

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Claudio Miyagima

**Produção do conhecimento e serviço na saúde:
(des) conexões entre teoria e prática**

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

**SÃO PAULO
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Claudio Miyagima

**Produção do conhecimento e serviço na saúde:
(des) conexões entre teoria e prática**

**Tese apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção do
título de Doutor em Ciências Sociais pela
Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dra. Maria
Helena Conconi Villasboas.**

**SÃO PAULO
2009**

Banca Examinadora

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	vii
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
CAPÍTULO I.....	1
1.0 INTRODUÇÃO	1
1.1 O TEMA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS E ANGÚSTIAS PROFISSIONAIS	1
1.2 O CORPO ESTÉTICO COMO SAÚDE: UMA REALIDADE NUA E CRUA.....	9
1.3 O CORPO CONTEXTUAL DA SAÚDE E SUA REALIDADE	14
1.4 DO MODELO BIOMÉDICO AO DE PROMOÇÃO À SAÚDE	19
1.5 OS CONCEITOS DE SAÚDE COLETIVA E SUAS ÊNFASES DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E GESTÃO DE SERVIÇOS NO BRASIL	24
CAPÍTULO II	28
2.0 SAÚDE: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E A RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS.....	28
2.1 MODELOS E PRÁTICAS DE SERVIÇOS.....	34
2.2 PRINCÍPIOS DE TRABALHOS MULTIDISCIPLINAR, INTERDISCIPLINAR E TRANSDISCIPLINAR: O DISTANCIAMENTO DA TEORIA À PRÁTICA	37
2.3 AS RELAÇÕES DO PODER NA IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	49
CAPÍTULO III.....	52
3.0 LOCO DE PESQUISA – CURITIBA	52
3.1 CURITIBA NOS ÚLTIMOS 40 ANOS	53
3.2 TRAJETÓRIA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: DOS POSTULADOS À FILA DE ESPERA.....	58

CAPÍTULO IV.....	73
4.0 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS: AS TEORIAS DO CONHECIMENTO E A RELAÇÃO COM OS CONCEITOS DE SAÚDE	73
4.1 QUESTÕES A INVESTIGAR	76
CAPÍTULO V.....	77
5.0 METODOLOGIA	77
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	77
5.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	77
5.3 HIPÓTESES:POSSIBILIDADES DE ENCONTROS E DESENCONTROS	78
5.4 POPULAÇÃO ENVOLVIDA.....	79
5.5 SUPORTES TÉCNICO-OPERACIONAIS DA PESQUISA	79
CAPITULO VI	81
6.0 RESULTADOS DO ESTUDO	81
6.1 PARTICIPAÇÕES INSTITUCIONAIS NO ESTUDO	81
6.2 ENTREVISTAS REALIZADAS	83
ENTREVISTA 01 – Rosângela Scucato – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.....	83
ENTREVISTA 02 – Márcia Krempel – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.....	98
ENTREVISTA 03 – Nestor Antenor Camacho Calizaya – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.....	111
ENTREVISTA 04 – Darci Braga – Secretaria Municipal de Colombo	115
ENTREVISTA 05 – Paulo de Oliveira Perna – UFPR	141
ENTREVISTA 06 – Mário Michalyszyn – Universidade Positivo/PR	145
ENTREVISTA 07 – Waldemiro Gremski – PUC/PR.....	161
ENTREVISTA 08 – Neiva Leite – UFPR	168
6.3 LINHA DE PESQUISA DOS PROGRAMAS DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE – NÍVEL <i>STRICTU-SENSU</i> – CURITIBA-PR	180

6.3.1 Universidade Federal do Paraná – UFPR	180
6.3.2 Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR.....	183
6.3.3 Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná – UFPR.....	185
CAPITULO VII.....	187
7.0 ANÁLISE DOS RESULTADOS: QUESTÕES QUE DIMENSIONAM OS PROBLEMAS DA SAÚDE.....	187
7.1 INDICAÇÕES FINAIS.....	190
REFERÊNCIAS.....	194

DEDICATÓRIA

À minha esposa **LILIAN** e meus filhos **FABIANO, FABIOLA** e **FABRICIO** por entenderem os meus ideais.

À estimada **MARIA HELENA** pela atenção, compreensão e sabedoria em suas orientações.

Ao amigo **MÁRIO SÉRGIO** grande incentivador desse trabalho.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar a relação da produção do conhecimento na área da saúde com os serviços em saúde coletiva na cidade de Curitiba. Os suportes metodológicos delineados no estudo foram de natureza descritiva, tendo como referências as proposições de linhas de pesquisa, em programas de pós-graduação, na área da saúde, estudos e propostas programáticas relacionados à gestão de saúde em Curitiba-PR, assim como de depoimentos de gestores na área da saúde e responsáveis pela produção do conhecimento no âmbito acadêmico. Considerando a interseção do serviço na saúde com o setor acadêmico, observamos que os objetivos acadêmicos não têm respondido efetivamente pelas necessidades básicas na área da saúde, ou seja, além da distância do mundo acadêmico em relação aos serviços, o mundo acadêmico prioriza as produções especializadas visando a cura, enquanto que os serviços não dão conta da demanda em relação a atenção básica na saúde. Nesse contexto, evidenciou-se que no contorno da relação intersetorial entre serviço e produção do conhecimento do setor acadêmico, os fatores políticos, econômicos, culturais e sociais, são determinantes no desenvolvimento de uma determinada política de saúde. Palavras-chave: produção do conhecimento, saúde, saúde coletiva, gestão de saúde.

ABSTRACT

The objective of the present study was to identify the connection between the production of knowledge in health area and the services realized in collective health, in Curitiba. The methodological supports, which were delineated in this study, had been from a descriptive characteristic and it has as references the proposals of research lines in programs of after-graduation, in health area, studies and programmatic proposals related to the health management in Curitiba/Paraná, as well as testimonies from managers in health area that are responsible for the production of knowledge in the academical scope. Considering the intersection between the service in health and the academical sector, we observe that the academical objectives do not have answered, effectively, to the basic necessities that exist in health area. In other words, beyond the distance from the academical world to the services, that one prioritizes the specialized productions aiming at cure, whereas these ones can not afford the demand related to the basic attention in health. In this context, it was proved that on the boundary of the relation between service and production of knowledge of the academical sector, politicians, economical, cultural and social factors are determinative in the development of a health politics.

Key-words: production of knowledge, health, collective health, health management.

CAPÍTULO I

1.0 INTRODUÇÃO

1.1 O TEMA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS E ANGÚSTIAS PROFISSIONAIS

Em 1972, graduei-me em Educação Física, pela Escola Estadual de Educação Física e Desportos do Paraná, posteriormente, incorporada à Universidade Federal do Paraná.

Mas por que a Educação Física? Em depoimento à Janaina Dorigan de Souza da Silva¹, eu dizia que a opção se deu pelo gosto em praticar esportes!

(...) na época eu pertencia a um clube, uma sociedade recreativa e esportiva cultural da cidade... Lá convivia com jovens praticando esportes, estudando línguas, no caso estudava a língua japonesa, praticava natação, judô, futebol, futsal... No clube comecei, voluntariamente, a organizar e dirigir equipes esportivas... Era uma confraternização interessante... O encontro era uma forma de integração social... Então o despertar para Educação Física veio daí.

Já no ano seguinte, fui convidado pelo diretor da escola em que me graduei, para atuar como docente da disciplina de Basquetebol. Com certeza, isso não se deu pela minha estatura – 1,65m –, mas, segundo o professor do curso de formação de técnicos em Basquetebol – e também diretor da escola –, por ter demonstrado habilidades para o exercício da docência, já que, até então, eu era um dos poucos a defender que ser professor de atleta é bem diferente de ser atleta.

Aos 22 anos, ser professor do ensino superior, até então sem experiência, significava um grande desafio, especialmente, frente ao perfil profissional que permeava na época.

¹ Em 2006, na conclusão do curso de Educação Física da Universidade Positivo, Janaina Dorigan de Souza da Silva, apresentou sua monografia com o tema “Entre o tempo histórico e o tempo vivido: Cláudio Hiroyoshi Miyagima conta a sua vida, com ênfase na relação com a Educação Física”.

Nesse período, os cuidados com o corpo eram de caráter biológico, ou seja, sob o ponto de vista da aptidão física, não tanto para a população em geral, mas, sobretudo, para o corpo atlético – alto grau de habilidade técnica –, de caráter competitivo. Desse modo, pode-se dizer que o professor era reconhecido apenas como técnico de alguma equipe campeã ou de excelente performance.

Em pleno período da Ditadura Militar o que norteava o ensino era a concepção tecnicista de educação. O professor exercia o papel de agente de controle, estimulando o comportamento uniforme, submisso e obediente. O esporte, a competição, os resultados, a eficiência, a relação autoritária entre o técnico e os atletas, encaixavam-se muito bem a tais propósitos. Assim, o “pano de fundo” das aulas de Educação Física era a seleção de atletas. Como a maioria não tinha habilidade esportiva, em alto nível de competição, pouquíssimos atingiam os objetivos propostos. Estabeleceram-se, então, algumas inquietações, com uma maioria frustrada nas aulas de Educação Física.

A partir da década de 80, a produção científica na área da Educação Física começou a se desenvolver. Isso se deu, principalmente, devido ao início de um processo de titulação – mestrado e doutorado – de seus profissionais e ao surgimento dos primeiros cursos de pós-graduação no Brasil. Foi exatamente nesse período – 1982/85 –, que realizei o curso de Mestrado, pela Universidade de São Paulo (USP).

As produções acadêmicas giravam em torno da redução, da quantificação e da padronização do corpo – objeto muito comum no desenvolvimento das pesquisas e abordagens metodológicas do ensino relacionado às ciências biológicas. Tendo consciência dos limites da proposta, busquei uma ampliação de conteúdos, em outros setores da USP, como no mestrado em Educação e em Psicologia; uma vez que, tinha como objetivo desenvolver uma pesquisa que abrangesse a Avaliação na Educação Física. Tal estudo era de caráter qualitativo, formativo, integral e extensivo, frente ao hegemônico processo avaliativo (ao contrário do primeiro) de caráter quantitativo, de produto, focado apenas no aspecto físico ou de habilidade técnica, para poucos atingirem os objetivos.

Vivenciávamos o final do período da Ditadura Militar e, em outras áreas do conhecimento como a Pedagogia e a Psicologia, já se discutiam as teorias mais críticas; o que contribuiu muito para ampliar o conceito de avaliação do meu trabalho. No departamento de Educação Física da USP, pelo projeto pedagógico e pelas linhas de pesquisa e orientação, ainda permeavam os princípios da ciência empírico-analítica, limitando os avanços desejáveis na proposição do meu estudo. Mesmo com a conclusão da pesquisa, permaneceu um quê de insatisfação, como uma busca frustrada por algo valioso.

Em 1987, a comunidade estudantil me conduziu à coordenação do curso de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, lá ficando por quatro anos. Nesse período, e com a responsabilidade ampliada para além-sala de aula, tínhamos novos desafios pela frente. Tratava-se de pensar junto à comunidade estudantil um projeto pedagógico para definir, coletivamente, o novo perfil do profissional, ou seja, o modo com que este (enquanto profissional) deveria encarar o seu corpo e o do outro.

Uma leitura do livro “Educação Física cuida do corpo... e mente”, de João Paulo Subirá Medina, fora determinante nesse processo de repensar, não apenas o papel do profissional, mas também o do cidadão brasileiro, diante do final da Ditadura Militar. Havia um freio governamental no trajeto para a democratização do país. No governo Geisel, e depois Figueiredo, falava-se sobre a abertura à democracia, o que precisaria acontecer de maneira lenta. Também no meio da Educação Física, havia corporações que pensavam de forma lenta e resistente.

Medina, de modo impactante, trouxe conteúdos para a reflexão da nossa sociedade no que diz respeito ao papel de reprodutor social. Do ponto de vista de muitos profissionais da Educação Física, Medina – com essa abordagem sociológica e filosófica – estava louco, encarando como um embate do social com a formação nas esferas da técnica e do corpo biológico.

Mas em 1988, ocorreu um fato determinante nesse momento de transição, o que provocou mudanças na formação profissional, em todo o país. Recebemos o Mário Sérgio, como o primeiro calouro deficiente visual – grau máximo –, no

curso de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, que vale os detalhes desta passagem:

Os alunos interessados em cursar Educação Física ainda tinham que fazer um teste físico motor e que era classificatório. Se passassem naquele teste, estavam aptos ao vestibular de Educação Física. Portanto a prioridade era a prática. Os atletas, na maioria das vezes, se sentiam privilegiados. Num processo fervoroso de discussão, pois alguns professores não admitiam a retirada deste teste, recebemos um candidato chamado Mário Sérgio, totalmente deficiente visual. Assim como os demais teve que fazer o exame médico, para ver se era saudável. O Mário Sergio contou depois que quando ele entrou na sala do médico, este percebeu que era um deficiente visual. Pediu para sentar-se. Na dúvida de onde sentar, ele foi para um dos lados e por sorte achou uma cadeira. No aguardo do atendimento Mário Sérgio sentia que vários candidatos já haviam passado por ele, e pensava: eu não vou sair daqui, vou ficar... Acho que com muita dúvida, o médico aprovou o Mário Sérgio no exame médico, creio, na esperança que o Mário reprovasse em outras etapas. Ele foi para o teste físico e de habilidades... passou muito bem na prova prática e depois nas provas teóricas. Quando ele entrou no curso, houve a indagação por parte dos professores: Que fazer com ele? Como eu vou avaliar esse 'ceguinho', se ele tem que jogar e não enxerga? Começou-se então a mudar as formas de avaliação, prevalecendo o saber ensinar.

Os professores pensavam em dar uma prova teórica, ou oral, surgindo formas que poderiam ser aplicadas a todos os alunos. Não só medir o que os alunos sabiam jogar, mas o saber pedagógico. Acredite, todos os cursos no Brasil, eliminaram esse tipo de prova prática... Ele, Mário Sérgio, foi um marco. Ele nos colocou para repensar a Educação Física (...)².

Tivemos que repensar as concepções do perfil profissional, bem como as formas metodológicas e de avaliação. Afinal, que tipo de corpo estávamos selecionando para ser professor de Educação Física? Se fosse apenas escolher aqueles com o corpo perfeito, habilidoso e apto fisicamente, como o Mário Sérgio, deficiente visual, fora aprovado? Assim, o perfil de corpo atlético, dotado de boa aptidão física e técnica, estavam em jogo.

Devido a isso, ficou o desejo de persistir nas mudanças em relação ao novo perfil profissional. De insistir na necessidade de alterar as formas avaliativas, em que o eixo da busca fosse um corpo dotado do saber – conhecimento –, do saber fazer – sentido pedagógico – e do saber ser – ética.

A renovação da Educação Física, no Brasil, era uma necessidade compartilhada pela maioria dos segmentos profissionais, por autoridades governamentais e por intelectuais da área.

² SOUZA DA SILVA. *Op.Cit.* 2006.

Em 1987, Medina lança seu segundo livro: “O brasileiro e seu corpo”, no qual aponta para a compreensão do corpo como produto cultural. O autor afirma que não existe apenas um, mas vários corpos brasileiros, considerando estes corpos como suporte de signos sociais e cujas significações devam ser consideradas por qualquer proposta pedagógica.

Citamos também, Jocimar Daolio como um dos intelectuais que trouxe grande contribuição ao expor o tema “Da cultura do corpo” – livro lançado em 1995, a partir da sua tese de doutorado, que utiliza um referencial teórico próprio da Antropologia Social. Ao falar da compreensão do corpo, o autor sugere que é necessário considerá-lo produto de uma construção social específica e que cada gesto ou postura deve ser entendido como a expressão individual de uma totalidade social. Corpo este que, considerado produto da sociedade e da cultura, pode ser compreendido em termos de tradição social, sendo os movimentos por ele expressos transmitidos de geração em geração.

Na década de 90, com a perspectiva de propósitos em relação ao perfil de corpo integral, emergia, também, outro tipo de culto ao corpo, numa dimensão social inédita. Entramos na era do avanço tecnológico, difusão generalizada das normas e imagens, inflação dos cuidados com o corpo e profissionalização do ideal estético. A combinação de todos esses fenômenos fundou a idéia de um novo momento da história da beleza do corpo. A mídia adquiriu um imenso poder de influência sobre os indivíduos, expandiu o consumo de produtos de beleza e colocou a aparência numa dimensão essencial da identidade para um maior número de mulheres e homens, a serviço de grupos de interesse, na exploração e domínio do corpo, injetando um conceito reducionista de corpo saudável (que seria aquele esteticamente perfeito).

Diante desse quadro social surgem algumas interrogações: como fazer desse corpo-padrão um elemento de resistência, que nos liberte dessa visão reducionista de corpo, em prol de um conceito de saudável, que ultrapasse os princípios da prevenção e da cura?

Como profissional que visualiza o desenvolvimento de um perfil corporal – constituído acima de tudo pelas essências, com conhecimento, carregado de

valores e atitudes, bem como de visão de mundo – é que emerge o interesse do doutorado em Ciências Sociais, no sentido de buscar fundamentos para melhor compreender tais fenômenos sócio-culturais.

Inicialmente, apresentamos um projeto pensando em identificar a compreensão de corpo, a partir da visão de cada área do conhecimento. Entretanto, ao se envolver com diversos conteúdos desenvolvidos no programa do doutorado em Ciências Sociais, redirecionamos os estudos para a área da saúde coletiva. Tendo em vista que, ao assumir a posição de profissional da saúde e da educação, o limite da compreensão e da competência não pode ser o corpo individual. Busca-se, hoje, um corpo coletivo que pense e integre o ser em sua totalidade, ou seja, que não o torne um ser apto a respeitar regras e bons costumes sociais, apenas; mas um ser pensante, capaz de visualizar si próprio e o seu meio social.

Outra questão foi ao meu encontro, como profissional de uma instituição de ensino superior e a conseqüente responsabilidade diante do compromisso social – tanto por parte do profissional quanto da instituição – em relação à convicção das prioridades nas metas da produção do conhecimento, esta que, por vezes, fica descolada das reais necessidades sociais.

Na tentativa de melhor compreender tais vínculos, coloca-se como **objetivo** identificar o vínculo da produção do conhecimento na área da saúde com os serviços em saúde coletiva na cidade de Curitiba. No entendimento de que o saber acadêmico deve ser produzido em sintonia com os princípios coletivos de saúde e suas prioridades sociais.

Ao **justificar** o estudo proposto, sentimos que a necessidade de conhecimentos sobre serviços de saúde, de qualquer país, tem se tornado essencial aos profissionais da área, aos dirigentes e à comunidade em geral; devido ao crescimento desses serviços e aos problemas associados com a contenção de custos, determinação da qualidade dos serviços e, acima de tudo, pela melhor condição de saúde da população³.

³ RODRIGUES FILHO, J. Pesquisa em serviços de saúde: uma necessidade urgente. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, nº.1, jan/mar 1989. <<http://www.scielo.br>> Acessado em: 25 fev 2008.

Nesse sentido, entendemos ser de fundamental importância o caráter investigativo nas formulações e implementações de políticas públicas na área da saúde coletiva. Com a finalidade de contribuir para a melhora dos serviços de saúde, bem como da saúde propriamente dita, por meio da ampliação do conhecimento desses serviços.

Edgar de Assis Carvalho, ao participar da obra “A religação dos saberes: o desafio do século XXI”, de MORIN, é oportuno ao ressaltar o desenvolvimento do conhecimento:

(...) as instituições educacionais, do ensino fundamental à universidade, incumbidas que estão de preservar e recriar o patrimônio cultural planetário, continuam a fortalecer o modelo de fragmentação, da especialização e da disciplinarização, supondo que apenas as competências tecnocientíficas são suficientes para resolver as contradições de um mundo cada vez mais globalizado e transnacionalizado⁴.

Campos observa, também, a hegemonia do “objetivismo” na produção do saber da área. Portanto, rever as relações entre sujeito e objeto continua a ser uma tarefa crítica contemporânea, quer pelo insuficiente pensamento social incorporado à saúde coletiva para impulsionar práticas e projetos sanitários concretos; quer pela pressão exercida pelas agências financiadoras e pela própria instituição universitária, no sentido da saúde coletiva adotar em sua construção teórica, normas e procedimentos padrões bastante assemelhados aos da medicina, em particular, aos da tecnociência em geral⁵.

Rodrigues Filho comenta que a influência da pesquisa nas políticas de saúde depende muito da articulação da pesquisa com as prioridades determinadas. É assim que, na Grã-Bretanha, o Departamento de Saúde e Previdência Social (órgão financiador deste tipo de pesquisa) procura determinar linhas de pesquisa de acordo com necessidades de tomadores de decisão. Nessa estrutura, as pesquisas são conduzidas para ajudar na escolha de opções

⁴ MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

⁵ CAMPOS, G.W.S.. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência &Saúde Coletiva**. V.5, n.2, Rio de Janeiro: 2000.

políticas, evitando um produto acadêmico apenas para enfeitar páginas de periódicos ou preencher prateleiras de bibliotecas.

No caso do Brasil, os segmentos responsáveis pelo apoio e fomento à pesquisa, na área da saúde, ainda priorizam a distribuição de recursos considerando temas específicos, relacionados a uma determinada área profissional; o que dificulta propósitos na perspectiva contextual, multiprofissional e interdisciplinar. Dessa forma, a contribuição e influência da pesquisa em serviços de saúde coletiva são, na maioria das vezes, vistas em plano secundário pelos dirigentes das organizações de saúde⁶.

Perante essa situação, na qual se encontra a saúde brasileira, há que se pensar na formação de profissionais que superem as questões técnicas. Numa visão multidimensional, a fim de compreender e refletir sobre alternativas de atenção à saúde, a partir das diversidades sociais e econômicas dos segmentos populacionais da sociedade.

A partir da identificação das intenções do estudo, seus problemas e seus objetivos, e considerando as necessidades de desenvolver o tema em sua abrangência – ao mesmo tempo em que nos limites metodológicos –, procuramos desenvolver, no CAPÍTULO I, as minhas angústias profissionais em relação ao corpo estético e a relação com os conceitos de saúde; o conceito de corpo contextual na saúde; a predominância do modelo biomédico em relação a promoção da saúde; e os conceitos de saúde coletiva, bem como suas ênfases de formação profissional e gestão de serviços no país.

O CAPÍTULO II trata da relação entre a produção do conhecimento e a gestão do serviço na saúde, seus modelos e práticas de serviços; os princípios de trabalhos multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, como também seus distanciamentos entre teoria e prática; e as relações do poder na implementação dos serviços de saúde.

No CAPÍTULO III focalizamos o município de Curitiba como local da pesquisa e evidenciamos a trajetória do sistema municipal de saúde.

⁶ RODRIGUES FILHO. **Op. Cit.** 1989.

No CAPÍTULO IV delineamos os pressupostos metodológicos: as teorias do conhecimento e a relação com os conceitos de saúde.

No CAPÍTULO V descrevemos a opção metodológica, a caracterização da pesquisa, a delimitação do estudo, suas hipóteses e os suportes técnico-operacionais da pesquisa.

Nos CAPÍTULOS VI e VII apresentamos os resultados do estudo, citando as participações institucionais neste, em forma de entrevista e de programas acadêmicos; finalizando com a análise dos resultados, levantamento das principais questões que dimensionaram a pesquisa e indicações de algumas possibilidades de encaminhamento.

1.2 O CORPO ESTÉTICO COMO SAÚDE: UMA REALIDADE NUA E CRUA

Atualmente, podemos observar corpos tatuados, com *piercings*, cortes e cores de cabelos que permitem aos antropólogos identificarem as diferentes tribos da cidade e a diversidade de significados, como queria Malinowski, revelando as especificidades da cultura⁷. Pessoas que invadem as academias e adquirem produtos milagrosos anunciados na mídia, recorrendo, por vezes, às cirurgias plásticas, a fim de fazer do seu corpo, o corpo ideal do outro. Alguns buscando, e muitos sonhando, serem esculpidos pelos “Da Vinci e Rodin do bisturi”, para dar aquele acabamento!

Observando as publicações do dia-a-dia sobre o corpo e a saúde, encontram-se linguagens, como:

“- Se pudesse, faria uma cirurgia por ano. O custo e os riscos se pagam pela satisfação de se sentir melhor, de gostar do corpo. É dolorido sim, mas é rápido.

- A correção dos ‘defeitos’ leva à felicidade, melhora a auto-estima.

⁷ GOLDENBERG, M. **Nú & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**, Record: Rio de Janeiro, 2002.

