faz uma aposta:

"na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão desse trabalho, que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar a busca de processos que focalizem o sentido da ‘captura’ sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de ‘quebras’ em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente." (id., 2002:101).

Apesar da análise bem fundamentada no marxismo de Merhy, principalmente no que se refere à *‘micropolítica do trabalho vivo’*, observam-se certas tendências deterministas, como, por exemplo, quando propõe *‘ferramentas analisadoras’* para as tecnologias em saúde. Esse viés se verifica principalmente na concepção de homem como *‘máquina desejante’* (id, 2002:117) e no cotidiano operando em *‘dobras’*. O homem não é máquina, nem se pode reduzir a rica complexidade do real a dobras, ruídos, fugas ou algo que opere sempre em padrões repetíveis. Depois da teoria das estruturas dissipativas e da irreversibilidade do tempo, em Prigogine (1997), fica difícil defender tais conceitos, fundados no cartesianismo e na racionalidade moderna. Ademais, refira-se a pertinência de Ayres (2000) nas críticas elegantemente colocadas à concepção de cuidado em Merhy (2000), que no artigo *"Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas"* considera o cuidado como uma *‘modelagem tecnológica’*. Nesse caso, apesar de considerar diversos graus de rigidez tecnológica para explicar a produção do cuidado em saúde, Merhy tem

dado pouca importância tanto a intersubjetividade, quanto à autonomia dos sujeitos como foco da atuação dos profissionais de saúde.

É por meio da relação estabelecida no cuidar, onde ajuda e poder se confrontam e se superam nas sínteses dos atos produzidos, que a emancipação se torna possível, sabendo-a relativa e processual. Pelo reconhecimento de saberes como meio para forjar poderes adormecidos, acreditando no fomento de projetos capazes de restabelecer corpo e subjetividades pasteurizadas, e apostando no incapturável do viver humano, a ajuda pode emancipar-se da tutela, produzindo efeito de poder mais igualitário. Emancipar pela ajuda pode ser possível pelo triângulo emancipatório do cuidar – *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar* - onde conhecimento, poder e autonomia se tencionam para libertar o fazer humano das amarras que o sucumbem, potencializando utopias concretizáveis.

- Politicidade do Cuidado no Contexto do PSF: Entre a Estratégia de Mudança e a Saúde Pública Para Pobres

O Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994 com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, numa conjuntura neoliberal que vinha pondo em risco a universalidade do sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, assumiu diretrizes consoantes com o SUS (integralidade, resolutividade e intersetorialidade das ações, trabalho em equipe, vínculo de co-responsabilidade as famílias assistidas e estímulo à participação social) e se propaga com o discurso de agente de transformação do modelo tecno-assistencial. Contextualizado nas tensões entre mercado e cidadania, presentes na política de saúde do Brasil, o PSF traz em seu bojo as contradições do próprio SUS, qual seja: pretender-se estratégia de mudança num cenário de mercantilização da saúde.

A delimitação do PSF como campo de estudo remete às intempéries do próprio SUS, tornando seu aprofundamento não só pertinente aos objetivos

desta investigação, como meio apropriado para analisar a política de saúde do Brasil. Isso porque, além de coincidirem as tensões entre mercado e cidadania no escopo da ajuda-poder, o Saúde da Família vem vocalizando um discurso de se constituir numa estratégia para a organização da rede básica de serviços de saúde, com repercussões para todo o SUS. Sem se falar em afirmações mais entusiasmadas que promovem o PSF como *estratégia* de mudança do modelo assistencial, desconsiderando a profundidade teórico-analítica que isso envolveria. Entre programa de saúde pública e a estratégia de mudança, o Saúde da Família, programa/estratégia, segue os dilemas do SUS, de pretender-se universal e igualitário, numa realidade mercadológica e com pouca cidadania organizada para exigir oportunidades de vida.

Com expressivo crescimento nos últimos anos, atualmente o PSF conta com 21.475 ESF (Equipes Saúde da Família), 195.491 Agentes Comunitários de Saúde e 8.182 ESB (Equipes Saúde Bucal), distribuídas em 5.211 municípios (ACS) e 4.785 (ESF), cobrindo 39,4% da população brasileira⁹⁹. Vale dizer que em 2002 foi firmado um acordo de empréstimo internacional entre o governo brasileiro e o Banco Mundial (BIRD) para expansão e consolidação do PSF (Proesf – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família), tendo como meta chegar em 2009 com 60% da população brasileira coberta por este programa/estratégia. O financiamento do BIRD agrega um componente a mais de disputa entre mercado e trabalho, que se contemporiza na atual fase do capitalismo descrita anteriormente, marcada por transnacionalização do capital e redução do poder político do Estado. Assim, se a consecução das políticas públicas era focalizada na disputa entre Estado e classes sociais, agora surge um novo ator, `O Banco`, a quem o Estado, inclusive, tem que prestar conta. Tal especificidade do PSF o torna ainda mais periclitante, por sintetizar as contradições, disputas e sínteses das políticas sociais contemporâneas.

⁹⁹ Dados referentes à setembro de 2004, fonte: SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica/DAB/Ministério da Saúde.

A grande capilaridade que o PSF atinge, associada aos desafios gerados pelo rápido crescimento quantitativo, descompassado da devida qualidade necessária à consecução das diretrizes éticas que programa/estratégia assume, talvez seja a maior virtude e o maior pecado dessa proposta. É virtude porque a rápida expansão virou fato político no interior do SUS difícil de ser ignorado, levantando antigos e acalorados debates sobre política de saúde e modelo tecno-assistencial, como, por exemplo, a necessidade de mudar a formação de profissionais e a forma de produzir cuidado em saúde. Mas peca, sem penitência, quando reforma ranços antigos da saúde pública brasileira, embalados pelo conservadorismo neoliberal, qual seja, a tendência em se constituir em ação compensatória de baixo custo para grupos focalizados e marginalizados do acesso à qualidade nos serviços de saúde.

De forma abreviada, o funcionamento do PSF ocorre por meio da implantação de equipes de saúde formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ESF), podendo ainda contar com equipes de saúde bucal (ESB), composta por odontólogo, técnico e auxiliar de consultório dentário, que ficam responsáveis pela atenção básica à saúde da população (de 2.400 a 4.500 pessoas) adstrita ao território onde se localiza a unidade de saúde. Essa equipe realiza o diagnóstico de saúde da população que atende e planeja as ações a partir dos problemas priorizados. Desenvolve ações no âmbito individual (consultas, exames e protocolos assistenciais normatizados) e coletivo (educação em saúde, estímulo à participação social), podendo (e devendo) articular-se a outros setores de políticas para, junto com a comunidade, intervir nas demandas coletivas por saúde identificadas (lixo, esgoto, acesso à educação, dentre outros).

O potencial de mudança do PSF reside tanto nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho dos profissionais (integralidade, resolubilidade e intersetorialidade das ações, trabalho em equipe, vínculo de co-

responsabilidade com as famílias assistidas e estímulo à participação social), quanto na (re)organização de serviços e práticas que ele pode ensejar. Isso porque, ao delimitar a territorialização¹⁰⁰ como lócus de atuação da equipe saúde da família, pautada no trabalho em equipe, no cuidado integral à família e no vínculo de co-responsabilidade com a população assistida, pode organizar os serviços de saúde a partir da priorização dos problemas identificados, contribuindo para a hierarquização da demanda aos demais pontos da atenção. Dessa forma, além de fortalecer o vínculo entre profissionais, usuário, famílias e comunidade (ampliando as responsabilizações partilhadas e o fortalecimento de autonomias), se a equipe de saúde da família (ESF) estiver inserida num processo de educação permanente e contar com condições adequadas de trabalho¹⁰¹, pode melhorar consideravelmente o acesso e a qualidade da assistência à saúde da população.

Cabem algumas ponderações sobre as possibilidades de mudanças na forma com que o cuidado à saúde se organiza no âmbito da atenção básica, do qual o PSF vem assumindo um protagonismo crescente. Apesar da pertinência das diretrizes que segue, o programa/estratégia Saúde da Família vem enfrentando e realçando as dificuldades e contradições do próprio SUS, inscrito numa realidade socioeconômica bem mais ampla. No que se refere ao processo de trabalho dos profissionais, por exemplo, a dimensão do trabalho em equipe e a abordagem à família na perspectiva da integralidade são aspectos ainda distantes do cotidiano da maioria das

¹⁰⁰ Território como reconhecimento de determinada área geográfica e populacional segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira, 2002).

¹⁰¹ Entendidas como um conjunto de aspectos que vão desde infra-estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, equipamentos, insumos e medicamentos em suficiência e qualidade, até uma retaguarda de uma rede de serviços de referência especializada e hierarquizada que dêem suporte às ações desenvolvidas na atenção básica. Uma rápida consulta ao relatório da avaliação normativa (tipo censitária) do Programa Saúde da Família do Brasil realizada em 2001/2002 pelo Ministério da Saúde, revela grandes disparidades regionais e iniquidades nas condições de trabalho das ESF. A título de exemplo, o percentual de equipes no Brasil que conta com *equipamentos básicos* (balança adulto e infantil, termômetro, estetoscópio e tensiômetro), considerado o mínimo (ou o mínimo da pobreza) para o trabalho dos profissionais, corresponde a 81,4% do total. Porém, quando se observa por Unidades da Federação e regiões, vê-se que esse percentual cai para 42,6% em Rondônia, 52% no Maranhão, 59,3% no Distrito Federal, 75,6% no Espírito Santo e 89,9% no Paraná. Já o percentual de ESF do Brasil que conta com glicosímetro na UBS corresponde a apenas 59,3% (Brasil, 2002). Estes e outros números desta avaliação serão discutidos oportunamente, sempre que argumentação assim requerer.

ESF. Isso porque a formação do profissional de saúde está profundamente enraizada no paradigma biomédico de tom cartesiano e positivista. O foco na doença, nos procedimentos dissociados do contexto que os produzem e a visão linear do processo saúde-doença dominam o perfil de grande parte dos profissionais de saúde, fruto de uma formação¹⁰² tecnicista e pouco crítica (Pires, 2001. Pires, 1998. Ribeiro et all, 2004).

O entendimento uno/múltiplo da família, enquanto síntese da diversidade de afetos, tensões e contradições que as relações de ajuda-poder assumem no espaço privado e doméstico das relações sociais, passa ao largo da maioria dos currículos de formação dos profissionais de saúde. Da mesma forma, a busca pela interdisciplinaridade dos processos de trabalho, que se interpenetram para conjugar novas abordagens à saúde da população, constituem vivências esporádicas e sem maior expressão no trabalho do PSF no SUS. Em geral, há dificuldades em lidar com as subjetividades dos sujeitos, porque os instrumentos, saberes e tecnologias apreendidas na formação e prática desses profissionais se encerram na racionalidade moderna, padronizadora e aprisionadora de subjetividades (Ayres, 2001).

Se bem reparado, o PSF revela traços das três tipologias identificadas por Mehry para a conformação dos padrões tecno-assistenciais da rede básica, com primazia da vertente reformadora sobre as demais. Na linha conservadora, verifica-se a utilização dos clássicos instrumentos da saúde pública autoritária, verticalizada e recortada por programas, como a educação sanitária em massa, que desconsidera as singularidades dos sujeitos como o controle de endemias com enfoque epidemiológico estritamente centrado na doença; como as atitudes autoritárias do profissional de saúde, valoradas em concepções higienistas e lineares do processo saúde-doença; e a operacionalização de programas de renda

¹⁰² A série especial sobre formação profissional em saúde da Revista Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde), números 3 out/2002, 4 nov/2002, 5 dez/2002 e 6 jan/fev/2003, uma publicação da Fiocruz, desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública, disponível no site www.fiocruz.br, sintetiza as principais discussões sobre o assunto.

mínima para a saúde, como distribuição de leite ou valores monetários irrisórios, assentes em critérios de barganha militarescos e verticalizados (cartão de vacina em dia, presença nas consultas, etc).

Sob a influência do segundo tipo, a reformadora, observam-se semelhanças mais reveladoras, tais como: i- planejamento dos serviços ofertados a partir do padrão epidemiológico e social das famílias que, no mais das vezes, concentram-se eminentemente nas tradicionais consultas e exames protocolares do Ministério da Saúde; ii- concepção sistêmico-funcionalista na forma de produzir cuidado em saúde, com entendimento linear do PSF como *porta de entrada do sistema*, de atos simples e de baixa complexidade tecnológica; iii - tentativa de associar saberes da epidemiologia e da clínica na prestação do cuidados individuais e coletivos, destituída de maiores visões de contexto que embasem um entendimento ampliado do processo saúde-doença, nas múltiplas dimensões e saberes que envolve; iv- processo de trabalho em saúde marcado por tecnificação e coisificação do cuidado, embrutecedoras de politicidades libertárias.

A despeito desse cenário pouco inovador, inscrito na própria conjuntura da política de saúde brasileira que o PSF evidencia com maior amplitude, não sendo responsável direto por ele, há avanços localizados, influenciados pela tipologia *'transformadora'* proposta por Merhy. Diversas experiências de gestões municipais conseguiram reordenar seus sistemas de saúde a partir do PSF, tornando-os mais resolutivos, acessíveis e hierarquizados. Também dignos de nota são os vínculos estabelecidos entre profissionais de saúde e população que, se o modelo hospitalocêntrico há muito rompeu, o PSF vem conseguindo restaurar com belíssimos relatos, mesmo diante das inúmeras dificuldades. A mobilização das redes de solidariedade local e a forte penetração que o PSF consegue obter, adentrando no espaço privado das

relações familiares, é outro forte componente que seu trabalho consegue abrilhantar¹⁰³.

Poder-se-ia mesmo dizer que a politicidade do cuidado que o PSF melhor pode oportunizar se insere no processo de trabalho da equipe, onde ajuda e poder se imiscuem das diversidades de saberes que permeiam o lócus privilegiado de atuação da equipe, a comunidade. Não raro, inclusive, se vê o extremo dessa relação de vínculo e responsabilização, quando a ESF se proclama *‘salvadora da pátria’* da população que assiste, muitas vezes reproduzindo ações de tutela típicas do Estado brasileiro. Tal situação, além de frustrar profissionais e equipe, que não conseguem suportar as pressões das questões sociais que envolvem o cuidado à saúde, revela fragilidade da política visível, por não se ter uma visão mais ampla da conjuntura histórica, social e econômica em que são geradas tais relações desiguais.

Sendo assim, apesar do processo de trabalho em saúde das ESF ser fundamental para a mudança requerida, não basta. Há de se levar em conta os cenários que propiciam, emperram, despertam ou embrutecem tais relações de cuidar, atentando-se ao seu fluxo social como totalidade histórica. Assim, a precariedade das relações de trabalho dos profissionais, as condições de trabalho insalubres, as influências políticas locais, bem como a baixa priorização na educação permanente dos trabalhadores em saúde¹⁰⁴, tendo em vista a mudança de perfil necessário para implementação do SUS, fazem parte da lógica capitalista que tem produzido mais retrocessos que avanços na política de saúde do Brasil, na qual o PSF se insere estrategicamente.

Compreender o espaço estratégico da rede básica de saúde na mudança do modelo tecno-assistencial significa concebê-lo dentro de um

¹⁰³ A despeito de ter que contemporizar o caráter ideológico presente nas publicações oficiais, em rápida incursão ao site da Biblioteca Virtual em Saúde, www.saude.gov.br/bvs, é possível identificar várias das experiências publicadas tanto pelo Ministério da Saúde, como por gestores municipais de saúde. Vale também adentrar nas diversas bases de dados científicos que se tem acesso desse e de outros portais, como o www.abrasco.org.br, onde várias artigos sobre o PSF têm sido publicados.

¹⁰⁴ Essas questões serão melhor aprofundadas na análise de dados sobre a gestão do PSF.

contexto mais amplo em que as relações de *ajuda-poder* se conformam, atentando para a correlação de forças entre mercado e trabalho, mediada pelo Estado capitalista. Torna-se necessário, igualmente, pensar que o capitalismo encontra nas políticas sócias um campo fecundo para amortização de tal conflito e que, no Brasil, a saúde pública, restrita à rede básica, tem se constituído num *modus operandi* ideal para suprir os anseios do mercado e amansar as pressões sociais (Merhy, 2002a).

Nesse cenário intricado, cabe considerar a dimensão hologramática proposta por Morin (2002), onde o todo está nas partes que se integram ao todo, para entender as ambivalências do PSF, programa que se pretende estratégia de mudança. Assim, qualquer linearidade que se queira imprimir entre a noção de programa ou estratégia é restritiva, porque ambas se precisam para negarem-se numa dimensão transformadora. Ou seja, a mudança pretendida tanto precisa das normas, diretrizes e ordenações, presentes nas formulações dos programas de saúde pública, quanto da negociação, flexibilidade, confronto e criatividade, presentes na conformação das estratégias de organização dos serviços e práticas. Porque só permanece o que muda, e só se muda o que consegue resistir e perdurar, como nos informa a dialética auto-eco-reconstrutiva dos fenômenos vivos (Morin, 2002. Maturana, 1987).

O problema é que, historicamente, a saúde pública brasileira se forjou na rigidez cartesiana e positivista da racionalidade moderna, onde a adoção de programas enclausurou-se na própria disciplina que lhes fundaram. A falência desse modelo *agoniza* na maioria das práticas presentes na rede básica de saúde, que continuam fazendo assistência à saúde de baixa qualidade para população pobre e menos cidadã. A ousadia do PSF consiste na proposição de contribuir para a mudança da forma de produzir cuidado em saúde, mesmo sendo programa que se assume como estratégia para (re)organizar os serviços e práticas de saúde no âmbito do SUS. Nesse sentido e na complexidade do contexto em que se

insere, tanto pode sucumbir à rigidez da norma programática focalizada e seletiva, como pode enfrentar e reordenar o mercado em favor da cidadania, conformando uma ajuda-poder tipicamente ambivalente.

A aposta num cuidado de caris mais emancipatório, ou num manejo inteligente da ajuda-poder capaz de re-inaugurar potencialidades disruptivas, coloca a gestão de programas/estratégias prioritários para o SUS como um campo fértil para estudos, teorizações e proposições. Acredita-se que a politicidade do cuidado, ambientada no espaço estratégico da gestão pública e calcada na democratização de poderes, possa influir na conformação da política de saúde do Brasil. Talvez esse atrevimento seja o maior delito da tese que ora se constrói, mas também é utopia concretizável, fonte das politicidades que nutrem o conhecimento comprometido com a ética libertadora e cidadã.

2- PERCURSO METODOLÓGICO



2.1- CIÊNCIA E RECONSTRUÇÃO DO CUIDADO

Para tentar traduzir os mistérios indecifráveis da natureza, a ciência intervém e destrói, classificando e reduzindo em partes o que só existe enquanto todo articulado e dinâmico. Desconsiderando outras formas de saber, desapegada de maiores subjetividades por acreditar na neutralidade científica e na compulsão sistemática de ordenar o caos, a ciência moderna tem procurado dominar a natureza com seus métodos, leis e procedimentos infalíveis. Assim atuando, mantém-se hegemônica e sustenta dominações espúrias.

O entendimento linear da realidade, com a total separação entre ser humano e natureza, constitui o cerne do conhecimento científico moderno. Tal racionalidade se fundamenta principalmente em Descartes e no empirismo Baconiano, condensando-se no positivismo oitocentista (Santos, 2001). A crença exacerbada no homem, enquanto senhor da natureza e ser superior tem levado a atrocidades étnicas e desequilíbrios ecológicos de toda sorte. Essa presunção totalitária, que ignora a prudência, o bom senso e a modéstia, como reguladores dos excessos *sociais*, não tem conseguido cumprir as promessas de liberdade e igualdade anunciadas pela modernidade. Por não terem sido cumpridas, exatamente porque os problemas sociais são de difícil solução pelo paradigma moderno, tais situações deixaram de ser pensados pela ciência como objeto de pesquisa. Santos (2001), na brilhante tese do '*conhecimento prudente para uma vida decente*', fundamentada na reinvenção de um '*novo senso comum*', defende que os problemas sociais são epistemológicos, sendo necessário reafirmar o *conhecimento-emancipação*¹⁰⁵.

Outra grande tradição da modernidade tem sido o entendimento de que o conhecimento se funda no que é quantificável, mensurado, medido, descrito em minúcias e capturável pelo método. Levando aos extremos essa tendência, a ciência vai desqualificando tudo o que não cabe em seus

¹⁰⁵ As idéias de Santos (2001) serão melhor discutidas adiante, no decorrer do texto.

pressupostos, descaracterizando outros saberes e práticas, normatizando maneiras de ver e viver em sociedade. Nesses termos, a singularidade do que é único, melhor capturável pela subjetividade qualitativa, vem sendo sistematicamente afastada do conhecimento científico.

Tal 'rigor' metodológico, apesar de central para a discussão epistemológica, vem se configurando numa verdadeira '*ditadura do método*' (Demo, 2000), aprisionando a diversidade e complexidade do real na obtusa capacidade de conhecer do ser humano. Nas palavras de Santos (2001: 73), cita-se: "*O rigor científico, porque fundado no rigor matemático, é um rigor que quantifica e que, ao quantificar, desqualifica, um rigor que, ao objetivar os fenômenos, os objetualiza e os degrada, que ao caracterizar os fenômenos, os caricaturiza. (...)*".

O rigor metodológico é uma das centralidades constitutivas da ciência, portanto inerente à sua condição questionadora e reconstrutiva. Não se pretende contrapor-se a essa essencialidade epistemológica, mas criticar-lhe a visão linear, intransigente e restritiva das diversas formas de conhecer. Outro destaque a ser feito, que será retomado adiante, é o entendimento da complementaridade dialética entre quantidade e qualidade, partes de uma mesma realidade turbulenta e dinâmica.

A maneira mecanicista de enxergar, observar e intervir na realidade, tão bem denunciado por diversos autores¹⁰⁶, constitui uma discussão atual no campo das ciências. A crescente fragilidade da emancipação preconizada pela modernidade e sustentada pelo conhecimento científico, aliada às crises e transformações do capitalismo, vêm desvelando uma realidade socialmente injusta e desigual, onde a concentração de renda vem aumentando os fossos de pobreza em todo mundo. Igualmente relevante, a degradação desenfreada da natureza em nome do 'progresso' produzido pela ciência tem posto em risco a própria existência humana,

¹⁰⁶ Boff (1999), Capra (1982), Demo (2002), Bauman (1999, 2000, 2001), Minayo (1992), Morin (1999, 2000, 2002).

expondo uma situação de crise e denunciando as fragilidades do paradigma moderno. Na crítica que faz à '*razão indolente*' da modernidade, Boaventura de Souza Santos diz que a modernidade está numa *transição paradigmática*. O autor defende que tal crise é tanto profunda como irreversível, e que vive-se uma 'revolução científica' que começou com Einstein e a mecânica quântica, e que não se sabe quando acabará, mas que redundará no '*colapso*' do paradigma atual.

Santos (2001) reafirma sua tese, já colocada em outras ocasiões (Id., 1997) de que a modernidade se assenta em dois pilares: o da regulação, constituído pelos princípios do mercado, estado e comunidade; e o da emancipação, sustentado pelas racionalidades weberianas (racionalidade estético-expressiva das artes e da literatura, racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia e racionalidade moral-prática da ética e do direito). Pensados pela modernidade para produzir um relacionamento equilibrado e harmônico, os excessos do pilar da regulação sobre a emancipação, ocasionados principalmente pela hipertrofia dos princípios do mercado e estado, teriam desencadeado a crise atual.

Autores como Bauman (1999, 2000 e 2001) e Harvey (1989) realizam consistente análise sobre a pós-modernidade. A partir deles, e ampliando brevemente a discussão para o escopo da ciência (ou sustentados por ela), é possível considerar pelo menos três argumentos centrais. Primeiro, que a pós-modernidade significa a convivência angustiada de uma modernidade consciente de sua impossibilidade. Segundo, que a pós-modernidade opera sobre as bases do capital. E terceiro, o paradigma da pós-modernidade vem operando uma significativa mudança nas relações de produção e na ética política da sociedade capitalista.

Uma das razões para o sucesso da ciência moderna é que ela sempre esteve ao lado do capitalismo, alimentando-o com suas invenções prodigiosas. Seja ideologicamente comprometida com a burguesia, na visão de Prigogine (1991) - ou produzindo teorias que sustentam a *mais valia*, como

o evolucionismo Darwiniano, que naturaliza a competição (Maturana e Varela, 2001) – a modernidade, o capitalismo e a ciência têm andado de mãos dadas. Diferente do que se poderia supor, a pós-modernidade não rompe com essa relação. Para Santos (2001), o paradigma da modernidade desaparecerá antes do capitalismo, argumento igualmente sustentado por Bauman e Harvey.

Apesar das ‘imposturas’ produzidas em nome da pós-modernidade, denunciadas por autores como Sokal e Bricmont (1999), e reconduzindo essa discussão para a ciência, poder-se-ia dizer que ela tem gerado boas polêmicas, principalmente por balançar suas certezas e introduzir a dúvida para dentro do cânone científico. Se a ciência se faz, sobretudo, com argumentos, críticas e reconstruções intersubjetivamente sustentáveis, uma boa polêmica pode ser muito bem vinda, a despeito das infundáveis discussões igualmente estéreis produzidas pela academia (Demo, 2000).

A aceitação renunciada da inextirpável pluralidade da vida e a certeza de que a única coisa realmente segura no mundo é a provisoriedade constituem os dilemas atuais da racionalidade moderna. A convivência com o efêmero, com o estranho, com o diferente, com o inusitado, com o que não se classifica ou se define, sempre foi a principal obsessão da modernidade. A incansável tarefa de ordenar, de pôr regras claras e tangíveis a uma sociedade cada vez mais diferente e desigual, missão implacável da ciência, parece estar meio bamba das pernas, principalmente a partir de algumas descobertas recentes da física, da química e da biologia¹⁰⁷. Nessas condições, sejam denominadas ‘pós-modernas’ ou de ‘transição paradigmática’, importa salientar que a ciência atual convive com a angústia da impossibilidade de realizar o projeto da modernidade e com a consciência, cada vez mais clara, da incerteza e da necessidade de manter-se fortemente discutível para sustentar-se.

¹⁰⁷ Saliento, sobretudo, a física quântica em Bohr (Strathern, 1999), a teoria das *estruturas dissipativas* de Prigogine (1991), bem como as análises recentes realizadas por Demo (2002 a, b,c) sobre sociobiologia.

Prigogine (1997), ao propor uma *'nova aliança'* entre natureza e cultura, aponta os equívocos e a impotência da ciência clássica, newtoniana, da mítica de um mundo simples e passivo. Segundo ele, esse aniquilamento se dará não pela crítica filosófica nem pela resignação empirista, mas pelo próprio desenvolvimento científico¹⁰⁸. Acrescenta que as tentativas de abandonar o mito newtoniano sem renunciar à compreensão da natureza suscitam alguns temas fundamentais. O primeiro diz respeito ao tempo, que a ciência clássica insiste em descrevê-lo como reversível, e que Prigogine reclassifica-o como *irreversível*. Os outros temas dizem respeito à *atividade inovadora* e à *diversidade qualitativa*, sistematicamente enclausurada ao determinismo e à aparência pela razão moderna. Com a tese das *estruturas dissipativas*, assente nas idéias de *irreversibilidade* dos fenômenos e na *flecha do tempo*, põe à prova o mecanicismo cartesiano que tem dominado o paradigma moderno. Segundo essa teoria, a história jamais pode ser reduzida a monotonia de um tempo único, uma vez que cada ser complexo é constituído por uma pluralidade de tempos.

A obsessão compulsiva da ciência em ordenar e classificar o tempo, como se a realidade fosse sempre temporalmente comparável, é uma invenção artificial para suprir as necessidades humanas de recorrência e repetição (Morin, 1999. 2002). O tempo repetível, as horas marcadas, as ações pré-determinadas, os anos e as estações climáticas razoavelmente previsíveis confortam a segurança de que amanhã será um dia tecnicamente controlável, mesmo não sendo nunca dessa forma. A natureza não se move no ritmo inventado pela observação científica. Seus fenômenos são irreversíveis, embora apresentem certa regularidade, mais facilmente capturável pela cognição humana. Sua termodinâmica tende sempre a escapar da dominação e da clausura. Dinâmica, insubmissão e

¹⁰⁸ Em suas palavras: “*Julgamos que a ciência hodierna escapa ao mito newtoniano por haver concluído teoricamente pela impossibilidade de reduzir a natureza à simplicidade oculta de uma realidade governada por leis universais. A ciência de hoje não pode mais dar-se o direito de negar a pertinência e o interesse de outros pontos de vista e, em particular, de recusar compreender os das ciências humanas, da filosofia e da arte*” (id., 1997:41).

flutuação são intrínsecas ao devir da natureza, e vêm tomando cada vez mais centralidade nas recentes produções teóricas¹⁰⁹.

Flagre-se nessa discussão a politicidade pulsando na natureza, como ebulição inquieta e potencialmente transformadora. Na termodinâmica dos processos irreversíveis, o acaso das flutuações nutre fenômenos de *auto-organização espontânea*, *rupturas de simetria* e evoluções no sentido de uma complexidade crescente. É a história pulsando na natureza como cultura intrinsecamente plantada, unindo os dois mundos que a ciência classicamente insiste em separar, e que Prigogine, propugnando o caráter aberto da ciência que denomina *Nova Aliança*, propõe fundir. Ou seja: “*O saber científico, extraído dos sonhos de uma revelação inspirada, quer dizer, sobrenatural, pode descobrir-se hoje simultaneamente como ‘escuta poética’ da natureza e processo natural nela, processo aberto de produção e invenção, num mundo aberto, produtivo e inventivo. Chegou o tempo das novas alianças, desde sempre firmadas, durante muito tempo ignoradas, entre a história dos homens, de suas sociedades, de seus saberes, e a aventura exploradora da natureza.*” (id.,1997: 226).

Defendida como ‘ciência humana’ por Prigogine e ‘ciência social’ por Santos (2001), esse debate aponta para a necessidade de repensar profundamente o fulcro que se tem feito entre ciências naturais e sociais. O conhecimento é natural e social, permeado de seres históricos convivendo e se conflitando na natureza, numa propulsão dialética produtora de sínteses e contrários. Nesses termos, o conhecimento humano acontece dentro da natureza, sendo parte nela e assim a *escutando*, a observando e a descrevendo. O distanciamento entre homem e natureza, entre sujeito e objeto, tão autoritariamente proclamado pela razão moderna está cada

¹⁰⁹ Apesar de ganhar fôlego no último século, principalmente a partir de Einstein e a Física Quântica, essa discussão é mais antiga. Prigogine (1991:65) faz referência a vários cientistas e filósofos que já apontavam essa direção. Dentre outros, lembra Diderot, médico do século XVIII, que em seu *protesto vitalista* sustentava que a matéria é sensível, já que “*até a pedra tem surdas sensações, no sentido de que suas moléculas procuram certas combinações e evitam outras*”.

vez mais difícil de defender, apesar de ainda sustentar discursos hegemônicos.

O entendimento de um mundo sempre mais complexo, caótico e irreduzível às leis inventadas pela cognição humana revela-se coerente com essa discussão. Apesar de dinâmica e turbulenta, a realidade também apresenta certas regularidade na aparência e são elas, apenas, que a ciência consegue captar. A noção de que se conhece sempre parcialmente, posto que também se é parte, mostra-se pertinente, atual e, em certo sentido, paradigmático. É pertinente porque a própria ciência tem constatado sua incapacidade de compreender plenamente o real, por si incapturável. É atual porque se precisa reinventar um tempo mais ético e menos excludente, mais humano e cuidadoso. Por fim, mudar a forma como se conhece, se cuida e se participa do mundo rompe com padrões sociais e culturais historicamente conformados, traduzindo-se na *transição paradigmática* enunciada por Santos (2001).

Para reconstruir compreensões de fenômenos humanos (sociais e naturais), cientes da incompletude desses, torna-se necessário abordagens igualmente dinâmicas, capazes de realizar sínteses sempre provisórias e aproximativas. A dialética parece corresponder a tal expectativa, uma vez que procura entender a realidade como a unidade de contrários e como totalidade, movendo-se na tentativa de articular a apreensão das partes no todo. A teoria das *estruturas dissipativas* de Prigogine, com sua proposição por uma ciência humana aberta, reacende polêmicas que pareciam superadas: o emprego do dialética como método de captação indiferenciado dos fenômenos da natureza e da sociedade¹¹⁰.

¹¹⁰ Tal polêmica pode ser revisitada com profundidade em Haguete (1990). Por oportuno, é interessante observar a mudança de posição de alguns autores, como Demo (1995.2000), sobre ao uso epistemológico da dialética. Se antes esse autor considerava que a dialética não cabia à natureza, “(...) *pele que não faz sentido perguntar-se pela antítese de uma pedra. Uma pedra não é um ser histórico, marcado pelo conflito social.*” (id, 1995:91), recentemente refez sua opinião, considerando que “*seu retorno ao âmbito das ciências naturais poderia, ademais, indicar sua aplicabilidade à realidade inteira, pelo menos sob a ótica da lógica difusa*” (id, 2001:98).

No sentido de captar sínteses entre o objetivismo e o subjetivismo, ou entre o materialismo marxista e idealismo hegeliano¹¹¹, advoga-se em favor da dialética histórico-estrutural enquanto método apropriado para manejo e reconstrução da politicidade do cuidado. O entendimento de que estrutura é história, portanto que se move natural e socialmente, compõe uma realidade permeada tanto por revolta, turbulência e caos, quanto por estabilidades provisórias e recorrentes. A compreensão do todo, o qual nunca é captado plenamente, pressupõe evitar dicotomias ou fissuras de tom mais cartesiano, tipicamente modernas. Nesse sentido, teoria e prática, objetividade e subjetividade, quantidade e qualidade, linear e não-linear, são antes complementares dialéticos, portanto indissociáveis.

A ciência é uma dentre tantas outras formas de conhecimento humano. Como as demais, capta parcialmente a realidade e o faz em relação ao sujeito que realiza a ação de compreender o fenômeno ao qual também faz parte. Não se pretende aqui fechar as possibilidades de interferências e interações externas, como o fez Maturana, mas priorizar uma direcionalidade no ato de conhecer. Assume-se, então, a centralidade no sujeito, inserido num contexto dinâmico, interativo e rico em correlações de forças, como premissa estruturante da ação de apreender e participar do mundo.

A auto-referência, no sentido descrito por Santos (2001) de que todo conhecimento é *autobiográfico*, torna o conhecimento científico tão susceptível à crítica quanto os demais. O abatimento das certezas imperiosas e infalíveis da ciência moderna a traz forçosamente de volta à factibilidade, à vulnerabilidade e à modéstia. Quem sabe assim seja possível reconstruir com crítica e autocrítica as questões mais próximas dos problemas cotidianos da humanidade, coisa que o senso comum tem realizado bem melhor que a ciência. A esse respeito, veja-se na descrição do senso comum

¹¹¹ Sobre dialética, consultar, dentre outros: Demo (1995, 1997, 2001), Haguete (1990), Konder (1993), Kosik (1976), Minayo (1982), Triviños (1987).

realizada por Santos (2001:108) a presença de traços libertários, a despeito do teor tradicionalista que lhe é inerente:

“O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e, nessa correspondência, inspira confiança e confere confiança. O senso comum é transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objetivos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência linguística. O senso comum é superficial porque desdenha das estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo é exímio em captar a complexidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e entre pessoas e coisas. O senso comum é indisciplinar e não-metódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para o produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder cotidiano da vida. O senso comum privilegia a ação que não produza rupturas significativas no real. O senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade ou convence.”.

O *novo senso comum* anunciado pelo autor, transformado pelo *conhecimento-emancipação*, deixaria ser conservador para se transformar numa estratégia de condução da *condição de ignorância* (concebida como colonialismo) para a *condição ou momento de sabedoria* (denominado de solidariedade). Tal proposição contrapõe-se ao *conhecimento-regulação* da modernidade, onde a ignorância coincide com o caos e o saber significa ordem. As estratégias para desequilibrar o conhecimento-regulação em favor do conhecimento-emancipação seriam: 1- a transformação da solidariedade como uma forma de saber e não de ignorância; e 2- a aceitação de um certo nível de caos.

Compreender as relações solidárias como formas de conhecimento e reconstrução participativa, num mundo turbulento e contraditório, traduz-se em potencial emancipatório capaz de reordenar saberes, poderes e práticas. Caminhando nessa direção, propõe-se aqui uma epistemologia em que o cuidar seja priorizado por meio da reconstrução de relações solidárias capazes de forjar autonomias de sujeitos. A politicidade do cuidado, enquanto conhecimento científico, ampara-se nessa discussão, reconhecendo-se nos diversos saberes e práticas como partes constitutivas de seu próprio saber. Assume-se a processualidade, a intencionalidade, o

rigor metodológico e o caráter aproximativo de apreensão da realidade como centralidades ordenadoras de um discurso auto-referente, portanto sujeito a críticas e reordenamentos interpretativos. Nesse sentido, a retórica argumentativa ou discutibilidade figura como critério maior de validação epistemológica.

A idéia da *discutibilidade* como critério científico surge a partir da teoria crítica da Escola de Frankfurt, em especial na crítica que Habermas realiza ao marxismo, principalmente no que se refere ao determinismo de não considerar o alto grau de diversidade das estruturas sociais, para além do caráter classista. É fruto também do questionamento que se tem feito sobre a adoção da prática social como o critério de cientificidade, no marxismo. Sendo a prática social um fenômeno complexo, desencadeado não só pela influência do conhecimento científico, mais por toda a subjetividade inerente ao ser social inserido em contextos sócio-histórico específicos, cabe considerá-la como um, dentre outros requisitos de validação científica (Thompson, 1995. Oliveira, 1990).

A relação entre retórica¹¹² e ciência, ou de como o conhecimento científico moderno absolutizou a retórica em nome de uma ordem pretensamente universal, parece válida para a reinvenção do cuidar aqui proposta. A retórica na modernidade tem se caracterizado: i- pelo uso exacerbado da persuasão como estratégia para captação de adeptos; ii- pela utilização de artifícios calcados no sentimentalismo fácil, alienação ou dominação intimidatória como mecanismos de persuasão; iii – pelo detrimento do convencimento, do questionamento de causas e desvelamento de situações aparentes. Em nome de uma *novíssima retórica* capaz de reinventar o *conhecimento-emancipação*, Santos (2001) propõe

¹¹² “A retórica é uma forma de argumentar através de motivos razoáveis, no intuito de explicar resultados já consumados ou de procurar adesão à procura de resultados futuros. Esta é a dimensão ativa e irredutível da retórica. Mas esta dimensão pode ser mais ou menos saliente conforme o tipo de adesão pretendida: persuasão ou convencimento. A persuasão é uma adesão baseada na motivação para agir; a argumentação destinada a atingi-la tende a intensificar essa motivação recorrendo a argumentos emocionais, o elemento psicológico da retórica referido por Aristóteles no livro II da Retórica. O convencimento, por seu lado, é um tipo de adesão

que se privilegie o convencimento em detrimento da persuasão, no sentido de “*acentuar as boas razões em detrimento da produção de resultados*” (id., p104).

Assumir a *discutibilidade* como critério científico significa reconhecer saberes, poderes e práticas que sejam capazes de manter acesa a polêmica e o questionamento como motivadores de ações. A despeito da *ordem do discurso* da ciência apoiar-se fortemente em instituições que a sacralizam e a cristalizam como poder de coerção (Foucault, 1970), portanto difícil de superar, a transição paradigmática atual pode ser um momento oportuno de refundá-la em novas bases, menos assentes na imposição vertical, mais dialógica, *solidária* e cuidadosa.

O reconhecimento dos limites do discurso científico tem surgido como argumento forte no interior da própria academia, portanto minando suas sólidas bases a partir de si própria. Se a tese tão amplamente defendida de que o aprendizado e as mudanças ocorrem preferencialmente *de dentro para fora* se mantiver tão fortemente discutível como agora (Hardt e Negri, 2003. Maturana e Varela, 2001), têm-se razões suficientes para acreditar na utopia de que o conhecimento pode ser uma das possibilidades para se cuidar melhor uns dos outros, como planeta que somos.

A intersubjetividade inerente à discutibilidade, ou à própria relatividade que a constrói e reconstrói dinamicamente, encontra respaldo em autores tanto das ciências sociais, quanto naturais. Novamente o surpreendente e contraditório Maturana serve de exemplo. Na defesa das condições que devem ser satisfeitas na proposição das explicações científicas, ele consegue ser, ao mesmo tempo, positivista lógico, ao propor o método dedutivo como formalização metodológica, e hermenêutico, quando explicita a aceitabilidade da comunidade como critério para validade dos fenômenos explicados. Veja-se neste trecho (id, 2001: 34):

baseada na avaliação das raízes para agir; por isso a argumentação cria um campo caótico, onde a ação pode ou não ocorrer.” Santos (2001:104).