- A busca da adequação aos padrões de beleza vigentes na sociedade melhora a sua auto-estima e qualidade de vida.
- O aumento mamário tem proporcionado cada vez mais às mulheres confiança, feminilidade e segurança na vida social e afetiva.
- Se temos a possibilidade de melhorar a auto-estima, por que não fazer?
- A cirurgia plástica atua no corpo e corrige a alma.
- Após várias cirurgias plásticas, salvei meu casamento. Agora minha esposa também quer fazer”.

Arnaldo Antunes e Pepeu Gomes, ao comporem “Alma”, são enfáticos: corpo não é só corpo, há conexão do subjetivo com o concreto, da estética com a essência.

Alma

Deixa eu ver sua alma

A epiderme da alma

Superfície alma

Deixa eu tocar sua alma

Com a superfície da palma

Da minha mão

Superfície

...

Alma

Daqui do lado de fora

Nenhuma forma de trauma

Sobrevive

Abra a sua válvula agora

A sua cápsula alma...

Assim, vive-se um contexto histórico que busca fazer do corpo, máquina escultural ou de competição. A obsessão pelo corpo bronzeado, malhado, lipoaspirado e siliconado, faz aumentar o preconceito e dificulta o confronto com o fracasso de não atingir esse ideal, como testemunham os portadores de anorexias, bulimias e depressões⁸.

Foucault, ao explicar a relação poder-corpo, diz o quanto há de trabalho insistente, obstinado, meticuloso, exercido sobre o corpo das pessoas, sobretudo para submeter este politicamente⁹. As instituições tendem a legitimar seus interesses, até que a sociedade de consumo reconheça a busca de um corpo idealizado como algo natural e comum. Assim, a silhueta estética torna-se um “verdadeiro” passaporte de circulação social no campo do trabalho, da sociabilidade e da sexualidade, ressaltando as condições sociais do corpo em relação às origens biológicas.

A mídia produz uma enorme quantidade de imagens, criando informações e uma visão de mundo, por vezes para manter as superficialidades e objetividades das coisas, sem se aprofundar na realidade concreta e contraditória, como cantam os Titãs em “Televisão”:

*A televisão me deixou burro muito burro demais
Agora todas as coisas que eu penso me parecem iguais...*

O corpo não deve ser apenas um objeto sendo sempre julgado como feio ou bonito, bom ou ruim, grande ou pequeno, forte ou fraco, magro ou gordo, feminino ou masculino, preto ou branco, sensual ou impotente, novo ou velho, rico ou pobre, e a partir daí ser discriminado, deixando de lado a sua natureza dialética¹⁰.

Eis um corpo em sintonia global, enquanto processo dialógico, em incessante percurso, dinâmico no tempo e no espaço, no seu meio social e no mundo, revelado na canção “Verdade Chinesa”, interpretada por Emilio Santiago:

⁸ Ibidem.

⁹ FOUCAULT. **Op.Cit.** 1984.

¹⁰ MEDINA. **Op. Cit.** 1987.

*Muita coisa a gente faz
Seguindo o caminho que o mundo traçou
Seguindo a cartilha que alguém ensinou
Seguindo a receita da vida normal*

*Mas o que é a vida afinal
Será que é fazer o que o mestre mandou
É comer o pão que o diabo amassou
Perdendo da vida o que tem de melhor?*

Capra nos chama a atenção para o atual pensamento ocidental, em que ainda perdura a filosofia de corpo nos princípios cartesianos. Com efeitos tão profundos, trazem a idéia de que ainda levará muito tempo para que o cogito cartesiano seja substituído por uma atitude realmente diferente, face a uma realidade repleta de condicionantes e condicionamentos¹¹.

Ianni enfoca uma face importante da realidade política global, que é a formação e atuação da mídia, considerada a intelectual orgânica das classes, grupos ou blocos de poder dominante no mundo¹². Esse sistema receptor e consumista, forma, conforma, ou influencia decisivamente, as mentes e corações de muitos, em todo o mundo.

Tais apelos são facilmente encontrados em todos os cantos do nosso dia-a-dia, como um *outdoor* de academia, oferecendo atividades milagrosas para se chegar ou manter a “forma”, segundo a ideologia da “fôrma”, no entendimento de saúde como sinônimo de estética corporal.

¹¹ CAPRA, F. **Humanização, desenvolvimento e o modelo econômico mundial**. Curitiba: CREA, 2004.

¹² IANNI, O. A política mudou de lugar. In: DOWBOR, L. et.al. (orgs.). **Desafios da globalização**. Petrópolis: Vozes, 2002, p.17-27.



“Entende agora o que são 500 calorias por aula?”

Estas contradições podem ser observadas em outro *outdoor*, na mesma avenida que se encontra o *outdoor* anterior. É uma proposta de uma instituição de ensino médio, com total ausência de estética, por lançar diversas palavras como transdisciplinaridade, complexidade, alteridade, autonomia, multiculturalismo, consciência planetária, processo sistêmico, transformação... Mas de uma essência profunda, por sinalizar os princípios de formação educacional da instituição, fechando com a frase “Esta educação você não encontra nas vitrines ou prateleiras”.



“Esta Educação você não encontra nas vitrines ou prateleiras”.

Ao comentar sobre esta corporação, Manzini-Covre situa dois encaminhamentos que se desenvolvem concomitantemente, embora em níveis diversos: o de servir aos grupos de poder para explorar e dominar, e o de permitir

um avanço do exercício da cidadania, em um conceito ampliado, pelo debate de valores que pode favorecer, também, a população mais ampla¹³.

Creemos ser oportuno questionar se: não seria pelo processo educacional crítico, o caminho para pensar que a questão da auto-estima está vinculada à alma, portanto, a possibilidade de a alma corrigir o corpo, de compreender a história de seu corpo enquanto ser diferente do outro? Um corpo que nos coloque frente à realidade desse corpo-padrão, confrontando-o, em busca da opção pela compreensão de sua origem e de um ambiente vivido, personalizando e assumindo seu corpo, como único, diferente e incomparável? Será que pela essência da alma não poderão ser aguçadas as reais intenções de vozes, por vezes, ocultas?

Categorizar os “defeitos” do corpo e, a partir daí, mostrar possibilidades de corrigir a alma, é tentar retirar a discussão entre saúde e sociedade de consumo. É camuflar os efeitos da fragmentação dos saberes, impedindo interpretações contextuais. É fechar os olhos para o insaciável poder simbólico, ao sugar e esvaziar a auto-estima de um corpo “defeituoso”, quase o matando, sem escândalos, silenciosamente¹⁴, para depois lhe oferecer um *kit* da felicidade.

1.3 O CORPO CONTEXTUAL DA SAÚDE E SUA REALIDADE

Considerando a política de saúde do Governo Federal, observamos esforços no sentido de priorizar a atenção básica em saúde¹⁵ como movimento de ampliação do modelo de organização, historicamente colocado na doença e no atendimento hospitalar. Essa determinação vem reafirmar alguns dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde – SUS – da “universalidade” no

¹³ MANZINI-COVRE, M. L. **No caminho de Hermes e Sherazade – cultura, cidadania e subjetividade**. Taubaté: Vogal Editora, 1996.

¹⁴ BORDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

¹⁵ Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, englobando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. BRASIL. Lei nº 8080 de 18 set 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990.

atendimento, sem distinções ou restrições, tampouco custos; da “equidade”, no sentido de suprir recursos e serviços de acordo com as necessidades; e da “integralidade”, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento em qualquer nível de complexidade.

Do reconhecido avanço no campo das formulações políticas de saúde – especialmente a partir de 1988, assegurando constitucionalmente o direito de assistência à saúde a todos os cidadãos – até a sua operacionalização, observa-se uma lacuna, em decorrência de entraves técnicos, políticos e econômicos.

Na análise do quadro da saúde no Brasil nos últimos 30 anos, constata-se que várias mudanças ocorreram nos padrões de morbi-mortalidade. Diminuíram a incidência de doenças infecto-parasitárias, as taxas de mortalidade infantil e de mortalidade materna. Por outro lado, aumentaram as taxas das doenças cardiovasculares, das mortes por violência, dos acidentes de trabalho, das diferentes modalidades de câncer.

Ao considerar o período mencionado, algumas questões vêm se destacando no cenário dos problemas de saúde. Um deles é o crescimento das taxas de mortalidade e de morbidade por violência. Esse fenômeno social, nos últimos 25 anos, tem sido o responsável pela segunda causa de mortalidade da população em geral e, pela primeira, nas faixas de 5 a 49 anos de idade. A maior quantidade de vítimas vive no contexto urbano, são do sexo masculino e moram em áreas periféricas, onde geralmente não há a presença significativa de projetos sociais¹⁶.

Outra questão é o aparecimento da epidemia da Aids, que emergiu no país nos anos 80, cresceu no início da década de 90 e se disseminou de forma diferenciada por regiões. Vitimando mais, no final desta mesma década, as classes sociais mais empobrecidas e aumentando sua incidência entre as mulheres. Embora se tenha um melhor controle nos dias de hoje, a Aids ainda configura um perfil de doença infecciosa no Brasil e acomete as populações mais desfavorecidas, em termos sócio-econômicos.

¹⁶ MINAYO, M.C.S. Saúde como responsabilidade cidadã. In: **A saúde em debate na educação física**. Org. Palma, A; Estevão, A; Bagrichevsky, M; Da Ros, M. 2006.

Mais um aspecto relacionado à política de saúde é o aumento da expectativa de vida da população. Os dados de 2002 mostram que há mais de 16.000.000 de idosos no país e que em 2020 o Brasil ocupará o 6º lugar no *ranking* mundial, em número de pessoas com mais de 60 anos de idade. Na inversão da pirâmide entre o idoso e a criança, Minayo aponta a necessidade do aparelhamento de todos os setores da saúde e dos recursos humanos, para oferecer melhores condições de assistência à saúde¹⁷.

No âmbito de gestão da saúde, constantemente nos deparamos com restrições e desvios orçamentários, o que gera a precariedade de recursos humanos, instalações, equipamentos e materiais, refletindo diretamente no caótico cotidiano da assistência à saúde, incapaz de dar conta da enorme demanda.

Entendemos que uma das importantes interseções com a área da saúde é o saber acadêmico, que deve articular a formação profissional e a produção do conhecimento em sintonia com as necessidades sociais nas diversas áreas afins às políticas de atenção à saúde. Todavia, observamos que os objetivos acadêmicos não têm correspondido efetivamente às necessidades, sequer básicas, na saúde, portanto, uma situação ainda muito distante da ideal.

A formação profissional na área da saúde tem se desenvolvido em torno da técnica, em que as abordagens metodológicas do ensino relacionam-se às ciências biológicas; fruto de uma concepção tradicional sobre o homem, prevalecendo a dimensão biológica em detrimento da dimensão sociocultural. Tem-se priorizado as partes do corpo, demonstrando uma visão fragmentada e promovendo visões de aprofundamentos verticalizados, ou seja, especialistas das partes.

A produção do saber no meio acadêmico tem sido sistematicamente marcada pelo “apagamento” do sujeito, decorrente do desenvolvimento de pesquisas de caráter empírico-analíticas, nas quais o tratamento metodológico é caracterizado pela neutralidade, coletando informações e compilando-as, na lógica médica da enfermidade e não na lógica multidimensional do ser humano.

¹⁷ Ibidem.

Portanto, ainda prioriza-se o modelo biomédico sobre a doença, vista ora como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenômeno multidimensional, gerando a fragmentação do entendimento a partir da fragmentação do objeto. Ao comentar sobre a segmentação do saber, Morin afirma que “temos um pensamento que separa muito bem, mas que reúne muito mal”. Há que se pensar a partir dos efeitos cada vez mais grave da hiperespecialização dos saberes e da incapacidade para articulá-los uns com os outros. Isso impede que se veja o global, assim como o essencial¹⁸.

No Brasil, a insuficiente articulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação colabora para um distanciamento entre a formação de profissionais e as necessidades básicas na saúde. Em outras palavras, a maioria das diretrizes curriculares aponta para o campo da especialização, distante das necessidades epidemiológicas e sociais do país. Tendo como consequência, a precária disponibilidade de profissionais dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade¹⁹.

Numa sociedade marcada por grandes desigualdades sociais e econômicas, como a realidade brasileira, observam-se essas tensões em relação ao mundo do desenvolvimento científico e tecnológico, como a clonagem, fertilização *in vitro*, transplante de órgãos; ao mesmo tempo em que milhões de pessoas necessitam da humanização da prática médica, a partir dos referenciais nas políticas públicas de saúde que pregam a universalidade, a integridade e a equidade como princípios básicos na assistência à saúde.

A guerra, a fome, a miséria, o desemprego, a deterioração do meio ambiente, as incertezas e a desestabilização dos valores são a face aparente de uma humanidade que está envolta em crise. Ao mesmo tempo, é de se notar que, no trem da história da saúde coletiva no Brasil, tem-se obtido algumas conquistas constitucionais e de recursos, pela mobilização de instituições e segmentos

¹⁸ PENA-VEGA, A. et. al. **Edgar Morin: Ética, Cultura e Educação**. São Paulo: Cortez, 2003.

¹⁹ REDE UNIDA. **Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/promed/programa.asp>> Acesso em: 12 jul 2006.

preocupados em ver a atendimento médico superar o tradicional modelo biomédico; sob a ótica de uma saúde coletiva que abrange do individual ao coletivo e deste ao mundo em que se vive – buscando suportes antropológicos e sociológicos para melhor compreender esse mundo – e que tende ao individualismo, atomização e anonimização²⁰.

Perante essa realidade brasileira, focalizamos a cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, com aproximadamente 1.750.000 habitantes e que, segundo os gestores municipais, é a única cidade brasileira a entrar no século XXI como referência nacional e internacional de planejamento urbano e qualidade de vida. Em março de 2001, uma pesquisa patrocinada pela ONU apontou Curitiba como a melhor capital do Brasil pelo Índice de Condições de Vida²¹.

Entretanto, Machado²² em “Curitiba, a Qualidade e a Vida”, levantou dados significativos em relação aos setores de Saúde e Educação. No setor de Saúde, observou que 47 bairros que concentram 74,76% da população têm índices de satisfação abaixo de 60%, ressaltando que 28 bairros estão na faixa entre 40 e 60% de satisfação. O setor de Educação é o segundo a concentrar maior número de bairros com níveis de satisfação inferiores a 60% – 45 bairros e 73,05% da população em idade escolar. O autor, ao relacionar Saúde e Educação numa análise única, por considerar duas áreas subjacentes, observou que mais da metade dos bairros possuem qualidade de vida com indicadores inferiores a 60% – mesmo se a média da cidade atinge mais de 75% de satisfação em qualidade de vida. Constatou, também, que quanto mais periférico o bairro, mais deficientes são os indicadores, alertando para uma situação de iniquidade. Quer dizer, se por um lado, parte da população ostenta uma condição de vida comparável a cidades de países desenvolvidos, por outro, uma grande parcela da comunidade se encontra longe de atingir tal *status*, concluindo que a maioria da população não goza de um sistema que propicie qualidade em suas vidas.

²⁰ MORIN, E. **O método: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

²¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Curitiba a cidade da gente**. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/cidade.aspx>> Acesso em: 13 ago 2006.

²² MACHADO, P.H.B. et.al. **Saúde coletiva um campo em construção**. Curitiba. Ibpx, 2006.

1.4 DO MODELO BIOMÉDICO AO DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Considerando o período histórico na área de atenção à saúde, a partir do início do século XVIII, observa-se a implantação de um modelo biomédico centrado na saúde individual, no hospital, na cura e na explicação da doença com ênfase no domínio biológico. Atualmente, encontram-se conceitos de atenção à saúde que compreendem o ser humano em todas as suas dimensões, na relação com os princípios e necessidades sociais.

Portanto, acreditamos ser importante citar alguns eventos que foram marcantes no período supracitado, tanto em propostas com ênfase na formação acadêmica, quanto em gestão na área da saúde coletiva.

De acordo com Foucault²³, as bases doutrinárias dos discursos sociais acerca da saúde emergem na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de “disciplinamento” dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos.

No século XIX, com a Revolução Industrial, os países europeus avançam em um processo macrossocial, ao produzirem melhores condições de vida e de saúde das suas populações. Com a organização das classes trabalhadoras e o aumento da sua participação política – principalmente nos países que atingiram um maior desenvolvimento das relações produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha –, rapidamente incorporaram-se temas relativos à saúde na pauta das reivindicações dos movimentos sociais do período.

Entre 1830 e 1880, surgem, nesses países, propostas de compreensão da crise sanitária como um processo fundamentalmente político e social que, em seu conjunto, receberam a denominação de Medicina Social. Em síntese, nesse movimento postula-se que a medicina é uma política aplicada no campo da saúde individual e a segunda, por sua vez, nada mais é do que a aplicação da medicina no âmbito social, curando-se os males da sociedade. A participação política é a estratégia primordial de transformação na realidade da saúde, na expectativa de

²³ FOUCAULT. *Op.Cit.* 1984.

que as revoluções populares devessem resultar em democracia, justiça e igualdade, principais determinantes da saúde social.

Em paralelo, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, estruturava-se uma resposta a essa problemática estreitamente integrada à ação do Estado no âmbito da saúde, constituindo um movimento conhecido como Sanitarismo. Os sanitaristas, em sua maioria funcionários das recém-implantadas agências oficiais de saúde e bem-estar, produzem um discurso e uma prática sobre as questões da saúde, fundamentalmente baseado na aplicação de tecnologia e nos princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores), destinadas principalmente aos pobres e aos setores excluídos da população.

No início do século XX, com a implantação do Relatório Flexner, desencadeia-se nos Estados Unidos uma profunda reavaliação das bases tecnológicas da medicina, o que resulta na redefinição do ensino e da prática médica a partir de princípios científicos rigorosos. Com sua ênfase no conhecimento experimental de base subindividual, provenientes da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, o modelo conceitual flexneriano reforça a separação entre individual e coletivo; privado e público; biológico e social; curativo e preventivo; representando o paradigma da simplificação – redução e disjunção na Medicina.

Por volta de 1940, os Estados Unidos propuseram a ampla reforma dos currículos de cursos médicos, no sentido de inculcar uma atitude preventiva nos futuros praticantes. No nível da estrutura organizacional, sugeriu-se a abertura de departamentos de medicina preventiva – substituindo as tradicionais cátedras de higiene –, capazes de atuar como elementos de difusão dos conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, até então abrigados nas escolas de saúde pública. A noção de prevenção é radicalmente redefinida, por meio de uma ousada manobra semântica (ampliação de sentido pela

adjetivação da prevenção como primária, secundária e terciária) que termina incorporando a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo²⁴.

Em 1974, no Canadá, o documento conhecido como “Relatório Lalonde” define as bases de um movimento ideológico na saúde, que passou a ser designado como Promoção da Saúde. Esse relatório estabelece o modelo do “campo da saúde” composto por quatro pólos: a “biologia humana”, que inclui a maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; o “sistema de organização dos serviços”, contemplando os componentes de recuperação, curativo e preventivo; o “ambiente”, que envolve o social, o psicológico e o físico; e, finalmente, o “estilo de vida”, no qual podem ser considerados: a participação no emprego e os riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer.

A Carta de Ottawa (1986), documento oficial que institucionaliza o modelo canadense, define os principais elementos discursivos do movimento da Promoção da Saúde: a) integração da saúde como parte de políticas públicas “saúdáveis”; b) atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; c) reorientação dos sistemas de saúde; d) ênfase na mudança dos estilos de vida.

Ainda por volta de 1980, desenvolvem-se programas acadêmicos, principalmente nos Estados Unidos, levemente inspirados nesse movimento, com a sigla HPDP (*Health Promotion Disease Prevention*), indicando a mudança de estilo de vida por meio de programas de modificação de comportamentos considerados de risco (como hábito de fumar, dieta, sedentarismo, etc.).

Vale ainda mencionar que, em 1991, o Banco Mundial, junto à Organização Mundial da Saúde, patrocinou uma atualização dos princípios do movimento da Promoção da Saúde. Neste foi incorporada a questão do desenvolvimento econômico e social, sustentado como importante pauta extrassetorial para o campo da saúde²⁵.

²⁴ AROUCA A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** UNICAMP, 1975.

²⁵ PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Saúde, 2000.

Além disso, no contexto da Conferência Mundial pelo Meio Ambiente, conhecida como ECO 92, promovida pela ONU no Rio de Janeiro, a saúde ambiental foi definida no contexto da célebre Agenda 21 como prioridade social para a Promoção da Saúde.

Na América Latina, o desenvolvimento da teoria e da prática da saúde, no âmbito coletivo, tem incorporado progressivamente enfoques, metodologias e técnicas de investigação das diversas ciências sociais e da saúde; a ponto de se identificar a emergência de um campo de conhecimento e o âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva.

No Brasil, o período entre 1920 e 1950 é evidenciado pelas ações e medidas preventivas, com a finalidade de corrigir a falta de higiene e de conhecimento da família, uma vez que se entendia que esta fosse diretamente responsável pelas condições de saúde das crianças. A história da Saúde Pública, com Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolpho Lutz e outros, reafirma o conceito e a prática da saúde como fruto de um conjunto complexo de condicionamentos sócio-sanitários. As idéias desses “pais” da saúde pública brasileira tiveram amplo desenvolvimento a partir da metade do século XX, representada pelo assim denominado “movimento sanitário”.

A partir de 1970, a saúde coletiva vinda da saúde pública, de forma mais politizada, ganhava força no trajeto das políticas de saúde. A compreensão daquela, na relação com a ausência de doença, já não contemplava as reais necessidades sociais, ou seja, o conceito de saúde não deveria se restringir a um processo puramente biológico, focado na doença, mas também a um processo social. Para tanto, a compreensão da composição plural da sociedade, para a qual as políticas e as ações de saúde eram pensadas, teria que, necessariamente, passar por diálogos com outras ciências, como a história, a sociologia, a antropologia, a psicologia social e a educação. Vários encontros como a Conferência de Otawa (1987) e a Conferência de Alma-Ata (2000) foram determinantes para contextualizar o conceito de saúde, a partir de temas como “saúde para todos”, “participação popular” e “ênfase na atenção primária”²⁶.

²⁶ Ibidem.

Em 1986, a liderança do Movimento Sanitário Brasileiro e a legitimação da população, por meio da participação de seus representantes, forneceram as bases conceituais para a concepção do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil. Foi um processo político e democratizador do setor de saúde, conquistado pela sociedade, trazendo em seu bojo recomendações, como:

“- a saúde deve ser entendida como um processo resultante das condições de vida;

- a atenção à saúde não deve ser restrita apenas à assistência médica, deve englobar a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações;

- a saúde é um direito de todos e um dever do Estado;

- o setor deve ser reorganizado para permitir o acesso universal e igualitário aos serviços;

- assegurar a participação social, acentuando nos indivíduos, enquanto visão orgânica do ser, a condição de atores sociais, como seres sujeitos que devem expressar seus papéis sociais “²⁷.

Em 1989, ao ser promulgada a Nova Constituição Federal, o SUS passou a ser definido como uma nova formulação política e organizacional no reordenamento dos serviços e ações de saúde, tendo como ideário:

“- a universalidade, dando atenção a todo e qualquer cidadão;

- a equidade, entendida como uma possibilidade de atender a todos os cidadãos conforme suas necessidades;

- a integralidade das ações em todos os níveis de atenção, ou seja, em todas as dimensões do ser humano”²⁸.

²⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS no seu município-Garantindo saúde para todos**, Brasília: DF, 2004.

²⁸ SILVEIRA, C.H. **Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil**, 2006.

1.5 OS CONCEITOS DE SAÚDE COLETIVA E SUAS ÊNFASES DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E GESTÃO DE SERVIÇOS NO BRASIL

De início, a Saúde Coletiva foi postulada, essencialmente, como um campo científico, no qual se produzem conhecimentos e saberes disciplinares acerca do objeto “saúde”. O caráter interdisciplinar do objeto sugeria uma integração dominante no plano acadêmico com as necessidades de intervenção-transformação da realidade da saúde.

Propugnava-se uma formação profissional no campo da saúde coletiva, que não se caracterizasse por uma hiperespecialização, sob a pena de perder o entendimento dialético da realidade pelo jogo das partes com o todo ²⁹.

Paim e Almeida lembram que o objeto da Saúde Coletiva se formou nos limites do biológico e do social, ressaltando a necessidade de integração do biológico com os princípios e necessidades sociais, enfatizando o caráter investigativo dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde ³⁰.

A partir de 1990, a Saúde Coletiva foi colocada no âmbito acadêmico com a proposta de interdisciplinaridade e de intersetorialidade.