“ Desta maneira, podemos distinguir essencialmente quatro condições que devem ser satisfeitas na proposição de uma explicação científica, as quais não necessariamente ocorrem de modo seqüencial, mas sim de maneira imbricada:

a- Descrição do fenômeno ou fenômenos a explicar, de maneira aceitável para a comunidade de observadores;

b- Proposição de um sistema conceitual capaz de gerar o fenômeno a explicar de modo aceitável para a comunidade de observadores (hipótese explicativa);

c- Dedução, a partir de b, de outros fenômenos não explicitamente considerados em sua proposição, bem como a descrição de suas condições de observação na comunidade de observadores;

d- Observação desses outros fenômenos deduzidos de b.”

Importante destacar a relação dialética entre objetividade e subjetividade, entre tecnologia e ética, presente nas discussões sobre *discutibilidade* como critério de validação da ciência. Santos (2001), ao recorrer às antigas perguntas filosóficas para fundamentar a necessidade de reinventar o *conhecimento-emancipação*, remete-se a Rousseau e rediscute a questão por ele colocada: *haveria alguma relação entre ciência e virtude?* A grande crise da ciência moderna é justamente porque ela não conseguiu articular o bem comum com o progresso, tornando a questão roussoriana ainda atual¹¹³.

A par desse diálogo, e na tentativa de sintetizar o que até aqui fora dito, bucou-se defender a ***politicidade do cuidado*** como conhecimento científico a partir da interrelação dos seguintes parâmetros:

- **Reconhecimento nos diversos saberes** e práticas para transformar-se provisoriamente;
- **Relatividade do discurso** calcada na apreensão processual e aproximativa da realidade;
- **Rigor metodológico**, a serviço de uma realidade sempre mais complexa, como *meio* para reconstruir discutibilidades;

¹¹³Para definir ciência, e nessa linha de análise, Demo (2001) articula os critérios formais (coerência, sistematicidade, consistência, originalidade, objetivação e discutibilidade), ligados ao formalismo lógico, aos políticos (intersubjetividade, autoridade por mérito, relevância social, ética), centrados no uso valorativo que se faz do conhecimento.

- **Intencionalidade no discurso** como forma de manter-se criticável nas sínteses realizadas.
- **Predisposição em rever posições** de forma dialógica, em favor de um discurso eticamente fundado.

A politicidade do cuidado, gestão da ajuda-poder para (re)construção da autonomia de sujeitos, pode orientar a conformação de políticas de saúde emancipatórias. A viabilidade dessa hipótese foi analisada a partir do triedro emancipatório do cuidar: *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*. Com tal proposição advoga-se em favor de uma epistemologia em que o cuidar esteja calcado na reconstrução como forma natural de participar de um mundo socialmente fundado, permeado por correlações de forças e disrupção solidária.

2.2- Categorias e Formalizações Metodológicas

- Triedro Emancipatório do Cuidar como Referência Analítica para a Gestão de Políticas de Saúde

A politicidade do cuidado como referência teórico-analítica e emancipatória para políticas de saúde se fundamenta no triedro *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar*. Com tal pressuposto, assumem-se as categorias poder, emancipação e cuidado como constructos teóricos que orientam a investigação em curso. Tais categorias de análise são vistas como conceitos centrais para compreender a forma com que as relações de ajuda-poder vêm sendo formuladas, conformadas e priorizadas no âmbito do SUS, inserido numa realidade histórico-estrutural permeada por confronto, ambivalências e sínteses sempre renovadas.

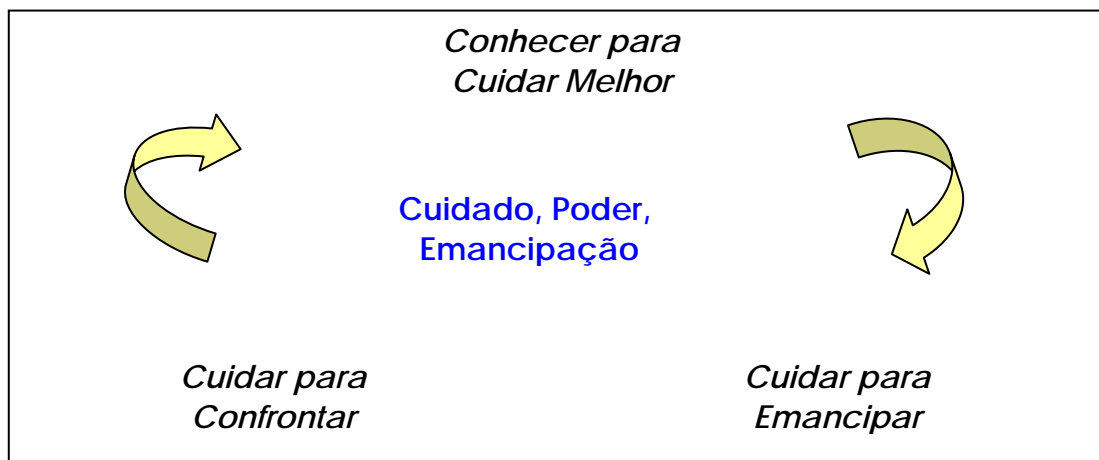
Categorias, como fluxo de pensamentos abstratos vivenciados concretamente na realidade histórica (Marx, 1999), são utilizadas aqui como

parâmetros, balizas ou estruturas mais definidoras para apreensão reconstruível do campo-sujeito-objeto (Thompson, 1995) investigado. Assim, as faces mais subjetivas, integralizáveis e ontológicas dos fenômenos estudados têm como referência a conceituação que se vem fazendo sobre o **cuidado**, entendido como relação social de domínio e ajuda, que se re-elabora dinamicamente para forjar atitudes libertárias. Para a vertente de confronto, disputa e correlações de forças inerente às dinâmicas sociais, delimita-se como foco a concepção de **poder**, sintetizado pela situação estratégica, vulnerável, corruptível e complexa entre domínio e antidomínio presente nas relações sociais. Toda vez em que as rupturas, reordenamentos e subversões do contexto analisado se mostrarem perceptíveis, seja em potencialidade, ou na conjuntura do concreto focado, pautar-se-á na concepção de **emancipação**, entendida como desconstrução progressiva de assimetrias de poder.

O triedro do cuidar aqui defendido pretende articular sinteticamente as categorias cuidado, poder e emancipação numa perspectiva epistemológica, ética e política. Aposta-se num **conhecimento** que torne possível relações de ajuda-poder mais igualitárias. Para tanto, há de se promover um **cuidar** que faça emergir as tensões e contradições da arena política, numa perspectiva fortalecedora de sujeitos históricos e com resgate de subjetividades perdidas ou aprisionadas. Se se for cuidado por saberes eticamente fundados, e participando criticamente de confrontos (seja em nível micro ou macro) por melhores oportunidades de vida e cidadania, a **emancipação** por meio da ajuda-poder se torna possível.

Na tentativa de visualizar melhor as três faces do triedro – **conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar** – com as respectivas categorias analíticas que o compõe, apresenta-se-se a gravura a seguir. Ressalte-se que esta construção deve ser vista de forma integrada, aberta e articulável, como se supõe que seja a tese da politicidade do cuidado.

GRAVURA 1- TRIEDRO EMANCIPATÓRIO DO CUIDAR: CUIDADO, PODER E EMANCIPAÇÃO COMO CATEGORIAS DE ANÁLISE



Visualizar como o cuidado vem sendo produzido e configurado no campo da política de saúde do Brasil requer um instrumental analítico que considere o contexto, as relações sociais e as dinâmicas que ocorrem na realidade estudada. Sob o desafio de buscar um referencial teórico-metodológico que auxilie nessa empreitada, refira-se a Hermenêutica de Profundidade (HP), em Thompson (1995). Calcado na teoria crítica e teorizando sobre ideologia, cultura e comunicação de massas na sociedade moderna, esse autor propõe um arcabouço metodológico para instrumentalizar análises de discursos.

Em linhas gerais, propõe interpretar como as *formas simbólicas*¹¹⁴ são empregadas para manter relações de poder, ao que denomina *ideologia*. A partir de uma contextualização geral onde estariam presentes o mundo social ou a *interpretação da doxa*¹¹⁵, e propondo *uma ruptura metodológica com a hermenêutica da vida cotidiana*¹¹⁶, sistematiza o referencial em três

¹¹⁴ "Formas simbólicas são construções significativas que exigem uma interpretação; elas são ações, falas, textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas." (Thompson, 1995:357).

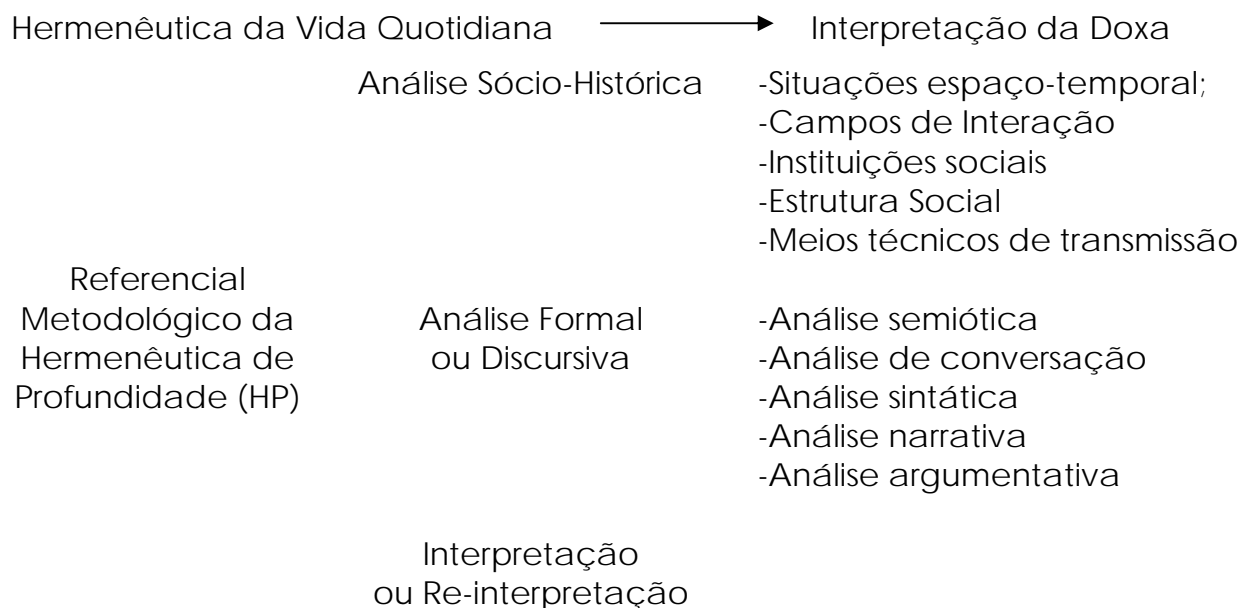
¹¹⁵ "(...) uma interpretação das opiniões, crenças e compreensões que são sustentadas e partilhadas pelas pessoas que constituem o mundo social." (id., p.364.)

¹¹⁶ "Sem esquecer a interpretação da doxa, devemos ir além deste nível de análise, para tomar em conta outros aspectos das formas simbólicas, aspectos que brotam da constituição do campo-objeto. As formas simbólicas são construções significativas que são interpretadas e compreendidas pelas pessoas que as produzem e as recebem, mas elas são também construções que são estruturadas de maneiras definidas e que estão inseridas em condições sociais e históricas específicas." (id., p365).

âmbitos: *análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação.*

A *análise sócio-histórica* diz respeito às condições conjunturais em que as formas simbólicas são produzidas e conformadas. A *análise formal ou discursiva* procura desvelar a estrutura da complexidade dos objetos e expressões que circulam o campo social (*op.cit.*, p 369). A *interpretação ou re-interpretação* procede na realização de sínteses possíveis a partir das etapas anteriores, procurando manter o caráter aberto ou a intenção de tentar se colocar no local do outro. Esquemáticamente, tem-se o quadro a seguir, sintetizado pelo autor.

FORMAS DE INVESTIGAÇÃO HERMENÊUTICA



Fonte: Fig. 6, Thompson (1995:365).

O estudo das *formas simbólicas*, ou o desvelamento de *discursos a serviço do poder* (ideologia), pode ser utilizado não apenas para destrinchar depoimentos, mas igualmente outras formas de comunicação e linguagem¹¹⁷. Demo (2001:45), na releitura que realiza da proposta de Thompson, reafirma: *“Ainda, pretendemos aplicar tais idéias metodológicas não só a dinâmicas, mas também a desempenhos qualitativos, como é avaliar a qualidade política de uma associação comunitária em sua atuação concreta histórica, por exemplo. A ideologia é tendencialmente entendida como discurso e, por vezes, a proposta de Thompson parece restringir-se às análises qualitativas de discursos. Acrescentamos aqui também a possibilidade de analisar práxis históricas (Vasquez, 1977), sempre que for o caso claro de fenômenos qualitativos intensos.”*

Tendo por suposto esse entendimento, e dialogando com a hermenêutica de profundidade, cabe dizer que o triedro emancipatório do

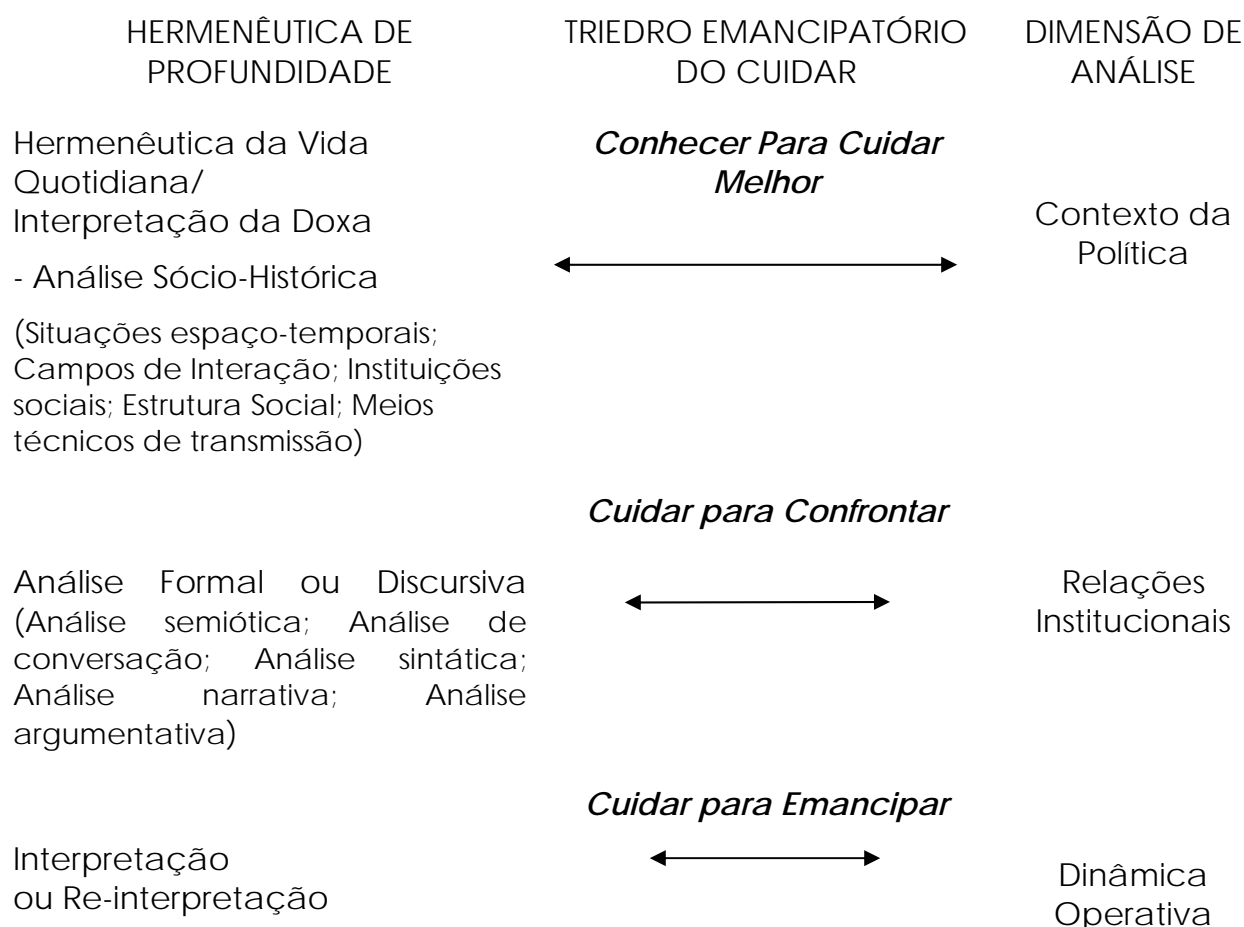
cuidar, calcado no conhecimento capaz de potencializar confrontos e reordenamentos de poderes, pode orientar a análise de políticas de saúde, centrando-se na interpretação das ideologias inseridas em contextos complexos. Inspirados no referencial metodológico de Thompson (1995) - e a partir das faces *conhecer para cuidar melhor*, *cuidar para confrontar*, *cuidar para emancipar* - foram delimitadas três dimensões¹¹⁸, que por sua vez geraram parâmetros de análises. Assim, as dimensões para a análise decorrem das seguintes interfaces do triedro emancipatório do cuidar com a HP: i- articulação do contexto sócio-histórico em que as práticas são produzidas com o *conhecer para cuidar melhor*; ii- as correlações de forças existentes no contexto e as disputas entre as produções sociais realizadas¹¹⁹, por sua vez, se imbricam com o *cuidar para confrontar*; iii- a interpretação e reinterpretação das formas simbólicas operam movimentos dinâmicos, potencializando o *cuidar para emancipar*. Uma possibilidade de desenho a ser adotado a partir dessa conversa poderia prever três dimensões: i- contexto da política; ii- relações institucionais; e iii- dinâmica operativa. De forma esquemática, tem-se a gravura a seguir:

¹¹⁷ Uma forma de proceder análises de textos, imagens e sons em pesquisa qualitativa pode ser consultada em Bauer, W.M e Gaskell, G., *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som – Um Manual Prático*. Petropolis-RJ: Vozes, 2002.

¹¹⁸ Dimensão de análise como constructo metodológico constituído por características, atributos e matizes semelhantes ou complementares entre si que auxiliam a dar maior visibilidade ao que se quer investigar. São arranjos artificialmente montados para melhor dimensionar a realidade que se pretende averiguar, compreendendo-a sempre mais ampla. Parte-se da compreensão de que tais artifícios metodológicos nada mais são do que recortes possíveis e incompletos de um contexto sempre mais rico e imprevisível, como se supõe que sejam as relações sociais.

¹¹⁹ Cabe aqui a discussão de *práxis*, em Vasquez (1977), uma vez que as produções sociais enquanto atividade material humana correspondem à síntese entre teoria-prática, entre crítica e transformação de cotidianos.

GRAVURA 2- DIMENSÕES DE ANÁLISE PARA POLÍTICAS DE SAÚDE A PARTIR DA HERMENÊUTICA DE PROFUNDIDADE E TRIEDRO EMANCIPATÓRIO DO CUIDAR



Apesar de terem sido concebidos de forma indissociável, tanto o *triedro do cuidar* articulado às formas de investigação da HP, quanto as *dimensões de análise* dele originadas, têm certas especificidades estruturáveis, embora imbricadas umas nas outras. Assim, a dimensão ***contexto da política***, que, por si, congregaria todas as demais faces do triedro, pode ser priorizada em alguns aspectos do ***conhecer para cuidar melhor***, uma vez que se está apostando no potencial emancipatório da epistemologia crítica do cuidar. Da mesma forma, ***cuidar para confrontar*** pode ser melhor correlacionado com a segunda dimensão, ***relações institucionais***, tendo em vista o foco sobre as tensões dialéticas. Por último, ***cuidar para emancipar*** e ***dinâmica***

operativa surgem como sínteses provisórias da análise. Especificando melhor as dimensões delimitadas para a análise, têm-se:

a) Contexto da Política - Diz respeito às principais condições estruturais em que o *campo-sujeito-objeto*¹²⁰ está inserido. Aqui, interessa, sobretudo, a conjuntura em que são geradas as ações da política pública, os atores estratégicos, as definições ou indefinições políticas, as condições sociais e econômicas que interferem na conformação da ajuda-poder. Essa dimensão corresponderia ao contexto geral e análise sócio-histórica da hermenêutica de profundidade, portanto com a intenção de abranger, além da conjuntura em que são produzidas as vivências do senso comum, os aspectos mais estruturados que constituem o *campo-objeto* (situações espaço-temporais; campos de Interação; instituições sociais; estrutura social; meios técnicos de transmissão). O propósito maior é compreender o contexto sócio-histórico onde se forja o cuidado à saúde, nas múltiplas possibilidades de domínio e subversão em que ele se funda.

b) Relações Institucionais - Inseridas dialogicamente no contexto sócio-histórico, a dimensão *relações institucionais* diz respeito aos atores que fazem parte da política (incluindo a participação e organização da sociedade civil), suas articulações, interesses, correlações de força e significados. Elas seriam analisadas tendo por foco as disputas de poder e conquistas realizadas. Interessa captar a estruturação que as formas simbólicas podem adquirir no contexto das relações sociais, expressas por símbolos, falas, textos e discursos a serviço do poder. Tem relação com a análise formal da HP e procura interpretar a estrutura e o sentido do discurso gerado no interior das relações sociais. Instiga-se, principalmente, como as

¹²⁰ “O mundo sócio-histórico não é apenas um campo-objeto que está ali para ser observado; ele é também um campo-sujeito que é construído, em parte, por sujeitos que, no curso rotineiro de suas vidas quotidianas, estão constantemente preocupados em compreender a si mesmos e aos outros, e em interpretar falas e acontecimentos que estão ao seu redor.” Thompson (1995:358).

tensões entre ajuda e poder se inserem no cotidiano das decisões governamentais da política, delineando-se poderes e contra-poderes.

c) Dinâmica Operativa - Na tentativa de realizar sínteses provisórias, a *dinâmica operativa* se refere às ações produzidas, aos produtos e seus impactos sobre o contexto sócio-histórico. Diz respeito ao desempenho dos programas sociais no contexto analisado, estando intimamente correlacionada às dimensões anteriores (*relações institucionais e contexto da política*). Seria a *interpretação ou reinterpretação* da HP, mantendo-se aberta às reconstruções e reposicionamentos analíticos. De modo geral, observam-se as sínteses possíveis entre ajuda e poder, bem como as possibilidades de tutela e subversão aí presentes. Ou, de outra forma, estudar as possibilidades emanipatórias presentes nos cenários oportunizados pela gestão da ajuda-poder, captando dinamicidades e estruturas próprias de realidades complexas.

Na tentativa de montar um instrumental que auxilie a análise da gestão de políticas de saúde, e dando aplicabilidade ao referencial da politicidade do cuidado, propõe-se o quadro a seguir, dentre tantas outras ordenações possíveis de serem feitas.

QUADRO 1- REFERÊNCIAS PARA ANÁLISE DA GESTÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE A PARTIR DO TRIEDRO EMANCIPATÓRIO DO CUIDAR

FACE MAIS VISÍVEL DO TRIEDRO	DIMENSÃO DE ANÁLISE ARTICULÁVEL	PARÂMETROS ANALISÁVEIS
<i>Conhecer para Cuidar Melhor</i>	<i>A-Contexto da Política</i>	<p>A1- Historicidade e conjuntura em que a política social se inseriria (características sociais, políticas e econômicas, cultura política, instituições, conquistas dos movimentos sociais e/ou da cidadania organizada, base parlamentar de apoio, nível de governo, relação com organismos internacionais, outros).</p> <p>A2- Política pública seguiria princípios, diretrizes e arcabouço jurídico-institucional consensuados na esfera pública e assentes na efetiva ampliação da participação da sociedade civil (cidadania).</p> <p>A3- A gestão do programa preocupar-se-ia constantemente em conhecer/compreender a conjuntura da política para melhor decidir/gerir cenários de cuidado à saúde.</p> <p>A4- Inserção do programa na política pública ocorreria de forma priorizada, traduzida no orçamento e na autonomia gerencial.</p> <p>A5- Ações intersetoriais permeariam o cotidiano institucional, constituindo-se em espaços dialogados de saberes.</p> <p>A6- Gestão das ações se organizariam a partir das forças sociais, com avaliações, reprogramações sistemáticas e controle democrático efetivamente delineado.</p> <p>A7- Política de formação profissional e educação permanente seria definida, gerida e forjada a partir da realidade dos sujeitos (foco na autonomia e construção de projetos próprios).</p>
<i>Cuidar para confrontar</i>	<i>B- Relações Institucionais</i>	<p>B1- Panorama das forças sociais que influenciariam estrategicamente a política social (parlamentares, governo, empresas, setores organizados do mercado e da sociedade civil, sindicatos, universidades, conselhos de saúde, fóruns de negociação, outros).</p> <p>B2- Tensões e nós-críticos que influenciariam as relações entre atores do programa e demais participantes da política social (inferências internas e</p>

		<p>externas que geram conflitos e/ou emperram ações e desempenhos).</p> <p>B3- Efetivo Controle Democrático (de baixo para cima):</p> <ul style="list-style-type: none"> - proposições demandadas pela sociedade civil que teriam sido atendidas pela gestão do programa; - conselhos de políticas públicas e setores organizados da sociedade civil teriam influência estratégica na priorização de ações, mobilizando atores e recursos para consecução das mesmas. <p>B4- Democratização de poderes na esfera pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> - decisões e/ou deliberações de conselhos e/ou fóruns de negociação da política seriam condições estratégicas efetivas para a gestão e implementação do programa.
<p><i>Cuidar para Emancipar</i></p>	<p><i>C- Dinâmica Operativa</i></p>	<p>C1- Gerência/condução do programa teria nível de decisão institucional elevado no que se refere a orçamento, projetos e ações.</p> <p>C2- Consonância/êxito dos princípios e diretrizes do programa seria oportunizado nos cenários produzidos e delineado em ações, avaliações, relatos, estudos e/ou indicadores existentes.</p> <p>C3- Avaliações sistemáticas seriam definidas e reprogramadas constantemente, operando a partir da demanda e em diálogo com as forças sociais.</p> <p>C4- Desenvolvimento de ações intersetoriais para intervenção nos problemas prioritários, com demarcação de atribuições e avaliações sistemáticas.</p> <p>C5- Proposições seriam desenvolvidas pela gestão do programa a partir dos conselhos de política pública ou setores organizados da sociedade.</p> <p>C6- Gestão da ajuda-poder centrar-se-ia na educação permanente e oportunizaria cenários onde a autonomia dos sujeitos se manifesta (construção de projetos próprios, pressão e disputa por espaços, luta por cidadania, outros).</p>

- Pesquisa Teórica e Prática

A investigação em curso segue a classificação proposta por Demo (2001) e se coloca como pesquisa teórica e prática. A face teórica se propôs a reconstruir teorias, concepções, visões e conceituações sobre as categorias cuidado, emancipação e poder, no sentido de manter discutível formal e politicamente o triedro do cuidar. O lado prático da pesquisa focou-se nas ações, contradições e sínteses realizáveis no escopo da gestão do PSF, em nível central (federal). As faces teórica e prática da pesquisa são vistas como complementares e foram articuladas reconstrutivamente para fundamentar a hipótese de que a *politicidade do cuidado pode ser uma referência teórico-analítica e emancipatória para a gestão de políticas de saúde*.

Tendo em vista a dimensão emancipatória escolhida, priorizou-se, tanto quanto possível, o lado teórico da investigação. Assim sendo, os enfoques no aprofundamento teórico e conceitual constituíram-se em bases epistêmicas importantes para a sustentação da tese da politicidade do cuidado, o que não significa, claro, desapego ou distanciamento de face prática investigada. Ao contrário, parte-se do suposto que para melhor compreender e participar das experiências cotidianas, há que se reconstruir dinamicamente os conceitos, concepções e discursos que iluminam a realidade. Ademais, como já referido, teoria e prática são partes de um mesmo fenômeno natural e social, não sendo mais possível sustentar dicotomias calcadas na racionalidade moderna.

Isso posto, segue que a pesquisa teórica buscou fundamentar o triedro emancipatório do cuidar de forma sistematizada e criteriosa, norteador toda a construção do referencial teórico. Para tanto, a revisão bibliográfica foi realizada a partir de questões norteadoras previamente definidas a partir das faces do *triedro emancipatório do cuidar*. Apesar dos riscos restritivos envolvidos na escolha de diretivas, tal artifício mostrou-se oportuno, servindo para submeter leituras e aprofundamentos teóricos ao recorte da realidade que se pretendeu aprofundar. O importante, portanto, é considerar que esse

recorte jamais será o todo, mas parte nele. A seguir, são explicitadas e justificadas as questões que nortearam a investigação.

A- CONHECER PARA CUIDAR MELHOR

Nesta face do triedro, teorizou-se sobre a epistemologia emancipatória do cuidar, no sentido de fundamentar argumentos que pudessem contribuir para forjar autonomias de sujeitos a partir da reconstrução de saberes e práticas. Com esse intuito, a revisão bibliográfica foi orientada pelas seguintes **questões**:

- Como as principais concepções e teorias sobre poder, cuidado e emancipação vêm se articulando na produção de conhecimentos?
- Seria possível, à luz das vertentes estudadas, conceituar teoricamente uma epistemologia para o cuidado pautada na reconstrução da ajuda para autonomia relativa de sujeitos?

B- CUIDAR PARA CONFRONTAR

A tensão dialética entre o gesto de ajuda que, sendo relação de poder, tanto pode dominar quanto desconstruir assimetrias subjulgantes, é o principal foco deste lado do triedro. Concebido como cerne da politicidade do cuidado, procurou-se fortalecer discursos que referenciassem dialeticamente a tensão propulsiva e restritiva presente na relação do cuidar. Tal discussão pôde ser sintetizada a partir da seguinte **questão**:

- Que discussão ou diálogo teórico seria possível formular entre cuidado e poder, uma vez que a politicidade do cuidado subsiste na tensão dialética entre tutela e autonomia de sujeitos?

C- CUIDAR PARA EMANCIPAR

Esta dimensão constitui-se uma síntese provisória do triedro do cuidar e foi tratada no sentido de estabelecer maiores relações e interações entre as demais questões. Por traduzir com maior clareza a própria hipótese da tese,

requereu manuseio cuidadoso no sentido de rever posições, discursos ou concepções, procurando manter a argumentação sempre aberta, criticável e reconstrutiva, no caminho proposto por Thompson (1995).

- Como o cuidado pode se constituir numa referência emancipatória? Que teorias ou concepções sobre poder, cuidado e emancipação poderiam melhor fundamentar essa hipótese?
- Como o cuidar, sendo relação de poder, pode se constituir numa relação disruptiva e libertadora de fazeres?

A seleção da literatura foi sistemática e tentou buscar dinamicamente sínteses possíveis às perguntas acima descritas. Importante não perder de vista o papel da hipótese como norte maior da pesquisa, tendo sido sempre a referência para o estudo. Dessa forma, não se deseja fortalecer concepções positivistas calcadas na *infabilidade* das teorias, mas garantir coerência e sistematicidade argumentativa. Ademais, a hipótese aqui formulada constitui uma, dentre tantas outras, forma de observar uma realidade, igualmente susceptível às críticas e desconstruções. Os critérios priorizados para seleção da literatura foram os seguintes:

- priorização de autores clássicos, com teorias que permaneçam profundamente discutíveis;
- foco em autores, concepções, estudos e teorizações que influenciam e/ou criticam a produção hegemônica do pensamento moderno - e que tenham certo respeito pela comunidade científica;
- pensamentos e teorias que auxiliem a fundamentar e teorizar sobre o triedro emancipatório do cuidar e questões norteadoras elaboradas;
- introdução, revisão e/ou substituição de autores sempre que a reconstrução das sínteses assim solicitar, mantendo a dinamicidade dos processos abertos.

- ESTUDO DE CASO

A face prática da pesquisa foi realizada por meio da análise do Programa Saúde da Família (PSF) no contexto da gestão do Sistema Único de Saúde em nível federal. O propósito foi investigar ***se o PSF tem se constituído mais como estratégia de mudança amparada nos princípios do SUS ou como programa social focalizado e seletivo, do tipo saúde pública para pobres***. Interessou, sobretudo, analisar as politicidades imbricadas na gestão do programa/estratégia prioritário para o SUS, desvendando-lhe o duplo caráter disruptivo e conformador. O *triângulo emancipatório do cuidar* foi utilizado como referencia analítica, calcado nas dimensões e parâmetros apresentados no quadro 1. A escolha do Programa Saúde da Família (PSF) como *campo-sujeito-objeto* da face empírica desta pesquisa justificou-se pelos seguintes motivos:

- o PSF tem diretrizes consoantes com os princípios dos SUS e se operacionaliza a partir de seu arcabouço jurídico-institucional, constituindo-se em uma das estratégias prioritárias utilizadas pelo Ministério da Saúde na reorganização dos serviços e práticas de saúde do SUS;
- concebido inicialmente como 'programa', produz um discurso para firmar-se enquanto *eixo estruturante* na reorganização da atenção básica à saúde da população, com repercussões para o sistema de saúde;
- teve expressivo crescimento nos últimos anos em número de equipes, municípios e cobertura populacional, traduzindo-se numa extensão que tem gerado inovações, continuísmos e retrocessos;
- no ano de 2002, foi assinado um acordo de empréstimo internacional entre Brasil e Banco Mundial (BIRD) para expansão e consolidação do PSF (Proesf), que se estenderá até 2009. Esse projeto consta de 3 componentes (I-Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à

Saúde, II-Desenvolvimento de Recursos Humanos e III- Monitoramento e Avaliação) e pretende levar o PSF para 60% da população brasileira até 2009.

➤ o PSF é alvo de críticas e discussões teóricas importantes, em geral polarizadas entre os que o defendem enquanto estratégia de fortalecimento do SUS e os que o apontam como política setorial focalizada e seletiva, de tipo neoliberal, portanto permeado por politicidades.

O delineamento da investigação foi feito por meio do *estudo de caso* (Bauer (2002), Minayo (1992), Demo (2001), Triviños (1987), Chizzotti (2003)), entendido como um recorte ou unidade de significação central para a pesquisa em curso. O 'caso' em questão expressa um determinado foco no cenário de complexas condições socioeconômicas e culturais da realidade, sendo parte dele na totalidade. Representa, pois, uma significação estratégica e exemplar para a investigação, devendo ser interpretado à luz das referências teóricas e do contexto sócio-histórico em que se insere (Thompson, 1995). A *unidade-caso* ou "*corpus*"¹²¹ desta etapa investigativa compôs-se das informações formais e/ou informais produzidas pelos diversos atores que viabilizam ou influenciam a gestão do Programa Saúde da Família em nível federal. Ou seja, gestores e técnicos do Ministério da Saúde ligados ao PSF, representantes do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS), bem como de associações de classe dos profissionais. O intento perseguido foi o de contextualizar o PSF na política de saúde, investigando sua politicidade.

Trata-se de uma abordagem qualitativa dos fenômenos priorizados, entendendo a unidade quantidade-qualidade como totalidade. A dimensão qualitativa da investigação, *enfoque interpretativo dinâmico e*

¹²¹ Para Orlandi (2001), a delimitação do corpus e a análise da pesquisa estão intimamente relacionadas, uma vez que decidir sobre a constituição do *corpus* envolve priorizar certas propriedades discursivas.

processual que prima pela compreensão discutível dos fenômenos estudados (Pires, 2001), não nega a quantidade enquanto componente dialeticamente complementar. Qualidade e quantidade co-existem nos fatos sociais enquanto *unidade de contrários*, superáveis e aperfeiçoáveis no mesmo *espaço-tempo*¹²².

- COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Delimitado o *corpus* do aprofundamento qualitativo, composto pelos atores que integram, viabilizam e/ou influenciam a gestão do PSF em nível federal, utilizou-se a análise de documentos e a observação participante como técnicas de coleta de dados, procurando confrontar informações para a (re)construção do argumento. O quadro 1, *Referências para Análise da Gestão de Programas Sociais em Políticas Públicas a partir do Triângulo Emancipatório do Cuidar*, bem como os roteiros de observação 1 e 2 (anexos 1, 2, 3), balizaram a coleta e análise dos dados, constituindo-se num parâmetro central para o estudo. No que se refere à coleta e à análise de dados, fundamentaram-se nos seguintes itens:

➤ *Análise de Documentos*: Análise de planos, projetos, leis, normas, relatórios de pesquisa, bancos de dados referentes ao PSF no contexto do SUS. Dentre as fontes de informações, muitas delas disponíveis no site www.saude.gov.br/caadab ou nas diversas instâncias e fóruns do SUS, cite-se:

a- *Avaliação Formativa das Equipes Saúde da Família 2001/2002*. Trata-se de um monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde, do tipo censitário, que buscou caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil, quanto à infraestrutura das unidades, processo de trabalho das equipes e capacitação de profissionais¹²³.

¹²² Refiro-me aqui a noção de espaço-tempo pós-moderno caracterizado por Santos (1997), entendido como locus privilegiado de produção da subjetividade.

¹²³ “Foram visitadas 13.501 equipes de saúde da família e 2.558 de saúde bucal, em 3.778 (67,9%) municípios brasileiros” Brasil, Ministério da Saúde, Informe da Atenção básica nº 18.

b- Resultados das pesquisas encomendadas pelo Ministério da Saúde, em 2002, sobre a implantação do PSF em grandes centros urbanos, que subsidiou a celebração do acordo de empréstimo internacional.

c- Sistemas de informações em Saúde, em especial o SIAB, Sistema de Informação Atenção Básica e desempenho do processo de Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica (Instrumento de gestão negociado entre as três instâncias de governo pautado no alcance das metas de indicadores de saúde priorizados).

d- Análise dos trabalhos premiados na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, ocorrida em junho de 2004 em Brasília, onde constam experiências de gestões municipais e de equipes. Esse evento contou com a participação de mais de 4.000 pessoas entre gestores, profissionais de saúde, entidades de classe, conselhos, instituições de ensino, docentes, associações e organizações da sociedade civil ligadas ao SUS. Foram enviados 1.618 trabalhos, dos quais 477 concorreram à premiação. Após passar por um rico processo de análise que contou com 3 etapas, envolvendo 25 avaliadores *ad hoc*, 18 entidades e organizações ligadas ao SUS, 2 oficinas de trabalho para julgamento, foram escolhidos 14 trabalhos considerados 'exitosos'. Os parâmetros utilizados para análise foram: contribuição para o fortalecimento da estratégia saúde da família, para reorganização dos serviços, novas práticas profissionais, trabalho em equipe, além de originalidade, criatividade e potencial de aplicabilidade¹²⁴. Tendo em vista a expressividade e representatividade desse movimento, os trabalhos premiados constituíram-se em fonte de informação exemplar para se perceber se a gestão do PSF tem forjado cenários propícios à autonomia de sujeitos.

e- Planos, projetos, planilhas, normas técnicas, resoluções, portarias, leis e estudos realizados ou expedidos pelo DAB, Ministério da Saúde, CNS, CONASS, CONASSEMS, associações de classe, organismos internacionais (OPAS, OMS, Banco Mundial), que tenham relação com a questão norteadora levantada.

➤ *Observação Participante*¹²⁵: Pautada na convivência relativamente freqüente com o grupo ou organização foco da análise (Becker, 1999), esta técnica mostra-se adequada aos propósitos da etapa empírica da pesquisa. Foi ancorada nos parâmetros analisáveis descritos no quadro 1 e realizada por meio de roteiros pre-estruturados (anexos 2 e 3). Teve como objetivo

¹²⁴ Informações colhidas junto à equipe de organização da II Mostra Nacional de Produção em SF, do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde que, em breve, também estará disponível na biblioteca virtual daquele órgão.

¹²⁵ Pelo fato de já ter trabalhado na gestão do PSF em nível central (2000-2002), e de atualmente prestar consultorias eventuais a essa instância, a técnica de observação participante se adequou aos objetivos propostos.

principal desvelar discursos, identificar tensões e contradições presentes no cotidiano da organização gestora do PSF em nível central, o Ministério da Saúde. Foram feitas algumas conversas, em tom o mais informal possível, com os gestores e técnicos atuais e anteriores do programa/estratégia (anexo 3), no sentido de captar e contrastar informações.

A análise dos dados primou pela contextualização e reinterpretação das informações, tendo sempre por base as categorias cuidado, emancipação e poder, além do referencial teórico delineado. A articulação das faces teórica e prática da pesquisa ocorreu durante todo o desenvolvimento da tese, sempre norteada pelo pressuposto de que *a politicidade do cuidado, gestão inteligente da ajuda-poder expressa pelo triedro do cuidar, pode ser uma referência teórico-analítica e emancipatória para a gestão de política de saúde.*

3- ANÁLISE DOS DADOS



- GESTÃO DO PSF À LUZ DO TRIEDRO EMANCIPATÓRIO DO CUIDAR

Optou-se por estruturar a discussão dos dados em três momentos complementares, na tentativa de correlacioná-los a cada uma das faces do triedro e dimensões de análises descritas. Primeiramente, o **contexto** em que a gestão do PSF se insere é priorizado, articulando-o ao referencial teórico onde as politicidades da política de saúde do Brasil foram devidamente aprofundadas. Num segundo momento, as **tensões e contradições** que influenciam e/ou conformam as decisões centrais do programa/estratégia são abordadas. Por fim, e articulando os momentos anteriores, as **dinâmicas de ajuda-poder** oportunizados pelo PSF, expressas tanto no cotidiano institucional, quanto nos trabalhos premiados na II Mostra Nacional de Saúde da Família, são esmiuçadas analiticamente, tendo por suposto as categorias cuidado, emancipação e poder.

- Contexto da Gestão

A conjuntura social, política e econômica em que a gestão do PSF se insere, conforme já referido, é tensa em disputas por espaços de poder, como em todas as polícias sociais. O centro dessas turbulências, que se insere no contexto de conformação da ajuda-poder nas sociedades capitalistas, ampara-se na luta entre o ideário do SUS de pretender-se política social universal, eqüânime e democrática, num cenário competitivo, desigual e influenciado pelas exigências do mercado. Amparado em diretrizes que se respaldam nos princípios do SUS, o PSF sintetiza conflitos inerentes à macropolítica que faz parte, com especificidades próprias de sua trajetória histórica.

Uma das peculiaridades da gestão atual do PSF se inscreve na própria mudança de governo em curso, onde, pela primeira vez, um partido de esquerda, com forte trajetória de luta pelos direitos dos trabalhadores e ampliação da democracia, chega ao poder. A eleição de um metalúrgico

à Presidência da República, oriundo do sindicalismo e fundador de um partido (Partido dos Trabalhadores, PT) que congrega intelectuais, setores organizados da sociedade civil e a maioria dos movimentos sociais de esquerda do Brasil, é fato político incontestado na história do país. Trata-se da eleição de um projeto de país forjado ao longo de mais de vinte anos, cujo percurso guarda, no currículo, grandes mobilizações e manifestações populares por mudança e cidadania.

A eleição de Lula - mesmo que para isso o PT tenha feito alianças com setores conservadores e com empresários liberais, comprometendo ideologicamente o projeto político original do partido - representou uma renovada na esperança do povo brasileiro. Milhares de pessoas foram às ruas para a posse do novo presidente, fato inédito até então, manifestando apoio e credibilidade nas promessas de governo, pautadas principalmente na retomada do crescimento econômico, na diminuição do desemprego e priorização das políticas sociais. Mas o PT não é mais o mesmo; o tempo das reivindicações e grandes mobilizações nacionais da década de oitenta ficou para trás e a globalização da economia, calcada na transnacionalização dos mercados e diminuição do poder regulatório do Estado, é realidade que interfere duramente nas decisões governamentais.

Se a máxima que diz que *'todo revolucionário de hoje é um reacionário de amanhã, desde que chegue ao poder'* estiver correta, está em vias de ser comprovada, infelizmente. Passados dois anos de governo Lula, o país experimenta a mesma política econômica austera e neoliberal do governo anterior, com altas taxas de juros, elevação do superávit primário para pagamento da dívida externa, com conseqüente restrição orçamentária para as políticas sociais. Uma reforma previdenciária austera e restritiva das garantias trabalhistas foi aprovada no Congresso Nacional já no primeiro ano, coisa que nem o governo anterior, taxado de retrógrado e neoliberal pelo próprio PT, teve coragem de encarar. Quanto às políticas sociais, encabeçadas por programas como o Fome Zero e o Bolsa Família (renda

mínima), além de não deslançarem, são alvo de recentes denúncias de desvio do dinheiro público devido à falta de monitoramento do governo federal. Para completar o cenário pouco animador, CPI's de casos de corrupção explícita envolvendo a alta cúpula, flagradas em fitas gravadas por empresário do ramo de jogos eletrônicos, são ofuscadas pelo governo mediante negociações com a elite mais conservadora e corrupta do país.

Apesar das alianças políticas com setores conservadores e da própria conjuntura econômica anunciar previamente que não seria possível profundas mudanças, não se esperava tanta contradição de um partido que teve toda uma trajetória centrada na luta dos direitos dos trabalhadores. Parece que a polêmica, introduzida por Holloway (2003), de que é impossível mudar o mundo por meio do poder, ronda como ameaça ao exercício democrático, haja vista a própria ambigüidade que sempre permeou a noção de democracia (Goyard-Fabre, 2003) ou a concepção do *homo sapiens-demens* (Morin, 2002). Ou, na re-interpretação oportuna de Demo (2004), *quem propõe mudanças não as deveria gerir*, a menos que possa ser democraticamente controlado. Buscando um possível arremate para essa conjuntura, cite-se o trecho a seguir, onde o autor analisa o "novo" governo:

"Intriga que o "novo" governo Lula se escude em política econômica tão ortodoxa, reavivando a controvérsia sobre a tendência conservadora de esquerdas que chegam ao poder. Parece claro que o PT tinha projeto de tomada de poder, não tinha de exercício de poder. Imaginávamos que estivesse melhor preparado para governar. No campo econômico não consegue ir além de uma versão piorada do governo anterior e que tanto combateu. Cada dia mais, o governo guina para a direita e é tutelado por ela, em parte, porque, não sabendo governar, perde-se em crises próprias, cai na vala comum da corrupção geral, não reage em tempo e vai insinuando que a expectativa de reeleição se sobrepõe às mudanças esperadas. Esperava-se, por exemplo, que o novo governo, ao fazer a reforma previdenciária, atacaria frontalmente disparates como aposentadorias de salário mínimo; na prática, girou apenas em torno de como lidar com privilégios públicos, como se aí estivesse o grande problema previdenciário – os pobres da previdência nunca foram parte do debate. Esperava-se que um programa como o Fome Zero saísse logo do zero, ocupasse a cena e orientasse a ética política daqui para frente. O que ocorreu foi imensa prova de inépcia programática e gerencial. Esperava-se que, tendo tanto cacife político e

tendo angariado tamanha imagem externa, o novo governo negociasse com o FMI condições muito mais favoráveis para saldar dívidas sociais. Ao invés disso, assumiu metas fiscais ainda mais severas que engessam a economia a perder de vista.

Parece maldição sociológica: o revolucionário de hoje será o reacionário de amanhã, desde que chegue ao poder. Quem propõe mudanças, não as deveria gerir. O gestor de mudanças está mais preocupado em mantê-las, do que em progredir mudando. Prefere o poder à mudança. Em parte, algo muito compreensível, no contexto da complexidade não linear. Mas torna-se estarrecedor, quando se vai de um extremo a outro, de tal sorte que o antes pareceria nada ter a ver com o depois. Era uma coisa na campanha eleitoral. É outra coisa, diametralmente oposta, no poder. O desemprego só faz crescer, porque soltar a economia geraria inflação. A política social gira em torno de migalhas assistencialistas, porque não há recursos disponíveis. A economia está parada, porque, parada, dá a impressão de economia sob controle para o capital externo e que por aqui passa apenas para especular. Os juros são altíssimos, acima de qualquer ganho real da economia, só para mostrar aos banqueiros internacionais que somos rígidos, tão rígidos que a população será sacrificada ao dólar. Intriga que gente que combatia o neoliberalismo seja, no poder, gente que com ele convive na subserviência mais frontal. Parecem mais neoliberais que os assumidos neoliberais.

É desta amargura que surgem idéias como mudar o mundo sem tomar o poder, porque pareceria que a tomada de poder só pode ser coisa suja. Tem tudo para isso, mas a isso não se reduz. Não vale transformar utopias em utopismos, seja porque instituímos ditaduras ainda mais fundamentalistas, seja porque imobilizamos a população. Esta não pode apenas gritar. Precisa comer e sobretudo emancipar-se." (Demo, 2004:65).

Para as pessoas emanciparem-se das condições indignas que lhes cercam, há de haver cuidado numa perspectiva de ajuda-poder que resgate a noção de sujeito, constituído a partir da uno/diversidade que lhe funda. A gestão de políticas públicas, viabilizada por programas sociais, para manter a chama da vulnerabilidade subversiva do poder, precisa aprender a gerir cenários que tornem possível o fortalecimento da cidadania ativa, capaz de pressionar o estado. Noutros termos, trata-se de reinventar a gestão pública onde o manejo do poder ocorra mais para ser controlada de fora para dentro, minimizando os riscos da mesmice e do autoritarismo autocentrdo.

Diante dessas ponderações, as práticas e discursos vivenciados na esplanada dos ministérios¹²⁶ parecem reavivar as mesmas incoerências que, outrora, eram alvo de denúncias pelo PT da oposição. Com contornos próximos a um certo partidarismo velado, o PT-governo insiste em apagar ou desconstruir tudo o que teve início na era FHC, sem a devida análise e avaliação técnica necessária para tal.

Nessa varredura partidária, muitos projetos e programas vêm sendo afastados, desmontados e/ou descaracterizados sistematicamente, sem que se coloque em seu lugar proposta melhor. O governo FHC foi prioritariamente neoliberal e focalizou seletivamente as políticas sociais, aprofundando a miséria e desigualdades do país (Lesbaupin, 1999). Mas partir desse pressuposto, sem analisar criticamente o que fora feito, identificando propostas implantadas que possam ser reconduzidas e/ou aperfeiçoadas, otimizando recursos públicos, soa próximo ao fundamentalismo autoritário e retrógrado. Nesse particular, o Ministério da Saúde, por ter sido gerido pelo principal opositor de Lula nas eleições (José Serra), vive intensamente esses conflitos. A questão central não é apenas desmanchar o que o outro governo fez, mas apagar qualquer marca que possa lembrar FHC e, principalmente, Serra.

Ocorre que a gestão de Serra na pasta da saúde foi marcada por conquistas e avanços significativos, difíceis de negar e/ou desmantelar, ao lado de outras ações criticáveis¹²⁷. Como breve referência nesse sentido, a ameaça encabeçada pelo Brasil de quebra das patentes para produção de medicamentos para o HIV/AIDS, caso os laboratórios estrangeiros não reduzissem seus preços, além de vitoriosa em seus propósitos, ganhou notoriedade internacional. Outro exemplo oportuno foi a implantação da

¹²⁶ Pelo fato de ter estado próxima ao Ministério da Saúde em ambas as gestões governamentais, posto que assessoro e/ou preste consultoria ao DAB desde 2000, a observação participativa realizada especificamente nesta pesquisa não se esgotam a este tempo (ou ao aqui e agora), mas complementa as vivências anteriores na gestão pública.

¹²⁷ Cito, por exemplo, a criação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, PITS, que objetivava estimular a interiorização de profissionais de saúde. Completamente fora do contexto da descentralização em curso, essa proposta, além de equivocada, se sobrepunha às ações do próprio PSF.

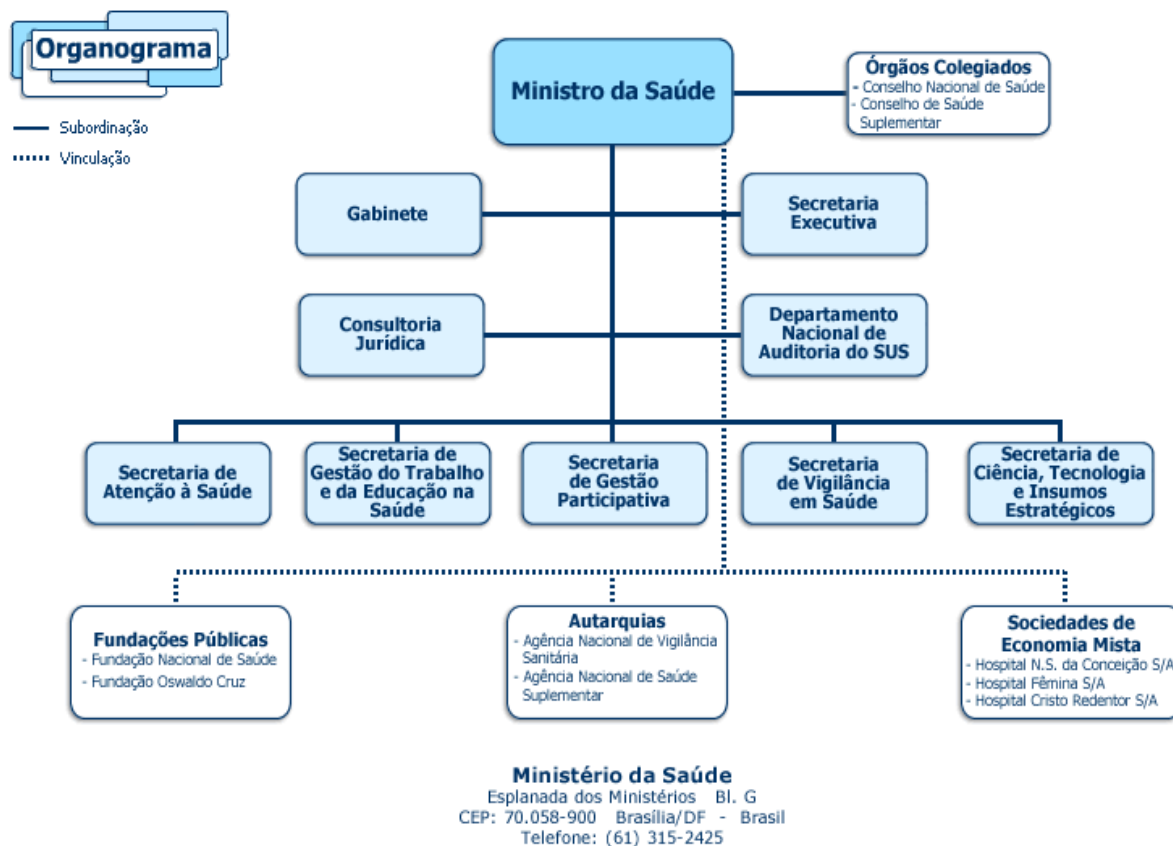
política de medicamentos genéricos, onde o governo enfrentou o mercado das indústrias farmacêuticas multinacionais e estimulou a produção e venda de remédios com o nome do fármaco que o compõe, reduzindo os preços e intervindo na concorrência das marcas dos medicamentos que, na verdade, são feitos de uma mesma droga. Esses dois fatos têm particular relevância por intervir diretamente no mercado, submetendo-o em prol da cidadania. Além dessas conquistas, a aprovação da Emenda Constitucional 29, que estabelece a obrigatoriedade de percentuais a serem gastos na saúde com a devida vinculação orçamentária pelas três instâncias gestoras do SUS, teve uma participação importante de Serra¹²⁸.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde iniciou a 'nova' gestão com o discurso afinado da mudança e de fazer diferente. De início, a estrutura organizacional da pasta foi modificada¹²⁹, foram criadas três secretarias, extinta uma, modificadas áreas, programas, fundações e institutos vinculados. Antes, eram quatro Secretarias: Executiva, de Assistência à Saúde, de Políticas de Saúde e de Gestão e Investimentos em Saúde. Hoje, cinco: Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde (antiga Assistência à Saúde), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (antes, Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde e Secretaria de Gestão Participativa. O gráfico a seguir ilustra o atual organograma, com as devidas vinculações e subordinações.

¹²⁸ Inicialmente contra, enquanto senador na época da Constituinte, uma vez ministro reconheceu que estava errado e foi o grande articulador político para que a EC 29 fosse aprovada, enfrentando duramente, inclusive, o então Ministro da Fazenda, Malan.

¹²⁹ Decreto presidencial nº 4726, de 9 de junho de 2003.

ORGANOGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004¹³⁰



De maneira abreviada, os principais objetos de atuação das atuais secretarias ministeriais são: i-Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): formulação e implementação das políticas de assistência à saúde da população, da atenção básica à média e alta complexidade; ii-Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES): formular, induzir e articular processos de qualificação e educação dos profissionais de saúde, bem como regular as relações trabalhistas no âmbito do SUS; iii-Secretaria de Gestão Participativa: coordenar a política de fortalecimento da gestão democrática do SUS, considerando a articulação com os diversos setores da sociedade civil; iv- Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): condução das políticas de vigilância à saúde da população, com ênfase nas estratégias de prevenção de agravos, riscos e danos; v- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: condução de políticas de fomento e investimentos em ciência e tecnologia para o setor saúde; vi- Secretaria Executiva: ligada

¹³⁰ Retirado do site do ministério da saúde, www.saude.gov.br, acessado em 6 de novembro de 2004.

diretamente ao Gabinete do Ministro, responde pelas ações centrais da pasta e pela supervisão e coordenação das atividades das secretarias integrantes da estrutura do Ministério e das entidades a ela vinculadas, além da coordenação do planejamento orçamentário e do gasto público¹³¹.

Essa lógica de organização inova por um lado e mantém tradições, por outro. A novidade reside na concepção de integração de projetos por grandes áreas de atuação, coerente com as atuais discussões de mudança do modelo assistencial, expresso principalmente na criação de uma secretaria específica para pensar os processos de educação e gestão do trabalho em saúde (uma das áreas mais críticas do SUS), bem como na reestruturação de programas e ações tradicionais da saúde pública brasileira (tuberculose, hanseníase, imunização) sob a concepção da vigilância à saúde, centrada no paradigma da promoção da saúde. Apesar disso, os velhos modelos burocráticos resistem, permeado por heranças de fragmentação entre o pensar e o fazer, exemplificada na manutenção de uma Secretaria Executiva (SE) onde se concentram setores estratégicos do órgão, como o orçamentário, o financeiro, o de planejamento, o de compras e licitações.

Quanto à Secretaria de Gestão Participativa, cujo objetivo de criação mais imediato foi a organização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi inicialmente ocupada por um renomado militante da reforma sanitária brasileira, Sérgio Arouca, que veio a falecer pouco antes da realização da citada conferência. Apesar da relevância incontestável do controle social na saúde, a simples criação de uma secretaria ministerial não amplia a participação efetiva da sociedade civil nas decisões governamentais, envolvendo questões bem mais profundas relativas à conformação da cidadania e do Estado brasileiro. A tendência de criar secretarias, seja ligada diretamente à presidência ou nos órgãos do executivo, tem sido uma

¹³¹“Supervisionar e coordenar as atividades relacionadas com os sistemas federais de planejamento e de orçamento, de organização e modernização administrativa, de contabilidade, de administração financeira, de administração dos recursos de informação e informática, de recursos humanos e de serviços gerais, no âmbito do Ministério”, site www.saude.gov.br, acessado em 04/nov/2004

característica comum no governo Lula. Como se o fato de se ter um local na burocracia da gestão pública para tratar especificamente de cada desigualdade social (mulheres, negros, direitos humanos, etc), sem a devida dotação orçamentária, articulação intersetorial e decisão política, fosse suficiente para debelá-las. Além de onerar, sobremaneira, o gasto com cargos e pessoal, essa estratégia tem se mostrado ineficiente, contribuindo para sobreposições de ações.

Esse re-ordenamento trouxe também alguns mapeamentos políticos de particular relevância para a análise da gestão do PSF. Isto porque, das seis secretarias, duas foram ocupadas por atores que faziam forte oposição ao PSF na gestão anterior (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, SGTES, e Secretaria Executiva, SE), que por sua vez correspondem a setores importantes para a viabilidade técnica, financeira e política do PSF, enquanto estratégia de organização de serviços e práticas de saúde. Ainda sobre esse re-posicionamentos de cargos, é importante dizer que tanto a Secretaria de Vigilância à Saúde, quanto o Departamento de Atenção Básica (DAB), responsável pela condução do PSF, são atualmente ocupados por atores que também participaram da gestão anterior, portanto alvo de críticas pelo partidarismo de alguns novos dirigentes. Esse fato, diante do cenário de disputa político-partidária que se vem ocorrendo, intensifica ainda mais os conflitos e disputas internas e externas à gestão do PSF, repercutindo tanto no cotidiano das práticas, quanto nas decisões e ações desenvolvidas.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) integra a SAS, juntamente com outros três departamentos: - Departamento de Atenção Especializada (DAE), responsável pela média e alta complexidade, conseqüentemente especialidades; - Departamento de Regulação, Controle e Avaliação (Drac), imbuído de contratar, controlar, avaliar e regular a prestação de serviços ao SUS a partir das necessidades da população; e o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, a quem compete articular, entre

outros, os programas de Saúde Mental, da Mulher, do Trabalhador, do Jovem e Adolescente, da Criança, do Idoso, do Penitenciário, dos Portadores de Deficiência, de Trauma e Violência, orientando estados, municípios e Distrito Federal na execução dos mesmos. Quanto ao DAB, congrega duas coordenações mais centrais, a de Gestão da Atenção Básica, responsável pela formulação de ações, projetos e políticas que orientem a organização dos serviços de atenção básica, tendo o PSF como estratégia prioritária; e a de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, cujo objeto centra-se na avaliação das ações e serviços desenvolvidos no âmbito da atenção básica à saúde. A execução do Proesf também conta com uma gerência específica vinculada à direção, constituindo-se numa área importante por se relacionar com os setores financeiros e jurídicos do MS, bem como intermediar as negociações junto ao Banco Mundial, financiador do projeto. Além dessas, as áreas técnicas de saúde bucal, alimentação e nutrição e diabetes e hipertensão arterial integram o DAB.

No que se refere à dotação orçamentária para o ano de 2004, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) tem o maior orçamento do Ministério da Saúde (e maior, inclusive, que o orçamento dos outros ministérios da área social¹³²), ficando com R\$ 20.578.955.355,00 (cerca de 64%) do total de R\$ 32.135.200.275,00 autorizado para a pasta. A distribuição dos recursos da SAS entre os seus departamentos, em ordem de prioridade orçamentária, é a seguinte: i- DERAC- cerca R\$ 15,53 bilhões, ocorrendo o repasse fundo-a-fundo para que estados, municípios e DF realizem o pagamento e regulação dos serviços prestados pela rede de hospitais e ambulatórios especializados, credenciados ao SUS. Tem como incumbência também regular e pagar os procedimentos de alta complexidade interestaduais realizados fora dos domicílios; ii- DAB, ficando com aproximadamente R\$ 4,36 bilhões, incluídos

¹³² Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Site: <http://www.planejamento.gov.br/>, acessado em 6 novembro, 2004.

os repasses fundo-a-fundo dos respectivos PAB's fixos e variáveis aos municípios; iii- DAE, R\$ 464,07 milhões e iv- DAPE, R\$ 198, 82 milhões¹³³.

Observa-se que, mesmo distante do montante de recursos destinada à atenção hospitalar pública e conveniada do SUS (R\$15,53 bilhões), onde a relação com o mercado é tensa, influente e estratégica, a atenção básica tem relativa importância na destinação de recursos, tendo, inclusive crescido expressivamente nos últimos anos. O orçamento do DAB, em 2004, é o segundo maior da SAS (atrás apenas do DRAC, onde está vinculada a assistência hospitalar de média e alta complexidade) e superior ao de todas as outras secretarias ministeriais (2,37 bilhões da SVS, 1,76 bilhões da SCTIE, 673,35 milhões da SE, 443,45 milhões da SGTES e 23,88 milhões da SGP¹³⁴). Esse fato demonstra que a prioridade do discurso se traduz na autorização dos gastos para a atenção básica, se constituindo numa situação institucional importante.

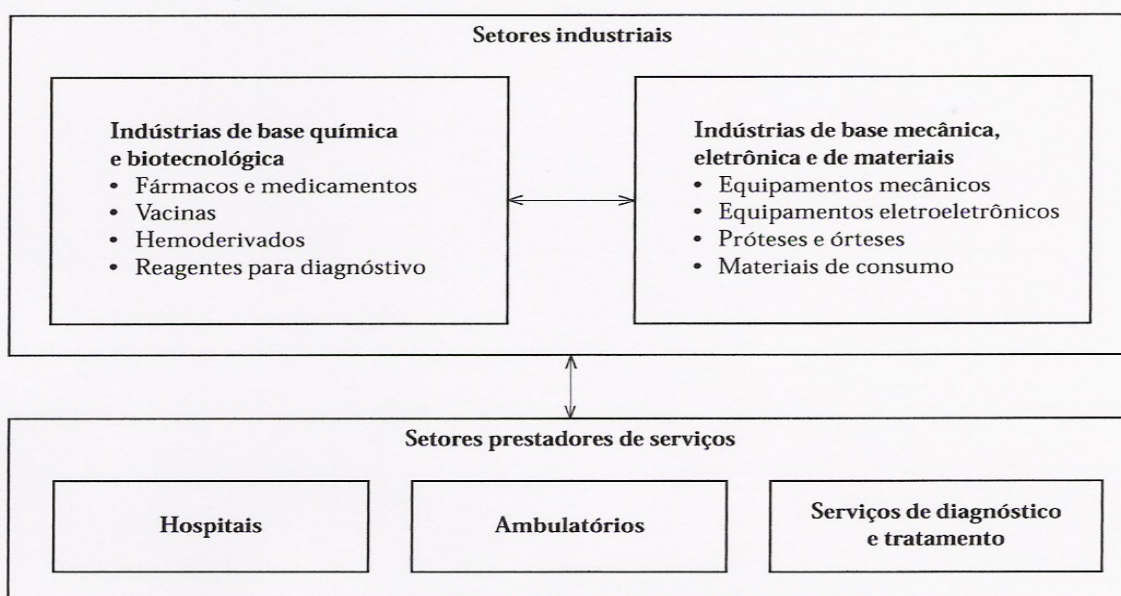
Mas apenas a questão da alocação de recursos e gasto em saúde não é suficiente para análise da viabilidade do SUS. Há que se considerar todo o conjunto de bens, serviços, indústrias, equipamentos e tecnologias que envolvem o setor e, portanto, a lógica capitalista que lhe caracteriza, para uma leitura mais consistente da política social de saúde do Brasil. Nesse particular, Gadelha (2003) faz um estudo consistente sobre o *complexo industrial da saúde*, onde convergem e disputam espaços setores de atividades, empresas, indústrias, instituições públicas, privadas e da sociedade civil que geram investimento, consumo, inovação, renda e emprego. Do ponto de vista material, articulado à sua base epistêmica e tecnológica, o complexo produtivo da saúde conforma três grandes grupos de atividades. O primeiro, as indústrias de base química e biotecnológica, envolvendo as indústrias farmacêuticas, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnósticos. O segundo congrega atividades de base física,

¹³³ Fonte: Coordenação-geral de Planejamento e Orçamento/SAS/MS, planilha "Acompanhamento da execução orçamentária – resumo por programações/ período: Jan à Jul/2004.

¹³⁴ Fonte: Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2004.

mecânica, eletrônica e de materiais, envolvendo fabricação de equipamentos e insumos para a saúde. No terceiro, estaria a prestação de serviços, conferindo organicidade ao setor e articulando o consumo dos cidadãos no espaço público e privado. O autor utiliza a figura abaixo para esquematizar o complexo industrial da saúde:

Figura 1
Complexo industrial da saúde – caracterização geral



Fonte: Gadelha (2003:524)

Dentre as principais características desse complexo produtivo, cite-se (Id., 2002, 2003):

- o setor corresponde a 5% do PIB;
- o faturamento anual do sistema privado de planos e seguros - que atende cerca de 30% dos brasileiros, corresponde a R\$ 16 bilhões. O restante utiliza o SUS;
- a área de saúde tem significativa participação nas atividades nacionais de ciência e tecnologia, recebendo 25% das verbas para esse fim;
- quanto às indústrias farmacêuticas, o mercado mundial se concentra nos países como EUA, Japão, Alemanha, França, Itália e Reino Unido, que respondem a 75% das transações. O Brasil ocupa o 8º lugar;

- a produção de vacinas passa por grande reviravolta a partir da década de 80, aumentando sua capacidade instalada e diminuindo o volume de importações;
- no segmento de reagentes para diagnósticos, a liderança é exercida por grandes empresas de alta tecnologia. Em 1998, apenas 8 companhias internacionais respondiam por 70% do mercado mundial;
- a responsabilidade pela oferta de sangue e hemoderivados, no Brasil, é do setor público, sendo proibida sua comercialização. As importações triplicaram no período de 1997 a 2001;
- as indústrias que compõem o complexo perderam competitividade internacional ao longo da década, tanto em tecnologia, como em inovação. O déficit comercial acumulado cresceu sete vezes entre 1980 a 2001, subindo de US\$ 700 milhões para US\$ 3,5 bilhões.

Para o autor, a dinâmica do complexo produtivo da saúde deve ser compreendida a partir de duas dimensões interligadas: i- o alto grau de inovação e dinamismo nas taxas de crescimento econômico e competitividade dos segmentos que fazem parte da área; e ii- a saúde como valor humano associado à cidadania, com interesses sanitários legítimos voltados para a sua garantia. Critica, ainda, a forma tradicional com que o setor vem sendo trabalhado na teoria e na prática (ou a dicotomia entre a visão sanitária e a visão econômica), resultando numa vulnerabilidade da política de saúde frente às transformações do capital. Tal fragilidade se expressa, principalmente, pelo elevado grau de dependência do Brasil às importações, ao baixo grau de inovação e competitividade das indústrias, a uma desarticulação dessas com o setor de serviços, bem como a entrada passiva do complexo brasileiro na globalização. Diante dessa conjuntura, propõe que o reconhecimento da natureza capitalista da área da saúde é essencial para políticas que almejem submeter o mercado em favor do atendimento às necessidades sociais e individuais:

“Não é desconsiderando ou negando a dinâmica capitalista que se poderá conceber políticas sociais adequadas. Ao contrário, somente pela compreensão de sua lógica de funcionamento é possível buscar meios eficazes para que as finalidades sociais sejam atingidas nos marcos deste sistema. (...) Para tanto, torna-se premente a integração dos grandes segmentos do complexo (produção de serviços e de bens

industriais), numa perspectiva de que são, simultaneamente, espaços capitalistas de acumulação, inovação e crescimento e de geração de bem-estar, incorporando interesses sociais legítimos, não subordinados à lógica do mercado." (Id., 2003:533).

Noutros termos, **gerir cenários de ajuda-poder para desconstruir assimetrias de poder pressupõe entender os mecanismos pelos quais a dinâmica de produção do cuidado se aliena na lógica capitalista.** A partir dessa compreensão, e utilizando o mesmo instrumental que domina e submete, é possível fomentar *‘complexos produtivos’*, mediados pela politicidade do cuidado, que sejam capazes de submeter o lucro ao interesse do bem-comum. A inovação, aqui, tanto pode alimentar interesses mercantis, como nutrir um conhecimento criativo e reconstrutivo das condições de saúde da população, propondo formas de cuidar calcadas na busca incontestada de superações das desigualdades sociais.

Tendo por suposto essa tensão entre mercado e Estado na conformação das políticas públicas, parece oportuno referir algumas análises relacionadas ao percurso institucional do SUS e a situação do PSF nessa conjuntura. Tal delineamento é importante para que se possa analisar, com maior clareza, o nível de prioridade que a atenção básica tem recebido nos últimos anos e que se traduz, em especial, nos recursos destinados para operacionalizar as ações inerentes à reorganização dos serviços de saúde, tendo o Saúde da Família como eixo. Mendes e Marques (2003), ao analisarem os *(des)caminhos do financiamento do SUS*, traçam um panorama recheado de tensões entre a área econômica do governo, preocupada em cumprir metas do FMI e ampliar o superavit para pagamento das dívidas, e os defensores da universalidade no direito à saúde, cuja base legislativa, a Frente Parlamentar da Saúde da Câmara Federal, tem atuado ativamente para a definição de recursos vinculados para o setor saúde.

Nesse particular, o processo em curso para regulamentação da Emenda Constitucional n 29 (EC-29)¹³⁵ - aprovada em 2000 e que estabelece a vinculação de recursos para a saúde no orçamento federal, de estados e municípios (definindo os percentuais das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais devem ser destinados), bem como progressividades nos gastos em saúde¹³⁶ - tem sido palco de acirrados embates com o governo. Na visão de Mendes e Marques (2003), essas disputas têm como centralidade um 'duplo movimento' de princípios contrários, o da construção da universalidade e o da contenção de gastos (defesa da racionalidade econômica).

Ainda sem regulamentação específica¹³⁷, a EC-29 tem sido interpretada de distintos modos, a começar pela definição do que seja '*gasto em saúde*'. Assim, muitas manobras têm sido feitas para que se considere no cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde ações diversas, como as de saneamento, habitação, merenda escolar, recursos hídricos, alimentação de presos, despesas com inativos e outras que, apesar de terem relação com a concepção ampliada de saúde, em termos de programação físico-financeira diminuem o percentual recursos efetivamente destinados à assistência à saúde, conforme estabelece a Lei 8080/90. Um dos frutos da ampla mobilização de setores da saúde para a definição de parâmetros consensuais¹³⁸ para a implementação da EC-29 foi a Resolução nº 322, de 8/05/2003, do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministério da

¹³⁵ A construção e definição do que seja gasto em saúde tem sido objeto de várias discussões e seminários, ocorridos entre 2001 a 2003, do qual participam os Tribunais de Contas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), Ministério da Saúde e outras entidades vinculadas ao SUS (Mendes, 2003).

¹³⁶ Segundo a EC-29, estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos 7% das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais para o gasto em saúde. Esse percentual deveria chegar a 12% em 2004 e 15% para os municípios. No que se refere à União, são definidos para o primeiro ano 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior e, para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Para a União, a EC-29 não explicita qual a origem dos recursos, gerando interpretações diversas.

¹³⁷ Um projeto de lei está em processo de discussão e negociação com os distintos atores e setores mencionados.

¹³⁸ Um grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, do CNS, Conass, Conasems, da Comissão de Seguridade social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (Atricon), resultou na elaboração do documento "Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29", que referenciou a elaboração da Resolução 322/2003 do CNS.

Saúde. Esse documento estabelece nove diretrizes que versam sobre os assuntos centrais para a implementação da Emenda, quais sejam: i- a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde; ii- os recursos mínimos a serem aplicados; iii- as ações e serviços públicos de saúde; e iv- os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle. No que diz respeito à definição das despesas em saúde, especifica:

“Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

§ Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT.”

Com relação aos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle, os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, SIOPS, do Ministério da Saúde, são utilizados como referência. Apesar da riqueza conceitual e técnica dessa resolução, a maioria dos estados, alguns municípios e o próprio Ministério da Saúde vêm descumprindo os preceitos constitucionais no que se refere às despesas com saúde. Em rápida consulta ao SIOPS¹³⁹, constata-se que 17 (63%) das 27 Unidades Federadas, não aplicaram recursos próprios nos percentuais devidos. No que refere aos municípios, porém, vê-se uma situação bem diferente, resultado do processo de descentralização desarticulado do SUS

¹³⁹ Nota Técnica nº 10/2004, atualizada em 22/04/2004, Departamento de Economia da Saúde/SCTIE/MS, disponível no site: <http://siops.datasus.gov.br> ou www.saude.gov.br, acessado em 06/11/2004. Unidades Federadas que cumpriram a EC-29 em 2002: AC, AM, PA, AP, TO, RN, PB, AL, SP, MS.

que, de modo geral, sobrecarrega o poder local e contribui para um recuo das esferas estaduais e federais com o financiamento do setor. Cerca de 65% dos municípios brasileiros vêm cumprindo a EC-29, 18,7% não, e outros 17,6% não vêm informando e/ou enviando os dados adequadamente ao SIOPS.

Quanto ao orçamento da União, verifica-se restrição de recursos, repetidas investidas à concepção de integralidade da Seguridade Social e desvios no cumprimento da EC-29 (Mendes e Marques, 2003). No período de 1995-2002, o gasto líquido (excluindo valores da dívida, inativos e pensionistas) cresceu apenas 2,1%, resultando numa redução do *per capita* de R\$ 180,56 em 1995 para R\$ 164,53 em 2002. Os constantes atropelos ao entendimento de que nenhuma fonte de recurso da Seguridade Social pode ser utilizada exclusivamente por quaisquer um de seus ramos (Previdência, Saúde ou Assistência) vêm comprometendo o financiamento tanto da saúde, quanto da assistência social (Boschetti, 2001), ambos prejudicados para cobrir os polêmicos 'deficits' da Previdência.

Este ano, o atual orçamento do Ministério da Saúde sofreu as conseqüências do veto presidencial ao art. 59 da LDO/2004, que passou a considerar como ações e serviços públicos de saúde as despesas realizadas com Encargos Previdenciários da União (EPU), serviço da dívida, bem como os recursos do fundo de combate e erradicação da pobreza. Após reação contrária do CNS e da Frente Parlamentar da Saúde, o governo recuou e criou um parágrafo onde são deduzidos a EPU e serviços da dívida, porém foi mantido o Fundo para Pobreza no orçamento da saúde. Além dessa façanha, o governo não cumpriu o disposto da EC-29, deixando de alocar R\$ 449 milhões que, somados aos R\$ 3.571 milhões do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, perfazem R\$ 4.020 milhões de desfinanciamento do SUS (Mendes e Marques, 2003). Esse valor daria para duplicar os recursos para a atenção básica, investindo maciçamente nas mudanças re-

organizacionais e de educação permanente que a atenção básica necessita, por exemplo.

A par desse diálogo e de volta ao financiamento das ações da política de saúde, verifica-se contradições e ambiguidades. No que tange à média e alta complexidade da atenção¹⁴⁰, onde se concentra a rede de prestadores de serviços do SUS e onde é alocado maior aporte de recursos¹⁴¹, a despeito do repasse fundo-a-fundo, o mecanismo de financiamento da rede hospitalar se baseia primordialmente na lógica da produtividade, fragmentando o cuidado em procedimentos, desarticulado do todo a que faz parte. A lógica da produção contrapõe-se aos princípios do SUS, seja porque estimula a ênfase na competição em detrimento da qualidade da atenção, seja porque dificulta a mudança e re-organização do modelo tecno-assistencial em saúde.

Confirmando análises anteriores de que o SUS, a exemplo do modelo médico-assistencial privatista (Mendes, 1993), constitui-se no maior provedor do setor privado de serviços (Conh, 2002), pode-se observar que, passados 15 anos desde sua implantação, a relação com os prestadores privados segue marcada por inoperância e pouca visão estratégica gerencial ou

¹⁴⁰ Publicações recentes do DAB (Brasil, 2004b) concebem a atenção básica como integralidade das ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, desenvolvidas por meio de processos de trabalho interdisciplinares, democráticos e participativos, com utilização de tecnologias de alta complexidade (nível de conhecimento) e baixa densidade (uso de equipamentos). Segundo a NOAS 01/02, a média complexidade é definida como um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico/terapêutico e que não justifiquem sua oferta em todos os municípios do país. Já a alta complexidade é vista como assistência de alta densidade tecnológica e alto custo, baseada na economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios. Algumas críticas têm sido feitas sobre essas denominações e entendimentos, principalmente por sugerir que a atenção básica deve ser de baixo custo e qualidade. Outra consideração importante se refere à hierarquização e linearidade desses conceitos, sendo proposto em seu lugar a idéia de redes horizontalizadas com pontos de atenção especializados (Mendes, 2002). Tais críticas são pertinentes, oportunas e, no que se referem principalmente à atenção básica, resultaram em algumas discussões e oficinas, envolvendo serviço e academia, que resultaram na ratificação de uma conceituação menos reducionista da atenção básica nos documentos oficiais.

¹⁴¹ O DRAC, Departamento de Regulação Controle e Avaliação, da SAS, é o responsável pelo credenciamento, controle, regulação e avaliação da rede de prestadores do SUS, quer repassando recursos fundo-a-fundo para estados e municípios habilitados em Gestãp Plena do Sistema de Saúde, quer remunerando serviços de alta complexidade realizados fora do estado de origem, cuja responsabilidade ordenadora cabe ao MS. Contando com um orçamento de R\$15,58 bilhões, esse setor é estratégico para no MS, pela possibilidade de intervir diretamente no mercado de bens e serviços de saúde.

pós-patrimonialista. Neste particular, o estudo de Matos e Pompeu (2003) é revelador, demonstrando impropriedades na relação das instâncias gestoras com a rede de hospitais públicos, privados, filantrópicos e federais (Hospitais Universitários) vinculados ao SUS.