Michaliszyn reforça a necessidade de uma verdadeira revisão nos projetos pedagógicos das diversas formações profissionais, assim como na gestão da saúde, no sentido de enfatizar a prática interdisciplinar e multiprofissional ³¹.

Ribeiro³² preocupou-se em detalhar a formação acadêmica como um campo de conhecimento, de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Esse campo conforma atividades de investigação sobre a situação de saúde, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de

²⁹ MACHADO, P.H.B. et.al. **Saúde coletiva um campo em construção**. Curitiba. Ibpex, 2006.

³⁰ PAIM, J.S. e ALMEIDA F.N. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: ABRASCO, **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982, p.3-1982.

³¹ MICHALISZYN, M.S. **Op. Cit.** 2006.

³² RIBEIRO, P.T. **A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil**. Rio de Janeiro, 1991.

trabalho, doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais na questão sanitária.

No mesmo percurso, Donnangelo³³ diz que a Saúde Coletiva deve ser entendida como um "conjunto de saberes", que subsidia práticas sociais de distintas categorias profissionais e atores do enfrentamento da problemática saúde-doença-cuidado.

De forma mais abrangente, Gonçalves conceitua a Saúde Coletiva ressaltando o conjunto de práticas (econômicas, políticas, ideológicas, técnicas), que tomam por objeto as necessidades sociais de saúde; como instrumentos de trabalhos distintos, saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, bem como atividades, intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização³⁴.

Paim e Almeida, ao contribuir com uma visão ampla de Saúde Coletiva, observaram que esta se constitui como âmbito de práticas, encontrando seus limites e possibilidades na distribuição do poder no setor saúde e no campo político de uma dada formação social. Citam o sanitarista argentino Mário Testa, que reconhece a Saúde Coletiva como uma prática social, uma construção histórica, de modo a propor, portanto, o redimensionamento teórico da saúde como "campo de força" da produção científica e âmbito de aplicação da tecnociência. Trata-se de um espaço, no qual diferentes organizações e instituições sociais – constituídas por diversos agentes (especializados ou não) – realizam ações concretas de promoção da saúde, dentro e fora do contexto social convencionalmente reconhecido como "setor saúde"³⁵.

Na perspectiva de Shall e Struchiner, a saúde é considerada de forma ampla como a busca de um estado positivo e dinâmico de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao

³³ DONNANGELO M.C.F. A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70. In: **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983.

³⁴ GONÇALVES R.B.M. Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades. **Cadernos CEFOR - Textos 1**. São Paulo: CEFOR, 1992.

³⁵ PAIM J, S. & ALMEIDA F.N. **A Crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

ambiente), pessoal/emocional (autorealização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza)³⁶.

No caminho da promoção da saúde, Candeias levanta a importância da combinação de apoios educacionais e ambientais que têm em vista atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Há a necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde – fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida – com múltiplas intervenções ou fontes de apoio, assim como às circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano³⁷.

Nesse processo de constatação e mudanças, atualmente observamos modelos de aplicação com conceitos de saúde considerados limitados. Todavia, nesse percurso também houve avanços em torno de novos conceitos e práticas na saúde enquanto promoção de saúde, compreendida de forma ampla, como processo que envolve a participação da população no contexto de sua vida cotidiana e não somente pessoas sob o risco de adoecer.

Acreditamos haver em Minayo, uma possibilidade de encontrar a síntese dos diversos conceitos de saúde coletiva citados, ao dimensionar a saúde no contexto da sua própria promoção, bem como da qualidade de vida. Essa direção indica a necessidade de estabelecer relações entre indivíduo e sociedade, vendo o homem como ser simultaneamente biológico e social, dentro de sua sociedade, considerando as condições materiais, primárias e fundamentais da vida humana. Suas forças materiais de produção e transformações das condições materiais; o modo de produção e sua estrutura global (econômica, jurídica, política e ideológica); a formação social (divisão de trabalho, desenvolvimento de forças produtivas, relações sociais de produção, classes sociais básicas e luta de classes)³⁸.

³⁶ SCHALL, V. & STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 1999.

³⁷ CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais, **Revista Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997.

³⁸ RUFFINO NETO, A. **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Conferência proferida no 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte: jul. 1992

Na mesma direção de Minayo, encontramos em Ruffino Neto, detalhadamente, os diversos fatores que determinam a saúde de uma população ou que a influenciam. Indicadores que devem estar presentes em qualquer perspectiva de abordagem ou proposta na área da saúde coletiva. Sendo eles:

Condições de vida: indicadores de condições e qualidade de vida, trabalho, segurança e proteção social.

Políticas sociais e de saúde: vinculadas aos direitos em geral e, em particular, àquelas que dizem respeito à questão de saúde, ou seja, referem-se às interferências do Estado e da sociedade civil para promover a superação das condições adversas. Inclui o direito ao trabalho, ao acesso à educação, à moradia, ao sistema de transporte, ao lazer, à seguridade social, ao saneamento e à infraestrutura básica e ambiental, dentre outros elementos de proteção social e da vida. De forma muito especial, cita as políticas do setor da saúde, em ações preventivas, assistenciais e compensatórias, oferecidas pelo Sistema de Saúde.

Desenvolvimento técnico-científico em saúde: ações responsáveis pelas descobertas que permitem a melhor qualidade de vida, garantindo uma sociedade saudável. Também as teorias, métodos e técnicas capazes de ajudar a superar as condições de agravo à saúde, bem como prevenir e curar doenças.

Prática de atenção à saúde e à doença: são as ações, as técnicas e os conhecimentos organizados na prática médica e em outras profissões da área da saúde, capazes de garantir os procedimentos de tratamento, assistência, alívio e cura dos doentes.

Sistema de crenças e valores sobre saúde-doença: apoia-se nos valores sociais e culturais (e na própria opinião pública), sustentando-se no sistema de crenças sobre saúde-doença e sobre as ações públicas e privadas realizadas nessa direção.

CAPÍTULO II

2.0 SAÚDE: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E A RELAÇÃO COM OS SERVIÇOS

Durkheim, em “As Regras do Método Sociológico”, propôs uma interpretação particular dos fatos sociais e, com ela, um conjunto de regras para orientar o desenvolvimento da Sociologia como ciência da realidade. Com base no modelo metodológico das ciências naturais elaboradas por Comte, constituiu-se uma matriz para a análise dos fatos sociais³⁹.

Tal perspectiva baseava-se em vários pressupostos: a) o conhecimento objetivo produz uma representação fiel do real; b) os fatos sociais são dotados de existência própria e independem das consciências individuais; c) é preciso reconhecer a dualidade entre fatos e valores, sendo os fatos o objeto legítimo da ciência. Há, portanto, a necessidade de postura metódica do sujeito do conhecimento para o afastamento de toda sorte de valores, sendo fundamental a separação formal entre sujeito e objeto⁴⁰.

Ao inserir as ciências da saúde, essas se orientaram pelas vertentes mais tradicionais do modelo hegemônico de ciência, segundo um modelo biomédico, que se aproxima de dois séculos⁴¹. As idéias ocidentais predominantes na saúde enfatizaram mais a cura da doença, do que o bem-estar do ser humano, sustentando que o corpo doente podia ser manipulado, investigado e tratado isoladamente, sem considerar outros fatores. Os saberes e práticas apoiadas, predominantemente, nas ciências empírico-analíticas, reforçaram o sentido de pessoas como “objetos”, por intervirem sobre os seres reduzidos à condição de receptores⁴². Tal corrente metodológica, mesmo que fundada em diversas

³⁹ MAYER, W.V. A geografia humana e o espaço social. MARCELLINO, N.C. (Org.) **Introdução às ciências sociais**. Campinas: 1989, p.92-3.

⁴⁰ BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (orgs) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

⁴¹ CAMPOS. **Op. Cit.** 2000.

⁴² GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

estratégias políticas, sanitárias e terapêuticas, levou à progressiva redução dos coeficientes de liberdade e de autonomia dos sujeitos.

As ênfases teóricas das quais nasceram a saúde pública no país, hoje denominada saúde coletiva, também foram marcadas por essa ciência, formulando articulações simplificadas entre causa e efeito, desconsiderando a dimensão social e histórica do processo saúde/doença; uma visão ambiental restrita a um local que vincula a doença ao agente, ou seja, numa compreensão unicausal. Mesmo avançando para um enfoque multicausal, continuou-se a interpretar a doença como resultante de um grupo de fatores de risco, em que a dimensão social é entendida como variável socioeconômica individual, isto é, como um mero componente entre esses fatores ⁴³.

Morin, ao se referir a este período num olhar contemporâneo, diz que tal visão só pode ser insuficiente. De uma parte, os métodos experimentais de laboratório podem ser apenas parcialmente aplicados às sociedades e menos ainda (eticamente falando) aos indivíduos, e, de outra, é impraticável buscar reduções exatas em tais experiências ⁴⁴.

Das propostas de caráter metodológico, nas quais prevalecia o quantitativo, pouco a pouco observamos a incorporação de novas direções teóricas e metodológicas, ante a crescente insatisfação com os resultados encontrados no âmbito sanitário e, em especial, nos serviços de saúde oferecidos à população.

Do saber contemplativo – no qual o sujeito é um mero expectador passivo do real, em que há supervalorização das técnicas de investigação e a verdade está contida nos fatos, dispensando a intervenção da teoria – passou-se à concepção de um sujeito ativo que constrói os seus próprios esquemas de observação, verificação e transformação da realidade. Uma realidade constantemente reconstruída.

⁴³ MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M.F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n. 1, 2003.

⁴⁴ DEMO, P. **Introdução à Sociologia: Complexidade, Interdisciplinaridade e Desigualdade Social**. São Paulo: Atlas, 2002.

Outra abordagem defende a valorização teórica do sujeito no processo de conhecimento, pois a ciência não responde aos problemas da vida prática nem pode modificar o mundo, defendendo a neutralidade do cientista frente ao objeto de conhecimento ⁴⁵.

Ainda que, no plano teórico, tenhamos observado avanços nas concepções de atenção à saúde, Bosi⁴⁶ afirma que, em pleno início do século XXI, muitos administradores, profissionais da assistência, organizações, sociedades e associações de saúde, seguem empregando um modelo tradicional para entender e propor alternativas no campo da saúde coletiva. Estudos que se propõem a medir ou avaliar o impacto de determinadas ações ou serviços no estado de saúde de populações ou indivíduos, valendo-se apenas de variáveis biológicas – tais como peso inicial e peso final, glicemia e pressão arterial –, subestimam a importância da perspectiva da integralidade presente no ideário do Sistema Único de Saúde e que reconhece o homem na sua totalidade. Assim, pressupõe-se, minimamente, a sua existência em três dimensões (biológica, social e emocional) devendo, todas, ser contempladas por um sistema também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde.

Ao mesmo tempo, um número cada vez maior de atores sociais também vem se interessando pela abordagem qualitativa, como um caminho complementar ou alternativo, na investigação dos processos sanitários vinculados ao fenômeno saúde-enfermidade, ou às políticas, programas e práticas de atenção à enfermidade; não impedindo o reconhecimento de que se dispõe, até o presente momento, de uma produção marginal e dispersa no campo da investigação qualitativa dos serviços de saúde na América Latina ⁴⁷.

Nos Estados Unidos, houve a participação do governo federal quando criado, em 1968, o Centro Nacional para Pesquisa em Serviço de Saúde. Portanto, há 38 anos atrás era quase inexistente a produção de pesquisa em serviços de saúde nas universidades norte-americanas, sendo a maioria dessas pesquisas realizadas pelo Departamento de Saúde Pública. Segundo Thompson,

⁴⁵ MAYER. **Op. Cit.** 1989.

⁴⁶ BOSI & MERCADO. **Op. Cit.** 2004.

⁴⁷ *Ibidem*.

a bifurcação na medicina em dois grupos, curativa e preventiva, atrasou o desenvolvimento de pesquisa em serviços de saúde. A falta de dados, também contribuiu para o atraso do desenvolvimento de pesquisa nessa área. Mesmo assim, hoje o país conta com vários centros de pesquisa em serviços de saúde, com uma volumosa produção científica, publicada em vários periódicos especializados.

No Canadá, a partir de 1970, a pesquisa em serviços de saúde cresceu substancialmente com a criação de vários centros de saúde. Na Inglaterra, após a criação do Serviço Nacional de Saúde, depois da Segunda Guerra Mundial, alguns departamentos de medicina social passaram a estudar os serviços de saúde pública. Hoje esta conta com uma boa comunidade acadêmica engajada nessa área de investigação em alguns centros e universidades. Na Europa está se tornando tão importante que, recentemente, a Organização Mundial de Saúde, por meio do seu escritório regional europeu, elaborou um documento “Pesquisa em Saúde para Todos”, determinando áreas prioritárias de pesquisa, tais como: desenvolvimento de sistemas de informação, estudos comparativos, pesquisa sobre desigualdade, políticas de saúde, comportamento organizacional, etc. A própria Organização Mundial de Saúde reconhece a limitação de seu programa de pesquisa como reflexo de uma instituição, cujo quadro de recursos humanos foi formado mais por especialistas técnicos, com limitado conhecimento de pesquisa, do que por pesquisadores na visão social ⁴⁸.

No Brasil, por volta de 1950, as ênfases teóricas, das quais nasceram a saúde pública, foram influenciadas pelos princípios da ciência empírico-analítica. Em conseqüência, as pesquisas no campo da saúde foram desenvolvidas no campo biomédico e epidemiológico. Só em 1988 é que foi possível privilegiar a mudança de estruturas como a salvação para o setor, sendo uma grande conquista da reforma sanitária consagrada na constituição ⁴⁹.

⁴⁸ RODRIGUES FILHO. **Op. Cit.** 1989.

⁴⁹ MINAYO, M.C.S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, nº 1, p.1-13, 2001.

Apesar desse avanço no campo das formulações teóricas, a área da saúde tem priorizado uma formação em torno da técnica, da especialização, da objetividade e da quantificação. Objetos comuns no desenvolvimento das pesquisas de caráter empírico-analíticas e abordagens metodológicas do ensino relacionadas às ciências biológicas, frutos de uma concepção tradicional sobre o homem, prevalecendo com a dimensão biológica, em detrimento da dimensão sociocultural.

Na produção do conhecimento há um relativo consenso entre os pesquisadores da limitação das abordagens disciplinares, para apreender alguns objetos de pesquisa, e a relevância de perspectivas disciplinares para maior compreensão dos mesmos. Cumpre esclarecer que não se invalida nem se nega a importância da abordagem disciplinar, pelo contrário, a verticalização das ciências deve ser acompanhada de sua complementação horizontal, buscando-se nos nexos interdisciplinares necessários para uma aproximação do que se investiga.

Essa interdisciplinaridade é um dos princípios organizadores do conhecimento que emerge a partir do esgotamento de um padrão de racionalidade, construído sob o paradigma das ciências naturais, que conduziu a um modelo de ciência desvinculado de um conteúdo ético e político. Busca-se, atualmente, recuperar os pontos de integração dos fenômenos na vida social e superar um modelo datado de cientificidade ⁵⁰.

No campo das ações públicas, envolvendo ciência e serviço, e a partir de um olhar contextual integrativo, as obras de Mckeown e lowe ressaltam que as transformações provenientes do saneamento, da melhoria das moradias e das condições de vida dos trabalhadores, levaram a concluir que a elevação dos níveis de qualidade de vida conquistados pela sociedade contemporânea – por meio de intervenções de políticas públicas e sociais, e melhorias salariais – promoveu mais saúde à população, do que o desenvolvimento da ciência e as intervenções médicas ⁵¹.

⁵⁰ NOGUEIRA, V.R. **A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde**. Departamento de Serviço Social-UFSC: Florianópolis, 1999.

⁵¹ MINAYO. **Op. Cit.** 2001.

No Brasil, os trabalhos comunitários são desenvolvidos pela saúde coletiva em torno de um novo modelo de intervenção, voltado ao sujeito e suas representações sociais. Entretanto, ainda continuamos dependentes de modelos médicos e de suas bases filosóficas, que acabam por transformar a saúde em ferramenta de prevenção nos moldes tradicionais. Isto é, ainda encontramos uma prática assistencialista, com predomínio de subprogramas isolados, como as assistências médica, odontológica, oftalmológica e psicológica ⁵².

Minayo reforça que a produção do conhecimento e a gestão da saúde coletiva continuam a se pautar nos marcos da atuação médica, fundada na doença e no evitar a doença, e não na idéia de promoção que privilegia o conceito positivo de saúde. No campo de serviço da saúde, a lógica médica da enfermidade sempre prevaleceu sobre a sociológica dos sujeitos. Em suas organizações, planejamentos e avaliações, a ênfase tem sido muito maior nos métodos que conferem relevâncias aos vínculos entre funções, papéis e relações técnicas. Seus objetivos são, preferencialmente, voltados para perceber a vontade de diferentes autores, mais a fim de controlá-los e dominá-los do que para chamar à participação efetiva, mostrando a prática autoritária de organização da saúde coletiva. A prática do setor tende a ser outorgada no processo de participação mais do que de promotora, não considerando fundamental o papel do indivíduo na construção de uma sociedade saudável ⁵³.

Ao analisar as políticas públicas na saúde, Rodrigues Filho assinala que pesquisas em serviços de saúde são mais um esforço individual de alguns pesquisadores do que uma atividade organizada, a exemplo de países desenvolvidos. Nas áreas de economia e administração, são quase inexistentes os trabalhos da área supracitada. Podemos dizer que no campo das ciências sociais, são poucos, embora relevantes, os trabalhos publicados por alguns cientistas sociais brasileiros ⁵⁴.

Bagrichevsky *et.al* também comenta que a participação dos intelectuais dos diversos setores de saúde, nas principais instâncias científicas e tecnológicas

⁵² MICHALISZYN. **Op. Cit.** 2006.

⁵³ MINAYO. **Op. Cit.** 2001.

⁵⁴ RODRIGUES FILHO. **Op. Cit.** 1989.

deliberativas, figura timidamente nas esferas de formulação de políticas públicas de saúde no país, nos três níveis de governo, sobretudo se considerarmos as últimas décadas. Essa constatação nos remete ao atual *déficit* do conhecimento na área sobre saúde pública, o qual raramente é reconhecido como um saber sociológico, que expressa necessidades de caráter coletivo. Ainda hoje é notória a prevalência de enfoques (em pesquisas) que exploram mais os determinantes biológicos, em detrimento da abordagem dos elementos sócio-culturais, econômicos e políticos, intervenientes no processo saúde-doença ⁵⁵.

2.1 MODELOS E PRÁTICAS DE SERVIÇOS

Ao abordar as políticas de saúde no Brasil, Silveira diz que, na busca da operacionalização do modelo pretendido pelo SUS e por meio da construção dos distritos sanitários, alguns municípios têm procurado se basear na experiência de países cujos sistemas de saúde são reconhecidos mundialmente. Os três modelos estrangeiros que mais têm inspirado as experiências nacionais na construção da estratégia de saúde da família são o cubano, o canadense e o inglês ⁵⁶.

Ao traçar as principais características de cada exemplo, o autor mencionado comenta sobre o modelo de saúde em Cuba. Nesse país, a responsabilidade pela saúde da população é do Ministério de Saúde Pública, o qual, desde 1983, tem tentado cumprir o objetivo estabelecido na Conferência de Alma-Ata, de "Saúde para todos", introduzindo a figura do médico de família, um elemento importante para esse sistema. A saúde é fundamentada na concepção humanística, a qual prioriza o homem como sujeito de sua história, a partir de determinantes sociais. Em termos de programação, o conceito de medicina familiar não estabelece uma relação de subordinação entre partes ou níveis, mas sim uma matriz de inter-relações de apoio e fortalecimento, o que não é confundido com a quebra de hierarquização dos níveis de atenção.

⁵⁵ BAGRICHEVSKY, M. et.al. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: **A saúde em debate na educação física**. Org. Palma, A; Estevão, A.

⁵⁶ SILVEIRA, Op. Cit. 2006.

Já o modelo Canadense aproxima-se do Movimento de Cidades Saudáveis, da Organização Mundial de Saúde, no qual se verifica a ênfase da saúde como política central de governo e a articulação intersectorial como principal estratégia de atuação. O médico de família é responsável pela saúde das famílias vinculadas ao seu trabalho. Independentemente dos seus locais de residência e dos pacientes, ele utiliza o método clínico – centrado no paciente – chamado de diagnóstico abrangente. Esse tipo de atenção exige seis intercomponentes, que são: a exploração da doença e da experiência de adoecer, a compreensão integral do indivíduo, a busca de um campo comum, a incorporação da prevenção e da promoção de saúde, a melhora da relação médico-paciente e a percepção realista das situações. O médico de família incorpora, em sua prática, quatro princípios de medicina familiar: competência clínica, prática que leve em conta a idéia da população de risco, respeito pela comunidade e vínculo estreito com seus pacientes.

No modelo da Inglaterra, a partir da crítica ao modelo americano, sistematizado por Flexner – tecnificado, especializado, medicalizado, hospitalocêntrico, medicocêntrico e de alto custo –, Dawson propõe a reestruturação dos serviços ingleses de saúde. Ele percebia o Estado como provedor e gerenciador de políticas de saúde executadas por serviços que tinham por objetivo, a aplicação de ações curativas e preventivas em regiões geograficamente determinadas. Por isso, defendia ações coordenadas, realizadas por médicos generalistas que atuassem sobre indivíduos e comunidades. Os serviços para as famílias de uma região específica possuíam como base um centro primário de saúde, ou seja, serviços de medicina curativa e preventiva, a cargo de médicos generalistas. Os médicos, em sua maioria, são do distrito, sendo possível que os seus pacientes os sigam. Cada centro primário de saúde tem, por sua vez, um centro secundário como base e este deve estabelecer vínculo com um hospital. Um médico especialista só atenderá a um paciente se ele for encaminhado por um médico geral comunitário. Este último é pago por um sistema de captação e deve trabalhar junto a uma enfermeira comunitária, com fisioterapeutas e outros profissionais da saúde. O médico geral comunitário – que,

em média, tem mais de 7.000 pacientes cadastrados – deve manter contrato com hospitais e com especialistas, para garantir a atenção em todos os níveis. Isso força os hospitais a melhorar a qualidade da atenção e a baixar o custo do atendimento.

O que é possível observar em comum na abordagem dos três modelos, é a presença fundamental do médico generalista como profissional pilar do sistema, que referenda os cuidados primários de saúde e a racionalização de recursos.

No caso do Brasil, há uma tentativa de compartilhar responsabilidades entre seus membros, fundamentando-se em duas vertentes de pensamento: a medicina comunitária e o planejamento em saúde. A programação em saúde destinou a atenção primária a esta, integrando atividades de promoção, prevenção e cura em uma mesma unidade.

Esse modelo embasou a construção do enfoque programático na operacionalização da saúde pública. Assim, o Programa de Saúde da Família, no Brasil, nasce como uma estratégia de governo, sob a perspectiva de transformar o processo de trabalho na atenção básica, fundamentando-o em equipes multiprofissionais de saúde.

O programa originou-se em 1993, como resposta a uma demanda dos municípios que solicitavam ao Ministério da Saúde apoio financeiro para mudar a operacionalização da rede básica de saúde. Tem o objetivo geral de contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica de acordo com os princípios do SUS, e atribuir às Unidades Básicas de Saúde uma nova forma de atuação, com definição de responsabilidades entre serviço e população. As práticas devem ser organizadas atendendo tanto a lógica da prevenção quanto a atenção à demanda, sem perder de vista a integralidade das ações. Quanto aos processos de trabalho, são os “fazeres” que enfrentam problemas que se concretizam nas “tecnologias de trabalho” utilizadas para produzir saúde. Dessa forma, o acolhimento – universalização do acesso –, o vínculo/responsabilização – estabelecimento de referência entre equipe e usuário e responsabilidade quanto à produção do cuidado –, e a autonomização – produção de cuidado que leva à

autonomia do usuário –, são tecnologias fundamentais para a formação de uma nova subjetividade entre os profissionais da saúde.

O desenvolvimento dos estudos em atenção básica e o fomento de novas políticas públicas, como a criação da Política das Práticas Integrativas e Complementares (Portaria GM 971/2066), acabaram por proporcionar a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF –, no início de 2008 (D.O. 18/03/08). Reunirão profissionais de diversas áreas no atendimento à população, sendo eles fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos – ginecologistas, pediatras, acupunturistas, homeopatas e psiquiatras –, profissionais de educação física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e psicólogos.