Segundo a constituição federal, a iniciativa privada participa da política de saúde de forma complementar, vendendo-lhe serviços para a oferta pública da assistência à saúde da população brasileira. Ocorre que, conforme devidamente analisado no item 2.3, o parque hospitalar privado brasileiro foi conformado basicamente mediante incentivo estatal. Ou seja, quer financiando sua expansão, quer comprando serviços de maneira desordenada e mal planejada, o Estado continua intervindo no mercado de bens e serviços privados de saúde de maneira pouco regulatória, sem ter por finalidade maior as necessidades de saúde da população.

No panorama traçado por Matos e Pompeu (2003), dos 5.739 hospitais vinculados ao SUS, 3.481, privados (sendo 1.818 com fins lucrativos e 1.661 filantrópicos) 2.111 são públicos, e 147 universitários. Em termos de distribuição geográfica, a rede segue as desigualdades do país, concentrando-se na região Sudeste (28,64%). Quanto ao faturamento, o número de AIH's (Autorização de Internação Hospitalar) pagas pelo SUS aos hospitais privados (R\$ 251, 98 milhões) é praticamente o dobro do que se paga aos hospitais públicos (122, 35 milhões), com o agravante de que o valor médio destas AIH's pagas é maior para o privado, talvez por realizarem os procedimentos mais caros. Outro dado interessante é que, proporcionalmente ao número de leitos hospitalares, os hospitais universitários são os que mais faturam com o SUS (95,69 milhões). No que se refere à caracterização da rede de prestadores privadas complementares ao SUS, vê-se que a rede hospitalar aparece em maior número (75,71% dos hospitais especializados, 83,5% dos gerais e 66,67% dos públicos), já os consultórios têm uma participação menor na composição da rede de

prestadores, uma vez que a oferta da atenção básica no país é eminentemente pública.

Tabela 4
Quantidade de AIHs pagas por regime segundo ano de competência – janeiro /1981-fevereiro/2002

Ano competência	Público	Privado	Universitário	Total
Total	31.834.938	177.451.525	17.581.415	226.867.878
1981	–	116.264	–	116.264
1982	–	729.030	–	729.030
1983	–	1.684.769	–	1.684.769
1984	–	9.616.787	–	9.616.787
1985	–	8.482.190	–	8.482.190
1986	–	8.894.626	–	8.894.626
1987	–	10.103.883	171.923	10.275.806
1988	–	11.209.699	717.662	11.927.361
1989	2.090	11.513.178	678.365	12.193.633
1990	209.818	11.598.786	754.226	12.562.830
1991	1.964.104	11.627.287	820.419	14.411.810
1992	2.684.916	11.902.664	897.942	15.485.522
1993	2.902.470	11.659.156	1.055.454	15.617.080
1994	2.744.927	11.152.618	1.469.781	15.367.326
1995	2.574.659	9.215.450	1.484.955	13.275.064
1996	2.571.372	8.464.973	1.494.537	12.530.882
1997	2.717.997	8.132.580	1.500.887	12.351.464
1998	2.911.161	7.768.626	1.568.845	12.248.632
1999	3.183.453	7.625.748	1.629.175	12.438.376
2000	3.241.237	7.530.399	1.654.501	12.426.137
2001	3.513.594	7.251.226	1.462.416	12.227.236
2002	613.140	1.171.586	220.327	2.005.053

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Fonte: (Matos e Pompeu, 2003:634)

Quanto aos instrumentos de formalização da ‘vinculação’ da rede de prestadores ao poder público, ou seja, os contratos de prestação de serviços recomendados pela administração pública, vê-se que apenas 13,11% da rede privada vinculada ao SUS têm essa situação regularizada. ***A maioria dos hospitais que prestam serviços ao SUS não são regidos por nenhum contrato, com formalização de metas controladas pelo setor público.*** O máximo que ocorre é um ‘cadastramento’ do serviço no SIH/SUS, na melhor tradição do modelo médico-assistencial privatista. Assim, o gestor, que deveria esgotar sua oferta pública para somente então recorrer ao setor privado, compra tudo, de maneira acrítica, não planejada, não avaliada, distorcida e de acordo com o que o prestador oferece. Inverte-se a relação

e o poder público fica refém da oferta, quando deveria regulá-la a partir das necessidades de saúde da população. Os antigos contratos, muitos da década de 80, continuam valendo sem que se faça uma avaliação precisa, minuciosa e calcada na real demanda de acesso ao que o prestador oferece.

Tal situação, além de ferir aos princípios da transparência, objetividade e impessoalidade da administração pública gerencial, incorre em desperdício do dinheiro público, aliado a mau atendimento e desorganização do acesso aos serviços. *"Há que se restringir as portas abertas dos prestadores às situações de urgência/emergência, impedindo que eles selecionem os usuários e as especialidades mais lucrativas."* (Id., 2003). A livre demanda deve ser regulada pelo poder público, que encaminha os usuários aos serviços privados de forma hierarquizada, regionalizada e ordenada, evitando que os serviços privados atendam livremente e depois enviem as faturas ao SUS. Uma forma de melhorar esse fluxo, além da formalização dos contratos com a definição dos objetos, valores e metas com os prestadores, é a implantação de centrais de regulação com marcação de consultas e ordenamento dos fluxos de usuários pelo SUS. A regulação do Estado no mercado de serviços de saúde prestados ao SUS é fundamental para organização dos serviços e otimização dos recursos públicos, influenciando na lógica de acumulação capitalista a partir do direito universal à saúde dos cidadãos¹⁴².

Diante de um cenário permeado por disputas entre gestores e mercado de serviços de saúde, estão sendo implantadas pela SAS/MS algumas medidas para re-dimensionar, organizar e regionalizar a rede de prestadores do SUS, que deverão seguir uma série de exigências técnicas para renovarem seus credenciamentos. Em linhas gerais, a idéia é organizar redes de atenção em alta complexidade por linhas de cuidado, que devem

¹⁴² Em muitas das experiências exitosas do SUS (Brasil, 2002c), o uso adequado dos seus instrumentos de gestão, como a PPI (Programação Pactuada Integrada), mecanismos de controle, regulação e avaliação, centrais de marcação de consultas e ordenação do fluxo de usuários às especialidades a partir da atenção básica, têm se mostrado eficazes.

oferecer serviços desde a média à alta complexidade, sob a forma de unidades e centros de referência. Até o momento, foram normatizadas a área de cardiologia, traumato-ortopedia e procedimentos dialíticos¹⁴³. Claro que a simples normatização não basta, mas abre uma discussão importante sobre a integralidade do cuidado à saúde, induzindo a reconstrução de gestores com a rede de prestadores sob novas bases, calcadas na continuidade da atenção. Na prática, e se bem conduzida, os prestadores de serviços ao SUS (ambulatórios e hospitais públicos, filantrópicos, privados e conveniados) deverão se adequar a uma série de exigências que, além de ampliar o leque de serviços e abordagens por prestador, diminuindo as pulverizações de recursos e procedimentos, terá que se adequar às necessidades da população, mediadas pelo poder público.

No que tange ao financiamento da atenção básica, viabilizado principalmente pela implantação dos PAB's fixos e variáveis, as críticas que costumam ser feitas correspondem ao repasse 'carimbado' ao município (Mendes e Marques, 2003), coibindo sua autonomia de pensar a organização da atenção básica à saúde da população a partir das necessidades locais. No que se refere ao valor repassado, os recentes aumentos para R\$12,00 e R\$ 13,00 hab/ano¹⁴⁴, apesar de melhorarem a situação dos antigos R\$10,50, estão longe de se constituírem num financiamento adequado, mesmo que a estes devam se somar tanto os PAB's variáveis, quanto as frações do estado e município¹⁴⁵. Pontue-se, ainda, que o nível estadual pouco contribui com o financiamento da atenção básica, que tem ficado restrito aos incentivos do MS e ao município. Em levantamento feito pela Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB, das 27 Unidades Federadas, apenas 8 (AL, SE, BA, MS, ES, MT, SP, PR) criaram alguma forma de incentivo direto (financeiro) aos municípios

¹⁴³ Portarias GM 1169; SAS 214, 215, 216, 217, 218, de 15 de junho de 2004.

¹⁴⁴ Portaria GM 2024/GM, 23 de setembro de 2004.

¹⁴⁵ Quando somados os PAB's fixos e variáveis, o valor assume uma média nacional de cerca de R\$29,00, segundo alguns cálculos do DAB. Vê-se que o município tem um apelo importante para a implantação do leque de programas oferecidos pelo MS, qual seja, a possibilidade de, no mínimo, triplicar o valor que recebe.

para o PSF (e/ou ABS) e 3 (AM, TO, CE) contribuem com alguma contrapartida não financeira (em geral, contratação de pessoal).

Um destaque oportuno sobre o estabelecimento de responsabilidades estaduais e municipais na gestão e organização da atenção básica diz respeito à recente Portaria GM/MS nº 2.023, de 23 de setembro de 2004. Como já comentado, no processo de descentralização do SUS, as formas de habilitação que os níveis estaduais e municipais podem requerer para receber os repasses fundo-a-fundo, segundo a NOAS 01/02, são respectivamente: Gestão Avançada do Sistema de Saúde e Gestão Plena do Sistema de Saúde (estados); Gestão da Atenção Básica Ampliada e Gestão do Sistema de Saúde (municípios). Numa atitude acertada e coerente, essa portaria revoga a habilitação em Gestão da Atenção Básica Ampliada, conferindo a todos os municípios o repasse do PAB. Essa ação, além de diminuir o sistema cartorial com que, em geral, são feitas as habilitações nas respectivas Comissões Intergestoras Bipartites (CIB's), reafirma a responsabilidade inequívoca dos municípios na gestão, organização e oferta dos serviços de atenção básica à população do seu território.

Esse avanço poderia, inclusive, ter sido bem mais significativo, se tivesse vingado uma das proposições anteriores à publicação dessa portaria, que agregava ao PAB fixo valores da assistência farmacêutica, vigilância sanitária e epidemiológica, o que poderia ter aumentado significativamente o valor atual de R\$13,00 hab/ano. É preciso que se diga, porém, que a despeito do inegável êxito, a Portaria 2023/2004 ratificou uma constatação coerente com a extensão do processo de habilitação dos municípios no país, uma vez que apenas 15, dos mais de cinco mil, não estavam habilitados em alguma das formas gestão previstas pela NOAS ou pela NOB 01/96¹⁴⁶. Outra característica importante dessa decisão reside na

¹⁴⁶ Os municípios não habilitados têm populações que variam de 2.403 a 22.734 (cuja soma de todos não ultrapassa 100.000hab) e se distribuem nos seguintes estados: Acre (Assis Brasil, Jordão, Santa Rosa do Purus), Amapá (Calçoene, Pracuúba), MA (Cedral), MG (Conceição do Pará, Córrego Fundo, Cuparaque, Fama, Pocrane, São Félix de Minas, São Geraldo da Piedade) e SP (Guararema, Santa Maria da Serra).

reafirmação das responsabilidades municipais, estaduais e do Distrito Federal com a atenção básica à saúde, bem como a priorização do Pacto da Atenção Básica, como instrumento de avaliação das metas e indicadores previstos de serem realizados.

O Pacto da Atenção Básica, criado em 2000, consiste numa estratégia de negociação com os gestores do SUS das metas a serem alcançadas para um conjunto de indicadores de saúde priorizados ano a ano. Esse movimento utiliza os fóruns de negociação das CIB's e CIT para as devidas homologações e tem passado por um processo de dinamização dentro do MS, suscitando discussões e integrações entre as distintas áreas. A priorização dessa estratégia para acompanhar a gestão da atenção básica pode significar um impulso importante para a democratização dos processos avaliativos do SUS, centrados no diálogo e na busca de consenso como ferramentas de trabalho privilegiadas.

Uma vez situada a gestão do PSF nas entrelinhas do financiamento do SUS, cabe retornar ao cotidiano institucional, procurando delinear-lhe as principais características. Ao lado das questões partidárias influenciando tanto nas decisões governamentais e quanto nas ações técnicas, a questão do quadro de pessoal tem se configurado como um problema central não só para o DAB, mas para todo o MS e Esplanada dos Ministérios. Ocorre que a grande quantidade dos técnicos não são servidores públicos, mas tercerizados mediante interlocução de organismos internacionais. Essa situação, já existente na gestão anterior e alvo de críticas pela então oposição do PT, vem sofrendo constantes pressões do Ministério Público (MP) que, corretamente, exige a realização de concursos públicos. A exemplo de governos anteriores, a gestão atual vem negociando e renegociando prazos e formas de contratação, fragilizando os vínculos trabalhistas e adiando o cumprimento dos constantes termos de conduta acordados com o MP.

Para se ter uma idéia da extensão dessa situação, pegando-se apenas as duas coordenações mais centrais do DAB, apenas um, dentre os cerca de vinte técnicos, é servidor público. Como consequência mais imediata dessa problemática, observa-se grande rotatividade e diminuição do nível de qualificação, gerando fragilidades e inseguranças institucionais. Diante desse quadro, fica difícil implementar ações estruturantes que invistam na capacitação e educação permanente das pessoas. Ainda assim, alguns cursos de especialização e mestrado profissionalizantes têm sido ofertados a todo o MS, em iniciativas localizadas e pontuais, mediante seleção simplificada. Porém, nenhuma medida interna ou de autoria do DAB tem sido implantada e/ou estimulada de forma sistemática para melhorar o nível de capacitação dos profissionais, salvo algumas iniciativas pontuais de participação em cursos de atualização e congressos.

Ainda sobre a qualificação profissional e vínculo trabalhista, um aspecto importante da atual gestão é que, com a criação da SGTES (acertada sob o ponto de vista de concepção), a formulação e discussão sobre a política de educação permanente em saúde e vínculos trabalhista das ESF, aspectos primordiais para o *conhecer para cuidar melhor*, migraram para aquela Secretaria. Tal fato em si não teria importância, se as relações institucionais entre DAB e SGTES fossem integradas e/ou articuladas, o que está longe de se efetivar. Como o grupo que assumiu a condução da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde é antigo opositor ao PSF, a SGTES tem emperrado muito do que já se tinha encaminhado na área de qualificação do PSF, como, por exemplo, a estruturação dos pólos de formação e educação permanente, residências e especializações em Saúde Família. Como se verá adiante, além de se ter estancado toda uma proposta de articulação ensino-serviço para a qualificação das ESF que, embora houvessem falhas, estava caminhando. Passados dois anos de governo, a SGTES pouco avançou na estruturação e financiamento dos atuais Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Parece que o lema do atual do MS consiste em apagar a visibilidade que o PSF assumiu na gestão anterior, em nome de um partidarismo inibidor de avanços nas políticas públicas. Sob esse olhar, observa-se que os próprios documentos oficiais vêm sofrendo pequenos e singulares ajustes, na tentativa de ofuscar o brilho que se vinha dando ao programa/estratégia¹⁴⁷. Um exemplo oportuno é o Plano Nacional de Saúde¹⁴⁸ - um pacto pela saúde no Brasil, aprovado pelo CNS em agosto deste ano (Ata da 145ª Reunião Ordinária). Além de pouco mencionar explicitamente o PSF e/ou a estratégia Saúde da Família, sutilmente secundariza-a, como no objetivo 20 do referido documento, que, em relação às linhas de atenção à saúde, diz: *“Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção.”* (Brasil, 2004c).

Numa outra diretriz do plano, referente à expansão e efetivação da atenção básica à saúde, reafirma-se a centralidade da atenção básica para a organização dos serviços, para a qual serão utilizadas *‘estratégias que utilizem o atendimento integral, como a ampliação das ESF’*. Há que se observar ainda que, no documento todo, o programa/estratégia saúde da família é citado muito pouco, mesmo onde interlocução com a atenção básica é primordial. Parece que existe uma intenção velada, que começa a se delinear mais firmemente agora, em utilizar outras formas de organizar os serviços e práticas da atenção básica. Essa intenção, por si, não é mal, tendo em vista a diversidade de cenários de saúde do país e a necessidade de se flexibilizar alternativas. Ela se torna problemática quando se utilizam antigos remendos como se fossem inovações, como, por exemplo, a proposta das chamadas *‘equipes de transição’*, uma versão mal acabada

¹⁴⁷ Uma constatação sutil desse fato diz respeito ao próprio site do MS, em que antes o PSF aparecia na Home principal e hoje como um, dentre os *‘demais programas’* existentes

¹⁴⁸ Há que se pontuar a relevância dessa iniciativa, uma vez que o MS nunca tinha elaborado e submetido sua política de saúde ao CNS, mesmo que se exija essa prática de estados e municípios para descentralização dos recursos.

do PACS¹⁴⁹ que, além de ceder às corporações médicas e aos gestores municipais, põe em risco os principais trunfos do PSF, qual seja, o vínculo de co-responsabilidade entre equipe - usuários e o trabalho em equipe¹⁵⁰.

Consoante com a visão estratégica do complexo produtivo da saúde (Gadelha, 2003), bem como com as orientações do Plano de Saúde, o MS definiu diretrizes para investimentos calcada no estímulo e desenvolvimento do setor produtivo e tecnológico da área (Brasil, 2004e). Buscando avanços e inovações para o setor, a política de investimento prioriza as seguintes linhas: i- fortalecimento e qualificação da AB, com aumento da resolutividade impactando nos demais níveis; ii- estruturação da rede de atendimento de urgência e emergência; iii- promoção de formas alternativas de atendimento à saúde que evitem internações desnecessárias (internação domiciliar, hospitais-dia, centros de cirurgia ambulatorial); iv- regionalização do atendimento hospitalar e de alta complexidade, racionalizando a assistência hospitalar, organizando referências e contra-referências; v- constituição de centros de referência por grandes áreas de especialidades; vi- fortalecimento do controle da dengue e de outras endemias; vii- reformulação e ampliação da política de medicamentos e assistência farmacêutica; viii- fortalecimento da participação social na gestão do SUS; ix- apoio à descentralização do SUS, com enfoque na regionalização; x- qualificação da gestão administrativa da saúde; xi- qualificação dos trabalhadores do SUS; xii- estímulo à indústria de insumos e equipamentos; xiii- fortalecimento da regulação da assistência suplementar à saúde.

¹⁴⁹ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, originado em 1991, é composto pela enfermeira e agentes comunitários de saúde, antecedendo a criação e implantação do PSF. A proposta de equipes de transição ampliaria essa equipe com incorporação do auxiliar de enfermagem, mas reduz a carga horária do profissional médico, que passa a servir de 'referência' para a equipe ampliada do PACS. Este re-arranjo seria implantado como se fosse uma 'transição' para a incorporação definitiva do médico na equipe, e conseqüentemente composição do PSF. O problema é que não se estabelece como será feita a avaliação, nem sob que critérios, além de estimular a precarização da equipe saúde da família (que em muitos cenários já é incipiente), retrocedendo à época do PACS.

¹⁵⁰ A discussão sobre a proposta das equipes de transição será discutida no tópico seguinte, uma vez que, pela polêmica e correlações de forças que desperta, merece um aprofundamento mais adequado. Vale dizer que o próprio CNS, apesar dos equívocos nas argumentações, ainda não aprovou essa 'nova' estratégia para organizar os serviços de atenção básica.

Além dessas diretrizes, o documento define claramente critérios para alocação de recursos de investimentos por região/unidade da federação, critérios e parâmetros para análise e aprovação de projetos pontuais, bem como para avaliação do resultado e impacto dos investimentos. Outro destaque são propostas para mudanças nas regras dos acordos internacionais. Nesse particular, cita positivamente a negociação do Proesf/DAB com o Bird em dois pontos: i- a contrapartida firmada refere-se ao próprio PAB, já contemplado no orçamento do MS, sem ônus aos cofres públicos; e ii- a aplicação da Lei nº 8.666/93 como regra para licitações das aquisições e seleções previstas no acordo¹⁵¹, evitando gastos desnecessários com treinamento de pessoal e fortalecendo as instituições públicas.

Aponta ainda para sugestões oportunas no terreno da análise técnica para aprovação de emendas parlamentares que, em geral, não guardam nenhuma coerência com a política de saúde do país. Esse tema ganha relevância especial na atual conjuntura de pós-eleições, onde os aliados do governo na câmara, insatisfeitos com o não cumprimento de acordos do PT nas eleições municipais e na liberação das emendas parlamentares, resolveram não votar uma série de projetos emperrados no legislativo. Como poder de barganha, o governo cedeu às pressões e promete empenhar R\$ 260 milhões em emendas nos próximos dias, para que os deputados voltem aos trabalhos¹⁵². Tal atitude se contradiz as diretrizes de investimento do MS, cujo documento tem sido amplamente discutido com os demais gestores do SUS, gerando uma situação de desgaste institucional e tensões de interesses dentro do próprio MS¹⁵³.

¹⁵¹ Como se verá a seguir, no caso de consultorias de pessoa física e/ou jurídica, prevalece a legislação do Banco. Tal condição abre uma brecha para a contratação de pessoal para as secretarias, situação proibida pela legislação vigente, porém pouco cumprida na prática, haja vista o próprio exemplo do MS.

¹⁵² Jornal o Globo, 13/11/2004

¹⁵³ Nesse particular, a saída do Secretário Executivo do MS, no último dia 10/11, aprofunda ainda mais esta 'crise', tendo em vista o grau de articulação do ex-secretário com a academia e com setores organizados da saúde coletiva, fruto do movimento de reforma sanitária da década de oitenta, como a Abrasco. Em depoimento ao jornal O Globo, em 11/11/2004, afirmou: "...saio por uma série de divergências com o ministro sobre políticas de saúde, como a condução do SUS. Não consegui resolver estas diferenças, não consegui compor. E, como há hierarquia no Ministério, tenho que me retirar. Por coerência, não consigo ceder. E essas diferenças ultrapassam os limites das minhas convicções. Não faz mais sentido trabalhar no governo". Por um lado, Gastão Wagner tem razão ao apontar as incoerências do governo, como na situação de liberação indiscriminada

Nesse ambiente controverso, a gestão de PSF em nível central segue em meio a disputas de interesses diversos. Pelo seu crescimento expressivo, pela grande capilaridade que atinge por meio das ações do agente comunitário de saúde¹⁵⁴ e pela visibilidade que alcançou, o programa/estratégia Saúde da Família tem sido requisitado por vários setores de políticas, seja da área de saúde, direitos humanos, educação, meio ambiente, outros. Essa interface com as demais políticas públicas abre um potencial importante de articulação e diálogo entre os distintos saberes, podendo influir significativamente no acúmulo de forças e conhecimentos. Mesmo sob o prisma de potencialidade estratégica, essa característica é um espaço estratégico que poderia ser melhor utilizado pela gestão do programa/estratégia, como se aprofundará a seguir.

- Relações e Correlações

No que tange ao processo de decisão institucional, poder-se-ia dizer que as forças sociais que mais influenciam a gestão do PSF são as pressões internas ao MS, vindas principalmente do Gabinete do Ministro, SE e SAS, bem como as articulações com Conass, Conasems e fórum de negociação tripartite do SUS (CIT). Quanto às pressões da sociedade civil, observa-se pouca expressividade, seguindo a tendência das políticas públicas brasileiras. Em geral, as corporações profissionais, e nesse particular a médica¹⁵⁵ com primazia sobre as demais, são os segmentos que mais têm

das emendas quando se tem feito todo um esforço de discipliná-las às diretrizes da política de saúde do Brasil. Por outro, sua gestão na Secretaria Executiva, como ele mesmo afirmou, não conseguiu *compôr* e auxiliar o ministro na condução do MS, ou seja, não atuou como coordenador e supervisor das atividades das outras secretarias, tendo em vista sua posição e atribuições sobre as demais. Ao invés, comportou-se como formulador, centralizador e implementador de políticas que, em muitos momentos, parecia competir com o próprio ministro. Ambivalências à parte, a saída de um nome de peso para a história do movimento de defesa do SUS do MS deve alterar as atuais configurações de forças e atores, com repercussões para o DAB, uma vez que o ex-secretário executivo é um dos críticos do PSF e apoiador da idéia de *equipes de transição*.

¹⁵⁴ O agente comunitário de saúde (ACS) pertence à própria comunidade que o PSF atende e integra a ESF, sendo responsável pelo cadastramento e vigilância à saúde de uma determinada população da sua microárea (entre 400 a 750 pessoas). Hoje são 195.491 agentes de saúde em todo o Brasil, cobrindo uma população de 99,45 milhões de habitantes, o que corresponde a 56 % da população brasileira (Fonte: DAB, dados referentes à Set/2004).

¹⁵⁵ O projeto de lei nº 025/02, que define o ato médico e dispõe sobre o exercício da medicina, constitui um retrocesso histórico em termos de democratização da saúde e mudança do modelo assistencial, uma vez que confere ao profissional médico amplos e exclusivos poderes para promover saúde, prevenir, recuperar e reabilitar doenças. Mesmo em meio à ampla mobilização das outras categorias profissionais contra essa proposta, o MS

pautado demandas. Nesse meandro delicado, constantes avaliações de conjuntura são realizadas pela direção e coordenações do DAB, porém sente-se falta de um maior envolvimento dos técnicos nas discussões centrais e polêmicas sobre o programa/estratégia, como na por exemplo a proposta das equipes de transição.

Pelo que se vem discorrendo, é possível mapear essas forças sociais que vêm permeando a dinâmica das decisões no âmbito da gestão do PSF, operacionalizada pelo DAB/SAS/MS. Conforme já comentado, as próprias secretarias ministeriais têm concordâncias e divergências em relação ao PSF, o que torna essa convivência, no mínimo, tensa. Neste particular destaca-se o distanciamento da SGTES, que pouco interage com o DAB nas questões referentes a vínculo trabalhista e capacitação dos profissionais de saúde, dificulta, sobremaneira, uma ação mais efetiva, articulada e fortalecida do MS quanto a este problema central vivenciado pela maioria das ESF do país.

Apesar da precarização das relações de trabalho ter explicações bem mais amplas, inerentes à redução do papel regulador do Estado diante da globalização desenfreada do capital, há que se referir que o PSF evidencia com grande expressividade essa problemática. Para se ter uma idéia do tamanho dessa desigualdade, na avaliação normativa do PSF realizada pelo DAB entre 2001/2002 (Brasil, 2004), observa-se que apenas **25,4%** dos profissionais das ESF têm assegurados seus direitos trabalhistas, sejam estatutários ou celetistas. Os outros **74,6%** têm vínculos precários, variando entre contratos temporários, cargo comissionado, bolsas, prestação de serviço, cooperados, contrato informal, ´verbal´ ou outro.

Se reparadas as especificidades regionais presentes na tabela a seguir, vê-se que a situação trabalhista tende a piorar na região Norte, onde o Amapá aparece com 100% dos vínculos trabalhistas sob a modalidade

tem se mantido omissos diante da questão que, inclusive, tem como relator o senador Tião Viana, uma das lideranças do governo no Senado. Além desse fato, alguns dos projetos hoje em discussão e formulação no DAB, como a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares e as equipes de transição, são influenciadas pela corporação médica.

contrato informal, e Nordeste, onde se verifica que apenas 2,5% dos profissionais das ESF do Maranhão, 3,7% do Piauí e 5,6% do Ceará têm garantido seus direitos pela forma estatutária ou celetista. Cabe registrar que a modalidade 'contrato verbal' e 'outros', tidas como inferiores ao já inadmissível contrato informal, somam 6,2% do país, correspondendo a cerca de 760 profissionais que não têm qualquer registro ou recibos de pagamento que comprovem sua atividade profissional.

Por outro lado, em estados com longa e significativa trajetória de luta por direitos e cidadania, especialmente nas regiões com IDH mais elevados, esse panorama se modifica significativamente. Observando-se São Paulo, por exemplo, verifica-se que 71% dos profissionais que atuam nas ESF têm asseguradas as garantias trabalhistas. Cabe ponderar que o contexto sócio-histórico em que o PSF se insere, bem como o poder de pressão da sociedade civil sobre o Estado, expressão viva da autonomia de sujeitos, são fatores relevantes para uma maior qualificação do programa/estratégia saúde da família. A tabela a seguir, extraída da avaliação normativa realizada pelo DAB/SAS/MS, evidencia os números comentados:

Tabela 31 - Número total de equipes de saúde da família e percentual segundo tipo de vínculo contratual dos médicos, por unidade da federação, Brasil 2001-2002

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual									
		Estatutário	CLT	Contrato temporário	Cargo Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contra Verba
Rondônia	79	46,8	8,9	20,3	1,3	-	12,7	-	7,6	1,3	1,3
Acre	45	-	-	42,2	-	6,7	-	-	48,9	-	2,2
Amazonas	248	7,3	2,4	63,3	1,6	-	6,9	-	16,5	-	2,0
Roraima	62	-	-	-	-	-	-	-	93,5	-	6,5
Pará	296	4,4	20,6	29,7	2,4	-	8,8	-	23,3	3,0	7,8
Amapá	22	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-
Tocantins	178	34,3	-	52,8	1,1	-	8,4	-	3,4	-	-
Maranhão	200	1,5	1,0	49,0	2,5	0,5	13,5	-	16,5	15,5	-
Piauí	411	3,2	0,5	11,2	11,2	-	69,1	0,2	4,4	0,2	-
Ceará	1.038	4,2	1,4	25,4	10,9	0,2	26,2	16,1	12,4	1,4	1,6
Rio Grande do Norte	382	19,4	0,5	21,7	3,9	0,3	12,8	-	36,4	1,3	3,7
Paraíba	521	6,1	5,4	43,6	1,5	0,2	17,5	-	23,0	2,7	-
Pernambuco	1.055	4,7	6,5	54,8	0,6	-	5,6	6,7	15,8	1,6	3,6
Alagoas	424	13,9	1,7	6,8	1,2	-	11,8	-	-	64,6	-
Sergipe	269	6,3	0,4	37,5	1,1	-	33,1	17,5	-	4,1	-
Bahia	613	5,4	6,4	27,9	6,0	-	26,1	2,8	15,2	1,6	8,6
Minas Gerais	1.630	15,2	9,4	39,1	6,3	0,1	8,8	1,8	14,9	2,1	2,2
Espírito Santo	285	6,7	15,1	55,4	4,2	4,6	2,8	9,8	-	-	1,4
Rio de Janeiro	668	14,1	16,9	47,5	2,2	-	8,2	8,4	1,0	0,1	1,5
São Paulo	946	10,6	60,5	18,0	2,0	-	3,7	0,2	1,5	3,6	-
Paraná	745	35,0	18,3	20,0	4,7	0,1	11,0	0,3	6,2	4,4	-
Santa Catarina	688	23,1	17,4	35,3	3,2	-	12,4	2,3	2,2	2,2	1,9
Rio Grande do Sul	365	15,1	37,8	20,8	3,0	-	13,7	5,2	1,4	2,7	0,3
Mato Grosso do Sul	157	35,0	3,2	36,9	11,5	-	8,9	-	0,6	-	3,8
Mato Grosso	305	16,1	6,2	41,0	7,2	-	18,4	-	7,9	0,3	3,0
Goiás	578	1,0	4,8	52,1	0,3	0,3	39,1	-	0,7	1,6	-
Distrito Federal	49	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	12.259	12,2	13,2	34,3	4,2	0,2	15,5	3,7	10,5	4,3	1,9

Fonte: "Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família do Brasil - 2001/2002", DAB/SAS/MS.

Mas se a situação dos profissionais é precária, pior é a dos Agentes Comunitários de Saúde. Os ACS (em sua maioria com pouca escolaridade) são selecionados e destinados a morar e trabalhar na comunidade que integram, não lhes sendo ofertadas qualificações mais estruturadas ou

sistemáticas. Com um papel importante na integração entre os saberes popular e científico, nas ações de promoção à saúde e prevenção, bem como na organização da participação social da comunidade, a regulamentação da categoria profissional do ACS (Lei nº 10.507, de 10/07/2002), é controversa, gerando polêmicas. Em geral, ocorrem divergências de entendimento sobre a realização de concursos para esse profissional devido à exigência de residência na área de atuação (pela regulamentação legal, o exercício profissional do ACS deve preencher os seguintes requisitos: residir na área da comunidade que atuar, conclusão do ensino fundamental, conclusão de curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde¹⁵⁶), pela indefinição dos responsáveis por sua formação profissional e por algumas interpretações sobre sua atuação pouco qualificada, o que contribuiria para a oficialização de programas de saúde pública *pobre para pobres*.

Longe dessa discussão se esgotar, tendo em vista a capilaridade estratégica e potencialidades do PACS e PSF, penetrando na maioria dos domicílios das famílias brasileiras, a questão do agente de saúde suscita politizadas interessantes. Por um lado, é inegável a relevância das ações que ele pode ter, principalmente no que se refere à vigilância à saúde da população (com inúmeros exemplos de redução da mortalidade infantil), ao fortalecimento dos vínculos entre ESF e famílias cadastradas, bem como a mobilização da participação social por cidadania. Nesse particular, os municípios estão repletos de exemplos e excentricidades, típicas da diversidade do país¹⁵⁷. Essa característica do trabalho do ACS tem sido aproveitada, inclusive, para o cadastramento e controle de diversos

¹⁵⁶ Ainda segundo essa lei, cabe ao Ministério da Saúde o estabelecimento do conteúdo programático do curso de qualificação do ACS, bem como a regulamentação das atribuições do ACS. A Portaria 1886/87 define as diretrizes e normas do PACS e PSF, com as devidas atribuições. Essa portaria está sendo revista há quatro anos e não se consegue chegar a um acordo sobre o texto final, em virtude das constantes mudanças e tensões no cenário do PSF. Quanto à qualificação do ACS, as referências curriculares para o curso técnico foram publicadas em conjunto com o Ministério da Educação este ano (Brasil, 2004f). Porém a sua oferta, pelas escolas técnicas do SUS, ainda não se efetivou completamente.

¹⁵⁷ No município do Rio de Janeiro, conforme registrado revista Conasms de Jan/Fev de 2004, por exemplo, só foi possível o PSF ser implantado nas grandes favelas devido à interlocução do ACS. Da mesma forma, na saúde

programas sociais, uma vez que ele visita regularmente as pessoas sob sua responsabilidade. Por outro lado, é tremendamente autoritário criar uma categoria profissional que seja destinada a morar e trabalhar (precariamente) no mesmo lugar, sem direito de progredir, educar-se, emancipar-se e tornar-se oportunidade (Demo, 1996), como sugere a legislação atual.

Por estarem envolvidos nas questões e problemas da comunidade, propondo formas de organização coletiva para melhoria da qualidade de vida local, os agentes comunitários de saúde têm se organizado em federações e confederações, por meio das quais vêm pressionando o governo e se articulado a parlamentares para reivindicar seus direitos. Tal movimento tem se mostrado atuante e se constituído num movimento importante de pressão de baixo para cima. Com a re-estruturação ministerial, ficando a SGTES responsável pela regulação das relações de trabalhista no âmbito do SUS, que por sua vez dialoga pouco com o DAB, a precariedade do trabalho do ACS tornou-se objeto de atuação daquela Secretaria. De um lado, pode-se dizer que o DAB "se livrou" das grandes pressões que essa categoria tem encabeçado, uma vez que a própria SGTES é que atualmente dialoga com esse segmento¹⁵⁸. Mas, ao mesmo tempo, a gestão do processo de trabalho e educação permanente das ESF é aspecto central para que se possa impactar na reorganização dos serviços pretendida pelo PSF enquanto estratégia, restringindo a atuação do DAB quanto ao avanço que poderia implementar, pautado no conhecimento como forma de potencializar e dinamizar o cuidado em saúde.

É preciso contemporizar que a resistência da SGTES em relação ao DAB não é homogênea nem livremente declarada, mas permeada de ambigüidades próprias das relações institucionais. Assim, dependendo do

indígena, quilombolas e até mesmo nos presídios, a figura do ACS tem sido utilizada como meio de interlocução privilegiado.

¹⁵⁸ No dia 10/11/2004, o mesmo em que o secretário executivo anuncia sua saída do MS, cerca de cinco mil ACS's vindos do Brasil todo, fizeram manifesto em frente ao Ministério da Saúde pela regularização da sua situação trabalhista e qualificação profissional.

departamento, assunto e atores envolvidos, o nível de articulação varia de relativo a nenhum. Até o momento, esse distanciamento tem sido mais explícito com o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Em recente proposta de criação de comissões integradas e integradoras de trabalho, envolvendo SGTES e demais secretarias do MS com objetivo de discutir, formular e implementar políticas de educação permanente nas distintas ações desenvolvidas, o DAB não foi incluído como ator de interlocução privilegiado da SAS, e sim o DAPE (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas)¹⁵⁹. Não incluir o PSF nas discussões referentes à educação permanente, uma estratégia que tem expandido e criado redes de interlocução em 5.560 municípios, no caso do PACS, e 4.785, no caso do PSF, soa no mínimo estranho, para um setor que tem por responsabilidade formular e implementar políticas de qualificação dos profissionais de saúde no âmbito do SUS.

O Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, também da SGTES, é quem hoje responde pela política nacional de desprecarização das relações de trabalho no SUS. Com uma formulação acertada em termos de articulação interministerial, entre níveis de governo e trabalhadores, esse Departamento tem: realizado seminários (um nacional e outro internacional, envolvendo países do mercosul); reinstalado a Mesa Nacional de Negociação do Trabalho no SUS (fórum composto por gestores do SUS, representantes dos trabalhadores e empregadores, que delibera sobre as questões referentes às relações de trabalho no setor saúde); criado a Sala Virtual de Apoio à Negociação do Trabalho no SUS¹⁶⁰; discutido amplamente o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho do SUS; e viabilizado a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (do qual o DAB faz parte, e formado pelos Ministérios da Saúde, do Planejamento Orçamento e Gestão, Trabalho

¹⁵⁹ Portaria ministerial nº 1649/04, 11 de agosto de 2004.

¹⁶⁰ “...conjunto de conteúdos que dará suporte, monitoramento e possibilitará o desenvolvimento de atividades de formação no âmbito do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS - SNNP-SUS, constituído pela Mesa Nacional e por Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS.” site:www.ead.fiocruz.br/mini_portais/mesas/news.htm, acessado em 11/11/2004, 23hs.

e Emprego, além de Conass, Conasems, empregador privado e bancada de trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS), com objetivo de formular, monitorar e conduzir direcionamentos visando à proteção social dos trabalhadores do SUS¹⁶¹. Apesar de ampliar o debate e articulação entre os distintos setores envolvidos com a problemática, potencializando a democratização das correlações de forças, muito pouco, em termos de ações ou resultados mais objetivos, se tem observado nesse campo.

De volta às pressões vindas de segmentos organizados da sociedade civil, além dos ACS's, outras associações dos profissionais do PSF têm surgido pelo Brasil, porém de maneira dispersa e com pouca força estratégica, salvo em algumas demandas pontuais. Porém, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), antiga Medicina Geral e Comunitária, vinculada à Associação Brasileira de Medicina, apesar de se distanciar em muito da noção de interdisciplinariedade e trabalho em equipe previstos pelo PSF, vem ganhando expressivo espaço tanto no MS, quanto no DAB,

¹⁶¹ A Portaria nº 2430/GM, de 24 de dezembro de 2004, que cria a referida Comissão, estabelece como objetivos do grupo: I- fixar as diretrizes para o cadastramento nacional dos trabalhadores com vínculo de trabalho precário e estabelecer, para este, o cronograma de sua realização; II- definir um modelo de cadastro mínimo para ser aplicado em todo o País, o qual poderá ser adaptado para atender as necessidades e interesses locais; III – monitorar as formas de substituição do trabalho precário nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal); IV – dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento ao princípio constitucional e a recomendações de resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos; V – realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; VI – indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; VII – avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e suas repercussões em face da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (D.O.U. de 05/05/2000), que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências; VIII – monitorar as decisões judiciais e os acordos extrajudiciais sobre finanças públicas e gestão fiscal que versem sobre o disposto no inciso VII deste artigo, buscando formular alternativas para superar possíveis entraves legais e fiscais com gestores do SUS; IX – induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS – que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador – em benefício de melhorias na qualidade do acesso e do atendimento dispensado aos usuários do SUS; X – propor mecanismos de financiamento pelo Governo Federal que estimulem as formas legais de relações de trabalho no SUS, com especial ênfase para a organização das equipes de saúde da família; XI – divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho no SUS, de enfoque multiprofissional, que dignifiquem o trabalho humano e a consequente melhoria dos serviços de saúde no País; XII – apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS; e, XIII – elaborar políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS.

sendo inclusive convidada a participar das discussões que permeiam o cotidiano do Departamento.

O corporativismo médico e a visão autoritária estão nas entrelinhas do discurso pouco consistente da SBMFC, que refere o vínculo, acolhimento e cuidado como fundamentos do trabalho. Na exposição da presidente dessa entidade durante a II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família¹⁶², fato que por si caracteriza o poder de vocalização dessa organização, não é mencionado uma única vez o trabalho em equipe. Com um discurso calcado na ideologia das recomendações reducionistas da OMS, reafirma a centralidade do médico na atenção à saúde, apesar da maquiagem inicial de críticas ao mesmo paradigma biomédico em que se inserem. Os trechos abaixo, retirados da referida exposição, exemplificam o que se vem argumentando:

"O médico de família deve desempenhar um papel central na obtenção de qualidade, equidade e custo-efetividade nos sistemas de saúde."

"... médicos generalistas bem treinados podem diagnosticar e tratar adequadamente cerca de 90% dos problemas encontrados na população." SBMFC, citando a OMS, 1994.

Na tentativa de firmar-se na delimitação de conhecimentos, metodologia, práticas e competências próprias, o referido material apresentado pela SBMFC na II Mostra Nacional de produção em Saúde da Família comete equívocos epistêmicos e de concepção importantes. No primeiro, coloca linearmente no mesmo patamar a '*medicina baseada em evidências*', declaradamente linear e positivista ao acreditar na idéia de *evidência* diante de uma realidade complexa e disruptiva, e o '*paradigma da complexidade*' que, amparado em correntes dialéticas e nas discussões pós-modernas (Morin, 2002), aparece pouco fundamentado no citado documento e restrito à visão '*biopsicosocial*', de tom sistêmico funcionalista. Quanto à concepção manifesta no discurso da SBMFC, confirma a

¹⁶² Apresentação disponível no site <http://www.sbmfc.org.br/>, acessado em 11/11/2004.

centralidade da medicina para promover saúde e tratar das doenças, parecendo aproximar-se do abusivo projeto de lei que defende o ato médico. Tal proximidade, além das demais fragilidades teóricas, pode ser analisada no slide a seguir, onde a relação com os "outros profissionais" aparece como um dos "recursos diagnóstico e terapêutico" dos médicos de família, a esses cabendo acioná-los a partir do seu poder prescritivo:

Medicina de Família e Comunidade

<p>Palavras-chave</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidado ■ Acolhimento; ■ Vínculo. <p>Princípios e praticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Paradigma da complexidade (biopsicosocial); ■ Medicina centrada na pessoa; ■ Medicina baseada em narrativa; ■ Medicina baseada em evidência; ■ Uso racional da tecnologia armada 	<p>Recursos diagnósticos e terapêuticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Capacidade de escuta; ■ Relação Médico Paciente; ■ Promoção da Resiliência; ■ Promoção de estilos de vida saudável; ■ Uso de medicamentos, outros profissionais, especialistas, etc) <p>Busca</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auto-cuidado; ■ Autonomia (mesmo em situações adversas); ■ Independência (idem); ■ Plenitude da vida (idem)
---	--

Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 'O Desafio da clínica na estratégia da Saúde da Família'. II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília, Jun, 2004.

É de se estranhar que uma concepção tão contrária aos princípios e diretrizes do SUS tenha espaços importantes para expressar suas idéias e intervir nos processos de formulação das políticas de saúde. No que tange ao DAB em especial, esse fato se torna ainda mais inusitado, uma vez que na gestão anterior, quando do processo de discussão das residências multiprofissionais em Saúde da Família, essa sociedade médica era vista como a antítese do que se pretendia implementar¹⁶³. De opositor declarado

¹⁶³ Entre 2001 e 2002, o DAB viabilizou, com recursos do REFORSUS (Readequação Física e Tecnológica da Rede de Serviços de Saúde), a licitação e contratação de instituições universitárias para o desenvolvimento de 50 cursos de especialização em Saúde da Família e 25 residências multiprofissionais em Saúde da Família (*Latu Sensu*), com a expectativa de formar 3.265 especialistas e 411 residentes. Uma comissão de especialistas para

a parceiro privilegiado, vão uma distância e contradição ideológica infinita, sugerindo que a corporação médica encontra na atual gestão do MS amplos e fecundos espaços de inserção.

Igualmente em posição privilegiada no cenário atual, a categoria de odontologia tem conseguido espaços importantes, com a área de saúde bucal sendo citada em pronunciamentos públicos¹⁶⁴. Um dos programas prioritário do MS hoje é o Brasil Sorridente, que visa ampliar acesso da população brasileira ao tratamento odontológico em nível básico e especializado, tendo como principal medida a estruturação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's). Iniciativa mais do que coerente e justa sob o ponto de vista da equidade, uma vez que a grande maioria da população não dispõe de atendimento odontológico em suficiência e qualidade ofertado pelo SUS, estranha que essas ações, geridas no interior do próprio DAB, tenham tão pouca referência ao programa/estratégia Saúde da Família¹⁶⁵. O poder de persuasão dessa área tem se traduzido em alguns frutos, como a redução da carga horária do dentista, juntamente com a do médico, na proposta das equipes de transição, bem como a captação de convênios junto ao DAB para que a ABO (Associação Brasileira de Odontologia) realize as capacitações das equipes de saúde bucal dos novos CEO's, aproveitando oportunamente as arestas existentes entre DAB e SGTES.

acompanhamento desses cursos foi montada e se começou a dinamizar e intermediar discussões sobre a quem caberia titular o especialista em Saúde da Família, egresso dessa nova modalidade de residência, uma vez que as sociedades médicas apenas titulam seus pares. Na ocasião, havia duas posições, uma centrada no aspecto multiprofissional dos cursos, requerendo uma instituição que legitimasse o título de todos os profissionais egressos perante a sociedade e o Estado (as saídas eram: ou as associações multiprofissionais em Saúde da Família ou a Comissão de Especialidades do MEC). A outra posição, fragmentada em distintas disciplinas, defendia que cada conselho de classe é que deveria 'validar' os diplomas expedidos pelas universidades, a exemplo do que ocorre com as residências médicas (Brasil, 2002d). A SBMFC alia-se a essa última, enquanto a Comissão do DAB lutava pela manutenção do princípio da interdisciplinariedade, expresso na posição anterior. Essa discussão murchou com a virada de governo, junto com a política de educação permanente para o SUS, que, passados dois anos, não consegue avançar na execução de suas belas e acertadas formulações acadêmicas, como se verá melhor no item seguinte.

¹⁶⁴ Observa-se, também, lugar de destaque na *home page* do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br, ofuscando a centralidade anteriormente dada ao PSF nesse espaço.

¹⁶⁵ As Portarias nº 1.570/GM e nº 1.570/GM, de 29 de julho 2004, que criam os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), não fazem nenhuma vinculação com a atenção básica, nem mesmo com as equipes de saúde bucal que integram o trabalho do PSF. Tal posição, além de fragilizar a concepção de continuidade do cuidado, referência e contra-referência no SUS, demonstra desarticulação nos discursos e práticas.

A propósito dos movimentos sociais e demais organizações de base, os espaços de vocalização desses atores têm sido demandados, ainda que de forma frágil, nos diversos grupos técnicos e de trabalho existentes hoje no MS, do qual o DAB participa de grande parte deles (anexo 4), e que, dependendo do propósito, envolvem discussões com a sociedade civil organizada. Porém, não existe uma organicidade maior em termos de controle democrático, de baixo para cima, salvo em algumas demandas que envolvem grupos mais estruturados, como o Grupo da Terra, que teve participação relativamente importante na proposta de alocação de recursos diferenciados para as áreas de assentamentos, quilombolas e de grandes dispersão geográfica para implantação do PSF (Portaria nº 719/GM, de 16 de abril de 2004).

Há que se fazer um parêntese oportuno para pontuar a legitimidade da Abrasco¹⁶⁶ (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva), entidade das mais respeitadas tanto no Brasil, como América Latina e em alguns países do mundo, ator social privilegiado e atuante, cuja trajetória tem sido permeada de luta pela democratização da saúde, ao lado do Cebes, Centro de Estudos da Saúde. Uma das últimas conquistas desses movimentos, fruto do movimento sanitário, foi o recuo do governo frente à LDO/2004, que reduziria os recursos para a saúde. Estas entidades têm se destacado no acúmulo de conhecimento científico na área de saúde coletiva e políticas de saúde, instrumentalizando-se na crítica como aporte necessário à militância bem fundamentada e politicamente engajada.

Quanto aos fóruns de negociação e pactuação do SUS, ou seja, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB's, congregando os secretários municipais e estaduais de saúde) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT, envolvendo as três instâncias de governo), constituem hoje palco de legítima democratização das ações entre gestores do SUS. Qualquer política que se

¹⁶⁶ Organizando congressos, seminários e diversos fóruns de discussão, a Abrasco tem uma tradição importante no contexto de implementação do SUS. Um dos seus congressos mais importantes ocorre de 3 em 3 anos, o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O último, ocorrido em Brasília, em 2003, com o tema Saúde, Justiça e Cidadania, contou com cerca de 7.000 pessoas inscritas e 1.085 trabalhos científicos apresentados.

queira implementar no âmbito do SUS tem que ser discutida e aprovada por essas instâncias, sob o risco de não ganhar a adesão dos secretários estaduais e municipais de saúde. Por seu turno, os conselhos de secretários estaduais (Conass) e municipais, (Conasems) têm hoje uma força política importante no cenário nacional, sendo capazes de grandes movimentos e pressões, quer de apoio ou não, das políticas propostas pelo nível federal. Essas organizações têm áreas técnicas especializadas para discutir os projetos e programas junto ao MS, incluindo atenção básica, estando sempre presente nas discussões e implementação das diversas ações do DAB.

No que tange ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), observam-se fragilidades e avanços, próprios da incipiente democracia brasileira. Mais qualificado tecnicamente que suas versões nos estados e municípios, o CNS tem pautado importantes discussões, como a aprovação do projeto de lei nº 1/2003, que regulamenta o cumprimento da EC-29, mobilizando demais conselhos e movimentos sociais como poder de pressão junto à Câmara dos Deputados. Como primeira vitória desse movimento, o referido PL foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Saúde, devendo seguir para a Comissão de Finanças e Tributação, depois para a Constituição, Justiça e Cidadania, sendo posteriormente submetido à votação em plenário¹⁶⁷.

Um fato interessante relacionado ao PSF ocorreu na 147ª Reunião Ordinária do CNS, onde a proposta de criação das equipes de transição, já aprovada na CIT, não passou. As equipes de transição ao PSF seriam formadas pelo enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 ACS, todos trabalhando 40hs e assumindo as diretrizes de organização dos serviços de atenção básica preconizadas pelo PSF. O profissional médico, podendo ser clínico, obstetra ou pediatra, faria 20hs, podendo cada equipe contar com dois, em turnos diferentes. A mesma norma englobaria o cirurgião dentista,

¹⁶⁷ Informação extraída do site do CNS, acessado dia 11/11/2004, www.saude.gov.br.

no caso das equipes de saúde bucal. A justificativa do DAB/SAS para essa proposição seria o fato da maioria das unidades de atenção básica do país (cerca de 50.000) ainda atuarem no 'modelo tradicional', sem os princípios da territorialização, integralidade da atenção ofertada à população, abordagem à família, trabalho em equipe, ações intersetoriais e estímulo à participação social, defendidas pelo PSF. Além disso, o MS argumenta que essa proposta serviria para organizar os serviços de atenção básica em locais onde se tem dificuldade de fixar o médico na equipe do PSF. Tais equipes se constituiriam, então, numa transição ao PSF, sendo essa experiência avaliada ao final de um ano, embora não se estabeleçam critérios para essa avaliação.

Um das grandes avanços do PSF é a possibilidade de modificar o modelo de atenção à saúde, que, por sua vez, se ancora no trabalho em equipe e no vínculo de co-responsabilidade com as famílias assistidas. Sobre esse particular, mesmo os críticos mais ferrenhos do PSF reconhecem o cuidado, baseado na co-responsabilização e autonomia dos sujeitos, como potencialidade de mudanças importantes para o processo de trabalho dos profissionais de saúde (Campos, 2002). Uma das principais dificuldades do PSF, seja para expandir equipes ou para modificar a prática dos profissionais de saúde (excessivamente tecnicista, fragmentada e biomédica), é justamente a baixa adesão do médico, que se sente, no mais das vezes, incomodado em ter que dialogar com equipe (incluindo o ACS) e usuário para pactuar ações. Outra queixa comum entre os secretários municipais de saúde é a falta de médicos para suprir as necessidades de expansão do programa/estratégia, fato não observável, por exemplo, no caso dos odontólogos. A equipe de transição intervém justamente nessa contradição, vulnerabilizando um dos seus princípios essenciais, o trabalho em equipe. Ou seja, redução da carga horária dos médicos e, conseqüentemente, o possível e habitual distanciamento desse profissional em relação ao processo de trabalho da ESF e atenção partilhada à saúde da população, é um retrocesso ao PACS, com o diferencial que não se ter a mínima garantia de

retorno ao PSF, que dirá a estratégia de mudança anunciada. O DAB/SAS argumenta que a intenção é organizar os serviços de atenção básica, criar vínculos, etc. Que não está cedendo às pressões da corporação médica, nem ao Conasems, nem à categoria dos odontólogos.

Se assim o fosse, cabem algumas perguntas: 1- Se a intenção é organizar os serviços de atenção básica e propor alternativas diversificadas, porque não estimular essa estruturação a partir dos princípios do PSF, deixando o município livre para montar as equipes a partir da sua realidade e assumindo, porém, o compromisso sanitário¹⁶⁸ com os indicadores de saúde previstos no Pacto da Atenção Básica, estabelecendo um processo de avaliação temporal e realizado a partir dos princípios/diretrizes do PSF? 2- Porque modificar apenas a carga horária dos médicos e odontólogos? Porque esses e não outros profissionais? 3- Se a intenção é organizar os serviços e substituir modelos tradicionais por concepções avançadas, porque propor o formato do PACS, que o próprio MS decidiu ampliar em 1994, criando o PSF, para melhorar a resolubilidade e qualidade da atenção? 4- Se não é retrocesso, porque os habituais defensores do PSF, algumas coordenações estaduais do PSF/Atenção Básica mais críticas e reconhecidos defensores do SUS, como o ex-deputado federal e ex-secretário de saúde de São Paulo, Eduardo Jorge¹⁶⁹, se manifestaram contra e vêm mobilizando atores estratégicos para impedir a viabilização dessa idéia? 5- Se não é atraso, porque uma enorme quantidade de e-mails e listas de discussão têm circulado na Internet, mobilizando a sociedade civil contra essa medida?

¹⁶⁸ Uma proposta interessante, embora autoritária, que vem sendo discutida no âmbito do MS é a promulgação da Lei de Responsabilidade Sanitária, inspirada na Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabelece punições administrativas e até criminais aos prefeitos e governadores que descumprirem o disposto na EC-29. Sobre esse assunto, consultar: Boletim Eletrônico da Abrasco de novembro de 2004, folha On-line de 6 de novembro e Revista Conasems de agosto de 2004.

¹⁶⁹ Na sessão anterior à plenária de apresentação da proposta de equipes de transição, de nº 146, observa-se o seguinte trecho na ata da reunião do CNS: “O ex-secretário municipal de saúde de São Paulo, **Eduardo Jorge**, enviou texto em que expressa sua decepção com a resolução da Comissão Intergestores Tripartite de incentivar, nacionalmente, a criação da chamada equipe de transição do PSF e solicita que seja revista esta decisão” (site www.saude.gov.br, Conselho Nacional de Saúde).

E, finalmente, se não é descompasso, porque o Conselho Nacional de Saúde, mesmo com equívocos de entendimento quanto ao PSF e atenção básica¹⁷⁰, mesmo diante da heterogeneidade de atores, formações e interesses, reprovou a proposta, recomendando uma avaliação do programa/estratégia antes de voltar a discuti-lo. Em conversa com alguns usuários integrantes do CNS, ficou claro que, apesar das argumentações um pouco atrapalhadas, todos entenderam que a proposta era para reduzir a carga horária do médico e que, portanto, retrocedia na qualidade do "já precário" atendimento. Esse fato é oportuno e revelador pois, embora negado pelo DAB/SAS, a principal justificativa que pessoas, mesmo distantes das discussões sobre PSF e mudança no modelo assistencial, encontram para essa proposição é a diminuição da carga horária e aumento de mercado para as corporações médica e dos odontólogos.

Um outro ator que tem influenciado a gestão do PSF em nível central, que por sua vez compromete a agilidade de muitas ações, é o Banco Mundial (Bird), financiador do Proesf. Numa autêntica queda de braço com esse puro representante do mercado, e preso na *ajuda* financeira que recebe, o DAB tem tido embates e negociações infundáveis com esse segmento. Em algumas situações, com avanços significativos, cite-se principalmente: i- a forma de execução do projeto, toda baseada na Lei 8666, com garantia da soberania nacional sobre o capital internacional; ii- a contrapartida brasileira ao empréstimo ser o próprio PAB, não onerando o orçamento; iii- renegociação dos valores do componente II para o componente III, gerando um recurso adicional para a implementação das ações de avaliação das SES; e, iv- processo licitatório para os estudos de

¹⁷⁰ Na Reunião Ordinária nº 147, de outubro de 2004, onde esse tema 'equipes de transição ao PSF' foi apresentado e discutido, observou-se nas intervenções dos conselheiros algumas confusões de entendimento quanto ao PSF e Atenção Básica, no melhor estilo de se confundir fins, com meios. Um dos depoimentos mais interessantes, de um representante de usuário (aposentados e pensionistas), questionava o pouco aprofundamento sociológico do programa/estratégia para a abordagem à família preconizado, bem como o autoritarismo presente nas visitas domiciliares. Em conversa posterior e informal com essa conselheira, verificou-se o pouco nível de conhecimento e informação que ela detinha sobre o PSF, pois acreditava que se baseava unicamente em visitas domiciliares. O PSF desenvolve atividades de âmbito individual e coletivo, junto às famílias e na comunidade. É na Unidade Básica de Saúde que se realizam grande parte das ações, embora não fiquem restritas a ela, ampliando o seu processo de trabalho em equipe para além dos muros da unidade.

linhas de base nos municípios do Proesf. Em relação a esse último, o Banco exigia que as avaliações ocorressem apenas em algumas regiões, de maneira focalizada. O DAB/SAS enfrentou duramente essa posição, garantindo a avaliação em todos os 231 municípios acima de 100.000 habitantes que participam do projeto. Noutros embates, mais corriqueiros, burocráticos e não menos tuteladores, a instância Banco tem atrasado a execução de muitas ações do projeto.

Por fim, é importante destacar que o PSF conta com uma rede de coordenações em todos os estados do país, o que facilita a implantação das políticas pelo MS. Essas instâncias se inserem na diversidade das regiões e desigualdades do país, sendo algumas mais estruturadas, críticas e influentes na política de saúde local, outras (a grande maioria), tecnicamente frágeis e com pouco poder de interlocução e influência nas SES's. Apesar disso, é um grupo potencialmente capaz de fazer enfrentamentos ao DAB, podendo se constituir num mecanismo de pressão importante, como em algumas situações particularizadas e pontuais¹⁷¹. Nesse caso mesmo das equipes de transição, cerca de três (RS, SE, MG) coordenações não só se posicionaram contra, como se articularam junto ao Conass e outros atores estratégicos. Três, num universo de 27, é consideravelmente pouco, mas demonstra politicidades capazes de desencadear acúmulo de forças.

- Dinâmicas e Cenários de *Ajuda-Poder*

Diante do contexto descrito e das relações que se estabelecem na arena de decisões da política de saúde, cabe articulá-los na gestão da *ajuda-poder* que o DAB vem implementado, na tentativa de captar politicidades emancipatórias. A principal inquietação reside em analisar se

¹⁷¹ Argumentação baseada tanto na observação de vários encontros, reuniões, discussões e demais interlocuções com estas coordenações do qual venho participando desde 2000, como também em análises feitas este ano dos planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica enviados pelas SES, seguindo critérios previamente estabelecidos no termo de referência que orienta sua elaboração e implementação (Brasil, 2004b).

as ações desenvolvidas por esse Departamento têm conseguido oportunizar cenários norteados pelas diretrizes do PSF, que, por sua vez, podem oportunizar autonomias de sujeitos, sejam no âmbito individual ou coletivo. Assim, por meio dos projetos, propostas e frentes de atuação da gestão central do programa/estratégia, tendo por referência o contexto e correlações de forças que lhe integram, tentar-se-á captar as entrelinhas e subtópicos dos discursos operados, (re)construindo-os criticamente. Por fim, far-se-á uma análise das conjunturas viabilizadas pelo PSF no âmbito municipal, utilizando-se como fonte privilegiada os trabalhos premiados na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família.

Uma das principais características necessária ao êxito da gestão de políticas públicas e/ou programas de sociais, em qualquer instância de governo, diz respeito à capacidade de gasto¹⁷². De nada adianta um orçamento elevado, se não se consegue gastar os recursos, como é comum na burocracia pública. Ademais, se o programa tem uma execução financeira baixa, seu orçamento no ano seguinte corre sérios riscos de ser reduzido, constituindo-se num poder de pressão importante para se otimizar o gerenciamento adequado do setor físico-financeiro dos programas e projetos. Nesse particular, o DAB sempre procurou estruturar bem essa área, principalmente porque o repasse do PAB aos municípios é mensal, sendo necessária uma boa agilização dos procedimentos e fluxos para não incorrer em atrasos. Assim existem dois setores responsáveis pela execução físico-financeira do DAB: i-GTEC (Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos), responsável pelos repasses financeiros dos PAB's fixos e variável aos municípios habilitados, gerenciamento dos gastos administrativos e orçamentários do programa, administração de contratos, bem como interlocução com as demais áreas de planejamento, orçamento e pessoal do MS; e, ii- gerência do Proesf, a quem compete gerenciar as execuções físico-financeiras das ações previstas no projeto.

¹⁷² A previsão orçamentária do DAB para os próximos anos é crescente, atingindo cerca de 5,08 bilhões em 2005, 6,39 bilhões em 2006, 6,8 bilhões em 2007 e 7,63 bilhões em 2008 (Fundo Nacional de Saúde/MS, 2004).

A criação de uma gerência específica para executar os recursos do Proesf e a inovação na forma de operá-lo, mesmo que utilizando a metodologia do Banco Mundial e, portanto, submetida a sua *`não objeção'*, trouxeram agilidade e eficiência ao projeto, apesar de uma certa burocracia inicial. Em linhas gerais, o município ou estado, a partir de um planejamento prévio realizado a partir dos termos de referências específicos para cada sub-componente do Proesf (I- Expansão e Consolidação dos PSF; e, II- Monitoramento e Avaliação da AB)¹⁷³ e devidamente aprovado pelo DAB, programa as ações que serão desenvolvidas no ano, preenchendo dois instrumentos básicos, a programação orçamentária anual (POA) e o plano de aquisições (PA), via on-line. Após ser validado pela área técnica e pela gerência do Proesf, o DAB começa a repassar recursos de forma regular e sistemática, a partir das necessidades de gasto programadas pelas secretarias nos seus POA's e PA's. Esse sistema tem se mostrado eficiente e eficaz, evitando tanto o repasse total do recurso, que muitas vezes fica parado no estado ou município, que não consegue executá-lo, quanto os atrasos comuns na burocracia pública, uma vez que o sistema informatizado agiliza tanto o processamento das informações dos respectivos POA's e PA's, quanto a comunicação com o Fundo Nacional de Saúde. Melhora, também, a prestação de contas, tudo feito de modo simplificado no próprio sistema, uma vez que na gestão descentralizada cabem aos respectivos TCU's e conselhos locais o controle dos gastos em saúde, segundo a legislação do SUS. No que se refere à execução dos incentivos financeiros repassados aos municípios e das metas de expansão do PSF, o DAB tem tido uma trajetória de bons resultados, conforme se constata nos quadros abaixo:

¹⁷³ Cabe lembrar que o componente II, Capacitação de Recursos Humanos, ficou sob a responsabilidade da SGTES. No ano passado, essa Secretaria resolveu que iria cumprir as metas do acordo com recursos do tesouro e que não utilizaria o recurso do Bird, uma vez que esse implicava em licitações para contratação das instituições de ensino e pesquisa para oferta dos cursos. O recurso que seria destinado à SGTES foi reconduzido ao componente III do Projeto, dando origem aos 'Planos Estaduais para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica' (Brasil, 2004b).



Incentivos Financeiros Transferidos aos Programas Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal

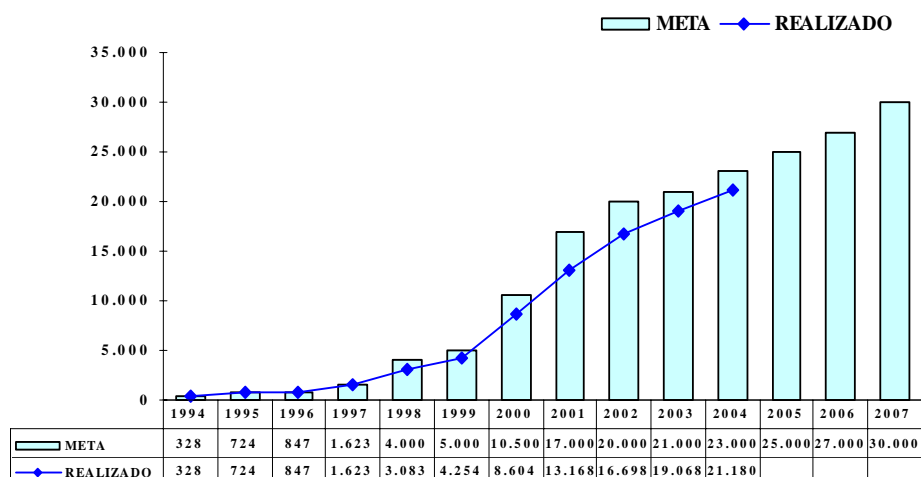
ANO	ORÇAMENTO	EXECUÇÃO	% EXECUTADO
1998	R\$ 201.000.000,00	R\$ 143.763.058,42	71,52
1999	R\$ 378.999.286,00	R\$ 306.583.162,50	80,89
2000	R\$ 680.000.000,00	R\$ 648.500.575,97	95,37
2001	R\$ 970.000.000,00	R\$ 857.778.827,63	88,43
2002	R\$ 1.350.000.000,00	R\$ 1.204.978.139,88	89,25
2003	R\$ 1.680.000.000,00	R\$ 1.655.722.702,97	98,55
2004	R\$ 2.071.000.000,00	R\$ 1.523.881.032,50	73,58

*2004 - Dados até SETEMBRO

FONTE: SITE MINISTÉRIO DA SAÚDE



Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – AGOSTO/2004



FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

Com a situação de precariedade dos vínculos e instabilidade dos contratos de prestação de serviços da maioria dos agentes públicos que trabalham no MS, houve um grande esvaziamento nos quadros técnicos do DAB. Uma das áreas mais afetadas foi, sem dúvida, a gerência do Proesf,

que hoje se encontra pouco estruturada e fragilizada para dar conta das demandas que lhe chegam. Em consequência, tem havido muitas dificuldades para realizar as principais ações da área, comprometendo a execução do projeto. Numa consulta às planilhas de remanejamento orçamentário do DAB, verifica-se que o componente I (Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde), que objetiva ampliar cobertura das ESF, reformar e ampliar rede física e de equipamentos das UBS's, bem como qualificar o processo de gestão da ABS, tinha executado, até o final de setembro, cerca de 56% do total de 94,7 milhões orçados para este ano. Já o componente III (Monitoramento e Avaliação da AB), cujas ações incluem os estudos de linhas de base nos municípios do Proesf, fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação (M&A) das secretarias estaduais de saúde, estudos e pesquisas em AB, dos 35,65 milhões orçados, nada tinha sido gasto até a referida data¹⁷⁴. A baixa execução em projetos que contam com financiamentos internacionais, além de comprometer o orçamento do próprio Departamento, incorrem em juros e aumento da dívida externa do país. Contrária, também, as *'Diretrizes para Investimentos em Saúde'* do próprio MS (Brasil, 2004e), que recomenda agilidade na capacidade de gastos desses projetos.

Há que se referir, porém, que no caso do componente III, especificamente de seu projeto prioritário, os planos estaduais de M&A da ABS, vários outros fatores se somaram para essa baixa execução, como: i- negociações políticas internas ao MS, com Conass e Conasems, prolongadas e conflituosas; ii- lentidão nos processos decisórios do DAB e da

¹⁷⁴ No resumo executivo da 144ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, a execução orçamentária do MS de 2003/2004 foi ponto de pauta. Os programas que tiveram alto impacto na baixa execução de 2003 (sangue e hemoderivados, implantação do cartão SUS, atenção à saúde da mulher, criança, adolescente e jovem, reaparelhamento das unidades do SUS e outros programas), bem como os doze que apresentam problemas na execução de 2004 (Programas de Sangue e Hemoderivados; Qualificação Profissional do SUS; Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia; Implantação do cartão SUS; **PROESF**; **PROFAE**; Medicamentos Excepcionais; Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem; Farmácia Básica (PAB); Ações de Vigilância Epidemiológica; Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS); e Produção de Vacinas e Medicamentos) foram chamados a prestar esclarecimentos ao CNS. "A propósito da execução orçamentária de 2004, o Plenário decidiu que solicitará prestação de contas quadrimestral sobre os programas com baixa execução orçamentária." (id, 2004). Vê-se nessa atitude do CNS, além de qualificação técnica adequada, uma

SAS quanto às tramitações burocráticas; iii- inabilidade das SES no preenchimento de POA's e PA's, bem como processos de análise do DAB dificultado pela falta de pessoal; iv- negociações com o Banco permeadas de idas e vindas, além de inflexibilidade e burocratismo.

Ainda com relação ao Proesf, é preciso pontuar que, até agosto deste ano, 57,7% dos 171 municípios da primeira fase de implantação do projeto não tinham atingido as metas previstas. Cabe à Coordenação de Gestão da Atenção Básica o apoio técnico para a expansão da cobertura do PSF, bem como o assessoramento à gestão da atenção básica nos estados e municípios. Ocorre que essa área é também responsável pela participação nos diversos grupos técnicos e de trabalho, sejam do Ministério da Saúde ou de outros setores das políticas públicas que requisitam o DAB, fato que tem dificultado uma delimitação de objetos, objetivos e priorização de ações por parte dessa Coordenação. De modo geral, vê-se um grupo técnico empenhado e comprometido com o trabalho que realiza, procurando dar respostas às constantes demandas que requerem discussão e/ou articulação com a atenção básica. Por outro lado, sente-se falta de uma atuação mais propositiva e crítica, capaz de ir além da tarefa, transformando-a em elaboração e proposição própria.

Pode-se dizer que a Coordenação de Gestão realiza e participa da maioria das ações do DAB, sendo uma exemplaridade importante para se analisar o grau de autonomia e influência do Departamento na política de saúde do Brasil. Uma das características interessantes da Coordenação diz respeito aos amplos espaços de discussão, formulação e implementação de políticas nos fóruns e grupos que ela se insere, constituindo-se em campos privilegiado de interpenetração de saberes com ricas possibilidades de influir nos rumos da maioria das ações desenvolvidas no âmbito do SUS, por meio das quais as diretrizes do PSF podem se efetivar.

vez que a instância dispõe de uma comissão técnica de orçamento e financiamento, atitude vigilante quanto às ações do MS.

Nesse particular, cabe destacar que essa área acompanha cerca 36 grupos técnicos e/ou de trabalhos (um pouco mais, um pouco menos) articulando-se com todas as secretarias do MS e para além dele. Observe-se, porém, que esse número é variável, ampliando ou diminuindo a partir da dinâmica institucional e temporalidade de cada um deles¹⁷⁵. Assim, há grupos e/ou projetos mais permanentes, que requerem um acompanhamento sistemático, outros mais pontuais e delimitados em início, meio e fim. O quadro constante no anexo 4 resume, sinteticamente, do que se tratam essas discussões, grupos, políticas, projetos e respectivos atores envolvidos, muitos inclusive já comentados nesta análise.

Pela dimensão e extensão dos trabalhos desenvolvidos, vê-se que o DAB está inserido em espaços importantes de discussão, podendo intervir significativamente nos rumos das políticas de saúde. Observa-se amplo leque de abordagem e demandas, requerendo reflexões aprofundadas sobre a integralidade da atenção, ou de como a unicidade expressa nas diretrizes do PSF se comportam diante de tamanha diversidade de interesses. Explicitando melhor: em que medida a criação de vários grupos de trabalho e políticas, em legítimo reconhecimento das multiculturas e necessidades diferenciadas da população brasileira, consegue se flexibilizar e, ao mesmo tempo, se articular num entendimento mais contextual da realidade? Será que a criação de modelos de atenção básica (equipes de PSF, transição e outras que possam surgir), para cada segmento da população explicitada no anexo 4 (moradores de rua, população vulnerável ao suicídio, negros, mulheres, índios, gays, lésbicas e transgêneros, assentados rurais e urbanos, etc), ao invés de ampliar o acesso e diminuir desigualdades, não as aprofunda cada vez mais? Qual o limite possível que mantém o uno diverso, conforme supõe a integralidade temperada com equidade da atenção?

¹⁷⁵ Alguns técnicos e assessores do DAB informaram que esse número chega a cerca de 50, mas consegui mapear 36. Ademais, interessa menos o número, mas o poder de vocalização e influência do DAB, e, inserção da sociedade civil organizada nestes espaços, a potencialidade de efetivação das diretrizes do PSF e, conseqüentemente, a mudança do modelo assistencial preconizada.

Há que se referir, o que se abre demais, tende a desaparecer por falta de consistência material, mas o que se fecha em excesso igualmente se atomiza por obliterar o potencial da mudança necessário à conformação das permanências. Nesse particular, o Sistema Único de Saúde só vem conseguindo resistir às constantes fragmentações imprimidas pela lógica do mercado porque se ampara em princípios fortes, construídos ao longo de muita reflexão por atores estratégicos (setores médios da sociedade, academia e classe médica), movidos por muita luta pela institucionalidade das políticas de saúde no Brasil. Porém, a continuar ignorando o mercado e o caráter capitalista da saúde nas análises e investimentos realizados, conforme observa Gadelha (2003), o SUS corre sérios riscos de sucumbir de vez às exigências do capital internacional. O que verdadeiramente alicerça a consecução de políticas sociais, alimentando o poder de pressão da sociedade sobre o Estado é a crítica, amparada num conhecimento que se refaça para melhor compreender e intervir em cenários complexos.

No que se refere ao PSF, que se ampara na própria implementação do SUS, igualmente se faz necessário um retorno constante às diretrizes que o orientam, seja para revalidá-las ou modificá-las, desde que respaldadas no conhecimento reconstrutivo e norteadas pelo compromisso ético da saúde como direito inalienável das pessoas. Nesse particular e tendo em vista o próprio contexto de fragilidade técnica e de pessoal do MS anteriormente descrito, vê-se uma tendência preocupante de fragmentação e pulverização de ações, sem a devida reflexão mais aprofundada do ônus que pode vir a ser gerado. Assim, ao lado da admirável predisposição dos técnicos do DAB em colaborar com as diversas demandas e solicitações que chegam ao Departamento, sente-se falta de um nível de reflexão e criticidade mais aprofundado, necessário para que se possa ter uma atuação mais incisiva e propositiva nesses ricos espaços de articulação e intersetorialidade.

Em outras palavras, é preciso que se passe a ter cada vez mais voz e elaboração própria, gerindo cenários de ajuda-poder em favor da autonomia, afirmada pelo protagonismo dos princípios e diretrizes do PSF nas diversas ações desenvolvidas pela gestão do programa/estratégia. Apesar do visível envolvimento e comprometimento dos técnicos, sente-se falta de maiores questionamentos acerca das decisões tomadas, avançando-se na qualificação os processos de trabalho. Em resumo, falta aprofundar o *conhecer para cuidar melhor*, como condição para o *cuidar para confrontar*, na perspectiva do *cuidar para emancipar*.

Esse excesso de demandas externas ao DAB, atrelada à baixa capacidade de formulação e proposição, pode ser observado na descrição dos grupos de trabalho e projetos desenvolvidos (anexo 4). Dos 37 tópicos mapeados, apenas dois foram demandados e/ou produzidos por iniciativa da Coordenação de Gestão da Atenção Básica: assistência aos moradores de rua (proposta ainda inicial) e núcleo de saúde integral. Alguns outros, embora tenham sido gerados por demandas externas, vêm ganhando expressão própria ou têm/tiveram participação ativa do DAB, como o de assistência domiciliar e a proposta de revisão dos incentivos financeiros para as ESF em áreas de difícil acesso (Portaria nº 1.434, 14/07/2004), que ficou conhecida por *‘proposta da equidade’*

Começando por essa última, a revisão nas formas de financiamento da atenção básica no âmbito do programa/estratégia Saúde da Família atende a reivindicações antigas de gestores, da população dos assentamentos rurais não incluídos nas ações do PSF e, principalmente, da região Norte do país. O cálculo para o financiamento do PSF (PAB variável) é feito a partir da cobertura populacional atingida com a implantação das ESF, utilizando-se como parâmetro a média de 3.450 pessoas por ESF¹⁷⁶. Variando por faixas de cobertura (de 0 a 4,9% a 70% e mais), o município que cobre o maior percentual de pessoas com as ações do PSF recebe mais, até

¹⁷⁶ Conforme já informado, cada ESF fica responsável por um mínimo de 2500 e um máximo de 4.500 pessoas.

o limite de 70% da população. A base de dados utilizada para esse cálculo é o IBGE, cujas estimativas de crescimento populacional pós-censo desconsidera a população dos assentamentos rurais.

A nova portaria reconhece essas diferenças e regulamenta as seguintes mudanças: i- redefinição no número de pessoas acompanhadas pelos ACSs; ii- aumento de 50% no valor dos incentivos para ESF e ESB para municípios com baixo IDH e pouco populosos, bem como para aqueles que contam com remanescentes de quilombos ou residentes em assentamentos. Tal medida beneficia 3.008 municípios e atinge 16% da população¹⁷⁷, constituindo-se numa ação importante rumo a equidade no acesso aos serviços básicos de saúde. Vale dizer que os movimentos sociais representados no chamado 'grupo da terra' (anexo 4), se não foram decisivos para tal avanço, uma vez tratar-se de reivindicação antiga dos gestores municipais, constituíram-se num poder de pressão importante.

A proposta para implementação da assistência domiciliar na atenção básica tem trajetória curiosa, demonstrando ambivalências no discurso de priorização que essa área vem recebendo. Ainda na gestão anterior, foram elaboradas diretrizes para organizar assistência domiciliar na atenção básica, tendo por estratégia estruturante o PSF. Partiu-se de uma fase de identificação de experiências, elaborou-se uma proposta e realizou-se um piloto com ESF de duas áreas, uma urbana, outra rural. Na época, verificou-se a necessidade de financiamento para melhor resolubilidade das ações desenvolvidas, e o projeto parou aí, por falta de decisão política.

A atual gestão, em consonância com as linhas de investimentos em saúde (Brasil, 2004e) e no próprio Plano Nacional de Saúde (id., 2004c), resolve criar um grupo de trabalho para formulação da política de atenção domiciliar no âmbito do SUS, sob coordenação do DAE/SAS e envolvendo as atenções básica, média e de alta complexidade (anexo 4). Iniciados os trabalhos, retoma-se a revisão do documento anteriormente elaborado pelo

¹⁷⁷ Fonte: DAB/SAS/MS

DAB. No desencadear dos trabalhos, o grupo se dispersa e, algum tempo depois, o DAE está com uma proposta pronta para ser publicada, com definição de financiamento apenas para a modalidade *‘internação domiciliar’*, ficando atenção básica de fora. O DAB se articula, impede o lançamento isolado e inclui a atenção básica na pauta da discussão, retornando-se a idéia do lançamento da política de forma integral. Porém, nos documentos preliminares analisados, que logicamente pode haver mudanças, a atenção básica não terá financiamento em dinheiro, mas um kit de equipamentos que será comprado pelo MS e distribuído aos municípios. Apesar do reconhecido esforço do DAB, intervindo na hora e medida certa, parece que a lógica de *‘cesta básica’* para os pobres, ao invés de autonomia e cidadania, insiste em vingar.

A proposta de estruturação da atenção básica aos moradores de rua ainda é inicial. A Coordenação de Gestão/DAB tem procurado fazer uma ausculta às experiências do PSF com essa população. Para essa intenção em especial, vale a discussão anteriormente feita acerca do risco de se fragmentar ações, segmentando PSF’s para cada extrato da população (pobres, índios, negros, adolescentes infratores e não-infratores, moradores de rua, etc). Esse modelo de atenção à saúde, fragmentado, pulverizado, recortado em programas e focalizado seletivamente na pobreza, é justamente o que se pretende superar, apesar da importância de serem consideradas as diferenças e diversidades numa perspectiva hologramática (Morin, 2002).