2.2 PRINCÍPIOS DE TRABALHOS MULTIDISCIPLINAR, INTERDISCIPLINAR E TRANSDISCIPLINAR: O DISTANCIAMENTO DA TEORIA À PRÁTICA

No Brasil, o trabalho em equipe inicia-se em 1924, no Instituto de Higiene e Saúde de São Paulo. Partia-se, então, da conjectura que a posse de conhecimentos e diagnósticos comuns viabilizaria uma ação, que superaria a atividade individual e daria conta da complexidade do setor. Por volta de 1980, a ampliação da equipe, com a inclusão crescente de novos profissionais, decorreu de uma concepção ampliada de saúde, determinada por aspectos sociais que interferem no processo saúde-doença, ultrapassando uma visão unicamente biológica, médico-sanitária e higienista. Tal concepção e forma de organização do trabalho no setor têm estatuto legal, resguardado pela última Constituição Federal, pela Lei 8080 e Resolução 218 do Ministério da Saúde. Esse pressuposto persistiu no ideário dos profissionais que atuam na área, e hoje verificamos um avanço na compreensão dos elementos que otimizam a ação das equipes de saúde. Produzir bens e serviços exige, devido à ampliação e sofisticação das demandas atuais, tanto a divisão social e a técnica do trabalho, quanto a sua posterior unificação por meio de um objetivo comum ⁵⁷.

⁵⁷ NOGUEIRA. **Op. Cit.** 1999.

Ao abordar a importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na saúde, Nogueira comenta que estão implícitas nessa prática, algumas categorias que devem ser explicitadas para maior clareza e compreensão da exposição.

Primeiramente, reconhecer que o espaço da instituição onde se desenvolve a ação é fundamental para direcionar a prática profissional, privilegiando a pesquisa ou a assistência à saúde. Tais finalidades, isto é, a produção de conhecimento ou a intervenção, direcionam a reflexão, devendo a interdisciplinaridade ser analisada nas duas vertentes.

Em segundo lugar, o tratamento de qualidade deve indicar uma concepção ética e política, que traduz a noção de sujeito ao enfermo ou aos segmentos que demandam serviços e ações de saúde. Sujeito este que tem direito de ser resguardado, sendo o primeiro, o direito a um tratamento de qualidade, traduzido em aspectos que vão desde o direito à informação sobre seu estado de saúde, ao cuidado com dignidade, em questões de vida diária. Essa concepção amplia a equipe, integrando os profissionais que detêm o saber científico com os demais agentes, com práticas e papéis específicos, que também estão em relação direta com o usuário e seus familiares.

Ao se refletir sobre a importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na saúde, algumas ponderações iniciais se impõem:

A) o tema interdisciplinaridade vem integrando a agenda de discussões acadêmicas e institucionais, praticamente desde 1960, com divergências e congruência em termos teóricos e operacionais, ampliando sua densidade conforme se constata sua importância e demanda contemporânea;

B) alguns campos do conhecimento e de práticas profissionais têm se destacado no debate e contribuído, assim, para sua ampliação. Constata-se que isso vem ocorrendo especialmente na área da educação, saúde e meio ambiente, o que pode ser atribuído às exigências do objeto de pesquisa e de intervenção que estruturam tais áreas;

C) o novo enfoque na atenção à saúde, inclusive como política nacional, expresso nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de assistência integral, o que supõe a ação interdisciplinar;

D) a tendência, do tempo presente, no que se refere a um novo paradigma axiológico em relação ao homem, compreendendo-o sob uma perspectiva ontológica e não mais reducionista e fragmentada, o que traz, como consequência, novas maneiras de abordar questões relativas a este, tanto em termos de conhecimento como de ação;

E) o risco de uma supervalorização da interdisciplinaridade devido a incompreensões conceituais e adoção formalística da sua prática, como um modismo ou uma panaceia que trará soluções mágicas às questões abordadas.

Discutir a importância da equipe e, especialmente, de uma equipe interdisciplinar no tratamento da qualidade em uma área complexa como a saúde significa, então, compreender como as questões antes citadas condicionam e são condicionadas pela *práxis* cotidiana. Tendo-se como pressuposto inicial que o espírito interdisciplinar, mais do que ser pensado e teorizado, deve ser vivenciado⁵⁸.

Ao comentar a importância de uma equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde, Nogueira detalha sobre a sua importância, seus fundamentos e suas dimensões.

Os fundamentos do trabalho em equipe

Duas condições decorrentes do processo civilizatório determinam a articulação entre ciências e disciplinas profissionais, na busca de um atendimento mais efetivo e eficaz às demandas da sociedade, especialmente na esfera da prestação de serviços – o avanço das ciências e a expansão histórica das necessidades sociais.

O trabalho em equipe situa-se como uma das formas de dar maior rentabilidade às atividades humanas, superando as ações fragmentadas e

⁵⁸ Ibidem.

buscando uma visão de globalidade, atributo dos fenômenos e fatos sociais. Quando realizado por profissionais com saberes e práticas específicas, legitimadas institucionalmente, apresenta algumas características que devem ser recuperadas quando se tenta identificar os elementos que determinam o sucesso do trabalho conjunto, como: interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingirem maior eficácia nas suas atividades. Essa equipe é construída e vivida pelos seus membros, que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas, até que atinjam equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações.

Duas dimensões da interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade apresenta, hoje, duas dimensões bem demarcadas, embora interligadas e interdependentes, com determinações e procedimentos diferenciados: a dimensão relativa à construção do conhecimento e a que se refere à ação interventiva, em outras palavras, uma que diz respeito ao universo epistemológico e outra à práxis.

O Conselho Nacional de Saúde promulgou, em 1996, a Resolução 218, que qualifica as categorias profissionais que devem ser consideradas de saúde interventiva. Tal exige, para uma análise e proposições operativas, categorias analíticas distintas, construídas a partir de recortes da realidade, que são os objetos de pesquisa e intervenção.

Dimensão do conhecimento

No que se refere à produção de conhecimento, há um relativo consenso entre os pesquisadores da limitação das abordagens disciplinares para apreender alguns objetos de pesquisa e para a relevância de perspectivas interdisciplinares, a fim de uma maior compreensão dos mesmos. Nesses casos, a imposição da interdisciplinaridade decorre da natureza do objeto pesquisado. Cumpre observar que não se invalida ou se nega a importância da abordagem disciplinar, pelo

contrário, a verticalização das ciências deve ser acompanhada de sua complementação horizontal, buscando-se os nexos interdisciplinares necessários para uma aproximação do que se investiga.

Existe, atualmente, uma hegemonia no pensamento científico que as ciências não conseguem esgotar o real, devido a sua densidade e complexidade. Sendo, ainda, reconhecido o conhecimento científico como aproximado, temporário, datado e atravessado por valores e concepções de mundo. Nas ciências, que têm como objeto de estudo o homem, essa particularidade é mais evidente, o que, entretanto, não deve impedir seu estudo, mas reconhecer a redutibilidade da abordagem disciplinar para a compreensão da totalidade e a exigência de aportes de disciplinas diferenciadas.

Os debates sobre a interdisciplinaridade na pesquisa têm como origem e fundamento a busca do saber unificado para preservar a integridade do pensamento e evitar o aprofundamento de uma concepção fragmentária do ser humano e do mundo. Parte-se do pressuposto de que a realidade contém em si o todo e a parte, o uno e o múltiplo, os quais são pares dialéticos, não polaridades estanques. Não se busca, no entanto, como poderia parecer, eliminar os limites e as fronteiras entre as ciências, tampouco tentar estabelecer um conhecimento universal, uma superdisciplina que condicione e direcione hegemonicamente a produção do saber científico. A interdisciplinaridade situa-se como um princípio que decorre do fundamento do ato de conhecer – o homem ao conhecer transforma a si e o mundo⁵⁹.

A interdisciplinaridade, como um novo princípio organizador do conhecimento, emerge a partir do esgotamento de um padrão de racionalidade construído sob o paradigma das ciências naturais e que conduziu a um modelo de ciência desvinculado de um conteúdo ético e político. Busca-se, atualmente, recuperar os pontos de integração dos fenômenos na vida social e superar um modelo datado de cientificidade, conforme apontou Boaventura Sousa Santos, em

⁵⁹ VASCONCELOS, E.M. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**, 1996.

um colóquio sobre “Política, Ciência e Direito e os Desafios da Pós-Modernidade”, realizado na Universidade de Brasília, em 1992. Indica ainda, o mesmo autor, que a ciência pós-moderna é uma ciência assumidamente analógica que procura descobrir categorias de inteligibilidade globais, conceitos quentes que derretem as fronteiras em que a ciência moderna dividiu e encerrou a realidade. No paradigma emergente, o conhecimento é indiviso e a sua fragmentação não é disciplinar, mas temática, os temas são galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros. Ao contrário do que sucede no paradigma atual, o conhecimento avança à medida que o seu objeto se amplia.

Ainda que não se concorde que a interdisciplinaridade se situe como um estatuto paradigmático para a ampliação do conhecimento, verifica-se que é um princípio que tende a reger a produção científica atual.

Dimensão interventiva ou instrumental

A outra dimensão da interdisciplinaridade, ou melhor dizendo, a sua outra face é a que diz respeito à aplicação do conhecimento à resolução de problemas práticos, à ação interventiva que pretende alterar variáveis empíricas. Tem outra especificidade e é condicionada por uma ordem diversa de fatores, embora não se desvincule, em sua gênese, da primeira dimensão analisada.

A interdisciplinaridade impõe, necessariamente, o estabelecimento de vínculos de integração no processo de trabalho, ainda que no plano teórico não haja uma articulação efetiva. Assim, interdisciplinaridade é mais do que a simples comunicação, podendo ser vislumbrada quando esta ou o diálogo sobre e entre saberes e práticas gerar uma integração mútua, constituindo novos saberes e novas práticas que busquem a resolução de um problema concreto.

Esse recorte da interdisciplinaridade pode ser melhor analisado, utilizando-se categorias analíticas da sociologia das profissões e da análise institucional. Tal encaminhamento permitiria ampliar um pouco mais o debate atual, inclusive apontando para a avaliação das práticas profissionais concretas e indicação

estratégica para implementação mais efetiva de ações profissionais, que se pretendem interdisciplinares.

Vasconcelos⁶⁰ apresenta alguns conceitos e níveis da ação interdisciplinar, extraídos originariamente de Japiasu e adaptados para exemplificar as questões na área estudada:

A) a multidisciplinaridade pode ser encontrada quando profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, com grau mínimo de cooperação e troca de informações, coordenados administrativamente no plano institucional. É usual em práticas ambulatoriais convencionais, sendo que a única inter-relação é um sistema de referência e contrarreferência;

B) a pluridisciplinaridade tem como exemplo as reuniões clínicas, nas quais os casos clínicos são discutidos e se trocam informações entre os profissionais que cuidam dos mesmos, podendo inclusive haver um planejamento ou uma avaliação de ações e procedimentos terapêuticos, sem existir uma teleologia própria que presida os trabalhos. A partir da discussão, cada profissional encaminha suas ações de forma independente, sem fugir de seus limites e objetivos profissionais restritos e pré-estabelecidos;

C) a interdisciplinaridade ocorre quando há, entre os integrantes da equipe, reciprocidade, relações profissionais e de poder tendentes à horizontalidade e com perspectiva de estratégias comuns para a ação;

E) a transdisciplinaridade que implica a criação de um campo teórico operacional ou disciplinar novo e mais amplo, com a diluição das fronteiras disciplinares e a emergência de um novo tipo de modalidade profissional⁶¹.

A importância do trabalho interdisciplinar em equipe

Ao ressaltar a importância do trabalho de forma interdisciplinar, Vasconcelos⁶² esclarece que esta ação não visa ao retorno a uma idéia

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Ibidem.

⁶² Ibidem.

totalizadora do saber, sob a hegemonia de uma única disciplina, mas sim o de reintroduzir, no debate e nos encaminhamentos operativos, as situações atuais e de risco. São essas situações atuais e de risco que, analisadas e pesquisadas intensivamente pelos profissionais envolvidos com a saúde, possibilitaram a instituição de novos modelos ou paradigmas de atenção ao enfermo que demanda o sistema ambulatorial, hospitalar ou a esfera preventiva. Por exemplo, a intensificação do cuidado domiciliar, o estabelecimento de redes de apoio ao paciente e familiares, novas terapias – alternativas que, forçosamente, determinarão alteração no processo de trabalho coletivo e interdisciplinar.

Após a sucinta abordagem dos aspectos que interferem na ação interdisciplinar, é possível fazer algumas indicações sobre a sua importância:

A) as exigências da espécie humana, ameaçada pela depredação do meio-ambiente, supõem a ação interdisciplinar para reduzir ou resolver tal ameaça;

B) o pensamento complexo, fundante da racionalidade contemporânea, conforme sintetiza Morin, impõe, de *per si*, o trato interdisciplinar nos aspectos epistemológicos, políticos, metodológicos e no trânsito do conhecimento para a intervenção;

C) os avanços do conhecimento científico e as inovações tecnológicas apresentam, constantemente, novas exigências em termos teóricos e metodológicos que se traduzem na incorporação de disciplinas distintas para elucidar questões tradicionalmente unidisciplinares, criando, inclusive, em algumas ocasiões, novos campos disciplinares;

D) o processo civilizatório que concorre para novas requisições em diversos planos – culturais, econômicos, sociais e ambientais – que as disciplinas, isoladamente, não dão conta de encaminhar satisfatoriamente;

E) o reconhecimento de que os problemas de saúde não são puramente biológicos, mas também condicionados pelas estruturas: social, econômica, política e cultural. Portanto, suas soluções transitam pelas áreas mencionadas e pelos planos objetivos e subjetivos, simbólicos e concretos. A ação interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de relações

peçoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do paciente e de seus familiares;

F) a ação interdisciplinar vem como uma resposta à diversidade e à especialização características da modernidade, tanto em relação aos conhecimentos quanto ao mundo profissional. Surge não contra a cegueira do especialista, como se usa dizer, mas como possibilidade de integrar um conhecimento específico aos demais, enriquecendo a compreensão do objeto estudado e ampliando a eficácia interventiva.

Recomendações para o trabalho interdisciplinar

Embora se reconheça que o processo de implementação das equipes interdisciplinares é bastante específico, subordinado aos objetos de intervenção ou de pesquisa, às intencionalidades políticas e às necessidades sócio-institucionais, os estudos já realizados apontam algumas recomendações e indicações que podem contribuir para o sucesso da ação, com menor desgaste profissional:

A) a necessidade de ação em equipe, mais do que qualquer norma burocrática ou administrativa, é o primeiro passo para a reorganização efetiva do trabalho entre os pares. Além desse reconhecimento, é importante rever as legislações específicas das profissões e da política de saúde, que normatiza a atenção ao enfermo ou usuário dos serviços;

B) a consolidação da equipe passa pela articulação do trabalho coletivo, tanto no que se refere a objetivos comuns quanto à reflexão de como estes se constituem. Observa-se que há uma permanente tensão entre a autonomia profissional e os objetivos comuns. Essa tensão deve ou pode ser contornada quando os objetivos são estabelecidos coletivamente, pactuados entre os integrantes. O trabalho pode ser articulado e integrado quando pautado na autonomia de profissionais que elaboram objetivos tornando-os comuns a todos, constituindo-se, assim, uma equipe ou um grupo de trabalho devidamente organizado e coeso, considerando seus ideais profissionais;

C) outro tensionamento com o qual se deve ter cuidado é relativo à adoção, pela equipe, de objetivos institucionais, previa e hierarquicamente definidos por instâncias, quando o grupo profissional torna-se o executor de tarefas e atividades indicadas – a clássica dicotomia entre o *pensar e o fazer*. Nesse caso, o princípio básico da concepção do trabalho intelectual – a capacidade de pensar e executar o processo de trabalho – é desobedecido, fragilizando a relativa autonomia do intelectual, ainda que com possíveis ganhos na integração de ações;

D) outra tarefa é a criação de uma vontade política, que pode se iniciar com a discussão de um paradigma de atenção ao paciente oncológico, sustentado por um projeto “teórico, político e assistencial” que possa ser posteriormente avaliado. Vasconcelos sugere que da elaboração do projeto se deva constituir um processo o mais coletivo possível, incluindo as contribuições dos diferentes tipos de profissional, possibilitando a “transcodificação dos conceitos de cada disciplina e cultura profissional e forjando um vocabulário básico comum a partir da práxis coletiva do grupo”. A avaliação servirá para evidenciar conquistas da ação coletiva e inibir veleidades e discrepâncias profissionais desmedidas. Um projeto com objetivos partilhados, estratégias, metodologias e abordagens para a prática cotidiana se constitui como aliado poderoso na garantia do cumprimento de responsabilidades;

E) o estabelecimento permanente de canais de comunicação, entre o grupo de profissionais que trocam saberes e práticas, cria, paulatinamente, o espírito de equipe, superando ou administrando divergências axiológicas, teóricas, metodológicas e estratégicas. O processo de construir e manter uma equipe “deveria necessariamente incluir condições de diálogo, de expressão e determinações de trabalhar questões antagônicas e conflituosas”⁶³.

F) a garantia da ação reflexiva sobre o processo de trabalho a executar e a ser executado, pois a individualização dos sujeitos que prestam e recebem os

⁶³ RIZOTTI, M.L. A. **Trabalho em Equipe** – um estudo de caso na área da saúde. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1991.

serviços deve ser uma constante, sendo este o princípio básico dos serviços – a individualização da norma e a normatização das rotinas e indivíduos;

G) deve-se considerar que as pessoas são diferentes, têm visões de mundo, expectativas e projetos distintos e a coesão intragrupal nem sempre é imediata. Na maior parte das vezes é imprescindível um período de adaptação interna, seguido da necessária auto-organização grupal para aceitação dos objetivos e definições quanto ao processo de trabalho e cumprimento das tarefas. Durante essa fase, tensões e conflitos devem ser trabalhados no sentido de serem identificados, refletidos e superados, quando e na medida do possível;

H) cada integrante da equipe deve ter claro o seu papel – o seu campo de intervenção, as suas possibilidades e limites –, assim como o dos demais profissionais. Não ocorrendo tal, o mais provável é uma diluição de responsabilidades e, em lugar da diminuição das fronteiras de ação entre as profissões, haverá a irresponsabilidade e a recusa em assumir deveres em relação aos demais colegas;

I) a preocupação com a qualidade do vínculo interpessoal, que desempenha um papel essencial para fortalecer o pertencimento e a cultura comum, o que favorece a organicidade e a congruência de idéias e práticas. O *espírito de equipe* é construído em um espaço de livre manifestação de opiniões, solidariedade, ética e respeito;

J) o tamanho da equipe é determinado pelo tipo de objeto e intencionalidade que se deseja abordar, sendo que, no caso específico, devem-se incluir todas as categorias que têm relação direta ou indireta com o enfermo ou com pessoas que procuram os serviços de saúde. As equipes muito numerosas tendem à dispersão, formação de subgrupos, redução de produtividade, fragmentação de objetivos e ao isolamento paulatino e gradual de alguns integrantes;

K) a alteração do processo de trabalho, de individual e solitário, para a ação em equipe interdisciplinar traz, usualmente, tensões e receios que decorrem da ameaça ao saber e à prática profissional; do desvelamento de possíveis fragilidades técnicas e teóricas; do medo de confrontos emocionais; da

insegurança quanto a críticas e convívio interpessoal. Tais sentimentos não são explicitados, mas se expressam em resistências à mudança, e podem ser superados com coordenação adequada;

L) a importância de uma assessoria externa, um consultor que auxiliaria a equipe a discutir seus bloqueios e dificuldades, a construir realmente a ação solidária e integrada. A literatura sobre a questão aponta, basicamente, quatro tipos de supervisão para a implementação da interdisciplinaridade: a clínica, a administrativa ou estratégica, a institucional e de suporte pessoal. Quando não viabilizada, corre-se o risco das emoções, mobilizadas pelos profissionais, reverterem para o interior da equipe, sem controle nem trato adequados⁶⁴.

Com essas indicações, ficam os desafios da abertura para o novo, para o desconhecido, para alcançar o sucesso do trabalho interdisciplinar, o qual supõe a abertura ao conhecimento do outro, as trocas e reflexões com inúmeros pontos de vista, a complementaridade e a construção de projetos com objetivos comuns.

A realidade do trabalho em equipe

Considerando os aspectos positivos e necessários na implementação de trabalhos em equipe – aqueles levantados por Vasconcelos, Nogueira e Rizotti –, ficamos frente a uma realidade, na qual os saberes e as práticas se encontram ancorados em instituições e organizações corporativas, ao mesmo tempo, fragmentadas em si.

Leite, em seu depoimento, coloca que mesmo tendo a formação nas áreas da Medicina e da Educação Física, sente grande dificuldade a um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

A forma como cada profissão se institucionalizou, como ela resguarda seus saberes e suas práticas e como ela obtém sua legitimação e reconhecimento social, são aspectos históricos que influenciam diretamente na conduta de seus profissionais, diante de trabalhos interdisciplinares. As universidades que produzem o saber, assim como as instituições gestoras de saúde, desde o âmbito

⁶⁴ Ibidem

municipal ao federal, ainda sofrem com esse processo de formação, em que prevalece a departamentalização no ensino e, em consequência, a fragmentação na gestão de serviços.

Em torno do mundo acadêmico e de gestão de serviços, os sindicatos, os conselhos profissionais e as associações exercem grande influência na forma de organização do trabalho, estabelecendo padrões que se fecham ao exercício profissional interdisciplinar. Algumas corporações, com estatutos mais rígidos e com forte reconhecimento social, têm maior dificuldade de adequação ao trabalho sem fronteiras. Ao contrário, qualquer situação que venha limitar ou reduzir a competência assegurada no regulamento profissional da corporação é vista como ameaçadora e imediatamente afastada.

A situação atual do mercado de trabalho, com o elevado número de profissionais e a ampliação do desemprego estrutural, tanto em países centrais quanto em periféricos, é outro fator que incide sobre a ação em equipe. O receio da perda de emprego ou de funções profissionais, que tende a ser diluída entre categorias afins, provoca cisões que abalam as possibilidades de um processo de trabalho coletivo.

Diante desse quadro atual, entendemos que o alcance de um trabalho multidisciplinar, já será de bom alcance, reduzindo o distanciamento entre os postulados teóricos disciplinares e sua prática. Entendendo que os condicionantes e condicionamentos históricos, culturais e sociais, permeados no desenvolvimento da formação acadêmica, assim como, no interior das instituições gestoras do serviço da saúde, são determinantes no processo de transformação de modelos.

2.3 AS RELAÇÕES DO PODER NA IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS NA SAÚDE

Ao considerar uma definição em políticas públicas, na área da saúde, torna-se necessário compreender em que contexto elas surgem e qual o modelo de Estado que viabiliza a sua existência. Atualmente, o cenário mundial ocidental tende a uma ideologia de Estado, em que o mercado é identificado como meio de

obtenção da liberdade econômica e política. Com a excessiva intervenção estatal, aponta-se o Estado como responsável pela atuação da crise econômica e propõe, então, a sua privatização e a liberalização da economia paralelamente ao desaparecimento das políticas públicas ⁶⁵.

Ao compreender a sociedade como complexo sujeito coletivo de saúde, é importante acompanhar, como exemplo, a chamada “Nova Utopia da Saúde Perfeita”, termo caracterizado por Lucien Sfez, na sociedade americana. O projeto ‘saúde perfeita’ está sendo constituído por uma comissão de perfil científico, subvencionado por grupos com interesses econômicos e financeiros. Tal projeto acontece em um momento histórico de extraordinário avanço científico na área da biologia e da genética, que tem financiamentos concentrados das companhias de seguro e de toda a indústria da saúde. O nicho de investimento na investigação do projeto Genoma e na busca do ambiente limpo e puro constitui, hoje, o novo mito americano, na ânsia de conseguir a “saúde perfeita” por meio da predicação genética e da prevenção do contágio, garantindo um ambiente completamente limpo e despoluído. Uma onda que combina a concepção ecológica com a idéia de uma saúde individual, redefinindo o conceito de saúde pública, pois as companhias de seguros de saúde, em sua maioria, já utilizam as novas tecnologias de detecção de doenças e de problemas individuais relacionados à sua clientela. Esse movimento se apoia no mito da imortalidade, fortemente arraigado na humanidade, numa lógica de exclusão, presidindo a concepção de “saúde perfeita” ⁶⁶. Ortiz é oportuno ao colocar que os conflitos epistemológicos são sempre, inseparavelmente, conflitos políticos ⁶⁷.

No Brasil, deparamo-nos com as tentativas de conquistas espaciais de corporações profissionais na área da saúde, refletidas na discussão do Projeto de Lei do Ato Médico⁶⁸, proposto pelo Conselho Federal de Medicina e visto como polêmico, especialmente nas contradições em relação às competências afetas aos profissionais da área da saúde, quando diz: “O Projeto do Ato Médico não

⁶⁵ SILVEIRA. **Op. Cit.** 2006.

⁶⁶ MINAYO. **Op. Cit.** 2001.

⁶⁷ BOSI e MERCADO. **Op. Cit.** 2001.

⁶⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Projeto de Lei do Ato Médico**. PLS nº 25/2002, out/2003.

subordina nenhuma outra profissão aos médicos, nem retira nenhuma outra categoria profissional as prerrogativas que detenha”, no entanto, “quando se trata do diagnóstico de enfermidades e da indicação de condutas para o tratamento somente o médico possui a habilitação exigida para tais ações”.

Frente a essa intenção e inspirando-se em Bourdieu⁶⁹, é oportuno comentar que os agentes do campo da nobreza procuram preservar e aumentar o reconhecimento e a honra no campo em que jogam. Como agentes do campo econômico, que procuram aumentar seu capital, por meio de conquistas territoriais de áreas do conhecimento. Sendo o mesmo que jogarem pelo outro, no campo do outro, ao invés de pensarem em jogar junto com o outro, priorizando a aplicação de conteúdos por meio de atuações interdisciplinares no campo da prevenção, especialmente no campo das políticas públicas.

Depara-se também com a questão do financiamento, apresentando-se como um grande desafio aos gestores, na garantia da eficácia e da qualidade dos serviços de saúde. Mesmo observando um aumento de 60,7% dos gastos federais com saúde – período de 2000 a 2004 –, 74% dos municípios aplicou recursos além do mínimo recebido. É tocante o descumprimento da União com a obrigação do repasse conforme a Emenda Constitucional 29⁷⁰.

Como bem colocam Spagnuolo e Guerrini⁷¹, cada vez mais se distanciam implementações direcionadas ao conceito de promoção de saúde, ao ocultar-se a responsabilidade do Estado com a política de saúde, sem encarar a pobreza e toda a desestruturação em seu entorno marcadas, simultaneamente, pela falta de emprego, de habitação, de infraestrutura adequada às necessidades humanas; como água potável, destinação do lixo e esgoto, poluição dos ambientes e carências alimentares e educacionais.

⁶⁹ BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

⁷⁰ GIOTTO, E. Recursos para ações e serviços públicos de saúde. **Revista Olho Mágico**, v.13(2), abril/junho 2006.

⁷¹ SPAGNUOLO, R.S. & GUERRINI, I. A. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface**, v.9, n.16, p.191, set 2004 – fev 2005.

CAPÍTULO III

3.0 LOCO DE PESQUISA – CURITIBA

Ao observar o *site* da cidade de Curitiba – elaborado pela Prefeitura Municipal de Curitiba –, esta se apresenta como a capital do Estado Paraná, um dos três Estados que compõem a Região Sul do Brasil. Foi fundada oficialmente em 29 de março de 1693.

No século XVII, sua principal atividade econômica era a mineração, aliada à agricultura de subsistência. O ciclo seguinte, que perdurou pelos séculos XVIII e XIX, foi o da atividade tropeira, derivada da pecuária. Os tropeiros eram condutores de gado que circulavam entre Viamão, no Rio Grande do Sul, e a Feira de Sorocaba, em São Paulo, conduzindo gado com destino a Minas Gerais. O longo caminho e as intempéries faziam com que os tropeiros fizessem invernações em fazendas como as localizadas nos campos de Curitiba, à espera do fim dos invernos rigorosos. Aos tropeiros se devem costumes como o fogo de chão para assar a carne e contar "causos"; a fala escandida – o sotaque "leitE quentE" –; o chimarrão (erva-mate com água quente, na cuia, porque os índios a utilizavam na forma de tererê, com água fria); o uso de ponchos de lã; a abertura de caminhos; e a formação de povoados.

Foi no final do século XIX, com o ciclo da erva-mate e da madeira em expansão, que dois acontecimentos foram bem marcantes: a chegada em massa de imigrantes europeus e a construção da estrada de ferro Paranaguá-Curitiba, ligando o litoral ao primeiro planalto paranaense.

Ao longo do século XX, imigrantes europeus e de outros continentes, deram nova conotação ao cotidiano de Curitiba. Seus modos de ser e de fazer se incorporaram de tal maneira à cidade, que hoje são comuns as festas cívicas e religiosas de diversas etnias. Dança, música, culinária, expressões e a memória dos antepassados, representada nos diversos memoriais de imigração, em espaços públicos, como parques e bosques municipais.

A "mítica imigrante do trabalho", anotada pelo saudoso poeta e artista curitibano Paulo Leminski, aliada às gestões municipais sem quebra de continuidade, acabou por criar uma Curitiba planejada e premiada internacionalmente, em gestão urbana, meio ambiente e transporte coletivo. A capital do Estado do Paraná, situada num altiplano a 934 metros do nível do mar, carente de paisagens oferecidas pela natureza, acabou criando suas principais referências pela ciência e pelas mãos humanas.

No cenário da cidade planejada, a indústria se agregou com força ao perfil econômico antes embasado nas atividades comerciais e do setor de serviços. A cidade enfrentou, especialmente nos anos 1970, a urbanização acelerada, em grande parte provocada pelas migrações do campo, oriundas da substituição da mão-de-obra agrícola pelas máquinas. A globalização, um fenômeno do quarto final do século XX, ampliou fronteiras e induziu governos ao planejamento centrado no homem, aquele que faz do habitante a prioridade da cidade, em seu papel de palco para a vida.

Em março de 2001, uma pesquisa patrocinada pela ONU apontou Curitiba como a melhor capital do Brasil, pelo Índice de Condições de Vida. Também a única cidade brasileira a entrar no século XXI como referência nacional e internacional de planejamento urbano e qualidade de vida⁷².

3.1 CURITIBA NOS ÚLTIMOS 40 ANOS

Com base no relato de Gnoato⁷³, posterior a Brasília, a experiência de Curitiba foi das mais importantes ocorridas no Brasil, na segunda metade do século XX. Uma de suas características foi a adoção de conceitos desenvolvidos pelos últimos Congressos Internacionais de Arquitetura Moderna, de intervenção em cidades existentes a partir de suas vocações locais. Curitiba se estruturou como cidade, devido ao seu processo de planejamento, que teve início em 1965, e a presença do Estado, como indutor de desenvolvimento.

⁷² PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Disponível em: < <http://www.curitiba.gov.br>> Acessado em: 20.08.07.

⁷³GNOATO Disponível em: http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq072/arq072_01.asp. Acessado em 15.05.08.

Em meados dessa década, o Departamento de Urbanismo de Curitiba dispunha do “Plano Agache” (1941-43) para organização de uma cidade que se industrializava. O plano de Alfred Agache para Curitiba refletia suas experiências em cidades como Chicago, Camberra, Rio de Janeiro, entre outras, tendo como referência e exemplo de modernidade, o Plano para Paris (1850), de Eugène Haussmann.

A organização da cidade, via Centros Funcionais; o conceito de *Zoning*, ou zoneamento; a adoção de um Código de Edificações, implantado em 1953, que permitia a execução de novos edifícios com adequadas soluções sanitárias; e, principalmente, um novo desenho urbano, a ser conseguido por meio de um ambicioso Plano de Avenidas – foram as principais propostas do Plano Agache. A implantação do “Plano Massa” na Rua XV, no centro da cidade, que consiste na execução de galerias cobertas para ampliação do passeio de pedestres, permanece como seu registro mais significativo. Outras ações ainda são perceptíveis, como alguns trechos de avenidas perimetrais e a adoção de alguns Centros Funcionais, como o Centro Cívico.

No início de carreira, Jaime Lerner, graduado em Engenharia Civil pela UFPR, obteve bolsa de estudos na França, quando estagiou junto ao projeto para Toulouse *le Mirail*, no escritório de Georges Candilis, Alexis Josic e Shadrach Woods, integrantes do *Team X*. A idéia diretora do projeto foi a criação de uma infraestrutura composta por uma zona de grande concentração de atividades e de elevada densidade habitacional. A concentração das atividades urbanas tinha como finalidade revalorizar “a rua”, considerando-a com uma função primordial da vida da comunidade. Em seu retorno, Jaime Lerner integrou a primeira turma de arquitetos da UFPR, mas o contato com o *Team X* marcou sua atuação como principal liderança no desenvolvimento urbano de Curitiba.

Em menos de uma década, consolidou-se em Curitiba a profissão de arquiteto e urbanista, cujos conceitos têm origem principalmente no “brutalismo paulista”. Os paranaenses consagraram-se nacionalmente como vencedores de concursos de arquitetura, tendo como exemplos mais significativos, o conjunto formado pelas sedes da Petrobrás (1968) e do BNDE (1973), no Rio de Janeiro.

A mesma atitude demonstrada nesses projetos de arquitetura, com ênfase na distribuição de espaços e suas relações com a estrutura e infraestrutura dos edifícios, se transpôs para o urbanismo, na inter-relação entre zoneamento e sistema de transporte coletivo.

Em 1964, o prefeito Ivo Arzua promoveu a contratação de um novo plano diretor para Curitiba, motivado pela visita de um grupo de arquitetos e professores da Universidade Federal do Paraná, preocupados com as dificuldades que o “Plano Agache” mostrava diante do intenso crescimento que se apresentava para a cidade.

A principal discussão do Plano Preliminar era sobre qual proposta de crescimento seria melhor para o futuro de Curitiba. A idéia de cidade delimitada por um cinturão verde, parecia inviável diante da possibilidade de um crescimento indeterminado. A orientação de desenvolvimento a partir de eixos lineares, em contraposição à cidade concêntrica do “Plano Agache”, parecia a mais adequada.

Para o centro de Curitiba foi mantida a permissão de verticalização, mas o futuro crescimento deveria acontecer em novos “centros lineares”, chamados de Eixos Estruturais. Considerando a vocação do bairro do Portão, como centro comercial, determinou-se que a Avenida República Argentina deveria compor o Eixo Sul. Para o Eixo Norte, escolheu-se o prolongamento da Avenida João Gualberto, e para o Eixo Oeste ficou determinado um conjunto de ruas, ainda pouco ocupadas.

Apesar das restrições de ordem política, o Brasil reunia diversas condições favoráveis, no início da década de 70, com o “milagre econômico” e a disposição de planejamento e execução de infraestrutura, característica dos governos militares. Com a posse do arquiteto Jaime Lerner, na prefeitura de Curitiba, em 1971, tiveram início as transformações urbanas na cidade.

O planejamento urbano desenvolvido pelo Instituto de Desenvolvimento Urbano da cidade de Curitiba, a partir das diretrizes de Wilhelm, se baseou no tripé: uso do solo, transporte coletivo e circulação. Uma nova lei de zoneamento, aprovada em 1975, durante a gestão do prefeito Saul Raiz, passou a ser ferrenhamente defendida e mantida pelos urbanistas da prefeitura. Nessa lei, o

uso do solo, seus desdobramentos de coeficiente de aproveitamento e de altura dos edifícios, estava atrelado às concepções dos eixos estruturais e do sistema de transporte coletivo. As três gestões consecutivas na prefeitura, com a mesma equipe de urbanistas, garantiu o sucesso da implementação do urbanismo de Curitiba.

O desenvolvimento do sistema trinário dos eixos estruturais, elaborado por Rafael Dely, tem como principal artéria uma via central de tráfego lento, onde deveria se concentrar o comércio e por onde circularia os ônibus expressos. As vias das outras quadras se transformariam em vias rápidas, uma no sentido centro-bairro e outra em sentido inverso.

Depois de implantados, os eixos estruturais, nos quais se localizam os edifícios de maior altura, se apresentam como uma megaestrutura para Curitiba, definindo seu desenho urbano. Nas áreas contíguas das estruturais, caracterizadas como ZR4, foi permitida a execução de edifícios de média densidade, com seis a dez pavimentos. Em seu conjunto, Curitiba mantém uma estrutura viária radial, mas com concepção diferente do “Plano Agache”, pois o sistema linear das estruturais domina a paisagem.

A primeira linha do ônibus expresso foi inaugurada em 1974 e, em 2000, o sistema atendia a milhares de pessoas, incluindo habitantes da Região Metropolitana. A estação tubo e o ônibus bi-articulado passaram a ser os símbolos do sistema. Outras ruas, transformadas em binários, como as ruas Brigadeiro Franco e Desembargador Motta, passaram a ser designadas como ligações prioritárias. Dentro do entendimento das vocações naturais de desenvolvimento urbano, os caminhos de acesso da cidade, como a Rua Mateus Leme, a Rua Anita Garibaldi e a Avenida Manoel Ribas (entre outras) foram transformadas em vias coletoras, com circulação de ônibus e comércio de bairro com características específicas.

Um anel central circundando o centro da cidade, isolou a área do tráfego de veículos, de modo a otimizar a circulação exclusiva para pedestres nas principais vias do centro. O calçadão da Rua XV, com mobiliário urbano desenhado por Abrão Assad, passou a ser um dos símbolos do planejamento urbano de Curitiba.

O calçadão se estendeu para outras quadras do setor histórico. Criaram-se também as Unidades de Interesse de Preservação – UIP –, recompondo a memória da ocupação histórica da cidade.

Apesar dos esforços do Centro Vivo, organização criada pela ACP, as atividades da Rua XV se restringem ao comércio destinado à população que circula pelo calçadão. O exemplo da Avenida Luiz Xavier (ou Boca Maldita), que mantém circulação de veículos, comprova que a multifuncionalidade de usos enriquece a vida e a animação de uma rua. A circulação restrita de veículos nos calçadões de Curitiba precisa ser revista, a fim de permitir novos usos de comércio e prestação de serviços.

Em seu terceiro mandato como prefeito, Jaime Lerner equipou a cidade com projetos emblemáticos. O enfraquecimento da ação do Estado e o surgimento de uma economia de mercado fizeram com que diminuísse, consideravelmente, a possibilidade de grandes intervenções nas cidades. Contrastando com as administrações anteriores, de caráter técnico, foram implantados diversos parques temáticos, de grande interesse popular, como o Jardim Botânico e o Teatro Ópera de Arame, característicos de uma visão pós-moderna.

Na gestão dos prefeitos Rafael Greca de Macedo e Cassio Taniguchi, deu-se continuidade às intervenções de Curitiba.

A concepção de centros lineares para novas ruas, continuou a estruturar novos bairros, como se observa nas recentes propostas para a BR 116. Durante a década de 1990, implantaram-se as habitações e os equipamentos urbanos ao longo da conectora cinco, conhecida como Ecoville, cuja viabilização de sistema viário e implantação de transporte coletivo aconteceram em função dos financiamentos estatais disponíveis no final da década de 1970.

Como uma cidade contemporânea, Curitiba é uma “bricolagem” de intervenções. Quarenta anos depois do Plano Wilhelm, suas principais premissas ainda persistem, como plano aberto e na estruturação da cidade no tripé: uso do solo, transporte coletivo, circulação, além da procura por constantes inovações⁷⁴.

⁷⁴ Idibem.

3.2 TRAJETÓRIA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: DOS POSTULADOS À FILA DE ESPERA

Conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde⁷⁵, Curitiba, ao longo dos últimos 20 anos, investiu continuamente na atenção à saúde de sua população. Tal fato pode ser constatado por meio de indicadores de saúde que mostram a redução da mortalidade materna e infantil no município, bem como o aumento da expectativa de vida. Pode ser mensurado, também, pela crescente expansão da rede municipal de Unidades de Saúde, priorizando o acesso dos usuários aos serviços.

Em 1979, o município contava com poucas unidades de atenção básica. A partir de então, com a adoção dos princípios da Atenção Primária à Saúde, passou-se a planejar a organização de uma rede municipal de Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas.

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 – estabeleceram responsabilidades ao poder público, atribuindo novas funções à direção municipal, como planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, agora configurados em um Sistema Único de Saúde.

Em 1991, com a implantação da primeira Unidade de Saúde 24 Horas, a SMS passou a prestar serviços de pronto atendimento, ininterruptamente.

Na mesma época, a SMS promoveu a descentralização do sistema, estruturando este em sete regionais de saúde. As Unidades de Saúde passaram a representar a integração dos Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas, com a substituição das chefias isoladas pela Autoridade Sanitária Local, responsável pela gerência da unidade e pela saúde da população, na sua área de abrangência. Fortaleceu-se a Unidade de Saúde para transformá-la em porta de entrada do sistema, referência para a resolução de problemas de saúde e encaminhamentos para níveis de maior complexidade.

Em 1996, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e dos prestadores de serviços vinculados ao SUS, operacionalizou-se a Central Metropolitana de

⁷⁵ Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br>. Acessado em 02 set 08.

Leitos, permitindo o acesso da Região Metropolitana e dos demais municípios ao conjunto de leitos contratados ao sistema público. Na área de Controle e Avaliação, implantou-se o Sistema de Autorização de Procedimento de Alto Custo, permitindo o acompanhamento efetivo dos serviços; usuários e procedimentos, agilizando o processo de liberação das autorizações.

O município de Curitiba habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal, em 1998. A redefinição do financiamento, ampliando a transferência de recursos financeiros, fundo a fundo, e a criação do piso de Atenção Básica Assistencial, mudou a lógica do sistema, ampliando os investimentos em ações previstas no Plano Municipal de Saúde, privilegiando a atenção aos problemas com mais peso epidemiológico no município.

Na questão de infraestrutura e equipamentos, nos últimos 4 anos, foram construídas novas unidades; reconstruídas 11; 39 passaram por reformas; 37 por pequenos reparos e outras 11 unidades sofreram adequações.

Atualmente, a rede própria municipal é composta por 105 Unidades de Saúde, sendo, destas, 42 com Programa de Saúde da Família, 12 Unidades de Saúde com Especialidades, 5 Unidades 24 Horas, 1 Hospital Geral e Maternidade com 60 leitos e 1 Laboratório de Análises Clínicas. Conta ainda, com 133 equipes de Saúde da Família, 1.164 Agentes Comunitários e um corpo funcional com 4.726 servidores.

Na visão de Calizaya⁷⁶, clínico geral da Unidade de Saúde 24 Horas, localizada no bairro Sítio Cercado (um dos bairros mais populosos de Curitiba), essa estrutura deveria ser minimamente suficiente, mas o é somente na teoria. Torna-se deficiente pelo simples fato de que os funcionários trabalham com salários aviltantes, especialmente médicos. Há, ainda, a falta de equipamentos adequados (móveis) e demanda excessiva, aos quais se seguem as consequências: falta de motivação, trabalho sob pressão, estresse, enfim, “potencialidades desperdiçadas”.

⁷⁶ Entrevista 03 – Dr. Nestor Antenor Camacho Calizaya, clínico geral da Unidade de Saúde 24 Horas – bairro Sítio Cercado. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Curitiba, 04.11.2008.

O conceito fundamental na política municipal de saúde, e que pauta a reorientação do modelo de atenção em Curitiba, é o de Sistema Integrado de Saúde. Muito além da atenção à demanda, que deve ser realizada com muita qualidade, os programas trabalhados pela SMS buscam reforçar a proteção e a promoção em saúde, assim como prevenir o surgimento de doenças. Impulsionar ainda mais o SUS no município, por meio do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, significa reforçar a importância da base populacional – vigilância à saúde, áreas de abrangência, famílias – e voltar a atenção para as condições crônicas – hipertensão e diabetes –, integrando os diferentes serviços de saúde numa rede horizontal de pontos de atenção⁷⁷.

Sobre o Sistema Integrado de Saúde, Calizaya comenta que são desafios a serem enfrentados, frente a uma realidade que se depara com a falta de profissionais de curso superior, que realmente se disponham a exercer o papel que lhes é delegado. A precariedade de profissionais faz a comunidade migrar para os pontos mais “estratégicos”, que são as Unidades de Saúde 24 Horas, centros que estão abarrotados de doentes à espera de um milagre: uma consulta⁷⁸.

Na avaliação dos gestores de saúde no município, os avanços são evidentes e nacionalmente reconhecidos quanto à organização do SUS no município. O que Calizaya reconhece em parte, como positivos são o Programa de Saúde da Mulher e o Programa de Atenção à Criança. Todavia, a prevenção e promoção ao idoso estão muito deficientes, mais do que tudo devido à precária situação educacional da população. Infere-se que a comunidade tem acesso aos programas de prevenção e promoção, mas ainda é deficiente em sua conclusão.

A capital paranaense, como todas as cidades de grande porte, apresenta crescimento nos índices de morbi-mortalidade por causas externas, como violência, homicídios, suicídios e acidentes em geral; atrai migrantes que pressionam pelo espaço urbano e pela expansão dos serviços básicos de saúde.

⁷⁷ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Op.Cit.** 2008.

⁷⁸ CALIZAYA. **Op.Cit.** 2008.

Nos estudos já citados na Introdução deste trabalho, Machado⁷⁹ observou dados significativos em relação à expansão dos serviços de saúde e educação, considerando a região central de Curitiba e suas periferias. No setor de saúde, observou-se que 47 bairros que concentram 74,76% da população têm índices de satisfação abaixo de 60%, ressaltando que 28 bairros estão na faixa entre 40 e 60% de satisfação. O setor educação é o segundo a concentrar maior número de bairros com níveis de satisfação inferiores a 60% – 45 bairros e 73,05% da população em idade escolar. O autor, ao relacionar saúde e educação numa análise única, por considerar duas áreas subjacentes, observou que mais da metade dos bairros possuem qualidade de vida com indicadores inferiores a 60%, mesmo se a média da cidade atinge mais de 75% de satisfação em qualidade de vida. Observou também que, quanto mais periférico o bairro se localizar, mais deficientes se mostram os indicadores, alertando para uma situação de iniquidade; ou seja, se por um lado, uma porção da população ostenta uma condição de vida comparável a cidades de países desenvolvidos, por outro, grande parte da comunidade está longe de atingir tal *status*, concluindo que a maioria da população não goza de um sistema que propicie qualidade impactante em suas vidas.

De outro lado, os gestores da cidade de Curitiba, sempre produziram uma imagem urbana que se consolida. Nos anos 70, Curitiba era a “Cidade Modelo”, a “Capital Humana”. No final dos anos 80 começa a firmar-se como “Capital Ecológica”. Até que a Curitiba do ano 2000 retoma o título de cidade de “Qualidade de Vida e Gestão Urbana”. Após o processo eleitoral de 2000, a gestão atual adota o título de “Capital Social”, como resposta à disputa de segundo turno, perante um partido de esquerda. Nessa perspectiva, o termo qualidade de vida tem sido amplamente difundido pelos gestores ao longo dos anos, mesmo que seu conceito tenha contornos difusos e possa estar ainda associado à Curitiba, confundindo-se com a cidade em si. No entanto, outras noções são essenciais, como debates em torno da qualidade de vida como visão

⁷⁹ MACHADO. **Op. Cit.** 2006.

norteadora da busca incessante da equidade, por meio da construção do desenvolvimento.

Assim, mais do que característica de uma sociedade, a qualidade de vida deve se delinear em torno das diversidades humanas. É a superação das necessidades básicas e secundárias, à medida que extrapola o campo do bem-estar como imagem-objetivo. É ir além da estrutura de vida do ator, construindo-se na relação espaço e tempo. Superação também no sentido de inquietação, não da qualidade de vida do *self*, mas do outro, no qual se sobressaia a condição de sujeito, autor de seu futuro e presente, consciente de sua realidade desigual e objetivada, e que tenha disposição para mudá-la não apenas para si.

Nesse sentido, o ator não pode se limitar à conquista de sua qualidade de vida. É necessário disseminá-la. Para tanto, a discussão não pode restringir-se às descrições da condição de vida, mas também à noção de um projeto social e cultural, local e global, individual e coletivo, ambiental e tecnológico, político e comunicativo das classes e seus meios de produção, das redes e das identidades; enfim, de produção de qualidade contínua. Um compromisso sustentável, mesmo que utópico⁸⁰.

Outro trabalho de investigação, avaliando as políticas públicas de promoção de saúde em Curitiba, é de Samuel Jorge Moysés, Simone Tetu Moysés e Márcia Cristina Krempel⁸¹, no qual exploram questões conceituais e proposições avaliativas focadas na intersectorialidade e na Promoção de Saúde. Apesar de assumirem a Promoção da Saúde como uma importante estratégia da saúde coletiva, contrapondo-se à medicalização da sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde, reconhecem a dificuldade de reversão desse quadro, como Krempel comenta em seu depoimento:

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ MOYSÉS, S. J. et.al. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: experiência de Curitiba. **Revista Ciência & Saúde coletiva**. v.9,n3. Rio de Janeiro, jul/set. 2004.