Já a estruturação de núcleos de saúde integral no âmbito da atenção básica, incorporando de forma organizada e programada as ações de saúde mental, reabilitação e atividade física na atenção básica, é pertinente e relevante. Propõe-se a criação dos referidos núcleos, como suporte técnico às ações das ESF, inseridas sob a lógica da responsabilização partilhada da população assistida nas áreas do PSF. Segundo essa proposta, o município acima de 50 mil habitantes (ou acima de 40 mil para região

amazônica) poderá implantar equipes de saúde integral, em uma, duas ou nas três modalidades, para cada 8 a 10 ESF¹⁷⁸.

A inclusão desses profissionais no âmbito da atenção básica, se bem conduzida e qualificada, além de suprir uma necessidade importante, amplia as possibilidades de abordagens e trabalho em equipe, melhorando a resolubilidade e potencializando a gestão da *ajuda-poder* em favor da autonomia de sujeitos. A despeito desse inegável avanço, a minuta de portaria em discussão e sujeita à modificações, no seu artigo 14, trás um fator preocupante acerca da contratação desses profissionais, quando estabelece: "*Na necessidade de contratação os vínculos contratuais dos profissionais deverão seguir os preceitos e regulamentação das leis trabalhistas brasileiras, podendo ser constituídas tanto por profissionais da administração direta (vínculo municipal), quanto profissionais contratados mediante convênios com OnG's, entidades filantrópicas, associações e congêneres*". No momento em que existe todo um esforço, mesmo que andando lentamente, de instituir uma política nacional de desprecarização do trabalho no SUS, a abertura dessa *'brecha'*, além de apresentar desarticulação entre ações e projetos dentro do próprio MS, pode se constituir numa legalização da relação de precariedade hoje existente. Uma saída menos embaraçosa seria, além da correta indicação de garantia do cumprimento da legislação trabalhista, articulá-la à política de regulação das relações trabalhistas no âmbito do SUS, atualmente conduzida pela SGTES.

Com relação à participação da sociedade civil organizada nesses espaços e grupos criados, vê-se que tem se dado de maneira tímida, com alguns movimentos mais estruturados e organizados (como gays, lésbicas e

¹⁷⁸ Quanto a composição dessas equipes, propõe-se dois profissionais em cada uma das seguintes modalidades: I- Atividade física e saúde: educador físico (obrigatório), nutricionista ou monitor/facilitador de práticas corporais; II- Reabilitação: fisioterapeuta (obrigatório), fonaudiólogo ou terapeuta ocupacional ou assistente social; III- Saúde Mental: psicólogo (obrigatório), terapeuta ocupacional ou assistente social. A despeito da flexibilidade ser importante para a autonomia da gestão municipal, poder-se-ia também definir o assistente social como profissional 'obrigatório' nos núcleos, no sentido de ampliar enfoques, incluindo a dimensão social na pretensão

transgêneros e movimento dos sem terra) com maior poder de pressão e conquistas. Vale pontuar, também, que o caráter corporativo também aparece como força estratégica, uma vez que dois grupos, o da medicina natural e práticas complementares e o da prevenção da obesidade (anexo 4), foram criados a partir de interesses ou questionamentos da classe médica. No primeiro caso, a Associação Médica Homeopática de Brasília inicia um movimento questionando a inclusão das terapias complementares no SUS, redundando na formação de grupo de trabalho que vem elaborando e discutindo um política para a estruturação da área. No segundo, a Sociedade de Cirurgia Bariátrica pressiona por aumentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS, que cobre esse tipo de cirurgia. Tal fato alertou o MS para necessidade de se investir na prevenção da obesidade, criando-se grupo de trabalho para pensar essa política¹⁷⁹.

A outra coordenação mais central para a gestão do programa/estratégia Saúde da Família é a de acompanhamento e avaliação da atenção básica (CAA/DAB). Com escopo mais definido, objetivado e centrado em missões estratégicas definidas internamente, essa área tem se mostrado mais propositiva, elaborando e implementando políticas de avaliação da atenção básica com forte potencialidade estruturante, mesmo diante das dificuldades de pessoal técnico qualificado já referidas. Outra característica importante é que os documentos e formulações produzidas são de iniciativas da própria área, dentro das prioridades elencadas. A avaliação aparece como um componente para melhorar a gestão e qualificação das ESF, incluindo a resolubilidade das mesmas. As ações da gestão anterior (Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB, Informes da Atenção Básica, Pacto da Atenção Básica) foram ampliadas e aperfeiçoadas, a elas somando-se outras, que têm como

de integralidade. Essa proposta encontra-se em fase de discussão com a Câmara Técnica da CIT, podendo haver mudanças e devendo ser publicada em seguida.

¹⁷⁹ Uma característica desta gestão é a criação deste grupos de trabalho com objetivos específicos, todas mediante portaria regulamentadora e legitimadora. Se por um lado este mecanismo induz a integração entre áreas e amplia as discussões sobre as políticas de saúde, por outro torna difícil administrá-los e articulá-los num comando único, como preconiza o SUS.

finalidade o que se vem chamando de *institucionalização da atenção básica*. Sobre este conceito, porém, a CAA escolhe referenciais tradicionais da avaliação, como Hartz (2002), citado na Revista Brasileira de Saúde da Família, editada pelo MS:

“Institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão.” (Hartz, *apud* Felisberto, 2004::25).

Observa-se certo delineamento normativo e funcionalista presente na concepção de institucionalização supracitada. A ruptura, a dinâmica e a tensa disputa entre instituinte e instituído das organizações sociais, elementos propulsores de mudanças, são pouco valorizados, preferindo-se *‘influenciar comportamentos’*. Desconsidera-se o movimento oposto que surge da intenção de induzir, que carrega em si a inovação necessária às politicidades subversivas. Institucionalização, por si e em si, carrega um movimento de recorrência e programação necessárias à sua compleição. Porém, a manutenção desse todo aparentemente coerente é forjado por relações de produção disruptivas, dinâmicas e auto-produtivas (Maturana, 1997), que se necessitam para existirem enquanto corpo articulado, conformado e aberto à transformações (Morin, 2002. Varela, 2003).

O que se está querendo dizer é que institucionalizar incorre em aprisionamento e programação, condição conformadora das instituições. Mas não precisa ficar restrito a esse fim, posto que toda recorrência exige cogitação, portanto pensamento e abstração incapturáveis, como (in)forma o *conhecimento do conhecimento* (Morin, 1999)¹⁸⁰. Noutros termos, a avaliação transita entre a regra e o movimento dos atores, expressando politicidades subversivas a toda e qualquer tentativa de padronizar ou influenciar comportamentos.

¹⁸⁰ A concepção anteriormente discutida de *institucionalização do cuidado* (Pires, 2001) não nega a ruptura que lhe é intrínseca, mas destaca que, na área da saúde, o processo de cuidar tem se alienado e fragmentado excessivamente, aprisionando a vertente subversiva capaz de reordenar poderes e práticas, ou de forjar autonomias, como supõe a politicidade desse mesmo cuidado.

Importa salientar, porém, que essa concepção de institucionalização, apesar de oficial, não é homogênea entre todos que compõem a CAA/DAB, havendo espaços para discordâncias e discussões de aprofundamento reflexivo, ampliando enfoques e abordagens. Ademais, normativa ou dialética, há consenso sobre a necessidade de se fomentar e fortalecer os processos avaliativos da atenção básica nas esferas de gestão do SUS, utilizando-os como instrumentos de planejamento e decisão estratégica. Esse sentido une as diversidades teóricas em torno de propósitos maiores, traduzidos por propostas qualificadoras do PSF. Neste particular, destacam-se dois projetos: i- *avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família* (Brasil, 2004h), que se propõe a desencadear processos qualificação da gestão, dos serviços e das práticas de saúde no âmbito do PSF; e, ii- *planos estaduais para o fortalecimento das ações de M&A da ABS* (Brasil, 2004b), componente III do Proesf, que tem como foco otimizar as ações e processos avaliativos em saúde desenvolvidos pelas SES (Secretarias Estaduais de Saúde)¹⁸¹.

A *avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família* inova ao propor dois movimentos de avaliação, um realizado pela própria equipe e gestão municipal a partir de padrões estabelecidos pelo MS, outra externa, para conferir/validar os produtos da primeira fase, com envolvimento das SES. Essa metodologia participativa pode gerar bons frutos, uma vez que valoriza a autonomia dos sujeitos nos processos de qualificação do trabalho realizado.

Os *Planos Estaduais para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica*, por seu turno, visam otimizar uma instância de gestão do SUS que, com o processo avançado de descentralização e conseqüente afastamento da função executiva na atenção básica, vem se fragilizando em objetos, recursos técnicos e atribuições, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). O projeto está estruturado em três momentos: i-

¹⁸¹ Ambos os documentos estão disponíveis na home page da Coordenação.

inicial, onde a SES (re)dimensiona a equipe responsável pelos processos avaliativos da AB, pressupondo integralidade dos processos de trabalho, contrata uma instituição de ensino e pesquisa para atuar como centro colaborador em avaliação e desenvolve uma capacitação interna cujo produto é a *proposta metodológica da SES para a avaliação da AB*; ii- de desenvolvimento, onde se implementa o que fora planejado na referida *‘proposta metodológica’* construída pela SES, com apoio dos centros colaboradores, e, iii- processual-finalístico, ocorrendo sempre ao final de cada uma das fases anteriores, com o objetivo de avaliar o que fora desenvolvido, o cumprimento das metas previstas para cada um dos momentos, e realizar as devidas reprogramações e condutas.

O que chama atenção nessas duas proposições em andamento é que ambas partem da centralidade dos sujeitos, seja em nível municipal ou estadual, para qualificar os processos avaliativos, em consonância com as diretrizes do PSF e princípios do SUS. Por outro lado, *‘não inventa a roda’* ou desfaz percursos já inicializados, trabalha as deficiências das experiências existentes e procura intensificar a qualidade das mesmas. Assim, a política de avaliação da atenção básica que vem sendo pensada e implementada pelo DAB tem um potencial importante para estruturar o Saúde da Família como estratégia de organização da atenção básica, tendo por suposto seus princípios e diretrizes. Para tanto, há que se afunilar a integração entre as duas coordenações estratégicas do DAB, porque avaliação não ocorre fora da gestão de políticas, necessária também para conduzir cenários de *ajuda-poder* capazes de oportunizar autonomias de sujeitos, ou de oportunizar cuidados que fomentem a crítica e o enfretamento como condições emancipatórias.

Isso posto, cabe observar como o contexto, as correlações e dinâmicas da gestão do programa/estratégia Saúde da Família em nível central tem influenciado experiências municipais do PSF. Antes das análises dos relatos de experiências e estudos premiados na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, e procurando ambientar essas produções no panorama

da política de educação permanente em saúde para o SUS, cabem algumas considerações sobre a oferta dos cursos para o PSF desenvolvidos pelos Pólos, sob condução da SGTES. A tabela a seguir resume as iniciativas dos Pólos de Educação Permanente voltadas para o PSF em todo o Brasil, comparando-as com outros cursos ofertados e com o números de profissionais de nível superior em cada uma das regiões do país.

TABELA 1- OFERTA DE VAGAS PARA O PSF PELOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE POR REGIÕES DO BRASIL- Setembro, 2004¹⁸²

OFERTA	REGIÕES				
	N	NE	CO	SE	S ⁴
Total e médias nacionais					
a- Nº de vagas ofertadas para PSF Total: 21.387	1.225	17.682	330	2.150	798
b- Nº de vagas ofertadas para outros profissionais ³ Total: 56.999	8.797	26.943	2.065	18.234	960
c- % de vagas para PSF em relação ao total Média: 24,2%	12,22%	39,62%	13,7%	10,5%	45,3%
d- % de vagas para PSF com pagamentos iniciados Média: 35,86%	23,4%	2,27%	24,2%	61,25%	68,2%
e- % de vagas para outros profissionais com pagamentos iniciados Média: 10,32%	0,97%	0,05%	32,6%	3,4%	14,58
f- caracterização dos cursos					
- Especialização em SF (51)	12	8	3	24	4
- Residência em SF (14)	-	1	-	9	4
- Curso Introdutório em SF (11)	3	1	1	3	3
- Capacitações temáticas (5)		5	-	-	-
- Formação ACS (5)		1	1	-	3
- Especialização niv médio (1)			1	-	
g- Nº de vagas para cursos de especialização e residências SF Total: 3388	548	351	162	1947	380
h estimativa de profissionais de nível superior das E-SF ¹ Total: 42.950	2.882	17.536	3.234	12.980	6.318
i- proporção: vagas nos cursos de especialização e residências SF / profissionais nível superior ESF Média: 0,08	0,19	0,02	0,05	0,15	0,06

1- Cálculo: Nº de ESF (SIAB/DAB/MS) multiplicado por dois (médico e enfermeiro). 2- Especializações *latu sensu* nas modalidades 'Especialização SF' e 'Residência em SF'. 3 Não foram incluídos no cálculos ações de estruturação dos pólos, bem como plenárias, jornadas, seminários, outros. 4- O número de pessoas beneficiadas no estado do Paraná não estava disponibilizado na fonte de dados consultada.

¹⁸² Elaboração própria, a partir de dados do documento "Acompanhamento de Ações dos Pólos de Educação Permanente", atualizada em 19/09/2004 (Coordenação geral de orçamento e planejamento/Departamento de gestão da educação na saúde/SGTES/MS).

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde são articulações entre gestores estaduais e municipais do SUS, instituições formadoras e esferas de controle social em saúde, cujo propósito é formular e executar políticas de educação permanente¹⁸³ para os profissionais de saúde do SUS. Acertada sob o ponto de vista de concepções e abordagens, a Política de Educação Permanente do SUS, conduzida pela SGTES, anda a passos lentos, perdendo os tempos políticos de execução das ações propostas. O descompasso entre a formulação e a execução dos projetos aparece tanto na imprecisão numérica, quanto nos insipientes resultados¹⁸⁴ conseguidos em dois anos de discussões, eventos, seminários e oficinas pelo Brasil, como se observa na tabela 1. A começar pelo número de Pólos hoje existentes (e pela própria conceituação, constituição e objeto de atuação dos mesmos, pois em alguns estados a quantidade de integrantes e interesses, atuando em colegiados, dificulta qualquer objetividade necessária à gestão de políticas), vêm-se contradições e fragmentações. No site da SGTES, os Pólos são contabilizados em 100, no documento "*Pólos de Educação Permanente em Saúde: elementos para a discussão de sua gestão e de seu financiamento*", apresentado à CIT em 09/08/2004, aparecem 86 e na planilha de acompanhamento das ações dos pólos, atualizada em 19 de setembro, é possível contar apenas 73.

Continuando pelos rumos numéricos, observa-se ainda que, a despeito da extensão da ofertas de vagas em todo o Brasil, a capacidade de gasto da SGTES é baixa, em torno de 10% para os projetos que envolvem outros profissionais e 35,86% para o PSF¹⁸⁵. Tal característica teve repercussões no

¹⁸³ Definida como "*aprendizagem permeabilizada pelo trabalho, um ensinar e aprender em situação/contato real com as vivências do trabalho, em ensino-aprendizagem inserido ao cotidiano do trabalho e perspectiva de gestão de sistemas e serviços.*" (Brasil, 2004g:3).

¹⁸⁴ A esse respeito, cabe considerar que os documentos analisados (Brasil, 2004g, 2004f), são ricos em diagnosticar problemas que envolvem outros atores (SES, SMS, Universidades, etc.), menos a si próprio DGES/SGETES). Ademais, as longas explicações parecem tentar encobrir a falta de resultados concretos a serem apresentados.

¹⁸⁵ Observou-se certa priorização da liberação de recursos para os cursos destinados ao PSF, que pode ser explicado, talvez, pelas metas de desempenho e gatilho negociadas junto ao Proesf, quando da realocação de recursos do componente II (capacitação) para o III (monitoramento e avaliação). Conforme já comentado, a SGTES abriu mão dos recursos do Bird, mas tem que cumprir as metas previstas no acordo internacional de empréstimo.

próprio orçamento da SGTES, que, ao invés de passar dos R\$ 443,750 milhões aprovados em 2004 (sendo 432,450 milhões para educação permanente (EPS)), para 521,873 milhões previstos para 2005 (521,888 milhões para EPS), terá seu teto reduzido para 322 milhões nesse ano (317,4 milhões para EPS). Ou seja, por não ter sido capaz de executar aquilo que fora autorizado, haverá um corte de R\$ 204,473 milhões para o orçamento da SGTES, numa clara inabilidade de gerenciamento da máquina pública¹⁸⁶.

Observando com atenção os fluxos descritos para que os projetos de capacitação dos Pólos sejam aprovados (Brasil, 2004f), e lembrando que o grupo dispensou o recurso do Proesf pela exigência de licitação, sob a alegação de que poderia incorrer em comprometimento do desenho que eles queriam implementar, constata-se a demora na liberação dos recursos. A escolha de diversos meios para efetivar a contratação (principalmente convênios e terceirização de recursos com Unesco ou Opas), atrelado a um lento trâmite burocrático que pode chegar a 9 meses - apreciação da SGTES e publicação de portaria (1 mês), tramitações para contratação ou convênios (4 a 8 meses, dependendo do valor para as referidas 'não objeções' das sedes dos organismos internacionais) - contribuem para a referida ineficiência.

A oferta de cursos para outros profissionais do SUS é muito superior que para as equipes saúde da família (ESF), que em média correspondem a aproximadamente 24% do total. Porém, observa que, regionalmente, apenas 10% dos projetos de EPS do Sudeste e 13 % do Centro-oeste destinam-se ao PSF. Ainda, estados como Alagoas, com 1.617 ESF, distribuídas em 449 municípios, atingindo uma cobertura de 42,3% da população, e Goiás, 913 ESF, em 241 municípios e 54,4% da população coberta, não apresentaram ***nenhuma ação referente à educação permanente*** para os profissionais do PSF. Ou seja, pegando-se o exemplo de Alagoas, uma das regiões mais pobres do país, onde apenas 42,2% das ESF contam com equipamento

¹⁸⁶ Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

gineco-obstétrico básico¹⁸⁷ e cerca de 85% dos profissionais têm contratos precários de trabalho¹⁸⁸, nenhuma intervenção no campo do *conhecer para cuidar melhor* foi pensada para esses trabalhadores.

Por fim, a oferta de Cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família, que teoricamente podem ampliar em muito o nível de reflexão crítica das ESF, principalmente se bem mediados pela pesquisa, ficam bem aquém da demanda. Num exercício aproximado, uma vez que não é possível precisar o número de profissionais de nível superior realmente existentes nas equipes cadastradas no SIAB, nem sua distribuição geográfica e/ou regionalizada dos cursos ofertados, é possível estimar o reduzido acesso que médicos e enfermeiros têm às pós-graduações *latu sensu*¹⁸⁹. Para cada 100 desses profissionais, existem disponíveis apenas 8 vagas nas referidas especializações/residências. Quando se observam as desigualdades regionais, o quadro fica mais grave, como, por exemplo (e de novo) o Nordeste, onde para cada grupo de 100, somente duas vagas estão disponíveis. Isto, claro, imaginando-se um cenário ideal de pleno funcionamento desses cursos, o que, como já referido, não existe. Se for acrescentado o número de odontólogos das ESB à demanda de profissionais de nível superior para cada vaga ofertada, a situação piora: a média do Brasil cai para 7 em 100 profissionais existentes; no Centro-oeste para 3, no Sudeste para 13 e na região Sul para 4, em cada grupo de 100. Cabe lembrar que o total de 3.388 vagas para cursos de pós-graduação *latu sensu*, oferecidos em 2004, é inferior às 3.676 ofertadas pelo DAB em 2002, com os recursos do ReforSUS, cuja proporção de vagas para o número de profissionais, na época, era de 11 vagas para cada 100. Ou seja, diminuiu-se

¹⁸⁷ Mesa, espécuro, foco e estetoscópio de pinard (Brasil, 2004a) são instrumentos indispensáveis para a realização de exames ginecológicos e pré-natal na assistência à saúde da mulher.

¹⁸⁸ Avaliação Normativa do PSF, 2001/2002 (Brasil, 2004a).

¹⁸⁹ Optei em pegar apenas as ESF, sem a inclusão do dentista, primeiramente pela extensão em termos de número de equipes, distribuição nos municípios (86%) e percentual de cobertura populacional (39,4%), que são bem superiores aos 58% dos municípios e 26,2% de cobertura populacional que as ESB atingem. Depois, porque mesmo consciente da fragilidade e precariedade dessa oferta, significa o mínimo do mínimo que pode ser ofertado decentemente à população.

a oferta de vagas, enquanto o número de médicos e enfermeiros aumentou em torno de 9.550.

Veja-se no gráfico, a seguir, a disparidade da relação entre a oferta de cursos e a demanda de profissionais médicos e enfermeiros das ESF e, na tabela 2, a comparação entre as duas exemplaridades de demandas citadas:

Oferta de vagas para cursos de pós-graduação em SF pelos Pólos de EPS em relação à demanda dos profissionais, por regiões do Brasil, 2004

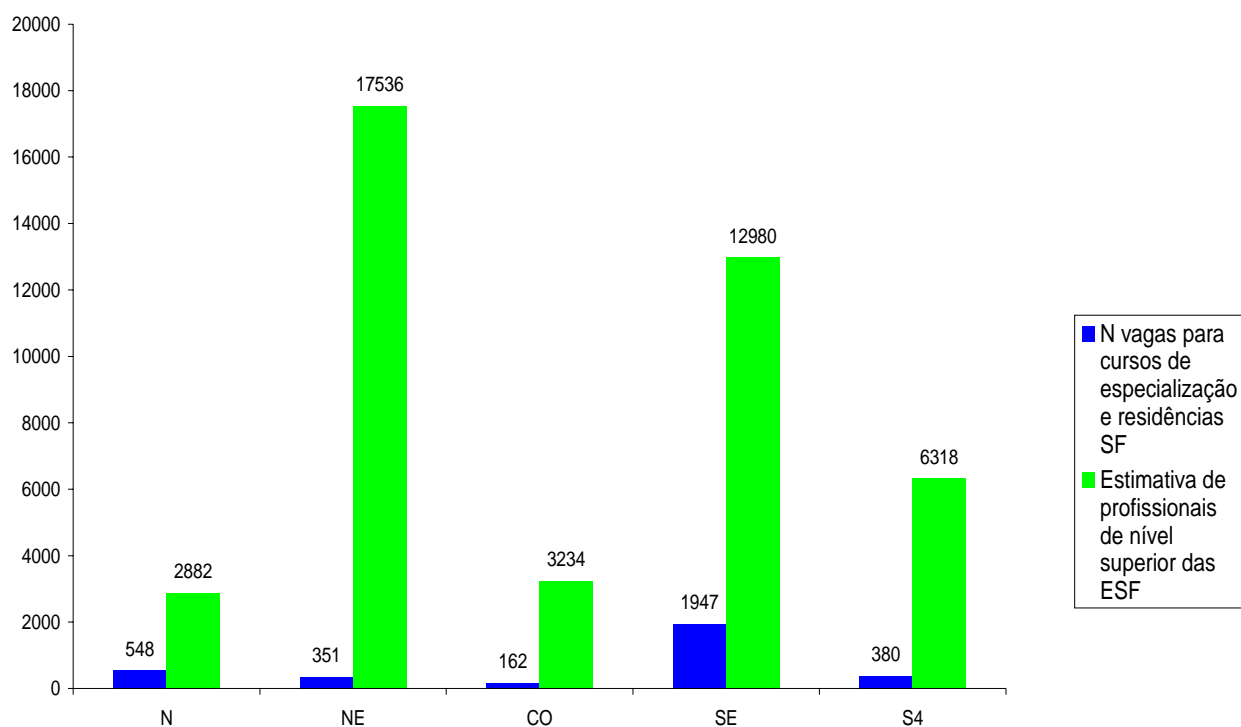


Tabela 2- Proporção de vagas para profissionais de nível superior nos cursos de pós-graduação *latu sensu* ofertados pelos Pólos sem e com inclusão do profissional dentista, Brasil, 2004

REGIÕES	PROPORÇÃO 1- SEM ODONTÓLOGO	PROPORÇÃO 2 - COM ODONTÓLOGO (ESB)
Norte	0,19	0,19
Nordeste	0,02	0,02
Centro-oeste	0,05	0,03
Sudeste	0,15	0,13
Sul	0,06	0,04
Brasil	0,08	0,07

É nesse cenário complexo, desigual, rico em contradições e, ao mesmo tempo, possibilidades, que cerca de 22 mil ESF, 9 mil ESB e 197 milhões de agentes comunitários de saúde desenvolvem ações básicas de saúde para, respectivamente, 40%, 26% e 56% da população brasileira. A partir da gestão central do programa/estratégia Saúde da Família nesse cenário turbulento, que envolve tantos outros contextos em nível estadual e municipal, e tendo por suposto a centralidade da autonomia no cuidado desenvolvido, as experiências e estudos de PSF municipais, premiados na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, consideradas exitosas por um grupo ampliado e bem representado de atores e operadores da política de saúde do Brasil, são analisadas¹⁹⁰. Questiona-se, principalmente, se todo esse conjunto articulado e conflituoso de ações que vêm sendo desenvolvidas pelo DAB no âmbito do SUS tem se traduzido em cenários onde as diretrizes do programa/estratégia se viabilizam. Noutros termos, se a politicidade do cuidado, aplicada à gestão de políticas de saúde, tem contribuído mais para a manutenção de formas opressivas e tuteladoras do cuidar ou, pelo contrário, oportunizado conjunturas, estratégias e recursos que ampliem o enfoque do PSF, para que esse seja capaz de contribuir para a autonomia de sujeitos, em sentido hologramático (Morin, 2002), libertador (Dussel, 2002) e reconstrutivo (Demo, 2002d).

¹⁹⁰ Participaram da comissão julgadora para premiação dos trabalhos: Abrasco, Conass, CNS, Opas, Rede Unida, MS (SAS, SGP, SCTIE, SVS, SGTES e SE), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,

* *Politicidades do Cuidado à Saúde*

Os 14 trabalhos premiados na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, ocorrida em julho de 2004, selecionados de um conjunto de 477 que foram encaminhados para concorrer à premiação, dentre os 1.618 trabalhos aprovados para apresentação. Duas modalidades aceitavam trabalhos para a competição, relato de experiência e estudos, sendo ambas referentes às experiências municipais. Das 14 produções premiadas, sete em cada categoria, os três primeiros receberam prêmio em dinheiro, os demais certificados de menção honrosa (MH). Quanto à procedência dos trabalhos concorrentes, Nordeste e Sudeste enviaram maior número, respectivamente 167 e 124. Em seguida, vêm as regiões Sul (91 trabalhos), Centro-oeste (51) e Norte (16). Os vencedores coincidiram com essa demanda, onde o Nordeste ficou com 8 premiações, Sudeste 4 e Sul 2, que, por sua vez, correspondem à ordem de distribuição numérica das ESF no Brasil. No que se refere à autoria principal dos trabalhos, vê-se que, à exceção de uma dissertação de mestrado, as outras 13 foram originadas do serviço, sendo 11 de trabalhadores e 2 de gerentes de serviços e/ou distritos.

Esse fato, por si, traduz a relevância dos mesmos, significando que, mesmo diante da incipiente política de educação permanente em construção, os profissionais estão refletindo e teorizando suas práticas. Aliás, a própria iniciativa das mostras de Saúde da Família, incluídas suas versões estaduais e municipais, constituem importantes instrumentos viabilizadores do *conhecer para cuidar melhor*. O quadro a seguir descreve a autoria dos trabalhos premiados por profissão e inserção no PSF:

QUADRO A - AUTORIA e CO-AUTORIA DOS TRABALHOS PREMIADOS NA II MOSTRA NACIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA POR PROFISSÃO, BRASIL, 2004¹⁹¹

PROFISSÃO/ INSERÇÃO NO PSF	NÚMERO
Profissionais das ESF: - Cirurgiões Dentistas (6); - Médico(5); - Enfermeiro (7); - ACS(2).	20
Professores universitários¹⁹²	9
Técnicos das SMS: - Psicólogo (1); -Assistente social (1); - Bacharel em Estudos Sociais(1); - Outro (1) ¹⁹³	4
Técnicos de Séc. de Educação: - Pedagogos (2)	2
Gerentes de programas/Distritos de saúde do SUS	2
Mestrando em Saúde Coletiva	1
Total	38

Fonte: DAB/SAS/MS

A análise dos trabalhos utilizou metodologia inovadora, primando pela lisura de todo o processo e pela autonomia da comissão julgadora, formada por gestores do SUS, técnicos do MS, docentes de universidades, trabalhadores e associações, entidades acadêmicas de militância na saúde coletiva e organização internacional (Unesco). O processo foi realizado em três etapas eliminatórias até chegar ao resultado final. Na primeira, 25 consultores *ad hoc* analisaram os 477 trabalhos, tomando-se a precaução de cada trabalho ser lido pelo menos por 2 avaliadores. Nessa etapa foram classificados 50 trabalhos. A partir daqui, a comissão julgadora avaliou os 50 (cada um leu cerca de 10 a 12 projetos, sendo que um mesmo projeto era lido por mais de uma pessoa) e deles classificou 26. A última e mais interessante etapa se constituiu numa oficina de consensos, onde os 26 trabalhos foram tipificados com peso 2 (trabalhos aprovados 2 vezes, por mais de um jurado) e 0,5 (trabalho aprovado por um jurado). A partir daí, cada uma das produções foi lida, apresentada e discutida entre os jurados, até se chegar ao consenso dos 14 finais. A característica participativa e

¹⁹² Todos os professores universitários entraram na condição de co-autoria, o que sugere a condição de tutoria e/ou orientação das produções científicas, demonstrando interação oportuna e profícua com a academia.

consensual dessa técnica confere maior legitimidade ao resultado, porque fundada na opinião partilhada pelos principais atores da sociedade e estado que influenciam a implementação do SUS¹⁹⁴.

Quanto aos critérios de avaliação, centram-se nas diretrizes do PSF e correspondem aos seguintes eixos: a- política: fortalecimento da estratégia Saúde da Família no SUS; b- trabalho em equipe: reforça lógica do trabalho em equipe multiprofissional; inovação das práticas profissionais; c- atenção à saúde: inovação nas práticas de atenção individual e na abordagem à família; d- modelo assistencial: amplia visão dos profissionais para além do modelo curativo, estimula a articulação serviço/profissionais/comunidade¹⁹⁵.

O quadro B, a seguir, caracteriza os 14 trabalhos premiados. Destacaram-se os aspectos mais relevantes dessa produção para, em seguida, analisá-los sob o referencial da politicidade do cuidado. Assim, a partir das categorias cuidado, emancipação e poder, busca-se observar como as referidas experiências municipais têm manejado a ajuda-poder, se em sentido opressor, tradicional e reducionista ou, ao contrário, pautado na democratização de saberes e na autonomia de sujeitos como requisitos para o processo de trabalho em saúde, podendo potencializar mudanças na forma com que o cuidado à saúde medeia relações de poder. Em outras palavras, procura-se vislumbrar nas experiências abaixo cenários propícios à autonomia de sujeitos para, a partir dessa dinâmica operativa, re-interpretar e/ou re-orientar a forma com que a gestão central do DAB/SAS/MS poderia potencializá-los ou induzi-los com mais firmeza, tendo por referência o triedro emancipatório do cuidar.

¹⁹³ Identificada como ‘funcionária pública da equipe de saúde da família’ no trabalho ‘Saúde também se faz com hip hop’, analisado a seguir.

¹⁹⁴ Há que se referir, porém, que a heterogeneidade do grupo, onde o nível de conhecimento dos jurados sobre o PSF variava em muito, contribuiu para o resultado pouco animador dos trabalhos, conforme destaca um dos integrantes. Mesmo diante desse fato, há que se considerar a pertinência do consenso estabelecido, fruto de legítimos representantes do SUS. Ademais, o consenso, apesar de democratizar poderes, nem sempre é vanguarda, uma vez que estabelece uma média dos discursos. Assim, apesar de extremamente rico no processo discursivo, o consenso tende sempre à mediocridade, como ilustra muito bem, aliás, o Congresso Nacional brasileiro.

¹⁹⁵ Informações constantes nos documentos de parecer e pontuação dos trabalhos, comissão organizadora da II Mostra SF.

QUADRO B- CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHOS PREMIADOS NA II MOSTRA NACIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA, BRASIL, 2004¹⁹⁶

B1- RELATOS DE EXPERIÊNCIA	
CLAS.:	SÍNTESE DO TRABALHO
1º Lugar (B1.1)	MICUSSI, FA et all. <i>SPA comunitário: uma experiência de re-educação alimentar e física no PSF de Santa Cruz-RN</i> .in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 -Análise da implantação de um SPA comunitário na rede municipal de saúde do SUS a partir do PSF. A ESF identifica a obesidade como um dos principais problemas de saúde de sua área de atuação e, após diversas tentativas de intervenção, organiza com sucesso um ´SPA´ comunitário, enfrentando resistências da SMS, no início, e, apoiada em larga escala pela população, a experiência ganha corpo e vai aos poucos mudando os hábitos da cidade, que passa a se exercitar mais utilizando os espaços públicos, mudam-se hábitos alimentares, surgem novos estabelecimentos comerciais especializados em frutas e verduras e novo complexo esportivo é inaugurado pela prefeitura.
2º Lugar (B1.2)	KOVACSICS, IM et all. <i>Saúde também se faz com Hip Hop</i> in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família , Brasília (mimeo), 2004– No município do Mauá, grande ABC paulista, ESF localizada em região violenta e de extrema pobreza identifica uso de drogas, criminalidade e gravidez precoce como problemas de saúde da comunidade. Tendo em vista a baixa procura e adesão dos jovens às ações da UBS, investe-se na aproximação da cultura Hip Hop da região como meio para desenvolver ações voltadas à saúde dos adolescentes. Lideranças são contactadas, jovens ACS provenientes do movimento de hip hop são contratados, seminários são realizados e diversas estratégias envolvendo os próprios adolescentes são desenvolvidas para discutir temas polêmicos, como uso de drogas, gênero, sexualidade, violência urbana, tráfico, inclusão social e valorização da vida. Com três anos de existência, a experiência vem modificando a vida tanto da comunidade, quanto dos profissionais de saúde e UBS.
3º Lugar (B1.3)	GIACOMINI, MM et all. <i>Alfabetizando com saúde:usuários do SUS (re)escrevendo a vida</i> . in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004- Descrição do programa alfabetizando com a saúde do município de Curitiba, uma parceria das secretarias de saúde e educação, que utilizam os espaços das UBS, voluntários da cidade e apostilas com temas de saúde para alfabetizar população adulta da

¹⁹⁶ Elaboração própria, a partir das análises das referidas produções. Os resumos desses trabalhos encontram-se na *home page* do PSF/MS (www.saude.gov.br) e, segundo aviso no próprio site, em breve todos estarão disponibilizados na íntegra.

	<p>região. Tendo por meta reduzir a mortalidade infantil para 10/1000 nascidos vivos, a SMS vem desenvolvendo várias ações intersetoriais, uma delas, zerar analfabetismo que, segundo OMS, influencia no referido indicador. O programa vem emocionando e melhorando condições de saúde dos participantes, além de desenvolver vínculos afetivos com voluntários, alguns deles profissionais de saúde.</p>
MH (B1.4)	<p>DORIA, SCB et all. Acolhimento resolutivo na unidade básica de saúde da família e pronto atendimento do Jardim Macedônia, São Paulo. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004-Relato de uma (re)organização do serviço de uma UBS, que abriga 4 equipes PSF, a partir da implantação da estratégia de acolhimento, com escuta e encaminhamento adequado da demanda que chega à unidade. A experiência ordenou o fluxo, melhorou o atendimento e satisfação da população.</p>
MH (B1.5)	<p>NETO, AC et all. Programa municipal de asma de Londrina - Uma estratégia dentro do PSF. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 - Narra a implantação do programa de prevenção e tratamento da Asma, normatizado pelo MS, no município de Londrina, utilizando o PSF como estratégia prioritária de atuação e integração entre níveis da atenção. A iniciativa reduz número de internações e gera superávit para implementação do SUS, além de aumentar resolutividade e vínculo entre usuários e profissionais do PSF, melhorando a qualidade de vida dos portadores de asma.</p>
MH (B1.6)	<p>NOMELINI, MHC e CUNHA, SFC. Atuação de uma equipe do Programa Saúde da Família de Uberaba-MG no atendimento odontológico para bebês, em parceria com a comunidade. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 - Descreve ações da ESB na implantação do atendimento odontológico para bebês, onde a comunidade e escola profissionalizante local foram mobilizadas para construção dos equipamentos e disponibilização dos insumos para o trabalho.</p>
MH (B1.7)	<p>SOUZA, JS et all. Projeto Trevo 4 folhas: uma estratégia para redução da mortalidade materna e infantil. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 - Experiência realizada no município de Sobral-CE que articula as ações do PSF/SMS com as da Secretaria de Desenvolvimento Social para reduzir índices de mortalidade infantil e materna. Identificada que a situação de vulnerabilidade e pobreza das mães comprometia sua participação nas ações de saúde desenvolvidas pela ESF (principalmente nas quatro que compõem o 'trevo': pré-natal, parto e puerpério, nascimento e dois primeiros anos de vida), bem como os indicadores de saúde infantil e materna, articulou-se um projeto de intervenção social que institui a figura da 'mãe social', pessoa da comunidade paga para tomar conta da casa e dos filhos</p>

	menores nas ocasiões de ausência das gestantes. Os recursos são arrecadados pelo Fundo Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, a partir da figura da 'madrinha social', pessoa da sociedade civil que adere voluntariamente à proposta.
B2- ESTUDOS	
1º LUGAR (B2.1)	ALBUQUERQUE, PC. A educação popular em saúde na estratégia Saúde da Família: contribuindo para a integralidade. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 - Estudo, caracterizado como pesquisa-ação, da experiência da gestão municipal da Secretaria de Saúde de Recife na escolha da educação popular em saúde como eixo de educação permanente em saúde, tendo o PSF como alvo privilegiado. A avaliação dos resultados inclui mudanças nas práticas dos profissionais das ESF, com reconhecimento do saber do outro e da cultura local como condição para o seu processo de trabalho.
2º Lugar (B2.2)	MAGALHÃES, MJO et all. Análise da relação entre a situação de trabalho e saúde dos profissionais da unidade de saúde da família/Grotão II. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004- Monografia de conclusão de curso de especialização em saúde da família (UFPB), caracterizado por estudo-intervenção, que tem como objeto a saúde dos profissionais da ESF. A pesquisa traça um 'mapa de risco' da unidade, calcada nos aspectos físicos, químicos, biossanitários, ergonômicos, de segurança, psicológicos, sociais e ambientais que envolvem o processo de trabalho dos profissionais. Diante dos resultados desse 'mapa', os profissionais reivindicam melhorias, com envolvimento da comunidade.
3º Lugar (B2.3)	GARRIDO, EM et all. Percepção da violência doméstica contra as mulheres no Programa Saúde da Família. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 -Dissertação de mestrado, pesquisa qualitativa pautada na perspectiva do gênero, que aborda a percepção da violência doméstica pelos profissionais do PSF. Verificou-se que os profissionais de saúde se deparam cotidianamente com situações de violência contra a mulher e demonstram-se pouco preparados tanto para entender contextualmente o problema, como para lidar com a situação. A falta de equipes ou profissionais de referência/suporte para o PSF, além da pouca articulação com equipamentos sociais e intersetoriais, fragiliza uma atuação mais incisiva desses profissionais, apesar da instância privilegiada do PSF em detectar conflitos e vulnerabilidades da vida privada das relações familiares.
MH (B2.4)	SARTORI, LC e SÃO PEDRO, PF. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no PSF. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 - Estudo epidemiológico de detecção do câncer bucal na população de 50 anos e mais, ambos os sexos, cadastrada na Unidade

	<p>Saúde da Família. Os instrumentos utilizados para rastreamento se mostraram eficazes na identificação dos casos, podendo orientar as ações de prevenção da equipe do PSF.</p>
<p>MH (B2.5)</p>	<p>NÓBREGA, JSM et all. Saúde Bucal no PSF de Mangabeira: uma análise quanti-qualitativa do impacto das ações (Macaíba-RN). in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 – A prevalência da cárie dentária em escolares de uma USF, bem como a avaliação sobre as ações de saúde bucal foram o objeto de estudo desta pesquisa, que utilizou elementos da epidemiologia e abordagem qualitativa. Verificaram-se altos índices de prevalência da cárie dentária e da doença periodóptica na população estudada, bem como uma avaliação positiva da população sobre o programa, sugerindo-se sua continuidade e ampliação das ações de saúde bucal.</p>
<p>MH (B2.6)</p>	<p>FELIPE, MCP. Roda da conversa: diálogo que re-orienta a práxis na unidade de saúde da família. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 – Pesquisa qualitativa, estudo de caso, que objetiva descrever a experiência da <i>roda da conversa</i>, enquanto prática cotidiana na USF. Por meio da observação participante e aplicação de questionário aos participantes da ‘roda’, argumenta-se que essa técnica facilita o diálogo, a escuta e conversação com os usuários, constituindo-se num espaço de troca de saberes e vivências. Apontam-se indicações para o uso da roda da conversa como instrumento da educação popular, solidificando práticas de respeito às diferenças, de reflexão dos problemas surgidos na conversação e de estímulo à pactuação e ao consenso como formas de abordagens em saúde.</p>
<p>MH (B2.7)</p>	<p>LEAL, HRA e DINIZ, CR. Resíduos sólidos domiciliares das usuárias do PSF, bairro cidades I, Campina Grande-PB. in: II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, Brasília (mimeo), 2004 – Estudo de caráter descritivo sobre a percepção e comportamento da comunidade sobre geração, acondicionamento, reutilização e destino final do lixo. Objetivou formar um banco de dados para a SMS que possibilite o planejamento das ações educativas sobre a geração e destino dos resíduos sólidos. Identifica que a comunidade em geral avalia positivamente a coleta pública de lixo e não re-utiliza a maioria dos resíduos gerados. Indica a necessidade de desenvolvimento de trabalho educativo em relação ao meio ambiente, em parceria com entidades e outras secretarias da Prefeitura.</p>

De modo geral, os trabalhos premiados retratam a ambigüidade do PSF que se vem destrinchando, com traços de conservadorismo, reformismo e potencial transformador¹⁹⁷ nas experiências de atenção básica relatadas. Assim, as atitudes de rígida disciplina, verticalidade na abordagem à saúde, massificação de condutas, visão reduzida do processo saúde-doença e foco na *'doença coletiva'* ainda têm forte influência nas práticas desenvolvidas, mesmo naquelas com grande potencial transformador. Ao mesmo tempo, observa-se inegável poder de mobilização do PSF, capaz de influenciar a dinâmica tanto da área de abrangência, como da própria cidade. Esse traço, aliado ao vínculo que desenvolve com a população que atende, constituem os principais trunfos da ESF, sendo capaz tanto de influir nos espaços doméstico das relações privadas, quanto *agora* da cidadania pública e negociada.