A questão assistência à doença, o atendimento às pessoas doentes ainda é o carro-forte do setor saúde. Os maiores investimentos estão para assistência. Então, a construção de redes de unidades de saúde, hospitais, medicamentos, isso ainda consome grande parte do tempo, do esforço e do dinheiro do setor saúde. Mas se percebe uma mudança de concepção, hoje: se você percorrer nossas unidades de saúde, qualquer serviço de saúde, ele não tem só a preocupação com o setor assistência. Nossas unidades possuem grupos de caminhada, grupos de atenção nutricional, a questão do controle do tabagismo, são ações permeadas pela questão da promoção da saúde.⁸²

Tais autores entendem, ainda, que a saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade, depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores. Assim, assume-se que as intervenções para uma Curitiba saudável não podem se limitar ao discurso das mudanças de estilo de vida ou ficarem aprisionadas às abordagens comportamentalistas que responsabilizam unicamente o indivíduo por sua situação de saúde/doença. A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. A tarefa do setor saúde não está dirigida somente à construção de um sistema de boa qualidade, com acesso universal e com integralidade capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas se amplia na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde.

Os autores estabelecem como marco avaliativo as ações de Promoção da Saúde em diversos espaços, em órgãos definidores de políticas, nas universidades e, sobretudo, nos espaços sociais onde vivem as pessoas. As cidades, os ambientes de trabalho e as escolas são os locais em que essas ações têm sido propostas, procurando-se fortalecer a ação e o protagonismo do nível local, incentivando a intersetorialidade e a participação social. Assim, a característica intrínseca das intervenções de Promoção de Saúde – seu caráter

⁸² Entrevista 02 - Márcia Krempel - coordenadora de Projetos de Promoção à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba, 26.08.2008.

ampliado, com foco em diferentes grupos sociais e instituições, envolvendo a colaboração e participação de diferentes atores, bem como a utilização de múltiplas estratégias, visando a diferentes resultados – tem implicações diretas sobre a forma de medir seu impacto e efetividade.

Como decorrência do surgimento, implantação e implementação de políticas públicas, que têm a Promoção da Saúde como eixo, aumenta a necessidade de se aprimorar e investir em processos avaliativos, a fim de conhecer adequadamente os processos e os resultados de tais ações. O Relatório do Grupo de Trabalho promovido pela Organização Mundial de Saúde, estabeleceu quatro aspectos que devem, necessariamente, fazer parte dos projetos de avaliação das iniciativas de Promoção da Saúde:

1) Participação: envolver, de uma maneira apropriada, em cada estágio, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa;

2) Múltiplos métodos: buscar um delineamento que utilize elementos de vários campos disciplinares, lançando mão de vários procedimentos para coletar dados;

3) Capacitação: aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de Promoção da Saúde;

4) Adequação: fomentar um planejamento que leve em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto em longo prazo.

A literatura sugere alguns níveis de construção teórico-metodológica a serem considerados:

- a) individual, especialmente quanto à participação cívica;
- b) organizacional;
- c) intersetorial;
- d) comunitário.

Tal abordagem inclui conceitos advindos da teorização sobre a construção de capacidade comunitária, ecologia, sócio-ambiental e planejamento urbano.

Respeitando-se as advertências anteriores e buscando-se preservar o postulado de coerência paradigmática – o que inclui a noção de complexidade –, discute-se a experiência de Curitiba, com particular ênfase na avaliação do processo que vem ocorrendo simultaneamente à implementação gradual e sistemática de ações de Promoção da Saúde, com vistas a uma cidade saudável.

Curitiba tem construído uma experiência de gestão pública que centraliza esforços na organização do espaço urbano, valorizando a responsabilidade social na construção de uma cidade mais justa e democrática para todos. A participação social tem sido uma estratégia de “empoderamento”, criando oportunidades de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões, bem como execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da cidade.

A implementação de políticas saudáveis impõe uma agenda de gestão que implica ações intersetoriais. Entre os grupos de atores interessados na questão da saúde humana na cidade, há o reconhecimento de que a forma hegemônica, biomédica, de intervenção do setor saúde, apresenta baixo impacto sobre os graves e complexos problemas de saúde do mundo moderno.

Agravos de gênese complexa, como a violência, tornam evidente essa posição. O conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade de explicar os problemas nem a ação setorial estrita a capacidade de resolvê-los.

A concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre esses diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersetorialidade – a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos – surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

No caso curitibano, a intersetorialidade foi, muito cedo, traduzida pelo estabelecimento de alianças estratégicas. Estas são compreendidas como relações e acordos estabelecidos entre os diferentes interlocutores, representados

por setores e organizações, com o objetivo de alcançar as metas almeçadas. As alianças estratégicas mais comuns se estabelecem com agências governamentais, instituições de saúde e outros setores, tais como educação, justiça, legislação, transporte, cultura e esportes, organizações não-governamentais (ONG), escolas, agentes de comunicação, grupos religiosos e organizações públicas e privadas.

Dentre os projetos propostos observa-se:

Projeto Vida Saudável: a cidade como espaço de Promoção de Saúde

O Projeto Vida Saudável é uma política pública desenvolvida pela Prefeitura de Curitiba desde 2000. A articulação dos participantes é feita pela Secretaria Municipal da Saúde em parceria com as secretarias municipais da área social, como a de Educação, Esporte e Lazer, Abastecimento, a Fundação de Ação Social e a Fundação Cultural de Curitiba, além da Diretoria de Trânsito, recebendo apoio da Secretaria Municipal de Administração.

O objetivo é acolher as demandas e reconhecer as necessidades expressas por comunidades dos oito distritos e 75 bairros da cidade e, em interlocução horizontal com estas, discutir caminhos sustentáveis para o enfrentamento de seus problemas. Com visão ampliada dos atores envolvidos, o que inclui a formação recíproca de competências entre os técnicos e os cidadãos para promover a saúde individual e coletiva, definem-se ações direcionadas para a população e para o ambiente onde esta população vive.

Espaços públicos, como parques, e espaços comunitários são transformados em áreas de democratização da educação em saúde, e de estímulo à atividade física; adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ambiental, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” e a aquisição de habilidades da população para uma vida mais saudável. Entre os anos de 2001 e 2003, em torno de 500 mil pessoas participaram dos 285 eventos realizados nos vários espaços públicos da cidade, conduzidos com a participação de funcionários municipais, comunidade acadêmica, ONG's, organizações de classe, instituições privadas e atores

voluntários da comunidade. Contudo, não bastam a intenção e a visão bem-intencionadas, delegando à sociedade civil a responsabilidade pela manutenção de tais práticas saudáveis. É preciso investimento público firme, com uma ação consistente e estruturada na afirmação de responsabilidades do poder público; menos em ações voluntárias e isoladas, mais em políticas intersetoriais articuladas.

Novo eixo de estruturação de intervenções promotoras da saúde:

Ambientes Saudáveis

A criação de ambientes saudáveis surge como campo de ação prioritário na área de promoção da saúde. O termo “ambiente” incorpora não apenas a dimensão “física ou natural”, mas também cultural, social, política e econômica. O envolvimento de universidades, empresas e escolas da cidade, foi se delineando simultaneamente ao processo de estabelecimento de uma política de alianças, voltada para a construção de caminhos de participação, responsabilização e reconhecimento institucional na gestão pública da promoção de saúde na cidade.

O programa denominado Ambientes Saudáveis mobiliza, atualmente, cinco universidades, 18 escolas de ensino fundamental e 23 empresas no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e troca de experiências. Por meio do compartilhamento de conhecimentos, capacidade de mobilização e organização, a cidade vem reforçando a responsabilidade do setor público, em conjunto com a sociedade, em dar suporte e garantia de uma vida saudável aos cidadãos que vivem em Curitiba. Os seguintes objetivos vêm sendo perseguidos na operacionalização da proposta:

- Promover e estimular a elaboração de políticas públicas voltadas à comunidade vinculada a universidades, escolas e empresas de Curitiba, sistematizando seu desenvolvimento e integrando ações de modo a garantir a melhoria da qualidade de vida da população;
- Sistematizar e difundir experiências entre as universidades, escolas e empresas, promovendo o intercâmbio dessas experiências de impacto comprovado;

- Propor indicadores de avaliação e monitoramento de ações de promoção de saúde desenvolvidas nas universidades, escolas e empresas;

- Proporcionar estratégias para o reconhecimento público de ações de promoção de saúde desenvolvidas nesses ambientes, por meio da valorização de experiências e certificação como Universidade Saudável, Escola Saudável e Empresa Saudável.

A metodologia proposta para o desenvolvimento do programa inclui a criação de uma instância mediadora e facilitadora, com representantes de cada setor envolvido, para acompanhamento e desenvolvimento do projeto, favorecendo a inter-relação entre as instituições participantes.

Alguns passos táticos vêm sendo cumpridos:

- Realização de eventos de alinhamento conceitual e de disseminação de informações sobre as atividades desenvolvidas na área de promoção de saúde, em espaços universitários, escolares e empresariais, para a comunidade e as instituições envolvidas no programa;

- Realização de cerimônia pública de certificação das instituições que participaram do programa para entrega de Certificado de Ambiente Saudável;

- Convocação ampla dos meios de comunicação de massa para dar visibilidade à relevância social do programa. Participam ativamente profissionais, professores e alunos do setor de comunicação da Prefeitura de Curitiba, universidades e empresas. A logomarca criada para simbolizar a identidade comum dos ambientes saudáveis de Curitiba foi entregue às instituições certificadas;

- Acompanhamento e suporte às experiências em andamento nas instituições envolvidas;

- Criação, a partir desta experiência, das bases para integração gradativa de outras instituições na cidade, apoiando a criação de uma Rede Curitibana de Ambientes Saudáveis, composta pelas instituições comprometidas com a implementação e sustentação do projeto;

- Registro de um banco de boas experiências para estímulo aos atores diretamente envolvidos com as ações intersetoriais na cidade, bem como

intercâmbio de experiências com outras iniciativas nacionais e internacionais. O potencial de espaços sociais como universidades, escolas e empresas, para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde, justifica sua escolha.

Subprojeto Universidade Saudável

O desenvolvimento de programas de promoção de saúde nas universidades é reconhecido como uma alternativa intersetorial viável, que resulta na melhoria da qualidade de vida de uma importante parcela da população das cidades. Experiências internacionais têm demonstrado que universidades, como espaços sociais, oportunizam ações de promoção de saúde de amplo espectro, dando suporte ao aprendizado e à pesquisa, por meio de um trabalho conjunto voltado para a resolução de problemas que desafiam o bem-estar de quem vive, trabalha, visita ou busca atendimento na universidade. Especificamente, ações promocionais voltadas para estudantes favorecem uma formação integral, estimulando a prática profissional responsável, engajada com a realidade social. Sendo assim, a abordagem de promoção de saúde em ambientes sociais tem o potencial de ampliar a contribuição das universidades para promover a saúde de populações de várias formas:

- Universidades são instituições nas quais muitas pessoas vivem e experimentam diferentes aspectos de suas vidas: pessoas aprendem, trabalham, socializam e aproveitam seu tempo de lazer, além de, frequentemente, utilizarem serviços institucionais. Universidades, portanto, têm um amplo potencial para proteger a saúde e promover o bem-estar de estudantes, funcionários (acadêmicos e não-acadêmicos) e a comunidade como um todo, por intermédio de suas políticas e práticas;

- Universidades formam estudantes que são ou serão profissionais e formadores de opinião, com o potencial de influenciar as condições que afetam a saúde de pessoas. Por meio do desenvolvimento do currículo e da pesquisa, as universidades podem ampliar o conhecimento e o comprometimento com a saúde

de um vasto número de indivíduos capacitados e educados em várias áreas de atuação;

- Sua atuação comunitária dá oportunidade para que a universidade sirva de exemplo de boas práticas em relação à promoção da saúde e use sua influência em benefício da saúde da comunidade local;

- Sua contribuição para a saúde pode ser caracterizada pela atuação sobre três áreas distintas:

a) criação de ambientes de trabalho, aprendizagem e vivências saudáveis para estudantes e funcionários;

b) ampliação da importância da saúde, promoção da saúde e da saúde pública no ensino e na pesquisa;

c) desenvolvimento de alianças para a promoção da saúde e atuação comunitária.

Subprojeto Escola Saudável

As escolas de ensino fundamental e médio têm como meta o desenvolvimento de habilidades individuais e sociais que auxiliem crianças e adolescentes na construção de suas vidas, bem como na contribuição para a vida de outros com os quais se relacionam. Como instituições sociais, escolas devem ser ambientes de convívio onde a interação pessoal, criativa e autônoma, direcione para educação, ação, participação e autoajuda, por meio da consciência crítica e da ampliação da liberdade.

Assim, as escolas têm sido consideradas espaços sociais adequados para a promoção da saúde de crianças e adolescentes, uma vez que podem, com eficácia, promover sua saúde, autoestima, comportamentos, além de habilidades para a vida cotidiana, tais como a capacidade na tomada de decisão, comunicação, compreensão de emoções, pensamento crítico e manejo de estresse. Além disso, as escolas podem se caracterizar por um espaço em que a saúde de todos os membros de sua comunidade – sejam professores, funcionários ou familiares, além dos próprios estudantes – possa ser promovida.

O elemento-chave para que a escola se torne um ambiente de suporte para uma vida saudável parece estar na construção coletiva de um espaço social voltado para o bem-estar físico, emocional e social dos alunos, além de seu desempenho acadêmico.

Uma escola promotora de saúde é considerada uma escola que está constantemente reforçando sua capacidade como um ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar. É uma escola que:

- Adota e promove saúde e aprendizado com todas as medidas de que dispõe;

- Engaja profissionais de saúde e educação, professores, associações, estudantes, pais, provedores de saúde e líderes da comunidade em esforços para fazer da escola um ambiente saudável;

- Empenha-se para promover um ambiente saudável, educação saudável e serviços de saúde na escola, bem como projetos escola/comunidade, programas de promoção de saúde para seus funcionários, programas de apoio ao uso de alimentação saudável e nutracêutica, prevenção ou redução de danos ligados ao tabagismo, alcoolismo, droga-adição, oportunidades para educação física e recreação, aconselhamento, suporte social e promoção de saúde mental;

- Implementa políticas e práticas que respeitam o bem-estar e a dignidade do indivíduo, oportunizando o sucesso e o reconhecimento de esforços coletivos;

- Empenha-se pela melhoria da saúde do pessoal da escola, famílias e membros da comunidade, tanto quanto dos alunos, trabalhando com líderes desta para ajudá-los a entender como a comunidade contribui para a saúde e a educação.

Algumas dificuldades apontadas na literatura são vivenciadas cotidianamente na gestão da saúde, pela via da intersectorialidade, tais como a ausência de cultura de ação intersectorial e a dificuldade de financiamento de ações intersectoriais.

A dificuldade em romper as relações tradicionais de trabalho, nas quais o segmento que detém o poder acaba prevalecendo nos processos de decisão,

aliada à dificuldade de profissionais de saúde em olhar para além do objeto específico de sua atuação – muitas vezes em situações contaminadas pelo corporativismo profissional – caracterizam aspectos da cultura institucional geral do setor público. Além disso, as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos, além de dificultar a agilização e resolutividade das ações⁸³.

Krempel⁸⁴, ao avaliar os programas implantados pela Secretaria Municipal de Saúde, no que tange ao processo intersetorial, comenta que no início foram recebidos com certa surpresa, porque essa aproximação do público/privado era uma coisa que, na época (2002), ainda não era tão comentado, tão realizado. Avalia que, com essa aproximação, quebraram-se alguns paradigmas, apontando avanços na sua implementação. Diz que hoje, o trabalho intersetorial não é mais visto como uma novidade. Pelo contrário, já está fluindo e as pessoas viram o quanto é possível fortalecer os seus trabalhos, os seus projetos, quando em parceria. É preciso unir forças: Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Abastecimento, Esporte e Lazer, empresas públicas e privadas. Por exemplo, hoje as universidades enxergam melhor esse conjunto, porque nós percebemos que, dentro da universidade, isso era muito fragmentado. Esse espaço de promoção estava ligado a um departamento, às vezes, a um professor e hoje não: vemos que a universidade está tomando isso como um corpo. Já observamos universidades com programas integrados que têm a promoção da saúde e a promoção da qualidade de vida como diretrizes, mas ainda temos muito que avançar nesse processo intersetorial.

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ KREMPEL. **Op. Cit.** 2008.

CAPÍTULO IV

4.0 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS: AS TEORIAS DO CONHECIMENTO E A RELAÇÃO COM OS CONCEITOS DE SAÚDE

O modelo biomédico que foi hegemônico mantinha a idéia de intervenção, formação de ausência de uma reflexão referente ao dia-a-dia da prática nos serviços, reforçando o paradigma cartesiano e levando à concentração na máquina corporal, negligenciando as demais dimensões do processo saúde-doença, o que restringe a amplitude da sua concepção de saúde à ausência de doença⁸⁵. Prevaleceu a concepção de homem, que toma como base o indivíduo e um indivíduo orgânico, que o reduz a um corpo circunscrito à sua dimensão biológica. Esse modelo biomédico adveio do Positivismo, nascido no século XIX.

Em termos gerais, essa corrente não aceita outra realidade senão os fatos que possam ser observados. Tendo os fatos como único objetivo da ciência, a atitude positiva consiste em descobrir as relações entre as coisas. Privilegia a estatística e, por meio dela, o conhecimento deixa de ser subjetivo, alcançando a tão desejada “objetividade científica”. O investigador estuda os fatos e estabelece relações entre eles, pela própria ciência, pelos propósitos superiores da alma humana do saber. Não está interessado em conhecer as consequências de seus achados. Esse propósito do espírito positivo engendrou uma dimensão que foi defendida com muito entusiasmo e ainda hoje, em alguns meios, se levanta como bandeira a neutralidade da ciência, na convicção de que ela estuda os fatos para conhecê-los, de modo absolutamente desinteressado⁸⁶.

Outra teoria do pensamento, que serve de referência para estabelecer as relações com os conceitos de saúde, é a Fenomenologia. Sua idéia fundamental é a noção de intencionalidade. Tal intenção é a da consciência que sempre está dirigida a um objeto. Isso tende a reconhecer o princípio de que não existe objeto sem sujeito. Ela eleva o ator com suas percepções dos fenômenos, exalta a

⁸⁵ MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface*, v.8, n.14, p.21-32. Set. 2003-fev. 2004.

⁸⁶ TRIVIÑOS. *Op. Cit.* 1994.

interpretação do mundo que surge intencionalmente à nossa consciência⁸⁷. Na relação com o campo da saúde, é possível colocar que, enquanto os positivistas analisam os fatos sociais objetivamente, via instrumentos padronizados e de forma neutra, a Fenomenologia coloca como tarefa central a compreensão da realidade humana vivida socialmente, tendo a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social. Essa proposta aspira ao nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente sob o ponto de vista biológico⁸⁸.

Outro suporte metodológico, o qual serve como referência de análise, é o Materialismo Dialético. Essa corrente de pensamento é a base filosófica do marxismo e, como tal, realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Talvez uma das idéias mais originais seja a de haver ressaltado a importância da prática social como critério de verdade. E, ao focar historicamente o conhecimento, em seu processo dialético, colocou em relevo a interconexão do relativo e do absoluto. Dessa maneira, as verdades científicas, em geral, significam graus do conhecimento, limitados pela história, embora este relativismo não signifique reconhecer a incapacidade do ser humano em chegar a possuir a verdade⁸⁹. Na construção do conceito de saúde, considerando esta teoria, os saberes e práticas em saúde se dão acerca da dimensão coletiva, política, ética e social, permitindo o enfoque no doente, ou no sujeito, como sujeito social.

Minayo é oportuna ao definir uma concepção de saúde na relação com o materialismo dialético. Segundo a autora, é ver o homem, ser simultaneamente biológico-social, dentro de sua sociedade e analisar: as condições materiais, primárias e fundamentais da vida humana; as forças materiais de produção e transformações das condições materiais; o modo de produção estrutural global e regional (econômica, jurídica, política e ideológica) e a formação social (divisão de

⁸⁷ TRIVIÑOS. **Op. Cit.** 1994

⁸⁸ CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica a relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.19, n.4, 2003.

⁸⁹ TRIVIÑOS. **Op. Cit.** 1994.

trabalho, desenvolvimento de forças produtivas, relações sociais de produção classes sociais básicas e luta de classes); formas de produção; circulação e consumo de bens; população; migrações; o Estado; o desenvolvimento da sociedade civil; as relações nacionais e internacionais de comércio, produção e dominação; formas de consistência real; e o modo de vida⁹⁰.

Nas teorias do conhecimento abordadas, que servirão como referências de análise metodológica, citamos a Teoria da Complexidade, de Edgar Morin, um dos pensadores contemporâneos, expressivo na polêmica pós-moderna sobre a mudança de paradigma nas ciências em geral. Especialmente nas ciências sociais, encontram-se Demo⁹¹ e Minayo⁹², realçando marcas da complexidade e da interdisciplinaridade, na análise da realidade. Tal teoria parte da premissa de que o conhecimento científico deve superar os modos elementares e reducionistas de controlar os fenômenos, permitindo a problematização de teorias e desafios de conceitos (transgressão). Esta considera, ainda, que a ciência não é totalmente científica. Assim, a reflexão filosófica e a intervenção pedagógica, entre outras possibilidades, podem ser consideradas campos de investigação⁹³. Com origens na área da biologia, amplia o conceito de sujeito tradicionalmente vinculado à afetividade, à particularidade e à consciência, para defini-lo de forma ontológica-lógica e organizacional⁹⁴.

Segundo Morin, é preciso unir as idéias de sujeito e estruturas, determinismo e acaso, autonomia e dependência, em vez de disjungi-las. Trazer isto no campo da saúde coletiva significa reconhecer que a saúde não instituiu um nicho particular de conhecimento social⁹⁵.

O paradigma da simplicidade, da ordem, é quebrado pelo princípio do diálogo, dando espaço à desordem, enquanto termos complementares e antagônicos, cuja dinâmica se submete, também, aos acasos, instabilidades e bifurcações. Os ideais lineares de causa/efeito são rompidos pelo princípio da

⁹⁰ RUFFINO NETO. **Op. Cit.** 1992.

⁹¹ DEMO. **Op. Cit.** 2002.

⁹² MINAYO. **Op. Cit.** 2001.

⁹³ MORIN. **Ciência com consciência**, 2001.

⁹⁴ MINAYO. **Op. Cit.** 2001.

⁹⁵ *Ibidem*.

recursão organizacional, em que o determinismo mecanicista é substituído por um entrelaçamento recíproco, auto-organizado. As alternativas extremistas do tipo reducionismo/holismo são substituídas pela concepção de relações complexas entre as partes e o todo. Esta considera o sujeito humano em seu objeto, assim, indissociável. Concebe todas as dimensões e aspectos – atualmente desconectados e compartimentados da realidade humana – físicos, biológicos, psicológicos, sociais, mitológicos, econômicos, sociológicos e históricos⁹⁶.

Os indicadores de saúde são componentes essenciais dos indicadores mais complexos de qualidade de vida. Isso, portanto, numa visão macro, do âmbito individual ao coletivo, do ser biológico-social, numa relação multidimensional sem fronteiras, passando pelas dimensões sócio-culturais, bioéticas, ecológicas, epidemiológicas, econômicas e políticas⁹⁷.

4.1 QUESTÕES A INVESTIGAR

Ao considerar os princípios metodológicos de pesquisa, delimitamos este estudo levantando algumas questões em relação ao tema: (des)conexão entre a produção do conhecimento e o serviço na saúde coletiva.

a) as concepções teóricas ou de ciência, que sustentam as produções acadêmicas na área da saúde, têm contribuído com os princípios e problemas enfrentados pela gestão da saúde em Curitiba?

b) a instituição gestora da saúde em Curitiba tem se utilizado dessas produções acadêmicas?

c) até que ponto os aspectos políticos, culturais, econômicos e sociais têm determinado esta (des)conexão entre o mundo acadêmico e a gestão do serviço?

⁹⁶ MORIN. **Op. Cit.**, 2003.

⁹⁷ CHAVES M.M. **Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde**. Rio de Janeiro: maio1998. Disponível em:<<http://www.ufrj.br/leptrans/3.pdf>> Acesso em: 14 ago 2006.

CAPÍTULO V

5.0 METODOLOGIA

Com o intuito de perceber as tendências da produção acadêmica, a partir das proposições de linhas de pesquisa (em programas de pós-graduação) na área da saúde, assim como de estudos e propostas programáticas relacionados à gestão de saúde em Curitiba-PR, delineamos como referências para análise metodológica os principais conceitos de saúde, historicamente colocados e que, em princípio, indicam as bases teóricas para melhor compreender o objeto de análise proposto.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A partir dos suportes metodológicos delineados, o presente estudo toma um contorno de natureza descritiva, em torno de questões como a formação profissional na área da saúde, sua produção acadêmica e a gestão de serviços na saúde.

5.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Pretende-se perceber e interpretar as tendências de produção do conhecimento no âmbito acadêmico, assim como de estudos e programas acadêmicos desenvolvidos pela própria instituição gestora do serviço de saúde, na cidade de Curitiba.

A delimitação teórico-metodológica é decorrente de indicações como a de Morin⁹⁸, apontando o problema para uma formação acadêmica, fruto do pensamento disjuntivo e simplificador.

Vieira Pinto⁹⁹ corrobora nesta direção, colocando que os cursos de pós-graduação concretizam espaços privilegiados pelo sistema educacional brasileiro

⁹⁸ MORIN. **Op. Cit.** 2002.

para o desenvolvimento da produção do conhecimento. Por essa razão, aqueles são produtores em potencial de conhecimentos científicos, o que impõe a necessidade de reflexão crítica sobre o mesmo conhecimento.

Souza e Silva¹⁰⁰ tem observado, na área da saúde, a não inclinação de estudos centrados em aspectos teórico-filosóficos ou epistemológicos fundamentais para a compreensão do mundo social.

Do outro lado, está a cidade de Curitiba, com um projeto de política pública na área da saúde e que, no conjunto de outras ações sociais, como de planejamento e urbanização, é considerada – conforme *site* da Prefeitura Municipal de Curitiba –, uma das melhores cidades do planeta ao proporcionar melhor qualidade de vida.

Em relação à delimitação temporal e espacial, Minayo¹⁰¹ é oportuna, lembrando que, por volta de 1990, houve o retorno no campo científico-social do “sujeito-sujeito” – um pensador contextual, dinâmico e transformador, certamente impulsionado pelo contexto histórico.

5.3 HIPÓTESES: POSSIBILIDADES DE ENCONTROS E DESENCONTROS

No caminho prioritário da promoção de saúde, enquanto prevenção e humanização, indicamos algumas situações que poderão ser confirmadas, ou não, no presente estudo:

a) com base na produção do conhecimento, supomos uma predominância de produções acadêmicas edificadas analiticamente, mais voltadas ao indivíduo doente, do que à promoção coletiva de saúde;

b) é possível supor a desconexão entre a produção do conhecimento e a gestão de serviços, no processo de construção intersetorial de políticas públicas voltadas à saúde coletiva;

c) com base no processo histórico de políticas públicas e formação profissional na área da saúde, é possível supor que aspectos políticos, culturais,

⁹⁹ VIEIRA PINTO, A. **Ciência e existência**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

¹⁰⁰ SOUZA e SILVA. **Op. Cit.** 1990.

¹⁰¹ MINAYO. **Op. Cit.** 2001.

econômicos e sociais têm determinado essa (des)conexão entre a produção do conhecimento e a gestão de serviços na saúde.

5.4 POPULAÇÃO ENVOLVIDA

Quanto à definição da amostragem, Minayo observa que, em pesquisa social, a amostragem adequada é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado, em suas múltiplas dimensões, acertando nos atores sociais que têm uma vinculação significativa com o problema a ser investigado¹⁰². Nessa perspectiva, optamos por colher:

- Depoimentos de coordenadores de cursos de pós-graduação e núcleos formadores, na área da saúde, em Curitiba;

- Depoimentos de gestores responsáveis pelas políticas públicas da cidade de Curitiba e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde;

- Depoimentos de gestores responsáveis pelas políticas públicas da cidade de Colombo, um dos municípios que compõe a região metropolitana de Curitiba;

- Depoimentos de proponentes de estudos ou programas direcionados à gestão de serviços na saúde, no contexto de Curitiba.

- Programas de pós-graduação, nível Doutorado, na área da Saúde, ofertados pelas Universidade Federal do Paraná-UFPR e Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUC/PR.

5.5 SUPORTES TÉCNICO-OPERACIONAIS DA PESQUISA

Ao sugerir técnicas de coletas de dados em pesquisas com predominância de análise qualitativa, Triviños¹⁰³ cita a técnica da Triangulação, que tem por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Tendo em vista que o autor acha impossível admitir a existência isolada de um fenômeno social, sem considerar suas raízes históricas, seus

¹⁰² Ibidem.

¹⁰³ TRIVIÑOS. **Op. Cit.** 1994.

significados culturais e suas vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social.

No primeiro aspecto, são os Elementos Produzidos pelo Meio, representados pelos documentos de órgãos e instituições, como: Leis, Decretos, Resoluções, Diretrizes Curriculares, Programas e Projetos Pedagógicos.

No segundo aspecto dessa técnica, salientam-se os Processos e Produtos elaborados pelo pesquisador, averiguando as percepções do sujeito, por meio de entrevistas semiestruturadas e/ou questionários semiabertos.

O terceiro aspecto se refere aos Processos e Produtos originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do organismo social no qual está inserido o sujeito, analisado também pelo próprio sujeito, como: condições sociais, econômicas, políticas e culturais que permearam o desenvolvimento da produção científica e de programas.

Ainda como referencial de análise, Triviños, assim como Demo¹⁰⁴, sugere o Método de Análise de Conteúdo, no conceito de que as questões ideológicas estão contempladas em qualquer elaboração e compreensão discursiva. Portanto, consideraremos a implicação histórica concreta na vida das pessoas, os compromissos ideológicos, as lutas que envolvem o dia-a-dia e os fins que se perseguem.

¹⁰⁴ DEMO. **Op. Cit.**, 2002.

CAPITULO VI

6.0 RESULTADOS DO ESTUDO

Com o intuito de subsidiar as análises dos dados coletados, relacionamos as entrevistas dos atores institucionais, assim como as linhas de pesquisa dos programas dos cursos de pós-graduação – nível doutorado –, ofertados pelas universidades localizadas na cidade de Curitiba.

6.1 PARTICIPAÇÕES INSTITUCIONAIS NO ESTUDO

1- Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Rosangela Scucato - Coordenadora Geral da área de Atenção à Saúde – (p.82).

2- Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Márcia Krempel – Coordenadora na área de Promoção da Saúde – (p.97).

3- Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Dr. Nestor Antenor Camacho Calizaya – Médico Clínico Geral da Unidade 24Horas do bairro Sítio Cercado – (p.110).

4- Secretaria Municipal de Colombo

Dr. Darci Braga – Ex-secretário Municipal de Saúde – (p.114).

5- Universidade Federal do Paraná – PR

Prof. Paulo de Oliveira Perna – Coordenador do Núcleo de Saúde Coletiva – (p.140).

6- Universidade Positivo – PR

Prof. Dr. Mário Michaliszyn – Coodenador do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – nível especialização – (p.144).

7- Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PR

Prof. Dr. Waldemiro Gremski – Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação – (p.160).

8- Universidade Federal do Paraná – PR

Profa. Doutora Neiva Leite – Coordenadora de Pós-Graduação do curso de Educação Física – nível Mestrado e Doutorado – (p.167).

6.2 ENTREVISTAS REALIZADAS

ENTREVISTA 01: ROSANGELA SCUCATO
COORDENADORA GERAL DA ÁREA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA
DATA: 30.09.2008

Qual a sua formação acadêmica, sua experiência profissional e, hoje, a sua função na Secretaria Municipal de Saúde?

Eu sou Rosângela Scucato. Sou enfermeira e tenho a minha primeira especialização em Enfermagem em Saúde Pública; uma segunda especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos, em saúde; e uma terceira especialização que é em Saúde Coletiva, com área de concentração em unidades básicas de saúde. A minha experiência profissional está, desde o começo, vinculada à ação nos municípios. Eu comecei a minha vida profissional em Araucária, onde fiquei apenas seis meses. Depois disso, eu fui pra Secretaria Estadual de Saúde, no período entre 1983 e 1991. A minha prática, tanto no Estado quanto no Município, sempre foi para fazer a articulação ensino-serviço. Todo o restante da minha trajetória, que já tem 25 anos, permaneceu aqui.

Por que a trajetória calcada na saúde coletiva? Em que momento isso ficou mais evidente?

Eu era aluna atuante no movimento estudantil, participei da construção do Centro Acadêmico de Enfermagem da UFPR. Naquela época, sofríamos muito ao ver o sistema, que ainda não era o SUS – Sistema Único de Saúde. Tratava-se do final da década de 70, mas ainda se sentia um forte efeito do golpe militar. Existia uma repressão grande em todos os sentidos e nós sabíamos que os gastos investidos na saúde eram absurdamente altos, embora com efeitos muito pequenos e apenas para alguns. Discutíamos no diretório acadêmico, junto aos profissionais da época, sobre o modo como a saúde teria que ser e em que sentido ela precisaria mudar. Tivemos um encontro, de estudantes, em 1980, em Vitória, com colegas que até hoje são expoentes da saúde coletiva. Nós fazíamos

verificação de pressão na rua das Flores, próximo à 'Boca Maldita' – coisa que ninguém, até então, tinha coragem de fazer. No encontro em Vitória, fortalecemos com os conhecimentos que, no período, estavam emergentes – a atenção primária à saúde. Isso teve um retorno muito forte para as pessoas que já tinham alguma liderança, as quais faziam parte do movimento estudantil e se interessavam pela saúde coletiva. A partir daí, mantivemos o contato com quem estava entrando na prefeitura, abrindo um caminho para a organização do sistema.

No curso de Medicina da Universidade Positivo, por exemplo, o eixo de formação é a saúde coletiva, mas a realidade mostra que muitos alunos não têm interesse em atuar nesta área. Na enfermagem isso é muito forte, também?

O sonho, na Medicina, é ser um semideus. Na formação médica clássica era possível ver muitos professores estimulando essas idéias nos estudantes, logo, é algo que se refere ao que cada um busca quando escolhe sua formação. E o médico busca deter o poder, dar as coordenadas.

A tentativa do Ato Médico caminha para evidenciar isso?

Desde que apareceu isso, eu acredito que as relações das unidades de saúde foram deterioradas e não melhorou em nada a qualidade do Ato Médico. Quem busca a enfermagem, busca com espírito de solidariedade, de ajuda ao outro, de cuidado com o outro. Ainda que a enfermagem tenha mudado muito, é possível observar o quanto se avançou. É um fato histórico: quando um busca essa construção de poder, na categoria médica, o outro busca a questão da solidariedade. Observam-se traços ao gostar mais de uma ou de outra disciplina. Então, as disciplinas que estão mais ligadas aos ganhos monetários, *status* e poder, são as mais atraentes. Caberá ao coordenador e aos professores redesenhar esse projeto de profissão, pelo próprio desenho da sociedade ou pela história da formação, para que o aluno seja um profissional cada vez mais interado das necessidades da população. Na Enfermagem, tem-se um caminho mais fácil,

porque o acadêmico já está com o coração aberto para isso e aí basta que se trabalhe um pouco melhor as questões concretas da vida, instrumentando isso de uma maneira melhor.

Na área da educação física ainda é forte a compreensão do corpo, separando o seu aspecto biológico da sua condição sócio-cultural. Já na área da enfermagem, observa-se um envolvimento maior com as ciências sociais, não é?

Por conta dessa interface. E é uma interface de gênese e de origem, de busca, de profissão. Coisa que os alunos nem sabiam o que era, mas depois que se tornam profissionais e param para pensar, percebem que já tinham certas tendências.

Poderia comentar sobre os objetivos e finalidades do projeto da SMS?

É a atenção à saúde, que está contida nos aspectos da promoção, da proteção, da assistência e da recuperação, com interfaces aos demais serviços da saúde. E outros setores, como a Educação, a Urbanidade, a Segurança, enfim, que proporcionam à população ações que elevam a qualidade de vida. Então esse é o nosso mote: elevar a qualidade de saúde e interagir a fim de elevar, também, a qualidade de vida.

O que pesa mais no projeto – na questão financeira e na questão do encaminhamento de prioridades –, a doença ou a prevenção?

Sob o aspecto financeiro, é a questão da doença, porque é a mais cara e é ela que, em última análise, não tem outro setor que dê conta, logo, é a nós que cabe essa tarefa. Cuidar da doença é a nossa função básica, por isso, tudo o que fazemos deve, primeiramente, se direcionar à saúde. Portanto, eu não trabalho programas de aperfeiçoamento e educação permanente, sem falar no perfil epidemiológico e nas estratégias desenhadas para melhorar essa condição do nosso perfil, bem como para melhorar as questões assistenciais desse sistema que dá acesso à cura, ou à recuperação, ou à própria promoção. No entanto, em

todos os aspectos trabalhados, sentimos um quê da promoção. Será o dinheiro valendo nessa análise? É um aspecto a ser observado, mas pode se referir a quantas horas são investidas na promoção da saúde ou quantas foram as ações, e para isso cabe um estudo. Quantos dias do ano a secretaria se ocupou em proporcionar, ou em que ações da secretaria observou-se a interface da promoção. Sendo assim, quando eu participo de reuniões para discutir a graduação, ou o convênio, ou o estágio, com alguns desses eixos com os quais eu preciso discutir, é colocado o conteúdo da promoção. Qualquer que seja a circunstância, sempre é momento de fazer promoção e proteção.

Em relação à produção do conhecimento, os pesquisadores têm se limitado a publicar suas pesquisas em revista, de preferência internacional, sem a devida preocupação em direcioná-las às necessidades sociais. Desse modo, é o serviço que, normalmente, tem que buscar essa relação com as universidades?

Eu entendo bem isso que você comenta, do que é o conceito da produção de conhecimento e eu acho que temos uma importante história. Nós tivemos alguns encontros de saúde coletiva, e o nosso último encontro seria simultâneo ao congresso da Rede Unida. Na verdade, apenas não escrevemos aqui como um dos encontros – o encontro de saúde coletiva da secretaria de saúde –, porque no momento em que fizemos a concepção, achamos que não deveríamos misturar a produção de conhecimento do município – algo mais ‘caseiro’, em que as pessoas tinham que permanecer em um ambiente mais protegido e não partilhar isso com o grupo que viesse do nível nacional. Sendo assim, não colocamos no capeamento, como um dos eventos. Todavia, passado algum tempo, conversando com o próprio Dr. Luciano Ducci, entendemos e reconhecemos a participação dos nossos 300 funcionários, inscritos no congresso da Rede Unida, em 2006, tendo em torno de 180 trabalhos apresentados. Portanto, a produção da secretaria de saúde no congresso da Rede Unida foi forte.

Várias pesquisas de diversas áreas de conhecimento, como odontologia e enfermagem, demonstram isso.

Todos conectados com a nossa prática e, como temos nosso comitê de ética, os trabalhos a serem apresentados em congressos têm que passar por este comitê. Todo o ritual de uma pesquisa precisa estar contido nisso: instrumento de entrevista, a autorização, o termo de consentimento lido e esclarecido. Quem participa e analisa os trabalhos desse comitê de ética e pesquisa, são doutores e mestres que, ao mesmo tempo, são funcionários da secretaria de saúde.

Trata-se de uma estrutura acadêmica na área de serviço difícil de se encontrar, não é?

É difícil. Nós somos a segunda secretaria do Brasil a ter comitê de ética em pesquisa. Por conta de ter sido colocado no cenário, acabamos sendo referência. Ao mostrar o que estávamos fazendo, passamos a receber muitas visitas para conhecer os serviços e conversar conosco. Algumas dessas conversas não eram apenas conversas, já eram pesquisas. O nosso usuário do serviço de saúde estava sendo bastante procurado para responder questões prontas em bancos de dados. Então, nós tínhamos que proteger um pouco mais o nosso usuário. Não podíamos deixar escancarado o prontuário eletrônico dele. É dele o prontuário e, por isso, existem regras pra acessá-lo, ainda que o pesquisador esteja à bem da boa pesquisa, há que se fazer um filtro. E o comitê foi lançado em 2004, no nosso encontro de saúde coletiva.

A questão da produção é muito valorizada aqui e se transforma em remuneração para os funcionários, ganhando patamares no procedimento de crescimento vertical. Um dos elementos avaliados é o quanto esse funcionário publicou em revista – indexada –, o quanto ele produziu de trabalho científico, enfim, várias formas de observar se o profissional está investindo ou está se dispondo a crescer, do ponto de vista da produção e do registro desta.

Os professores, ao tomarem conhecimento dessas iniciativas, ressaltam a SMS por se preocuparem em reconhecer a busca dos profissionais pela constante qualificação, algo que não é comum nas instituições, não?

Eu achei que a Universidade Positivo teve um posicionamento forte. Foi algo que me chamou muito a atenção, porque ela está entre as poucas universidades privadas – uma escola particular que não é filantrópica –, com característica de interlocução com a sociedade.

Apesar da Universidade Positivo ser esboçada para uma elite estudantil, hoje ela está se abrindo socialmente para vários projetos, graças à luta de professores, coordenadores e diretores.

Eles têm uma clareza muito grande e conseguem dar o tom, de um jeito sempre muito elegante, que não é imposto. Não se sente, nas pessoas, que é algo combinado, mas sim que tem clareza. Essa questão de saúde coletiva, desde o princípio da promoção da Medicina, os professores discutem comigo, é uma maneira bacana. Percebe-se, assim, com clareza, o que é importante vislumbrar na formação médica. Eu acredito que hoje vemos os estudantes de medicina reagindo positivamente a isso, diferente de 1997, quando eu precisei interferir, a pedido da coordenação de medicina da UFPR. Passei três meses indo lá, semanal e depois quinzenalmente, para conversar com o corpo de professores médicos, a fim de que eles compreendessem que o mundo não era o mundo das especialidades. E, constituindo uma disciplina nova, na qual eles, que eram das “caixinhas” das especialidades, teriam que se abrir e, mais do que isso, convencer os alunos de que se tratava de algo importante, bom e necessário para se fazerem bons profissionais. Isso não teve um efeito de 100%, mas existiu um efeito, que até hoje percebemos.

Vale colocar que o curso de pós-graduação em saúde coletiva, na UP, tem a coordenação de um sociólogo. Isso é um “para” a esse modelo biomédico?

Há pessoas muito novas que estão se alfabetizando sobre a saúde coletiva. Sempre que entro na sala de aula, converso e vejo qual a compreensão que

aqueles alunos têm sobre o tema que vou tratar e é a partir disso que reconstruo a minha intervenção. Caso contrário, falarei para as paredes.

Quais as fontes bibliográficas utilizadas para apoiar a proposta de saúde da SMS?

Citando as referências bibliográficas: o Eugênio é uma referência fortíssima, porque ele produziu livros sobre o estudo sanitário e outras, com base na experiência que ele vivenciou aqui. A Bárbara Starfield é uma referência atual, falando sobre a atenção primária à saúde. Acredito que as referências bibliográficas principais que usamos aqui são essas duas, as mais atuais. O Ministério da Saúde é o organizador de muitos protocolos, que qualquer pessoa pode acessar via *Internet*, podendo utilizá-los, citando a fonte. Há também as 'pratas' da casa, algumas dissertações de mestrado, teses de doutorado do próprio pessoal daqui e que, muitas vezes, acabam por se tornar base para um protocolo. As produções do Luiz Cordone Jr. serviram e fundamentaram ações, tanto do estado, quanto do município. A produção de Carlos Homero Jacomine, que é o nosso presidente do IMAP (Instituto Municipal de Administração Pública), trabalha as questões da avaliação. A Zumira Hartz, que é uma referência importante na questão da avaliação, tem orientado alguns profissionais nossos que estão fazendo mestrado.

Vocês têm utilizado referências bibliográficas, originárias das pós-graduações da UFPR e PUC/PR?

Acredito que utilizamos pouco. Nós tentamos, por algum tempo, fazer oficinas e, agora, o que temos de melhor, é que o IMAP – instituto de apoio à pesquisa – está organizando uma amostra acadêmica das melhores práticas. Nos moldes do que foi a nossa experiência nos encontros de saúde coletiva, entretanto, as pessoas têm esse momento de mostrar para a prefeitura inteira e, desse modo, se ganha com a característica da intersectorialidade, não ficando apenas endógeno para o setor da saúde. É um núcleo em que as pessoas apresentam suas dissertações e suas teses. Ainda assim, acredito que não temos

essa busca ativa na biblioteca da UFPR ou da PUC, no nosso cotidiano. Por outro lado, quando precisamos elaborar um novo protocolo, que seja um manual de prática de enfermagem, ou um protocolo de atenção aos diabéticos, ou hipertensão arterial, revisão do programa mãe curitibana, cada um deles tem no final as referências bibliográficas. Nós solicitamos que o pesquisador, ao ter o seu trabalho aprovado, remeta uma das cópias pra nós. Possuímos um canal de aproveitamento da produção científica, produção intelectual, mas eu ainda gostaria que fossem mais intensos a busca e o hábito da leitura no nosso meio.

A SMS mantém algum vínculo com o Núcleo de Saúde Coletiva da UFPR?

Eu era diretora da Escola de Saúde Pública, quando, juntamente com o Ministério da Saúde, fizemos um esforço para a criação desse núcleo de saúde coletiva. A deliberação foi de constituir um núcleo de estudos de saúde coletiva da UFPR, no sentido de realizar cursos de especialização em saúde coletiva e que agregássemos a questão da educação e da saúde. Bem como a constituição de outras ações, como seminários, fóruns, relações intersetoriais e outras formas de fomentar a saúde coletiva. Havia lá reuniões mensais, para chamar à mobilização, no entendimento de que esse Núcleo poderia ser um agente de transformação frente ao quadro da saúde. Era um momento em que o programa de Saúde da Família estava entrando em cena, por volta de 1996.

Hoje, sinto que o Núcleo ficou como um apêndice da Universidade Federal. Não sinto que o Núcleo desenvolvendo seu papel social. Acredito que a forma de desenvolver as ações mudaram. Não sei se foi iniciativa desse Núcleo, mas houve um seminário para discutir a questão das reincidências na saúde coletiva. Se nós tivemos, lá na década de 70, o “bum” das hiperespecializações, eu acho que hoje o equilíbrio é encontrado em, “sou sanitaria, mas sou enfermeira sanitaria”, ou seja, quando vou fazer uma residência em saúde da família ou em saúde coletiva, eu não posso esquecer que é o momento em que eu, professora enfermeira, tenho que melhor me apropriar de uma sala de vacina, com todos os bastidores. Eu preciso estudar a imunologia com profundidade, porque o significado da menção ao aplicar uma vacina está fundamentado no inconsciente específico

dessas ciências. Ao fazer visita domiciliar, ou uma atenção em enfermagem domiciliar, é preciso ter todos os conceitos da antropologia bem trabalhados, assim como os da sociologia, da ética, mas no conteúdo técnico da enfermagem, eu tenho que estar bem afinada. Se eu não estiver afinada na minha competência técnica, por mais que eu tenha todos os conhecimentos desse conjunto, eu não serei a enfermeira sanitária. Talvez a população não encontre em mim as respostas que ela esperava, porque no meu crachá está escrito “enfermeira”, mas eu tenho que ser uma enfermeira com sua especialidade. Também tenho que ser uma enfermeira com atributos diferenciados, porque eu trabalho na saúde coletiva. Acredito que é algo a ser resgatado nas discussões das nossas especializações. A busca da sua gênese, a sua formação original e a conexão com a saúde coletiva.

A Minayo coloca que, a partir da década de 90, a saúde coletiva passa a ter uma mudança de paradigma conceitual e metodológico, da hegemônica base na ciência empírico-analítica para outras ciências que vincularam, no conceito de saúde, os aspectos socioculturais no reduto biológico. Você sentiu essa mudança no campo prático?