Uma característica importante a se destacar é que o mosaico de atuação do PSF permite múltiplos enfoques e abordagens, possíveis pela caracterização deste programa/estratégia de influir na lógica de produção do cuidado em saúde. Um dos méritos da comissão julgadora foi certamente ilustrar estas várias possibilidades de implantação do PSF, em distintas regiões e realidades dos municípios, seja naqueles de pequeno porte onde as redes de apoio e solidariedade são mais fortalecidas (relatos B1.1, B1.6), seja nos de médio porte onde as repercussões extremadas de pobreza ainda podem ser contornadas com menos dificuldades que nos grandes centros urbanos (relato B1.7), seja na crua realidade da violência urbana, fruto do crescimento desordenado e da ausência de políticas públicas efetivas (relato B1.2, estudo B2.2 e B2.3). Diferentemente do que alguns críticos colocam quanto ao PSF só conseguir funcionar em cidades pequenas, o resultado desta premiação fundamenta argumento contrário: que o PSF pode se adequar a distintos cenários, podendo igualmente influir na forma de organizar serviços e práticas de saúde. Isto não significa dizer,

¹⁹⁷ Refiro-me aqui a *'tipologia para entender as distintas conformações tecno-assistenciais da rede básica'* proposta por Mehry (2002) e devidamente comentadas no referencial teórico desta tese (item 2.3).

porém, que as condições são iguais ou similares; indubitavelmente os problemas socioeconômicos e culturais que interferem na saúde da população das grandes cidades são bem mais complexos que os dos pequenos municípios, que não convivem de forma tão íntima e cotidiana com a violência, insegurança, medo, tráfico de drogas, prostituição, assentamentos, etc¹⁹⁸.

Vê-se que os três primeiros trabalhos premiados em ambas as modalidades (B1.1,B1.2,B1.3 e B2.1, B2.2, B2.3), embora com certas ponderações oportunas, têm forte conteúdo de mudança e proposição, tão necessários à politicidade do cuidado. Quanto às menções honrosas (B1.4, B1.5, B1.6, B1.7 e B2.4,B2.5,B2.6,B2.7), apesar de abordarem aspectos importantes e atuais da atenção à saúde, como organização de serviços (B1.4 e B1.5), envolvimento da comunidade com as ações de saúde (B1.6 e B1.7), epidemiologia como instrumento de trabalho da ESF (B2.4, B2.5 e B2.7), não vão além dos paradigmas hegemônicos, seja calcado no enfoque reducionista centrado na doença, curativo e medicalizante com traços do sanitarismo campanhista (B1.4, B1.5, B1.7 e B2.4, B2.5 e B2.7), seja na abordagem assistencialista da ajuda, com apelo à solidariedade e parceria da sociedade civil para desenvolver ações inerente às políticas públicas, com forte propensão à focalização de programas de saúde do tipo *‘pobre para pobre’* (B1.6 e B1.7). Uma exceção oportuna, porém frágil sob o ponto de vista teórico¹⁹⁹ e pouco avaliado sob o enfoque das práticas, diz respeito às *‘rodas de conversa’*(B2.6), podendo oportunizar horizontalidade no cuidado à saúde por meio do reconhecimento de múltiplos saberes e

¹⁹⁸ A este respeito, tenho um testemunho pessoal de vivência enquanto enfermeira de uma ESF tanto num município de pequeno porte (Icapuí-CE, 20.000 habitantes), quanto de grande, Distrito Federal (cerca de 2 milhões). Sem dúvida, os desafios dos grandes centros são bem mais desafiadores, que muitas vezes nos deixa uma sensação de impotência e imobilismo, tão comuns e inerentes à urbanidade. Porém, seja grande ou pequeno, a vivência diária com as famílias, com os problemas da comunidade, com as inúmeras formas de sofrimento que diariamente adentra ao cotidiano da equipe e que, diferentemente do hospital ou grande centro de saúde, acompanha cotidianamente o trabalho do PSF, é uma experiência de compartilhamento único, de grande significado humano potencialmente transformador.

¹⁹⁹ Sobre esse particular, todos os trabalhos, mesmo na modalidade estudos, apresentaram fragilidades teóricas e metodológicas. Porém, a intenção maior priorizada é o desvelamento das realidades descritas, muito mais do que a avaliação acadêmica dos trabalhos.

vivências. Veja-se, a seguir, o aprofundamento dos relatos e estudos premiados.

B1- Relatos de Experiências:

➤ Cuidado à Saúde: Spa comunitário, Hip Hop e alfabetos:

➤ Das três, sem dúvida o *‘Spa comunitário’* (B1.1) e o *‘Hip e Hop’* (B1.2) se destacam, principalmente, por terem surgido por iniciativas da própria ESF, fortalecendo a noção de sujeito com voz e vez autônomas. As principais características presentes em ambas são: i- intensa mobilização social a partir dos problemas da comunidade; ii- foco nas necessidades dos sujeitos como requisitos orientadores para o processo de trabalho; iii- utilização e (re)valorização dos espaços e patrimônios públicos como lugares de diálogo e partilhamento de experiências; e, iv- inovação das práticas de saúde dos profissionais, propondo ações extra-muros ou para além das tradicionais consultas e palestras na UBS.

➤ Com relação ao SPA, observa-se, ainda, a dimensão de seu impacto, uma vez que a experiência se espalhou pela região, aumentando o número de pessoas que procuram o tratamento, sendo esse modelo exportado, inclusive, para municípios vizinhos. Além disso, a própria dinâmica da cidade vem se alterando, com influência no mercado (surgimento de comércios) e estado que, vencido pelo poder de pressão da ESF e sociedade, construiu complexo esportivo para abrigar a atividade. Apesar da inegável politicidade da experiência, capaz de potencializar o poder de pressão dos cidadãos, observam-se ainda as características autoritárias presentes tanto nas práticas dos profissionais de saúde quanto no tom militaresco da proposta dos SPA's, com rígidos horários e uniformização de condutas para atingir o objetivo de redução de peso. Lamenta-se, também, que não se tenha ampliado a abordagem dos SPA's comunitários para outras *‘gorduras’* igualmente prejudiciais à saúde, como aquelas alimentadas pela convivência passiva com as desigualdades raciais, sociais ou entre sexos, ou

mesmo a inoperância das políticas públicas, que permeia o cotidiano da maioria dos cidadãos brasileiros, devendo atingir também os de Santa Cruz .

➤ Já o reconhecimento e uso da cultura dos jovens negros urbanos, o Hip Hop, como instrumento de mobilização e discussão dos problemas que atingem a comunidade dos grandes centros urbanos é oportuna, revelando politicidades capazes de transformar tanto os processos de trabalho da UBS, quanto a vida da comunidade. A aproximação e confronto entre os valores da classe média (profissionais de saúde) com os da população pobre e negra, traço marcante dos jovens urbanos de periferia que utilizam o grafite, a dança e a música como elementos de contestação, acentuam o *cuidar para controntar*, e com ele a potencialidade de se (re)construir abordagens e cotidianos em saúde. Sobre esse aspecto, nota-se porém nas ações da ESF certos traços prescritivos, uma vez que identificaram primeiramente o problema (violência e distanciamento dos jovens às ações da UBS) e as estratégias, para só então envolver a comunidade²⁰⁰.

➤ Quanto ao '*alfabetizando com a saúde*', se por um lado inova por tratar educação como um problema de saúde, requerendo portanto ações intersetoriais, por outro retrocede, calcando-se em ações voluntárias para viabilizar políticas sociais prioritárias, de responsabilidade do poder público. Esse traço, que se repete em todas as ações que envolvem a '*parceria com a comunidade*' (B1.6 e B1.7), torna a política social vulnerável, uma vez que a sociedade civil acaba sendo a principal executora da proposta, quando deveria apenas colaborar. Uma alternativa para o *alfabetizando com a saúde*, por exemplo, seria afunilar parcerias com a universidade, utilizando monitores para as aulas e envolvendo os professores na supervisão e avaliação da experiência, mediadas pela pesquisa.

➤ **PSF: organização de serviços de saúde e mobilização da sociedade civil:**

²⁰⁰ Observei, também, com relação à adstrição da clientela à UBS (cerca de 30.000) um desvio com relação às recomendações do MS (3500 a 4500), o que certamente compromete a qualidade da atenção prestada.

➤ As menções honrosas dos relatos de experiência, conforme comentado, retrataram as ações mais tradicionais da atenção básica que, embora relevantes para programação/cogitação inerente ao lidar humano com as realidades complexas (Morin, 2002), não explicitam politicidades capazes de inovação e ruptura. Mesmo organizando eficazmente serviços, reduzindo indicadores de hospitalização e morbidade, ampliando acesso da população às ações da saúde bucal e vigiando impiedosamente os índices de mortalidade infantil e materna, essas experiências, já realizadas com êxito pelo *sanitarismo campanhista* da década de vinte, se inscrevem no paradigma biomédico, restritos à doença e à prescrição de objetivos de saúde sem maiores diálogos com os sujeitos. Sobre as experiências voluntárias presentes tanto na confecção de equipamentos odontológicos para bebês e doação de reagentes químicos para as ações da ESB (B1.6), quanto na figura da ‘mãe social’ e ‘madrinha social’ do projeto Trevo de 4 Folhas (B1.7), mesmo reconhecendo os méritos alcançados, configuram-se como ajuda tipicamente opressora, que utiliza o discurso da solidariedade como manutenção das injustiças sociais.

➤ No caso do ‘Trevo’, em especial, mantêm-se igualmente quatro opressões da pobreza: i- sobre a mulher, obrigada a não faltar consultas e realizar todos os mandos dos profissionais de saúde; ii- sobre a mulher, obrigada a reproduzir e parir sem gemer a dor da miséria e violência obtusa dos homens e instituições de saúde; iii- sobre a mulher, que terá que substituir a outra mulher nos afazeres domésticos para ajudar a manter os bons indicadores de saúde para que alguns homens gestores continuem a decidir sobre suas vidas; e, iv- sobre a mulher, coagida a manter o afeto e a solidariedade independente da condição subjulgante a que pertence.

B2- Estudos:

➤ **Produção do cuidado em saúde: educação popular, condições de trabalho e violência contra a mulher no cotidiano das ESF:**

➤ Os três trabalhos premiados na modalidade estudos destacam principalmente a profícua relação que pode existir entre a pesquisa e as ações do PSF, principalmente se focada nos profissionais de saúde como sujeitos do conhecimento. Assim, mesmo diante de todas as dificuldades e limitações, confirma-se radicalmente a importância das especializações e residências em Saúde da Família, bem como das pós-graduações *strito sensu*, para a produção da crítica como requisito para ampliar enfoques, abordagens e intervenções sobre a realidade.

➤ O uso da educação como eixo de orientação para o trabalho das ESF, priorizado pela gestão municipal do SUS, pode se constituir num instrumento importante para (re)construção do *conhecer para cuidar melhor*, se para tanto partir das realidades dos sujeitos, como supõe a própria conceituação de *educação popular* utilizada no estudo premiado (B2.1). Apesar das formulações coerentes, que coloca a educação popular numa perspectiva crítica, que valoriza o saber do outro e partilha vivências, fazeres e aprendizados, a pesquisa-ação realizada sobre a experiência do município de Recife comete acertos e equívocos. O êxito se traduz, indubitavelmente, pela iniciativa de priorizar a educação como condição para o trabalho das ESF, investindo-se no potencial de reflexão dos sujeitos sobre as práticas como diretriz para as mudanças. Porém, mesmo a educação popular sendo caracterizada como estratégia que reconhece o outro como sujeito da aprendizagem, a experiência relatada desvia-se dessa concepção, uma vez que toda a capacitação e critérios de avaliação da experiência foram normatizados de cima para baixo, com pouco envolvimento das ESF.

➤ As produções que têm como foco o processo de trabalho das ESF, seja no âmbito das condições de trabalho e saúde dos profissionais (B2.2), na percepção e comportamento da ESF diante de situações de violência (B2.3) ou na utilização de técnicas e abordagens que ampliam o partilhamento de poderes (B2.6), instigam à reflexão crítica dos atores, podendo ampliar as noções e ações de cuidado. Especial destaque pode ser atribuído às

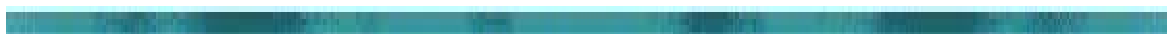
produções advindas dos profissionais das ESF, que além de possibilitar autonomias inerentes ao *saber pensar* (Demo, 2000), pode incorrer em socialização de conhecimentos que qualificam as práticas e abordagens em saúde.

➤ As demais menções honrosas caracterizadas pelos estudos epidemiológico e de vigilância sanitária (B2.4, B2.5 e B2.7), apesar das limitações de enfoques e abordagens já referidas, posto que se restringem à concepção de doença e prevenção, são igualmente válidas, principalmente porque oriundas de profissionais das ESF e ESB, contribuindo, mesmo que com menos politicidade subversiva, com certa qualificação do cuidado prestado.

Diante dos intrincados percursos, contextos, forças e ações desenvolvidas, o PSF segue marcado por intrínseca ambivalência, contribuindo tanto para o surgimento de oportunidades potencialmente disruptivas e re-inauguradoras de desigualdades, como para a perpetuação práticas tradicionais e inibidoras de autonomias dos sujeitos. A politicidade do cuidado, como manejo da ajuda-poder capaz de forjar possibilidades de partilhamento de poderes, pode ampliar o inegável poder de mobilização e penetração que este programa/estratégia releva, forjando movimentos por cidadanias.

Analisada a potencialidade da gestão do programa/estratégia Saúde da Família em oportunizar autonomias, cabe discutir sobre as possibilidades disruptivas do triedro emancipatório do cuidar. Noutros termos, reafirmar a (hipó)tese de que ***a politicidade do cuidado pode ser uma referência emancipatória para gestão de políticas de saúde, oportunizando cenários propícios à autonomia de sujeitos.***

4- POLITICIDADE DO CUIDADO: REFERÊNCIA EMANCIPATÓRIA



A politicidade do cuidado, gestão da ajuda-poder para (re)construção da autonomia de sujeitos, pode contar com amplos enfoques e possibilidades de aplicação no campo das políticas de saúde. Para além da habitual e oportuna incorporação ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, viu-se que o triedro emancipatório do cuidar, calcado em dimensões advindas do *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*, pode orientar a análise crítica das políticas sociais. A teorização articulada das categorias cuidado, emancipação e poder como construtos que dimensionam realidades sociais auxiliam no desvelamento de textos, contextos, discursos, ações e correlações de forças dos sujeitos que conformam as políticas públicas, traduzindo-se em instrumental importante para re-condução das mesmas.

O aporte teórico-metodológico calcado na politicidade do cuidado propicia análises consistentes e aprofundadas do contexto e ambigüidades em que se conformam as relações de ajuda-poder nas sociedades capitalistas, aprofundando entendimentos e desvelando superficialidades. Uma vez inserido na intrincada conjuntura política, social e econômica que delineiam as ações da política pública, o triedro emancipatório do cuidar possibilita identificar nós-críticos, tensões, contradições, relações e disputas que permeiam a arena pública de decisões para, articulando contexto e relações institucionais, esmiuçar a dinâmica operativa das mesmas. A partir desse esquadramento, centrado em perguntas e questões norteadoras (anexos 1 e 2) advindas do triedro, vislumbram-se cenários e alternativas ao panorama observado, que, por sua vez, podem re-interpretar os novos textos e contextos.

Em linhas gerais, o triedro do cuidar tem como ponto de convergência o dinamismo das relações de ajuda-poder contemporizadas, podendo referenciar tanto reflexões e teorização sobre as práticas, quanto indicar caminhos fecundos para autonomia de sujeitos. Por articular cuidado e poder em nome da emancipação de sujeitos, a politicidade do cuidado

pode servir de referência analítica e, em refletindo sobre as políticas de saúde, induzir mudanças nos rumos das mesmas. Tal aspecto se torna possível pelas vias do conhecimento, na crítica que se re-elabora nas inovações que surgem do próprio ato de apreender o mundo.

Essa característica se mostrou oportuna na investigação realizada, onde por meio do estudo de caso se pode penetrar nos meandros da gestão das políticas de saúde do Brasil. Assim, a conjuntura em que a ajuda-poder é manejada no âmbito da gestão central do programa/estratégia Saúde da Família serviu de ambiente profícuo para desvendar contradições, tensões e disputas que influenciam as decisões e condutas organizacionais do DAB/SAS/MS. Por dentro desse cenário, observou-se principalmente que as redes de articulações e interlocuções que o DAB penetra são espaços privilegiados para se influir nas muitas ações de saúde que dialogam com o programa/estratégia Saúde da Família, por incluir várias dimensões, projetos, atuações, atores e, portanto, possibilidades. Porém, observou-se que a capacidade de formulação e proposição ativa do DAB, requisitos indispensáveis para a participação crítica nesses espaços e setores de políticas, precisa ser muito melhor fortalecida. Tal característica igualmente se destaca nas experiências municipais analisadas, onde a oportunização da autonomia de sujeitos aparece ainda de forma incipiente, ofuscada em muito pelo modelo biomédico e curativo, apesar do inegável potencial de mudança que a ESF carrega.

Tendo por parâmetro essas considerações, cabe pontuar algumas indicações propositivas ou indutoras de mudança a partir da politicidade do cuidado. A partir da investigação realizada, pode-se argumentar em favor de algumas aplicabilidades do triedro emancipatório do cuidar à gestão de políticas públicas, sem que com isto se restrinjam outras possibilidades de (re)arranjos e interpretações. Nesse sentido aberto e ampliado, as faces *conhecer para cuidar melhor, cuidar para emancipar, cuidar para*


emancipar são apresentadas abaixo contendo indicações possíveis de serem desenvolvidas no cotidiano institucional do DAB/SAS/MS:

🌈 **Conhecer para cuidar melhor:** compreender o contexto sócio-histórico onde são geradas as relações de *ajuda-poder* na política de saúde:

- fortalecer, entre os técnicos e gestores, a pesquisa como meio de reflexão do trabalho desenvolvido e eixo prioritário para educação permanente dos profissionais, aproveitando a participação nos diversos projetos, grupos e demandas (anexo 4) como campo fecundo para aprofundar visões e análises de conjuntura;
- priorizar, a partir dos grupos e projetos acompanhados, objetos de estudos que ampliem a visão de contexto e de organização do SUS, no sentido de melhor compreender a influência do mercado na conformação das políticas públicas;
- resgatar cotidianamente as diretrizes do PSF e princípios do SUS como eixos priorizados para reflexão/teorização, fortalecendo a concepção do Saúde da Família como possibilidade de mudança e evitando explicações causais simples ou dicotômicas, do tipo Programa X Estratégia ou PSF X atenção básica²⁰¹;
- aproximar os processos de trabalho das Coordenações de Gestão e de Avaliação da Atenção Básica, prioritárias para a qualificação do PSF por influir na organização dos serviços e práticas das ESF, nas atividades de pesquisa e discussão cotidiana de questões priorizadas, traçando ações conjuntas de abordagem e intervenção;

²⁰¹ Refiro-me a certo embate de idéias que costuma permear as discussões atuais no DAB sobre a necessidade de se diferenciar a assistência prestada sob a lógica do Saúde da Família dos modos tradicionais, onde não existem ESF. Acho que o foco da discussão não é de classificação, mas de garantia dos princípios do SUS, uma vez que PSF ou não, todos são profissionais, oriundos de uma mesma formação excessivamente tecnicista, fragmentada e obliterante do todo, inseridos num modelo de atenção à saúde hegemonicamente biomédico. Ademais, não se pode confundir fins com meios, pois PSF ou 'modelo tradicional' são formas de organizar ações de saúde, cuja atenção básica resolutive, integral, equânime e qualificada à população é a finalidade maior. Insistir numa diferenciação demarcatória, além de pouco contribuir para (re)organizar serviços e práticas, reduz a discussão à categorização, perdendo em dimensões contextuais.


- potencializar/estimular a elaboração própria e atitudes pró-ativas dos técnicos como fomento à autonomia de sujeitos;

 **Cuidar para confrontar** - gerir correlações de forças que proporcionem controle democrático e reordenamento de poderes:

- oportunizar confronto de idéias e democratização de saberes como exercício cotidiano para reflexão-ação;
- exercitar o dialogo fecundo entre a universalidade e equidade do acesso como balizadores das formulações e proposições, buscando um entremeio capaz de reconhecer diferenças sem perder a noção de complexidade hologramática, em que o todo está nas partes que conforma o todo.
- ampliar canais de interlocução com a sociedade civil, principalmente representações de profissionais das ESF e usuários, além do próprio CNS;
- desenvolver escuta atenta, aprendiz e auto-crítica das pressões contrárias, transformando-a em fomento para uma atuação renovada, crítica e reflexiva sobre os processos de trabalhos desenvolvidos;
- aproveitar amplos espaços de atuação e poder de influência institucional do DAB, aliado à necessária competência técnica e política, para fortalecer enfrentamentos e posições diante de situações que vulnerabilizam o PSF enquanto estratégia de mudança, como a proposta das *‘equipes de transição’*, a pouca priorização que o PSF vem recebendo na política de educação permanente em saúde do MS e a insipiência do programa de desprecarização das relações de trabalho no âmbito do SUS frente à grande situação de vulnerabilidade dos trabalhadores;
- fortalecer as redes de apoio e interlocução do DAB para ganhar em pressão estratégica. Em especial, resgatar o desenvolvimento das capacidades técnicas e política das coordenações estaduais da

atenção básica/Saúde da Família, pontos importantes de inserção, apoio e implementação das ações do programa/estratégia nos estados e municípios;

- otimizar o Pacto da Atenção Básica como instrumento privilegiado de negociação, gestão e avaliação da atenção básica;

 **Cuidar para emancipar:** gestão inteligente da ajuda-poder capaz de ampliar cenários de autonomias de sujeitos, seja no âmbito da gestão estadual, municipal ou do processo de trabalho das ESF:

- posicionar-se de forma ativa frente às múltiplas propostas de articulação de trabalho que chegam ao DAB, passando de demandado (tarefa) para demandante (projeto próprio);

- investir prioritariamente em projetos estruturantes e com grande potencial de inovação e melhoria do PSF, com destaque para as propostas dos *Núcleos de Saúde Integral, qualificação da estratégia Saúde da Família e planos estaduais para fortalecimento das ações de M&A da ABS*;

- delimitar/priorizar objetos de atuação, reprogramando cotidianamente enfoques e estratégias a partir do contexto e dinâmica institucional vivenciada/analizada, desenvolvendo estratégias e instrumentos de assessoramento técnico;


- (re)organizar o acompanhamento sistemático (apoio, assessoramento e cooperação técnica) da atenção básica a estados e municípios de grande porte, em especial sobre as metas e compromissos assumidos com o MS junto ao Proesf, integrando os processos de trabalho das Coordenações de Gestão e de Avaliação;

- utilizar produções, vivências e cenários vivenciados em estados e municípios, seja nas visitas de assessoramento, seja nos diversos encontros, congressos e fóruns de discussão realizados, como indicativos

para re-interpretação e/ou re-condução de ações, partindo-se sempre da reflexão, análise e discussão partilhada;

- potencializar as experiências das mostras de saúde da família, seja nas versões nacional, estadual ou municipal, como campo fecundo para reflexão, análise e avaliação dos cenários oportunizados, bem como do grau de influência da gestão central na situação estudada.

A gestão central do programa/estratégia Saúde da Família, se pautada no triado emancipatório do cuidar, pode potencializar dinamicidades reordenadoras de desigualdades, podendo induzir/ampliar conformações autônomas, que, por sua vez, se rearranjam nos contextos estaduais e municipais. Da mesma forma, e tendo como pano de fundo a produção em Saúde da Família premiada, a politicidade do cuidado pode ter influência significativa nos processos de trabalho das ESF, desde que se considere, claro, a conjuntura local e regional, bem como as correlações de forças, como de fundamental relevância para qualquer pretensão de mudança que se queira. Assim, a título de pequena aproximação contributiva calcada nas experiências municipais estudadas, considerem-se as seguintes premissas como referências dinamizadoras da ajuda-poder propiciada pelo PSF no âmbito do processo de trabalho dos profissionais:


 **Conhecer para cuidar melhor:** compreender o contexto sócio-histórico onde são geradas as relações de *ajuda-poder* na política de saúde, ampliando os objetos de reflexão para além do enfoque restrito da doença:

- refletir sobre a conjuntura capitalista e desigual em que as práticas e cuidado à saúde se forjam, bem como a tensa disputa que se estabelece entre o trabalho e o capital no contexto das políticas sociais e, assim, compreender-se ator relevante para a reprodução e disrupção das condições indignas e aprisionadoras do seu processo de trabalho;

- estudar o câncer bucal (B2.4) não apenas em seu sentido epidemiológico puro, mas como resultado da multidimensionalidade dos processos saúde-doença, próprias do uno/múltiplo humano. *Rastrear-se-ia* não apenas doenças biológicas na população, em sentido descritivo e classificatório, mas igualmente indícios da formação de tumores advindos da fome, da raiva, da frustração diante das violências veladas ou descaradas, bem como da negação cotidiana das cidadanias ativas, inclusive as que são (re)produzidas pelo homem, coibitivas da noção de sujeito da própria saúde;

- analisar não somente o impacto das ações de saúde bucal sobre a população (B2.5), com a intenção de perpetuar práticas e discursos, mas, ao contrário, investigar com astuta perspicácia o impacto que os saberes da comunidade poderiam ter sobre os processos de trabalho das ESF e ESB. Investigar-se-ia para além da deteriorização dos dentes, mas também das falas, intenções e múltiplas linguagens que essas bocas insistem em falar, e que se insiste em obliterar essa escuta diante das necessidades e pressões da população que é atendida;


- investigar a questão do lixo (B2.7) não para 'educar' a população, em sentido instrucional e autoritário, mas para refletir sobre a vulnerabilidade ambiental do planeta e da necessidade inequívoca de se cuidar melhor da casa, do ethos que acolhe a politicidade irreverente e transformadora da vida.

 ***Cuidar para Confrontar*** – fortalecimento de autonomias individuais e coletivas na equipe de saúde e em sua relação com o outro, coletivizando conhecimentos capazes de democratizar assimetrias de poder:

- ao invés de se utilizar *redes de apoio e solidariedade* como compensação pela omissão do Estado diante das políticas públicas (B1.3, B1.6,B1.7), articulá-las aos movimentos sociais e às lutas cotidianas por cidadania e renda, auxiliando-as no controle democrático, fortalecendo as pressões *´de baixo para cima´*;

- utilizar hip hop´s, curandeiras, rezadeiras e outras manifestações do saber popular para mobilizar recursos estratégicos da comunidade na (re)construção dos sujeitos de/por direitos;

- modificar os modos de funcionar dos serviços de saúde partindo não somente das tecnocracias profissionais e normatizações dos programas de saúde oficiais (B1.4,B1.5), mas em diálogo partilhado com as vivências e confrontos da população que se atende;

 **Cuidar para Emancipar** – realizar a gestão inteligente da ajuda-poder na micropolítica do trabalho em saúde, inserida em contextos sócio-históricos rico em correlações de forças, capazes de oportunizar cenários propícios à desconstrução progressiva de assimetrias de poder:

- potencializar e investir intensamente na forte penetração, estabelecimento de vínculos e poder de mobilização que caracteriza o PSF, utilizando-os como estratégias de mudança centrada no fomento de autonomias dos sujeitos;

- ampliar enfoques e abordagens à família, respaldados em outros saberes, referências técnicas especializadas e políticas setoriais, que otimizem a integralidade disruptiva do cuidado à saúde;

- desenvolver estratégias programadas de *´SPA´s´* contra as diversas outras formas de gorduras de impedem os movimentos por mudanças, especialmente as nutridas pela violência, pela pobreza, pelas desigualdades raciais, entre sexos e culturais, pela intolerância

e inoperância das políticas públicas, pela corrupção, pelo consentimento velado das manipulações políticas, pela perpetuação da condição de ignorância da maioria pobre do país, pela utilização da ajuda como mecanismo de opressão, pela omissão diante das injustiças e iniquidades de toda sorte;

- ao invés de voluntarismo, ativismo político consciente e democrático. No lugar da tutela, autonomia e insubmissão como condições emancipatórias.

Há que se resgatar a noção de sujeito nas amplas dimensões, inserções e delineamentos em que os mesmos aparecem na política de saúde do Brasil. Seja num departamento, inserido prioritariamente numa organização da administração pública federal responsável pela condução da política nacional de saúde, seja por meio de técnicos e gestores que a organizam e a viabilizam em suas operações e formulações, atuando em diálogo aberto com a sociedade civil. Nos desdobramentos da gestão nacional do programa/estratégia Saúde da Família nos estados e municípios, a noção de sujeito igualmente precisa ser resgatada no protagonismo dessas instâncias, reafirmadas nos espaços democráticos e de controle social do SUS. A todo instante, o fortalecimento das pressões da sociedade civil sobre o Estado, para além dos burocratismos dos conselhos de saúde, precisam ser forjados e estimulados, transformando-se em referência central para as ações a serem implementadas. Em relação à assistência, a autonomia das ESF em seus processos críticos e reflexivos de trabalho precisa ser oportunizada de maneira verdadeiramente central. Para controlar e redirecionar as ações das ESFs, para além das supervisões rígidas e ultrapassadas da administração, o saber, as necessidades e pressões da população seriam reafirmados como legítimos demandadores, fortalecendo a participação social como mecanismo de controle público.

Assumir a politicidade do cuidado como referência analítica e proposição indutora de mudança significa apostar numa ajuda que priorize

a libertação de fazeres, desconstruindo as amarras que o aprisionam e potencializando enfrentamentos de situações opressoras. Significa passar de técnico a agente público de mudança, de administrador de decisões a formulador e indutor das mesmas, de 'paciente' a cidadão, de 'doente' à pessoa humana, capaz tanto de sapiência criativa, quanto demolição destruidora, mas na perfeita imperfeição que conforma o ser humano enquanto vida.

PARA CONCLUIR

O cerne do cuidado aqui teorizado encontra no conhecimento, ou na dinâmica disruptiva e re-ordenadora de poderes, o potencial da mudança e da inovação necessário aos processos emancipatórios. Para tanto, assume-se uma proposição centrada na (re)construção da autonomia de sujeitos como substrato para intensificar disputas e qualificar enfrentamentos, tendo por mediação propositiva o cuidado, atitude dialógica que acompanha os modos de ser e *vir a ser* da vida que tanto pode oprimir, quanto libertar fazeres humanos. Acredita-se que os sentidos ontológico (existência), ecológico (interação/destruição), epistemológico (reconstrução/inovação/recorrência) e político (disputa de poder) do cuidado se interpenetram em rica tensão e contradição, podendo tanto aprisionar-se em tarefas mecanizadas e destituídas de autonomia, quanto irromper em dimensões e sublevações.

Apesar do cuidado no setor saúde ser mais facilmente visualizado no escopo das práticas profissionais, pretendeu-se estudá-lo sob o aspecto da gestão que, vista como processo de conformação negociada entre distintos atores em correlações de forças, estaria mais próximo ao estudo das políticas sociais. A tensa relação entre ajuda e poder, onde num mesmo movimento tanto se pode fomentar quanto inibir cidadanias ativas, constitui-se a ambigüidade central investigada. A politicidade do cuidado, *expressa pelo triedro conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*, e ancorada no manejo disruptivo da ajuda-poder, pode reorientar processos de trabalho em saúde para além da assistência, aplicando-se igualmente à condução/implementação das políticas de saúde.

Articuladas em suas faces teórica e prática, ambas mediadas pelo triedro do cuidar aqui argumentado, a pesquisa aprofundou as concepções

de cuidado, emancipação e poder como categorias de análise e proposição indutora da autonomia de sujeitos no campo das políticas de saúde. A partir das teorizações realizadas, e entrelaçando-as à hermenêutica de profundidade em Thompson (1995), arquitetou-se um quadro referencial metodológico para análise da gestão de um dos programas prioritários para o SUS, o PSF. Sob as dimensões contextuais, relações institucionais e dinâmica operativa da política pública, averiguou-se como o cuidado vem sendo formulado, conformado e priorizado no âmbito da gestão deste programa/estratégia considerado central para a (re)organização dos serviços e práticas de atenção básica que, amparado em diretrizes consoantes com os princípios do SUS, promove-se com meio para modificar a lógica de produção do cuidado em saúde.

A escolha da gestão central do PSF, realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, mostrou-se oportuna para se viabilizar o aprofundamento da politicidade do cuidado como referência teórico-analítica para as políticas de saúde. Isso porque o programa/estratégia Saúde da Família se insere na ambigüidade do próprio SUS, ou seja, o confronto entre a saúde como direito universal de todos os brasileiros, inscrito na constitucionalidade do Estado brasileiro, e a conjuntura mercadológica, neoliberal, privatizante, globalizada e redutora de cidadanias organizadas que são compartilhadas.

Calcado principalmente nas repercussões do movimento social que deu origem ao SUS (reforma sanitária, setores), cujo desdobramento legitimou atores (academia, elite, classe média) com poder de pressão sobre o Estado, a Política Nacional de Saúde resiste a duras penas aos percalços dos repetidos governos neoliberais. Numa conjuntura em que o PT, histórico partido de esquerda e eleito com grande voto de esperança da população, governa para manter a habitual política econômica austera e obediente ao capital internacional, prejuízos inenarráveis são ocasionados às políticas sociais. Num ambiente onde o contingenciamento orçamentário

para geração de superávit e o poder de barganha das emendas parlamentares é utilizado para manter a base governista no Congresso Nacional, o governo atual re-edita cinicamente o habitual fisiologismo político partidário e descompromisso com as políticas públicas.

Nesse ambiente intricado e complexo, o Departamento de Atenção Básica (DAB)/SAS/MS segue conduzindo em âmbito nacional o PSF, tendo se intensificado as disputas e oposições dentro do próprio órgão, uma vez que alguns críticos do Saúde da Família vieram para dentro do MS. Perdendo um pouco a centralidade de outrora em alguns documentos, textos e discursos oficiais, mas mantendo um orçamento e interlocução privilegiada dentro e para além da própria política de saúde, o DAB mantém poder de negociação estratégica na dinâmica institucional. Porém, observa-se certa timidez e passividade na forma com que vem se colocando diante dos debates que envolvem o PSF como estratégia para organização dos serviços de saúde.

Num cenário de instabilidade e fragilidade das relações trabalhistas dos técnicos que viabilizam as ações do MS, o DAB igualmente ressent-se com a falta de pessoal qualificado e capaz de fazer enfrentamentos de forma mais fundamentada. Faz-se necessário resolver de uma vez por todas a precariedade da situação de terceirização e prestação de serviços com que os órgãos federais vêm executando as ações das políticas públicas, cumprindo a legislação brasileira quanto à realização de concursos públicos. Aliado a isso, uma oportuna política de educação permanente dos quadros técnicos precisa ser ampliada e fortalecida.

Em relação ao DAB, vê-se de modo geral que, a despeito do compromisso público dos trabalhadores, sente-se falta de uma melhor capacidade de formulação e reflexão como instrumentos para ações críticas e pró-ativas nos diversos grupos, projetos e demandas que o mesmo participa. Assim, diante do amplo leque de políticas e fóruns de discussão diversificados que o PSF se insere, observa-se que esses espaços são pouco

utilizados para fortalecer e/ou amplificar discussões pautadas em diretrizes re-orientadoras do modelo assistencial, conforme enunciado pelo programa que se pretende (e em muitos aspectos pode ser) estratégia de mudança. Com algumas exceções consideráveis, a passividade dos técnicos diante das demandas que chegam ao DAB precisa ser muito melhor trabalhada para que se possa passar de executor de tarefas a formulador de projetos próprios, pautados nas diretrizes amparadas nos princípios do SUS. Noutros termos, desenvolver mais e priorizar os projetos formulados por iniciativas do próprio DAB, a partir de avaliações da conjuntura e situação das ESF pelo Brasil, a exemplo das propostas dos Núcleos de Saúde Integral, do Proesf, da avaliação da melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e dos planos estaduais para fortalecimento das ações de M&A da ABS.

Outro fator que compromete significativamente a potencialidade que a gestão do programa/estratégia Saúde da Família tem para oportunizar cenários centrados na autonomia de sujeitos é, sem dúvida, o apartamento ou isolamento da política de educação permanente do SUS que está sendo extensivamente formulada e pouco executada pela SGTES. Nesse sentido, o quadro preocupante da baixa oferta de capacitações para os profissionais do PSF poderia ser utilizado como poder de argumentação e pressão do DAB junto à SGTES, fortalecendo uma atitude de enfrentamento, propositividade e protagonismo necessária para uma efetiva mudança no cenário das práticas desenvolvidas pelos profissionais. Da mesma forma, as acertadas medidas que vêm sendo tomadas pelo MS rumo à desprecarização das relações de trabalho do SUS poderiam ser dinamizadas e aceleradas a partir da situação estratégica do DAB, que conta com forte poder de argumentação centrado na situação institucional, na rede de interlocução privilegiada que poderia articular e mobilizar em favor da política de desprecarização, bem como na extensão numérica e poder de penetração do PSF nos municípios brasileiros.

Tal conjunto de aspectos, sem dúvida, interferem no cenário de ajuda-poder influenciado e/ou oportunizado pela gestão central do programa/estratégia Saúde da Família. As experiências premiadas na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família revelam as ambigüidades e politicidades do PSF, onde os cenários de ajuda-poder delineados apresentam-se fortemente influenciadas pelo paradigma biomédico, com traços e potenciais significativos para mudanças calcados no vínculo de co-responsabilidade e poder de penetração na cultura local que as ESF detêm.

Por um prisma, e de forma ainda preponderante, viu-se que a ajuda-poder desencadeada nas relações entre equipe e população centra-se nas características tuteladoras do modelo *sanitarista* e *médico-assistencial privatista*, centrado na doença, no controle de corpos e almas, na rígida disciplina imposta à saúde da população e na obliteração aos saberes do outro. Porém, essa mesma ajuda excessivamente tuteladora apresenta politicidades que, embora mais intensivas que extensivas, podem acumular forças e induzir mudanças. Tal aspecto se traduz nas interações que se estabelecem entre profissional e usuários, nas experiências de escuta aberta às necessidades e clamores do outro, no envolvimento com os problemas de saúde da população que o PSF propicia e, finalmente, no poder de mobilização desse programa/estratégia, capaz de modificar toda uma dinâmica cidadina.

A politicidade do cuidado se nutre na inovação, da ruptura, da interação e da rica disputa que se estabelece nas relações sociais de ajuda. Para potencializar enfrentamentos, mediadas por um cuidado ontológico, social, epistêmico e político, há que se induzir declaradamente a formação de sujeitos críticos, participativos e atuantes no contexto em que se inserem. Esses 'sujeitos' não se reduzem ao enfoque individual, posto que são uno/plurais, encontrando na noção de autonomia, nos processos reconstrutivos que a conformam, o substrato para mais política, para mais

protagonismo e menos submissão. Tais ideários podem afirmar sua realização por meio do triedro emancipatório do cuidar, onde o *conhecer para cuidar melhor* pode nortear o aprofundamento do contexto sócio-histórico em que são geradas as relações de ajuda-poder, o *cuidar para confrontar* auxiliaria no manejo das correlações de forças nele existentes, capaz de controle democrático, e ambos articulariam no cuidar para emancipar, a possibilidade de desconstruir assimetrias de poder, re-ordenando desigualdades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, P. Balanço neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. São Paulo: Paz e Terra, 1995.
- ANTUNES, R. "Adeus ao trabalho – ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho", 8ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- ALMEIDA, M. C. P. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1989.
- AYRES, JRC. "Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática ?". IN: Revista Interface – comunicação, saúde e educação/Fundação UNI Botucatu/Unesp, v 4, nº 6, Botucatu, SP: Fundação UNI, 2000.
- _____. " Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde". IN: Revista Ciência & Saúde Coletiva, v 6, nº 1, 2001.
- _____. "Cuidado e reconstrução das práticas de saúde". IN: Revista Interface – comunicação, saúde e educação/Fundação UNI Botucatu/Unesp, v 8, nº 14, Botucatu, SP: Fundação UNI, 2004.
- ARRETCHE, M."Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo". IN: Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol 7, nº 3, 2002.
- BAUMAN, Z. . "Modernidade e ambivalência". Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1999.
- BAUMAN, Z. . "Em busca da política". Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2000.
- BAUMAN, Z. "Modernidade líquida". Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2001.
- BAUER, M.W e GASKELL, G. "Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático". 2º ed., Petrópolis, RJ, Vozes, 2002.
- BECKER, H.S. "Métodos de pesquisa em Ciências Sociais". 4º ed, São Paulo, Hucitec, 1999.
- BERHRING, E.. "Política social no capitalismo tardio", ,São Paulo, Cortez, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. "Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal - indicadores, tipologia e análise". Brasília: 2002a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *O sistema público de saúde brasileiro*, Seminário Internacional 'Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde das Américas', São Paulo, 2002b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão dos Investimentos em Saúde. " Experiências inovadoras do SUS". Brasília: 2002c.

- _____ . Secretaria de Políticas de Saúde. " *Programa de acompanhamento e avaliação dos cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde da família*". Brasília: 2002d.
- _____ . Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde". "Proposta de programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS". Brasília: 2003.
- _____ . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. "Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes saúde da família: 2001-2002". Brasília: 2004a.
- _____ . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. "Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica – diretrizes e orientações". Brasília: 2004b.
- _____ . Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. "Plano Nacional de Saúde – um pacto pela saúde no Brasil". Brasília: 2004c.
- _____ . Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde". "EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período: jan/2003 a jan/2004". Brasília: 2004d.
- _____ . Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Coordenação Geral de Investimentos em Saúde. "Diretrizes para investimentos em saúde". Brasília: 2004e.
- _____ . Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. "Pólos de Educação Permanente em Saúde: elementos para a discussão de sua gestão e de seu financiamento". Brasília: 2004f.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. "Referencial curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde". Brasília: Ministério da saúde, 2004.
- BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. "Regulação dos Planos Privados de Assistência à saúde pela ANS: avaliação, perspectivas e interface SUS – saúde suplementar". Brasília, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. " Para entender a gestão do SUS". Brasília: CONASS, 2003.
- BRAVO, M^a Inês. "Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal". In: BRAVO, M^o Inês e Pereira, Potyara (Orgs), "Política social e democracia". 2^o ed, São Paulo, Cortez ed., 2002.

- BOFF, L., "Eclegiogênese: as Comunidades Eclesiais de Base reinventam a Igreja". Petrópolis: Vozes, 1977.
- BOFF, L. "Saber cuidar - ética do humano". Vozes, São Paulo, 1999.
- _____". Ethos mundial – um consenso mínimo entre os humanos". Rio de Janeiro: Sextante, 2003.
- BOSCHETTI, I. "Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo". Brasília: GESST/SER/UnB, 2001.
- _____, Ivanete. "Renda ou trabalho?". In: Revista Inscrita nº 4. Brasília: CFESS, 1999.
- CAMPOS, G. S. W. A Saúde Pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.
- _____ Reforma da reforma – repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- _____ "Análise crítica das contribuições da Saúde Coletiva e organização das práticas de saúde no SUS". In: FLEURY, Sônia (Org.), "Saúde e democracia – a luta do CEBES". Lemos editorial, São Paulo, 1997.
- _____ "Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde". In: Merhi, EE. "Agir em saúde – um desafio para o público". 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2002 (Saúde em debate 108. Série Didática 6).
- CAPRA, Fritjof. ' O ponto de mutação. 18ª. ed. São Paulo: Cultrix , 1982.
- _____ "Teia da vida". São Paulo: Cultrix, 1996.
- CARNOY, Martin. "Estado e teoria política ". Papyrus, São Paulo, 1986.
- CARVALHO, JM. "Cidadania no Brasil – o longo caminho". 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- CHIZZOTTI, A. "Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais". São Paulo: Cortez, 2003.
- CONH, A. et all. "A saúde como direito e como serviço" 2º ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- _____. " Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil". In: Laurell, A. " Estado e políticas sociais no neoliberalismo" . 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- _____. "Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde". In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1): 9-13, 2003.
- COUTINHO, Carlos N. "Dualidade de poderes – introdução à Teoria Marxista de estado e revolução ". 2ª ed. Brasiliense, São Paulo, 1987.
- COUTINHO, Carlos N. "GRAMSCI : um estudo sobre seu pensamento político". 2ª ed. Brasiliense, São Paulo, 1987.

-COIMBRA, M. A. Será que o Marxismo responde à pergunta de como surgem as políticas sociais? In: Abranches, S.H et alli. Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

- COIMBRA, M. A. "Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais". In: Abranches, S.H et alli. Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

-D'ÁVILA VIANA, A.L. D. et all. "Descentralização e federalismo: a política de Saúde em novo contexto - lições do caso Brasileiro". In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.7, nº 3, Rio de Janeiro, 2002.

-DEMO, P. "Participação é conquista: noções de política social participativa". 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.

-DEMO, P. Cidadania tutelada e cidadania assistida 1ª ed. Autores associados, 1995.

_____. "Pesquisa e construção do conhecimento - metodologia científica no caminho de Habermas". Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1997.

_____. "Participação é conquista: noções de política social participativa". 2ªed. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. Metodologia científica em Ciências Sociais. 3ª ed. Ed. Atlas, São Paulo, 1995.

_____. Combate à pobreza. 1ª ed. Campinas: Autores Associados, 1996.

_____. "Pesquisa e construção do conhecimento - metodologia científica no caminho de Habermas". Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1997.

_____. "Metodologia do conhecimento científico" São Paulo:ed. Atlas, 2000a.

_____. "Política social do conhecimento: sobre futuros do combate à pobreza". Vozes, Rio de Janeiro, 2000b.

_____. "Saber pensar". São Paulo, Cortez: Instituto Paulo Freire, (Guia da Escola Cidadã nº 6), 2000c.

_____. "Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos". Campinas, SP: Papyrus, 2001.

_____. "Politicidade: Razão Humana". Campinas-SP, Papyrus, 2002 a.

_____. "Solidariedade como efeito de poder". São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire (Coleção Perspectiva, v6), 2002b.

_____. "Introdução à sociologia - complexidade, interdisciplinariedade e desigualdade social". São Paulo: Atlas, 2002c.

_____. "Complexidade e aprendizagem - a dinâmica não-linear do conhecimento". São Paulo: Atlas, 2002d.

- _____. "Quem propõe mudanças, não as deveria gerir – a propósito de mudar o mundo sem tomar o poder". Brasília: Departamento de Sociologia/Universidade de Brasília, 2004 (Mimeo.);
- DONNANGELO, MCF. "Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho". São Paulo, Pioneira, 1975.
- DONABIDIAN, A. "Na introduction to quality assurance in health care". Oxford University Press, 2003.
- DRAIBE, S.M. "As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas de políticas públicas". Vol. 4, Políticas Sociais e Organização do Trabalho, Brasília: IPEA/IPLAN, março de 1990.
- DUSSEL, E. "Ética da libertação na idade da globalização e da exclusão". Petrópolis: Vozes, 2002.
- ESPING-ANDERSON, G. "As três economias políticas do welfare state". In: Revista Lua Nova nº 24, São Paulo, Marcozero/CEDEC, setembro, 1991.
- FALEIROS, Vicente de Paula. O saber profissional e o poder institucional. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1987.
- FALEIROS, V. P. Política social do estado capitalista. São Paulo: Cortez, 2000.
- FELISBERTO, E. "Monitoramento e avaliação da atenção básica". In: Revista Brasileira de Saúde da Família, ano V, número 7, edição especial e retroativa. Janeiro 2003 a Abril 2004, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FLEURY, Sônia (Org.). "Saúde e democracia – a luta do CEBES". Lemos editorial, São Paulo, 1997.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. "Vigiar e punir". 20ª ed. Petrópolis, Vozes, 1999.
- _____. "O nascimento da clínica". Rio de Janeiro: Forense, 5ª ed, 2001.
- _____. "A ordem do discurso". São Paulo: Loyola, 8ª ed, 2002.
- _____. "História da sexualidade I – A vontade de saber". Trad. Mª Thereza C.A e J.A.Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 7ª ed.
- FILHO, Naomar A e ROUQUAYROL, Mª Z. "Introdução à epidemiologia". Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.
- GADELHA, CAG. "Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio. Cadeia: complexo da saúde (resumo). Disponível em: <http://www.mdic.gov.br>, 2002.
- GADELHA, CAG. "O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde". IN: Revista Ciência&Saúde Coletiva, v. 8, nº 2, 2003.

- GERMANO, R. M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1985.
- GERMANO, R. M. Ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil. São Paulo: Cortez, 1993.
- GERSCHAMAN, Sílvia, "Sobre a formulação de políticas sociais", In: Teixeira, Sonia Fleury. "Reforma sanitária: em busca de uma teoria", Cortez: São Paulo, 1989.
- GRAMSCI, Antônio. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio, Civilização Brasileira, 1979.- *A formação dos intelectuais*.
- GRUPPI, Luciano. "Tudo começou com Maquiavel – as concepções de Estado em Marx, Engels, Lenin e Gramsci ". LeM, 10ª ed, 1986.
- GRONEMEYER, M. "Ajuda". In: SACHS,W. "Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder". Petrópolis, RJ, Vozes, 2000.
- GOYARD-FABRE, S. "O que é democracia ?". São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- Instituto de Cidadania. *Projeto Fome Zero – uma proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil.*, Versão 3, (mimeo), outubro de 2001.
- HAGUETE, M. T. F. "Dialética Hoje". Petrópolis - RJ, Vozes, 1990.
- _____T.M. F. "*Dialética, dualismo epistemológico e pesquisa Empírica*, In: Haguete, André et all, 'Dialética hoje". Petrópolis: Vozes, 1990.
- HARDT,M e NEGRI, A. "Império". Rio de Janeiro - São Paulo: Record, 4º ed, 2002.
- HARVEY, DAVID. "Condição pós-moderna - uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 7º ed. São Paulo: ed. Loyola, 1989.
- HARTZ, Z.M.A. "Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica." In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):419-421, 2002.
- HEIDEGGER, M. " Ser e tempo". Parte 1. 12ªed. Petrópolis - RJ:Vozes, 2002.
- HOLLOWAY, J. "Mudar o mundo sem tomar o poder". São Paulo: Viramundo, 2003.
- KONDER, Leandro. O que é dialética. São Paulo: Brasiliense, 1993, (Coleção Primeiros Passos).
- KOSIK, Karel. "Dialética do concreto". Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- LAURELL, A. " Estado e políticas sociais no neoliberalismo". 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- LESBAUPIN I (Org.). "O desmonte da nação: balanço do governo FHC". 2ª ed. Petrópolis - RJ, Vozes,1999.
- LELOUP, Jean-Yves. "Cuidar do ser – Filon e os terapeutas de Alexandria". Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

- LUKACS,G. "História e consciência de classe: estudos da dialéticamarxista". Trad. Telma Costa. Rio de Janeiro: Elfos ed.; Porto, Portugal: Publicações Escopião, 1989.
- MARSHAL, T.H.. "Cidadania e classe social. In: Cidadania, classe social e status". Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MARX, K. " O capital – crítica da economia política". Livro 1, vol. 1. Trad. Reginaldo Sant´Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- _____." *Introdução à crítica da economia política*". In: MARX, São Paulo: Nova Cultural, 1999.
- _____." *O trabalho Alienado*". In: Economia política e filosofia. Trad. Sílvia Patrícia. Rio de Janeiro: Mello, 1963.
- MATOS, CA. e POMPEU, jc. "Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS". IN: Revista Ciência&Saúde Coletiva, v. 8, nº 2, 2003.
- MAUSS, M. "Ensaio sobre a dádiva" . Lisboa - Portugal: Edições 70, 1950.
- MATURANA, H. R., e VARELA, F.J.G, "De máquinas e seres vivos: autopoiese: a organização do vivo". 3º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- _____. "A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana". São Paulo: Palas Athena, 2001.
- MINAYO, Ma. Cecília de Souza. "O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.
- MORIN, E. "Ciência com consciência". Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- _____. "Método 3 – O conhecimento do conhecimento". Porto Alegre: Sulina, 1999.
- _____. "Método 5- A humanidade da humanidade". Porto Alegre: Sulina, 2002.
- MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). "Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde". São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993 (310p).
- _____." Os grandes dilemas do SUS". Tomos I e II. Salvador - BA: Casa da Qualidade Editora, 2001 (Saúde Coletiva 4).
- _____. "A atenção primária à saúde no SUS". Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, NA e MARQUES, RM. "Os (des)caminhos do financiamento do SUS". IN: Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v 27, nº 65, p. 389-404, set/dez 2003.
- Merhy, E. E. "SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a macropolítica do trabalho vivo)". In:

- FLEURY, Sônia (Org.). "Saúde e democracia – a luta do CEBES". Lemos editorial, São Paulo, 1997.
- _____. "Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. IN: Revista Interface – comunicação, saúde e educação/Fundação UNI Botucatu/Unesp, v 4, nº 6, Botucatu, SP: Fundação UNI, 2000.
 - _____. "A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas". In: Merhi, EE. "Agir em saúde – um desafio para o público". 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2002a (Saúde em debate 108. Série Didática 6).
 - _____. " Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde". In: Agir em saúde – um desafio para o público". 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002b (Saúde em debate 108. Série Didática 6).
 - MOSÉ, Viviane. "Receita para lavar palavra suja – poemas escolhidos". Rio de Janeiro:Arteclara, 2004.
 - NAVARRO, V. Neoliberalismo y estado del bienestar. Barcelon: Ariel, 1998.
 - NETO, I. "O poder e a peste". Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 1999.
 - NORONHA, JC e Soares, LT. " A política de saúde no Brasil nos anos 90". In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol 6, n 2, 2001.
 - OFFE, C. Algumas contradições do Estado Social Moderno. In: Trabalho e sociedade : problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Universitário, 1991.
 - OLIVEIRA, M.A. "Dialética e hermenêutica em Jüngen Habermas". In: HAGUETE, M. T. F. "Dialética hoje". Petrópolis - RJ, Vozes, 1990.
 - OUTHWAITE, W. e BOTTOMORE,T. "Dicionário do pensamento social do séculoXX". Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.
 - PAIM, J. "Bases conceituais da reforma sanitária brasileira". In: FLEURY, Sônia (Org.). "Saúde e democracia – a luta do CEBES". Lemos editorial, São Paulo, 1997.
 - PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO), "Relatório de Desenvolvimento Humano-". Ed. Trinova, Lisboa, 1997-2003 (site: www.pnud.org.br, acessado em 13/nov 2004).
 - POPKEWITZ, T.S. "Lutando em defesa da alma – a construção do ensino e a construção do Professor". Porto Alegre: Artmed,2001.
 - POULANTZAS, Nicos. "O estado, o poder, o socialismo". Trad. Rita Lima. 2º ed. Rio de Janeiro, ed. Grall, 1985.
 - PIRES, D. Hegemonia médica na saúde e na enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989.

- PIRES, D. "Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil". São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT, Annablume, 1998.
- PIRES, M^a Raquel G. M. "Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil". Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, 2001, 197p.
- _____. "Concepções de cuidado emancipatório: *limites-possibilidades* para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde do Brasil". In: Revista SerSocial nº 10, Brasília, 2002.
- PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO). "Relatório de Desenvolvimento Humano-1997". Home page (www.undp.org.br), 1997-2002.
- POULANTZAS, Nicos. "O estado, o poder, o socialismo". Trad. Rita Lima. 2º ed. Rio de Janeiro, ed. Grall, 1985.
- PRIGOGINE, I e STENGERS, I. "A nova aliança - a metamorfose da ciência". Brasília: UNB, 1997.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. "Saúde: dialética do pensar e do fazer". Cortez, São Paulo, 1989.
- RIBEIRO, et all. "A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família". In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar-abr, 2004.
- SACHS, W.. "Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder". Petrópolis, RJ, Vozes, 2000.
- SADER, E. "Movimentos sociais na transição democrática". São Paulo: Cortez, 1987.
- SANTOS, Boaventura de Souza. Pela mão de Alice - o social e o político na pós-modernidade. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- SANTOS, Boaventura de Souza. "Reinventar a democracia". Ed. Gravia, Cadernos Democráticos, Lisboa, 1998.
- _____. "A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência" 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____.(org.) "Democratizar a democracia". Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- SANTOS, Wanderley Guilherme. " Cidadania e justiça – a política social na ordem brasileira". Rio de Janeiro: Campus, 2ª. Ed, 1987.
- SOKAL, A e BICMONT, J. "Imposturas intelectuais - o abuso da ciência pelos filósofos pós-modernos". Trad. Max Altman. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2001.
- SILVA, Graciete Borges da. "Enfermagem profissional - análise crítica". Cortez, São Paulo, 1986.

- STRATHERN, P. "Bohr e a teoria quântica em 90 minutos". Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- TEIXEIRA, Carmen. "O futuro da prevenção". Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- TEIXEIRA, Carmen (Org.). " Promoção e vigilância da saúde". Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, 2002.
- TEIXEIRA, Sônia Fleury(Org.). "Reforma sanitária: em busca da de uma teoria". São Paulo, Cortez, 1989
- THOMPSON, J. B. "Ideologia e cultura moderna". Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa". Petrópolis, Vozes, 1995.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. "Introdução à pesquisa em Ciências Sociais : a pesquisa qualitativa em educação". Atlas, São Paulo, 1987.
- VASCONCELOS, E M. "Estado e políticas sociais no capitalismo: uma abordagem marxista". In: Rev. Serviço Social e Sociedade nº 28, São Paulo: Cortez, dez, 1988.
- _____. " O poder que brota da dor e da opressão – empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.
- VARELA, FJ ett all. "A mente incorporada – ciências cognitivas e experiência humana". Porto Alegre: Artmed, 2003.
- VASQUEZ, S. A. Filosofia da Praxis. Trad. de Luis Fernando Cardoso. 4ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1977.
- VIANA, M. L. Política versus economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e estado de bem-estar social. In: A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997
- VIEIRA, L. "Os argonautas da cidadania – a sociedade civil na globalização". Rio de Janeiro - São Paulo: Record, 2001.
- WEBER, B. T. As artes de cuidar – medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense -1889-1928". Santa Maria: ed. UFSM, Bauru: EDUSC,1999.

- Sites:

www.saude.gov.br

www.saude.gov.br/bvs

www.saude.gov.br/caadab

www.abrasco.br

www.ans.gov.br

ANEXOS



ANEXO 1
ANÁLISE DA GESTÃO DO PSF A PARTIR DO TRIEDRO EMANCIPATÓRIO DO CUIDAR –
PARÂMETROS E FONTE DE INFORMAÇÕES

DIMENSÃO DE ANÁLISE ARTICULÁVEL	PARÂMETRO ANALISÁVEL	FONTE DE INFORMAÇÃO
A- Contexto da Política	<p>A1- Historicidade e conjuntura em que a política social se insere (características sociais, políticas e econômicas, cultura política, instituições, conquistas dos movimentos sociais e/ou da cidadania organizada, base parlamentar de apoio, nível de governo, relação com organismos internacionais, outros).</p> <p>A2- Política pública segue princípios, diretrizes e arcabouço jurídico-institucional consensuados na esfera pública e assente na efetiva ampliação da participação da sociedade civil (cidadania).</p> <p>A3- A gestão do programa preocupar-se-ia constantemente em conhecer/compreender a conjuntura da política para melhor decidir gerir cenários de cuidado à saúde.</p> <p>A4- Inserção do programa na política pública ocorreria de forma priorizada, traduzida no orçamento e na autonomia gerencial.</p> <p>A5- Ações intersetoriais permeariam o cotidiano institucional, constituindo-se em espaços dialogados de saberes.</p> <p>A6- Gestão das ações se organizariam a partir das forças sociais, com avaliações, reprogramações sistemáticas e controle democrático efetivamente delineado.</p> <p>A7- Política de formação profissional e educação permanente seria definida, gerida e forjada a partir da realidade dos sujeitos (foco na autonomia e construção de projetos próprios).</p>	<p>A1- Revisão bibliográfica, referencial teórico, observação participante.</p> <p>A2- Plano Nacional de Saúde, planejamentos, documentos produzidos pelo DAB/MS (projetos, estudos, termos de referência, ações, avaliações, outros), legislação SUS.</p> <p>A3- Observação participante, documentos produzidos pelo DAB/MS.</p> <p>A4- Plano Nacional de Saúde, PPI.</p> <p>A5, A6, A7- Observação participante, documentos produzidos pelo DAB/MS.</p>
B- Relações Insitucionais	<p>B1- Panorama das forças sociais que influenciam estrategicamente a política social (parlamentares, governo, empresas, setores organizados do mercado e da sociedade civil, sindicatos, universidades, conselhos de saúde, fóruns de negociação, outros).</p> <p>B2- Tensões e nós-críticos que influenciariam as relações entre atores do programa e demais participantes da política social (inferências internas e externas que geram conflitos e/ou emperram ações e desempenhos).</p>	<p>B1- Revisão bibliográfica, referencial teórico, observação participante.</p> <p>B2- Revisão bibliográfica, referencial teórico, observação participante, documentos de conselhos e entidades (CNS,</p>

	<p>B3- Efetivo controle democrático (de baixo para cima): - proposições demandadas pela sociedade civil que foram atendidas pela gestão do programa; - conselhos de políticas públicas e setores organizados da sociedade civil teriam influência estratégica na priorização de ações, mobilizando atores e recursos para consecução das mesmas.</p> <p>B4- Democratização de poderes na esfera pública: - decisões e/ou deliberações de conselhos e/ou fóruns de negociação da política seriam condições estratégicas efetivas para a gestão e implementação do programa.</p>	<p>CONASS, Conasems, ABRASCO, outros).</p> <p>B3 e B4- Observação participante (ações realizadas), documentos produzidos pelo DAB e MS, conselhos, e fóruns de negociação do SUS (CIT – Comissão Intergestora ripartite), documentos de entidades e associações da sociedade civil, resoluções do CNS.</p>
<p>C- Dinâmica Operativa</p>	<p>C1- Gerência/condução do programa teria nível de decisão institucional elevado no que se refere a orçamento, projetos e ações.</p> <p>C2- Consonância/êxito dos princípios e diretrizes do programa seria oportunizado nos cenários produzidos e delineado em ações, avaliações, relatos, estudos e/ou indicadores existentes.</p> <p>C3- Avaliações sistemáticas seriam definidas e reprogramadas constantemente, operando a partir da demanda e em diálogo com as forças sociais.</p> <p>C4- Desenvolvimento de ações intersetoriais para intervenção nos problemas prioritários, com demarcação de atribuições e avaliações sistemáticas.</p> <p>C5- Proposições desenvolvidas pela gestão do programa a partir dos conselhos de política pública ou setores organizados da sociedade.</p> <p>C6- Gestão da ajuda-poder centrar-se-ia na educação permanente e oportunizaria cenários onde a autonomia dos sujeitos se manifesta (construção de projetos próprios, pressão e disputa por espaços, luta por cidadania, outros).</p>	<p>C1- Plano Nacional de Saúde, PPI, documentos produzidos pelo DAB e MS, observação participante.</p> <p>C2- Relatórios de estudos e pesquisa: PSF em grandes centros urbanos, Avaliação Normativa do PSF. Datasus.</p> <p>C3- Documentos produzidos pelo DAB e MS, observação participante.</p> <p>C4- Relatórios de avaliação de ações intersetoriais.</p> <p>C5- Documentos produzidos pelo DAB, Resoluções do CNS, observação participante.</p> <p>C6- Análise dos trabalhos premiados na II Mostra SF.</p>

ANEXO 2 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – GERAL

DIMENSÃO DE ANÁLISE ARTICULÁVEL	PERGUNTAS NORTEADORAS	FONTE DE INFORMAÇÕES
<p>A- Contexto da Política</p> <p>Qual a conjuntura em que são geradas as relações de ajuda-poder no âmbito do PSF ?</p>	<p>1- Qual a conjuntura da política de saúde em que se insere a gestão central do PSF ?</p> <p>i- trajetória histórica da política;</p> <p>ii- contexto socioeconômico e político do país na conformação da política social,</p> <p>iii- influência de movimentos sociais e/ou cidadania organizada;</p> <p>iv- relação com organismos internacionais e mercado;</p> <p>v- conformação dos princípios, diretrizes e arcabouço jurídico-institucional do SUS.</p> <p>2- A gestão do PSF se insere prioritariamente no Ministério da Saúde?</p> <p>i- localização/situação no organograma institucional e no orçamento da pasta;</p> <p>ii- coordenações, áreas técnicas e ações principais;</p> <p>iii- nível de decisão institucional elevado quanto à negociação do orçamento, ações e projetos.</p> <p>3- De que forma (e até que ponto) as decisões gerenciais levam em conta a conjuntura, as forças sociais e as avaliações para a melhoria da qualidade do programa/estratégia?</p> <p>4- As ações intersetoriais são utilizadas como espaços estratégicos para fortalecer discussões/ações pautadas nos princípios do PSF ?</p> <p>5- Como se estrutura atualmente o quadro técnico da gestão? Existem iniciativas de educação permanente ? São incentivadas a produção própria e individual?</p> <p>6- Como a política de educação permanente em saúde vem se articulando com a gestão do programa/estratégia ?</p>	<p>1- Projeto de Tese/ literatura</p> <p>2-DAB/MS: Percorrer as coordenações e áreas técnicas. Delinear as principais ações. Averiguar reuniões do colegiado e pressões internas.</p> <p>3, 5 e 6- Coordenações de Avaliação e de Gestão: reuniões do colegiado – como são avaliadas a conjuntura e o PSF; articulação com Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em saúde.</p> <p>6- Coordenação de Gestão: interar-se das ações e andamentos dos GT's.</p>
<p>B- Relações Insitucionais</p> <p>Como os atores que fazem parte da política de saúde se articulam e disputam espaços na conformação das relações de ajuda-poder?</p>	<p>7- Quais os atores ou forças sociais que mais influenciam as decisões na gestão do Programa/Estratégia ?</p> <p>8- Nos últimos anos, houveram proposições demandadas pela sociedade civil atendidas pela gestão do programa/estratégia?</p> <p>a- ações, projetos, iniciativas ou resoluções que foram forçadas a partir e/ou em diálogo com a sociedade civil;</p> <p>b- demandas do Conselho Nacional de Saúde discutidas e encaminhadas.</p>	<p>7 e 8- Averiguar com as coordenações DAB e a Diretoria.</p> <p>8- CNS: averiguar proposições e críticas.</p> <p>* Inquerir sobre organizações da sociedade civil que mais pressionam a gestão do programa.</p>

<p>C- Dinâmica Operativa</p> <p>O PSF tem oportunizado cenários propícios à autonomia de sujeitos ?</p>	<p>9- As ações intersetoriais têm oportunizado cenários onde os princípios/diretrizes do PSF são implementados? Que experiências poderiam ser destacadas?</p> <p>10- A política de educação permanente e gestão do trabalho em saúde vem forjando oportunidades para a crítica e reconstrução de contextos em saúde pelos sujeitos da aprendizagem? Que iniciativas poderiam ser destacadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> i- Pólos de EPS: Quantos ? nº de cursos, quais, egressos e experiências; ii- Mudanças curriculares na graduação; ii- Regulação do trabalho: desprecarização das relações de trabalho. <p>11- As Experiências e Trabalhos premiados na II Mostra Nacional de SF fomentam a autonomia de sujeitos nos espaços onde as equipes produzem cuidado em saúde?</p>	<p>9- Averiguar com a Coordenação de Gestão e Avaliação. Ouvir a diretoria.</p> <p>10- Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.</p> <p>* SVS: agendar conversa com coordenadora da pesquisa de impacto do PSF.</p> <p>11- Análise dos trabalhos premiados na II Mostra do PSF.</p>
--	---	---

ANEXO 3-
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE 2 – CONVERSA COM GESTORES E TÉCNICOS

DIMENSÃO DE ANÁLISE ARTICULÁVEL	PERGUNTAS NORTEADORAS
<p>A- Contexto da Política</p> <p>Qual a conjuntura em que são geradas as relações de ajuda-poder no âmbito do PSF?</p>	<p>1- Que análise você faria da inserção institucional do DAB no que se refere à negociação de ações, orçamentos e projetos prioritários?</p> <p>2- Como você avaliaria a atuação gerencial do DAB quanto à análise de conjuntura e das forças sociais para tomada de decisão (o que vem pesando mais para a direcionalidade da política)? Como a avaliação vem sendo utilizada nos momentos de decisão (o DAB, a exemplo do próprio MS, produz muita informação avaliativa e realiza pouca análise desses dados)?</p> <p>3- As ações intersetoriais podem ser um importante espaço para fortalecer discussões/ações pautadas nos princípios e diretrizes do PSF. Na sua avaliação, como o DAB vem refletindo e utilizando estrategicamente sua capilaridade junto às diversas áreas tanto do MS, quanto de outros setores?</p> <p>4- Que análise você faria da incipiente articulação que atualmente existe entre a política de educação permanente em saúde, coordenada pela SEGETS, e o DAB (repercussões para a qualificação dos processos de trabalho em saúde, desprecarização das relações de trabalho, etc).</p>
<p>B- Relações Insitucionais</p> <p>Como os atores que fazem parte da política de saúde se articulam e disputam espaços na conformação das relações de ajuda-poder ?</p>	<p>5- Você conseguiria mapear os principais atores ou forças sociais que mais influenciam as decisões na gestão do Programa/Estratégia (citar pelo menos três)?</p> <p>6- No último ano, houveram proposições demandadas pela sociedade civil atendidas pela gestão do programa/estratégia? Que ações, projetos, iniciativas ou resoluções que foram forjadas a partir e/ou em diálogo com a sociedade civil (citar pelo menos uma)?</p> <p>6.1- Demandas do Conselho Nacional de Saúde que foram discutidas e encaminhadas.</p>
<p>C- Dinâmica Operativa</p> <p>O PSF tem oportunizado cenários propícios à autonomia de sujeitos?</p>	<p>7- As ações desenvolvidas ou geridas pelo DAB têm oportunizado cenários onde os princípios/diretrizes do PSF vêm sendo bem implementados? Que experiências poderiam ser destacadas ?</p>

**ANEXO 4- COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA/DAB
PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE TRABALHO E PROJETOS –Out/Nov/ 2004**

PROJETO/GRUPO	COORDENAÇÃO/ PARTICIPANTES	PROPÓSITO/OBJETIVO
1- Adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas.	Coordenações: Saúde do Adolescente/DAPE/SAS/MS; Saúde da Mulher/MS, CONANDA.	- Elaborar e implantar/implementar diretrizes para atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.
2-Violência.	Coordenação: Área Técnica do Trauma e Violência.	- Participar da política de prevenção às violências. ABS: capacitação para o atendimento.
3- Formação do ACS.	Coordenação.: SGTES/Depto de Gestão da. Educação em Saúde.	- Elaborar e implantar política de formação dos ACS.
4- Desprecarização das relações de trabalho no SUS	Coordenação.: SEGETS (Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde).	- Desenvolvimento de ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, com garantia de direitos e deveres aos trabalhadores da área de saúde (Pt 2430).
5- Ações de Vigilância Sanitária na Atenção Básica.	Coordenação: Coordenação da Política de Recursos Humanos/Anvisa. Componentes do grupo: CPRH/Anvisa, Dab, SVS, SEGETS.	- Discutir a normatização das ações de vigilância sanitária na atenção básica.
6- Alimentação e Nutrição.	Coordenação: Alimentação e Nutrição/DAB.	- Acompanhar ações e projetos da alimentação e nutrição, contribuindo com as demandas referentes à atenção básica. - Elaborar manuais técnicos.
7- Assistência aos moradores de rua.	Coordenação: Coodenação de Gestão da AB/ DAB/MS.	- Discutir e elaborar proposta para atenção básica à saúde dos moradores de rua.
8- Saúde Bucal.	Coordenação: Área de saúde bucal/DAB.	- Acompanhar as ações e projetos da área de saúde bucal, em especial o Programa Brasil Sorridente.
9- SIAB/SIAS.	Coordenação.: CAA/DAB Participante: DATASUS	- Discussão sobre a reformulação do SIAB e a integração dos distintos sistemas de informação em saúde.
10- Urgência, emergência, média complexidade e Terapia Renal Substitutiva (TRS).	Coordenação: DRAC/SAS	- Elaborar e implantar proposta de financiamento para o SUS por linhas de cuidados. Definidas 4 linhas iniciais: 1- HA e TRN; 2 - DM e TRN; 3 - Pré-natal, Parto, Puerpério; 4- Saúde Bucal.
11- Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva.	Coordenação: Área de Saúde da Mulher/DAPE.	- Construção de indicadores para avaliar a situação de saúde sexual e reprodutiva da população.
12- HumanizaSUS*	Coordenação: Secretaria Executiva.	- Acompanhar a implantação da Política Nacional de Humanização do SUS, em especial no que se refere à Atenção Básica à Saúde.

		- Demandas DAB: 1- discussão da lógica do acolhimento; 2- equipes de referência e apoio matricial (Ex: Núcleo de Saúde Integral).
13- Saúde da Criança.	Coordenação: Área Técnica Saúde da Criança/DAPE.	- Elaboração de documentos técnicos e protocolos para atenção à saúde da criança.
14- Observatório de políticas de prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis.	Coordenação: Área Técnica de HÁ e DM/DAB/SAS.	- Implantação de observatórios para estudo de políticas de prevenção e controle das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil.
15- Comitê Cidade dos Meninos / Duque de Caxias – RJ.	*MS. Ministério Público.	- Assistência à saúde à população da Cidade dos Meninos e indenização das vítimas de acidente químico ocorrido na década de 50.
16- Saúde da Mulher.	Coordenação: Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE. Participantes: DST/AIDS, média e alta complexidade, entidades de classe.	- Acompanhar as ações e projetos voltados à saúde da mulher, participando das definições referentes à ABS. * Principais projetos e ações: Plano de redução da mortalidade materna e neonatal; Política nacional para triagem gestacional e neonatal; Plano de redução dos partos cesários; Centros de Alta complexidade em infertilidade.
17- DST/AIDS e Hepatites	Coordenação: DST/AIDS. Participantes: representações da sociedade civil, áreas técnicas do MS/alimentação e nutrição.	- Acompanhar as ações e projetos voltados à prevenção e controle das DST's/AIDS, participando das definições referentes à ABS. * Principais: elaboração de manuais técnicos, cartilhas. Participação em GT's para formulação de políticas.
18- Endemias, malária, dengue, TB e hanseníase.	Coordenação: SVS.	- Acompanhar ações e projetos destas áreas, propondo ações para a ABS, quando for o caso.
19- GT contra a discriminação dos homossexuais.	Coordenação: Secretaria Executiva. Participantes: áreas, órgãos e secretarias do MS e representantes da população <i>gay</i> , <i>lésbica</i> e <i>transgêneros</i> .	- Elaborar política nacional de saúde da população de gays, <i>lésbicas</i> , <i>transgêneros</i> e <i>bissexuais</i> - GLT, com vista a garantir a equidade na atenção à saúde também para esses segmentos sociais. **Surgiu como reivindicação de representantes de GLTB a partir da criação do Comitê Técnico para Saúde da População Negra (PT 1.678, de 16/08/2004) e Comitê para a Saúde do Índio.

20- Grupo da Terra.	Coordenação: SE/MS; FNS, SVS, SAS, ANVISA, SCTIE/MS, SGTES, FIOCRUZ. Representantes da sociedade civil organizada (agricultores familiares ou dos assentados da reforma agrária ; CONTAG e MST;- mulheres trabalhadoras rurais – MMC e Margaridas;-remanescentes de quilombos – CONAQ; Pastoral da Terra; CNS).	- Acompanhar a implantação da Política de Saúde para a População do Campo e detalhar as ações a serem implementadas; monitorar os acordos das pautas de reivindicações negociadas com os movimentos sociais organizados no campo; encaminhar demandas junto às respectivas secretarias e órgãos; e, participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde da população do campo.
22- Mercosul.	Coordenação: Secretaria Executiva – Coordenação de Assessoria Internacional de Saúde.	- Implantar/implementar política de saúde para população de fronteira.
23- Medicina natural e práticas complementares (MNPC).	Coordenação: SAS; SE; SGTES; SCTIE; ANVISA. *Participação das entidades médicas de fitoterapia, acupuntura e medicina antroposófica.	- Incorporar e implementar a MNPC no SUS, na perspectiva da promoção, prevenção e recuperação da saúde, com ênfase na Atenção Básica voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.
24- Amazônia legal.	As demandas deste grupo foram incorporadas na Portaria da Equidade, nº 1434, de julho de 2004.	- Propor políticas específicas para essa Região considerando suas diversidades.
25- Esporte, lazer e Saúde.	As demandas deste grupo foram incorporadas na criação dos Núcleos de Saúde Integral.	- Ver Núcleo de Saúde Integral.
26- Núcleo de Saúde Integral (saúde mental, reabilitação, atividade física).	Coordenação: DAB. Participação: áreas técnicas de saúde mental e SAS.	- Estruturar e organizar serviços de saúde integral, englobando as ações de saúde mental, reabilitação e atividade física, no âmbito da Atenção Básica.
27- Assistência domiciliar.	Coordenação: DAE/ SAS. Participantes: Média e alta complexidade, SAS, DAB, SE, SVS, SCTIE, Depto Nacional de Economia em Saúde, ANVISA,	- Elaborar política de atenção domiciliar no âmbito do SUS,
28- Saúde da População Negra * Ênfase na discussão da anemia falciforme que atinge esse grupo populacional.	Coordenação: Secretaria de Promoção da Igualdade Racial e MS. Participantes: Representantes das secretarias do MS e pesquisadores.	- Promover a equidade na atenção à população negra.
29- Saúde Indígena.	Coordenação: Funasa.	- Buscar interlocução e maior aproximação da Saúde Indígena com as políticas desenvolvidas pelo MS.
30 – Catadores de Lixo	-----	Parou.
31- Saúde do Idoso.	Coordenação: DAPE/SAS.	- Elaboração do Manual do cuidador, Núcleo de Saúde Integral .
32- GT para	Coordenação: DAPE/SAS.	- Construir uma política de assistência à

construção do Plano de Atenção às Populações Vulneráveis ao Suicídio.		saúde para essa população
33- DM e HAS.	Coordenação: Área de diabetes e hipertensão/DAB.	- Acompanhar ações e projetos da área, contribuindo com as demandas referentes à atenção básica. - Acompanhamento das demandas da implantação do Plano de Reorganização da Atenção a DM e HA.
34-Ações anti-tabagismo.	Coordenação: INCA, SAS (básica, média e alta).	- Participação no Programa Nacional de Controle do Tabagismo, com ampliação do acesso e abordagem ao tratamento.
35- Asma, rinites e pneumonias comunitárias.	Coordenação: Área Técnica de Tuberculose/SVS.	- Foi elaborado protocolo técnico para orientar à conduta terapêutica e à atenção à saúde.
36- Prevenção da obesidade.	Coordenação: SAS/DAE e DAB. *Pressão da Sociedade de Cirurgia Bariátrica pelo aumento da tabela SAI/SUS.	- Elaborar política para prevenção da obesidade pautada na integralidade do cuidado (atenção básica, média e alta complexidade)
37- Saúde do Trabalhador	- Coodenação: DAPE.	- Implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e implementação da política na atenção básica.