Eu vi isso acontecer. Em 1991, começaram as oficinas de territorialização, pois era um momento em que nós começávamos a discutir o que era território. E território não só na condição geográfica, mas território na questão conceitual. O território geográfico é aquilo que você desenha nessa área delimitada e que tem rio, tem barreira geográfica, tem acessos facilitados, tem equipamentos sociais, educação, saúde, segurança. Tem outros equipamentos, que são de consumo público e outros estabelecimentos de comércio e serviços que estão disponíveis na região. Isso é o conceito do território geográfico. O conceito de território é o que acontece dentro deste, assim, quem sabe o de dentro é quem mora ali ou mora em outro lugar, mas trabalha ali, circula ali, passa de ônibus ali, passa de caminhão e deixa o mosquito da dengue ali. Pára na borracharia, troca o pneu e ali ficou o mosquito da dengue, então no conceito de territorialização, são as outras que estão entrando nos embates políticos, das forças, da disputa de poder

que faz a vida dessa sociedade. Com esses dois conceitos começamos a trabalhar em 1991, para que pudéssemos melhor conhecer como isso se processava na cidade de Curitiba. Nós que fazíamos a condução dos serviços de saúde, como isso se processava em todas as áreas. Esse momento de construção de responsabilidade é um momento riquíssimo, quando começamos com as oficinas de territorialização. Ao concluir essas oficinas, tínhamos um diagnóstico da cidade, com alguns mapas (os mapas inteligentes), nos quais tínhamos o desenho de toda a habitação, todas as barreiras geográficas. Quando construímos esse mapa inteligente, queríamos saber, também, quais eram os principais males sofridos por essas pessoas que aqui moravam. Aqui, identificamos hepatite, hanseníase, a própria diabete, hipertensão. Ao identificar o perfil epidemiológico dessas áreas menores, junto ao Eugênio, vimos o que era área, o que era microárea, o que era área de risco. Aí, o conceito de risco também foi muito trabalhado, porque eram situações em que precisávamos ter clareza, já que o risco poderia ser o risco biológico – provocado pelo ambiente ou pela história de vida dessas pessoas – e poderia ser um risco social – que é uma questão da inserção delas no meio.

Foi um momento em que tivemos, junto à Escola Nacional de Saúde Pública, aqui em Curitiba, o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, presidido pelo doutor Cordone e com o qual a socióloga Sônia colaborava de forma muito articulada com as questões da saúde. Nós tínhamos, na década de 80, uma reflexão profunda da questão do planejamento estratégico, então, Matos e outros teóricos foram convidados no sentido de alimentar este planejamento. Em 1983, foi a gestão em que o Cordone era secretário estadual de saúde e Armando era da Fundação Caetano Munhoz da Rocha. Havia, no cenário nacional, a Escola Nacional de Saúde Pública, um trabalho intenso de formação de quadros na saúde coletiva. Realizavam-se alguns cursos de formação, de especialização em saúde pública. Era obrigatório para essas pessoas que dirigiam tais regionais de saúde do estado. Depois da gestão de Cordone, como secretário, fizemos mais de uma turma e eu era a diretora da Escola de Saúde Pública – e participava também da coordenação desses cursos de especialização. Esse curso estava na Escola

de Saúde Pública e fazia várias outras coisas em outras formações de educação continuada. Nesse período, quando no término da gestão do Cordone, continuou o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESCO). Esse Núcleo difundia muito o planejamento estratégico e nos apoiou na década de 90, para fazer o curso de especialização em saúde coletiva, com ênfase em gerência de unidades básicas de saúde que foi o projeto GERUS – isso foi de 1995 até 1996. Esse curso tinha como foco central a integração com o serviço e a formação de todos os quadros da saúde coletiva daquele município. O que foi feito, naquela época, tem efeitos até hoje. Novos cursos foram realizados com base naquele curso e novas planilhas, novos relatórios de trabalho, novas formas de trabalhar foram incluídas a partir daquela base teórica. Por isso, a Minayo fala que a década de 90 foi uma década forte pra saúde coletiva, porque foi a década da territorialização, da compreensão do conceito de território, da compreensão e da afirmação da municipalização. Os municípios tinham que se apropriar do que acontecia com o seu povo, avaliando, planejando e operando. Daí em diante, tudo veio numa marcha crescente, porque não se teve descontinuidade política, nesse período, no município de Curitiba. Como para ingressar no quadro da prefeitura é necessário ser concursado – são pouquíssimos cargos destinados a pessoas convidadas –, foi possível construir uma cultura institucional de saúde.

Você comentou que a questão política é importante no processo. Como você colocaria, se possível, por ordem de prioridade, a realização de um projeto? Depende do quê? Da questão financeira, política, acadêmica?

Política. Não tenho dúvidas. É uma política pública que é concebida e se busca, em nome desta, as fontes teóricas, os recursos práticos, concretos, materiais. Busca-se o conhecimento das pessoas, a pró-atividade dos profissionais. E uma vez pactuado um rumo, todos nós o seguimos, se discordamos, conversamos sobre a discordância e, se é possível reconduzir o rumo, fazemos. Desde 1983, esse pensamento do grupo – um grupo que acredita na saúde coletiva – teve continuidade, não houve alguém que jogasse no lixo. A chave é um bom projeto político. E, com quadros que bem compreendam isso e

com boa bagagem de conhecimento técnico e científico, tem que ter clareza na articulação de idéias e tem que ter flexibilidade nessas idéias para adequar aos novos contextos no município. A releitura dos contextos deve ser feita o tempo todo. Existe algo que eu acho que é política e que é muito importante para nós: é estar com o Conselho Municipal de Saúde. Esse Conselho vem desde 1991, fortalecido e atuante. É tudo isso que conecta a rede: é o conselho, o gestor, o prestador, o usuário, o comitê de mortalidade materna. São espaços de busca, de aprimoramento da nossa prática de saúde e que modificou (e muito). Antes, tínhamos uma formação altamente tecnocrata, em que nós éramos os sabedores e o povo tinha que escutar, porque eles tinham que aprender o que nós tínhamos para dizer e nós éramos como surdos para eles. O profissional de saúde sabedor, a população não-sabedora, são esses os paradigmas que se inverteram, na verdade eles foram rompidos e modificados, fizeram uma nova história da saúde.

Nessa macropolítica, são mencionados no programa da SMS os desafios a enfrentar, como a demanda crescente, agravada pelo aumento da população a considerar a região metropolitana de Curitiba. Como você vê essa situação?

Não é da minha competência, mas eu acompanho. O dinheiro para a saúde sempre vai ser pouco, porque ao se atender uma demanda, outras que estavam aquietadas ganham cena. É algo que cresce e eu não acho ruim, porque é da natureza humana. Você vai tratar de assuntos emergentes e que estão ganhando cena na sua vida. Na medida em que você resolve aquilo, você busca a satisfação de outras dificuldades existentes. É exatamente por isso que o dinheiro na saúde nunca vai ser suficiente. O dinheiro não é suficiente, quando se começa a perder muitas pessoas na sua população por conta de necessidades básicas não-atendidas, daí eu acho que é o momento de se pôr mais dinheiro. Agora, por exemplo, poderíamos pensar uma coisa lá na frente, em que as pessoas se responsabilizassem um pouco mais por aquilo que é apresentado a elas, a que elas tiveram acesso, no que se refere à sua própria saúde. Assim, o dinheiro vai ter mais efeito, porque o consultório médico, a sala do enfermeiro ou do auxiliar de

enfermagem vai trazer o impacto da prevenção, da promoção de saúde mais efetivo.

Como você vê a posição das universidades, enquanto um pólo de geração do conhecimento e esse descompromisso na inter-relação com o serviço?

Em 2004, quando o comitê de ética foi constituído, produziu-se um efeito na nossa relação com as instituições formadoras, que foi muito benéfico. No momento inicial, foi complicado, porque ninguém queria submeter a arrogância acadêmica aos pobres mortais do serviço, que tinham acabado de criar um comitê de ética. Entretanto, com o passar do tempo, combinamos e recombinaamos várias coisas com as universidades e isso criou uma aproximação maior. Não queremos assumir o papel da universidade e fazer análises éticas das pesquisas dos alunos de cada uma delas, mas queremos que os professores, nas universidades, conheçam bem qual é a pretensão de produção acadêmica que seus alunos estão propondo. Isso faz com que educação continuada seja identificada, seja resolvida lá. Nós precisamos ser cautelosos e cuidadosos com isso. É uma questão ética, no momento em que aprovamos a pesquisa, torna-se necessário fazer outras averiguações que podem ser aparentemente de cunho menor, mas que são tão importantes que têm decorrências médicas, também. Então, como fizemos esse movimento: o tempo todo fazíamos as nossas interrupções para o bem do fortalecimento da nossa relação, nunca foi para dizer que isso era papel da universidade. O cuidado, o carinho que nós temos com as instituições de ensino, é no sentido de compreender que os nossos papéis são complementares e, por isso, temos que trabalhar de um jeito sempre integrado. Algo importante é compreender que à academia cabe a formação dos profissionais, mas que eles estão sob a nossa interferência também nessa formação. Outra “chave” é o professor assumir para si, junto aos alunos, as metas de intervenção no perfil epidemiológico daquele território em que se está inserido. Então, essas duas chaves, na relação que temos com as instituições, estão sendo fortalecidas.

Quanto à formação acadêmica, especialmente a partir de 1970/72, o governo federal re-estruturou o ensino nas universidades, fragmentando o ensino, em consequência, fragmentando as ciências, e ao mesmo tempo, a política de contratação de professores em regime de dedicação exclusiva. Com isso, trouxe para o serviço, um perfil de profissional descolado da prática deste, além da incorporação de princípios pedagógicos e científicos fragmentados. Quando esse profissional vem para cá, qual o grau de complexidade, no sentido de deixá-lo ao nível desejável dos princípios do serviço colocado por vocês?

É bastante trabalho. Temos os nossos processos de educação permanente, temos essa interface com a instituição de ensino. Damos aula inaugural e sempre que somos chamados para apresentar algum programa, nós vamos, enfim, para levarmos um pouco do jeito de fazer, porque aquele conhecimento didático é segmentado em “caixinhas” diferentes. Aqui, na prática, você vai ter que absorver um pouquinho e se alimentar das diferentes fontes para resolver um problema. E esse problema congrega diferentes áreas do conhecimento e da formação. Nas reuniões de equipe em que, via de regra, uma vez por semana as equipes se reúnem e conversam sobre as questões que estão no processo de trabalho, as dúvidas ou questões que cada um tem são discutidas em um espaço para essa inter-relação. A outra vertente trabalhada é a da educação permanente. No ano passado nós tivemos uma média de cinco participações por profissional. É muito difícil que haja um profissional da rede que não tenha assistido nada o ano inteiro. Isso significa que existe um trabalho. Sempre quando está fechando o ano, identificamos as metas e fazemos um encontro com o corpo gerencial, e já apresentamos a eles o desenho do ano que virá, assim, eles sabem que aquelas serão as metas-chave para trabalharmos. Nós chamamos esses profissionais para os nossos programas, que são obrigatórios, e eles são dispensados do serviço e fazem essas capacitações conosco. Fazemos esse acompanhamento, um trabalho de aprofundamento por categoria e de nivelamento por conteúdo. Fazemos, também, o mapa no começo do ano. Temos dia por dia, o que vai acontecer na rede e para quem, com qual carga horária, com qual conteúdo, com

qual finalidade. Eu tenho que reunir as informações que vêm das coordenações, que acompanham os relatórios de produção e identificar a fragilidade dos profissionais. É um momento em que as coordenações se manifestam. É um momento em que os próprios profissionais se levantam e apresentam para as suas chefias as suas respectivas fragilidades. E há a outra questão: nós sempre temos as pesquisas que acontecem e a satisfação do usuário. Ali aparecem dados que dão retorno para nós sobre o que está faltando.

Citando as dificuldades de mostrar aos alunos a importância de uma realidade, por exemplo, no curso de educação física, ao falar da conquista do espaço no NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para eles é algo ainda muito estranho um trabalho multiprofissional.

Chega até a fazer segregação, mas quando se analisa a questão do cuidado de si e da atividade física, eu vejo o quanto se está aproveitando pouco a Educação Física. Porém, aqui existe o programa, coordenado pela Márcia, em que a atividade física é colocada.

Ao entrevistar a Márcia, ela comentou que os profissionais de educação física são muito resistentes nesse aspecto.

Acredito que, nesse contexto, encontramos a questão da resistência, que as pessoas se afirmaram naquele movimento e que era equivocado para o bem da comunidade, para o bem da saúde coletiva. Temos resgates importantes. Esse projeto pró-saúde é um projeto bem interessante, nesse momento está disponível apenas para instituições públicas e filantrópicas, mas acho que é necessário fazer sugestões ao Ministério da Saúde, porque há uma iniciativa particular que tem características adequadas a essas políticas públicas. No caso da medicina da Positivo, eu vejo isso. A Universidade Católica tem um projeto muito bem desenvolvido. A Federal tem algumas dificuldades, mas está buscando, embora seja a mais clássica na formação. A Evangélica deu uma deslançada, no modo com que eles se apropriaram do Bairro Novo, o jeito com que os professores se sentem responsáveis, misturados à equipe.

ENTREVISTA 02 - MARCIA KREMPEL
COORDENADORA DE PROJETOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - CURITIBA
DATA: 26.09.2008

Márcia, eu gostaria, inicialmente, de saber da sua formação acadêmica, sua experiência profissional e, hoje, a função na secretaria municipal de saúde.

Eu sou formada em Enfermagem. Fui professora na PUC, há 12 anos, professora universitária, depois vim para o serviço público e trabalho há quase 20 anos na secretaria de saúde. Na secretaria, eu já passei por vários setores, desde CQ de unidades de saúde e, agora, eu estou na coordenação de Projetos de Promoção de Saúde. Coordeno vários projetos, um deles é o Mutirão da Cidadania, que é um projeto intersetorial, que tem uma interface com todas as secretarias da prefeitura, é institucional; coordeno, também, o projeto Ambientes Saudáveis, em que tentamos fazer essa ponte, essa articulação entre empresas, universidades e escolas; e o Programa Agente Saudável, que também é um programa de estímulo aos hábitos saudáveis da população. Eu tenho, ainda, mestrado pela PUC, em Tecnologias em Saúde.

Esse interesse por um processo avaliativo e uma direção em relação à promoção da saúde, entendendo que promoção de saúde, como você coloca no trabalho, tem uma dimensão contextual que contempla também a questão da doença e da cura. Por que veio essa preocupação, acentuando a questão da prevenção, na nova direção da promoção da saúde?

A promoção de saúde se entende por toda a ação que se faz para potencializar sua saúde. Tem que oferecer qualidade de vida. Então, para a questão da qualidade de vida de uma comunidade, de uma população, vai-se além do setor de saúde. Só o setor de saúde não dá conta de atender a esse tipo de demanda; ele está muito mais ligado na situação da assistência, no atendimento à doença, ou, no máximo, à prevenção da doença. Agora, a

promoção de saúde vai além disso. Nós temos que capacitar as pessoas para que esta aumente o seu potencial, a sua capacidade de enfrentamento das adversidades, para não se tornar doente. Portanto, trabalhamos no âmbito da saúde, não no âmbito da doença. E, para se fazer esse tipo de promoção de saúde, na vertente da qualidade de vida – que não pode estar restrita somente ao setor da saúde –, nós buscamos outros espaços, principalmente o ambiente de trabalho e o de estudo, nos quais as pessoas passam a maior parte do seu tempo. Logo, o local onde essas pessoas vivem e trabalham teria que ser o ambiente promotor de saúde, para tornar as escolhas saudáveis e mais fáceis, foi nessa vertente que buscamos esses ambientes. As universidades, pela questão da formação, de influir nesses conceitos de promoção de saúde nos seus currículos, estimulando isso para que não se formem profissionais de saúde voltados apenas para a vertente curativa. E mesmo nos outros cursos, usamos muito esse exemplo, como o do próprio engenheiro: se ele tem noções de promoção de saúde, de qualidade de vida, ele vai pensar os seus projetos com outros olhos. A questão da ventilação, a questão da iluminação, da promoção da saúde, da qualidade de vida das pessoas que vão utilizar aquele espaço.

Também procuramos as escolas municipais, porque nesse espaço, também de formação, os professores devem ter o cuidado com os alunos, essa preocupação pela qualidade de vida destes no futuro, vemos um processo de formação bem inicial. Sendo assim, a escola também tem que ser um espaço promotor de saúde, não só pensando em espaço físico, mas na questão do que se ensina – princípios, conceitos para essas crianças, a fim de que elas tenham melhor capacidade de sobreviver com qualidade.

E, no espaço de trabalho, a responsabilidade das empresas com os seus funcionários, com os seus auxiliares, estendendo para a questão familiar e a responsabilidade com a comunidade do entorno. Recebem-se outros nomes: responsabilidade social, eu acredito que hoje o mundo está muito voltado para isso. Temos a meta do milênio, bem como outros movimentos mundiais que estão convergindo pra essa vertente.

De 2002 até 2008: as conquistas, as dificuldades, o que vocês podem apontar aqui?

No início fomos recebidos com certa surpresa, porque essa aproximação do público/privado era algo que, na época (2002), ainda não era tão comentado, tão realizado. Acredito que quebramos alguns paradigmas, com essa aproximação, com esse trabalho intersetorial, que também é um processo em construção, mas eu posso dizer que avançou muito. Hoje, o trabalho intersetorial não é visto mais como uma novidade. Isso já está fluindo e as pessoas perceberam o quanto conseguem fortalecer os seus trabalhos, os seus projetos, quando existe um trabalho em parceria. É preciso unir forças da secretaria de saúde, com secretaria de educação, abastecimento, esporte e lazer, empresas particulares, por meio de seus setores de RH ou mesmo de promoção de saúde que existem nas empresas. As universidades conseguiram enxergar esse conjunto, porque nós percebemos que dentro da universidade, isso era muito fragmentado. Esse espaço de promoção estava ligado a um departamento, às vezes, a um professor e hoje não, vemos que a universidade está tomando isso como um corpo. Tomam-se as universidades que têm a promoção da saúde, a promoção da qualidade de vida, como diretrizes, como normas, eu acho que a própria preocupação do Positivo com toda a questão do campus, ela é toda voltada para a questão cultural; então se abriu muito, acho que hoje estamos bem mais avançados.

Pela sua experiência, é lógico que você tem um vínculo maior com esse setor, em relação à promoção da saúde e essa preocupação em aglutinar parceiros. O quanto você considera determinante no processo, em relação a outros aspectos, de recursos e da doença?

Claro que a questão assistência à doença, o atendimento às pessoas doentes ainda é o carro-forte do setor saúde. Os maiores investimentos estão para assistência. Então, a construção de redes de unidades de saúde, hospitais, medicamentos, ainda consome grande parte do tempo, do esforço e do dinheiro do setor saúde. Mas se percebe uma mudança de concepção, hoje: se você percorrer nossas unidades de saúde, qualquer serviço de saúde, ele não tem

apenas a preocupação com o setor assistência. Nossas unidades possuem grupos de caminhada, grupos de atenção nutricional, há a questão do controle do tabagismo, são ações permeadas pela questão da promoção da saúde. Mesmo que seja uma ação curativa, ela vai ter sempre um foco pensando, também, na questão da promoção de saúde daquele indivíduo, seja em ações individuais ou nas ações coletivas. E a questão da intersetorialidade, hoje eu acredito que é um ganho que não se tira mais. Mesmo que tenhamos uma mudança de direção política, é uma questão que está tão incorporada na prefeitura, esse trabalho intersetorial, que será impossível se desfazer. Nós temos parcerias, sim, com outras secretarias que não se imaginaria: finanças, habitação, urbanismo. Hoje os programas da secretaria de urbanismo se preocupam com a qualidade de calçada, as questões urbanas da cidade; a URBS com a questão da mobilidade sustentável. Com esse trabalho intersetorial, que foi feito nessa aproximação com todos os setores, fez-se entender que é papel de cada um deles, também. São determinantes para a questão da qualidade de vida na cidade e isso não está restrito somente ao setor saúde. Todos têm um papel, uma parcela de contribuição, tanto no trabalho intrínseco deles, quanto no trabalho intersetorial.

Curitiba, na sua construção histórica, favoreceu à implantação desse programa intersetorial?

Com certeza. Os planos de governo, a forma como vem nos últimos três ou quatro governos, todos têm, no seu planejamento estratégico, na sua concepção de gestão, o processo intersetorial. Tanto que eu coordeno este projeto, o Mutirão da Cidadania, que é um projeto do prefeito e que tem uma interface com todas as secretarias, administração direta e indireta. É muito interessante, já há três mandatos, isso tem se estruturado e se consolidado nessa vertente da intersetorialidade.

Qual é o seu olhar com relação às universidades? Eu tive uma experiência na universidade pública, na UFPR (durante 30 anos), dessa visão fragmentada. Depois eu tive experiência na universidade particular, a

Universidade Positivo, e apesar de estruturas com essas intenções intersetoriais, ainda vemos fragmentos em função de uma formação acadêmica, dentro uma ciência mais empírico-analítica, de especialização na área da saúde. Como você vê, hoje, uma formação nessas universidades, para que haja um favorecimento na inter-relação com esse serviço?

Realmente temos que quebrar alguns paradigmas nas universidades. Acredito que as universidades ainda estão mais lentas na aquisição dessas mudanças de gestão do que o serviço público. Nós temos mais agilidade para incorporar algumas situações. Mas como a própria prefeitura é um grande campo de estágio para todas as universidades, é a partir daí que conseguimos essas aproximações. O aluno, vindo vivenciar na experiência do serviço, faz com que haja uma aproximação e ele consegue ter essa visão ampliada. Ele vai fazer um estágio numa unidade de saúde, vai ver a interface que essa unidade tem, por exemplo, com a empresa próxima; a interface que essa unidade tem com a própria comunidade, com a escola, com os outros equipamentos sociais, os programas que temos, que são interdependentes. E outra forma, também, é essa aproximação por meio de projetos comuns. Nós somos muito dependentes das universidades. Gostaríamos que ela viesse mais no sentido de pesquisa, de avaliação. É por esses caminhos que podemos estar favorecendo.

Olhando internamente a universidade, observa-se um distanciamento dela em relação à realidade. O estágio pode ser um exemplo, fazer uma parceria seria simplesmente para que os alunos pudessem compor o estágio. Parece que a Secretaria Municipal de Saúde, está articulando outra forma, que não somente estágios, não?

Parcerias em outras atividades, não só como campo de estágio, mas desenvolvimento de pesquisas em conjunto, desenvolvimento de campanhas educativas junto às universidades, são formas do aluno estar participando. Não só naquele atendimento individual da prestação de um serviço, mas de ações comunitárias. Nesse ponto, as universidades têm reagido bem positivamente. Ou, ainda, têm nos procurado para as ações mais comunitárias. Isto é uma coisa

importante: ela está saindo do foco só da academia, da disciplina, do estágio formal (quadrado), tem ações mais ampliadas.

A instituição pública, no caso a UFPR, parece se fechar muito mais do que uma universidade privada.

Nós temos mais facilidade com algumas instituições privadas. Apesar de que nós tivemos um projeto nascido na UFPR, não pelo setor acadêmico formal, mas depois foi criado um curso de extensão, nessa fase, e que, realmente, acabou envolvendo vários setores: de arquitetura, de engenharia, de biologia, de matemática. São projetos muito interessantes, que conseguiram articular diversos 'rabeios' ali dentro, para estar trabalhando nesse projeto, e foi criado a partir daí um curso de extensão. Foi um projeto de trânsito que tivemos e eles lançaram um projeto, que hoje tem até uma ONG, que é a ciclovida. Tudo isso acabou, a origem dele foi nessas nossas discussões entre os diversos parceiros, e o representante da UFPR, na época, comprou a idéia e conseguiu desenvolver lá dentro, mas foi uma experiência pontual também.

Na Universidade Federal do Paraná há o Núcleo de Saúde Coletiva. Como está esse Núcleo nessa inter-relação?

Não está próxima. Infelizmente a Universidade Federal é que está mais afastada. Ela começou também nesse início do projeto que veio com outro setor, nem era a parte mais acadêmica, foi enviada a parte de recursos humanos da Universidade, que se envolveu bastante na época. Havia a vice-reitora acadêmica que, no período, também se envolveu e começamos com um bom trabalho, mas depois houve um esfriamento, realmente, por parte da Universidade Federal. Ao passo que as outras universidades continuam de uma forma mais ativa, no projeto. Sentimos muito, porque até em outras ações da própria Secretaria de Saúde, ou de outras campanhas que fazemos, sempre a resposta das universidades particulares são mais prontas, mais acessíveis. Acredito que conseguimos estabelecer parcerias mais efetivas com as outras universidades particulares do que com a própria Federal.

Então, observando as linhas de pesquisa, no âmbito da pós-graduação, como está o doutorado na PUC? São duas instituições que propõem um equilíbrio na área da saúde. Prevalece a questão da especialização. Poucas linhas, se não me engano uma, na Federal, que é a Saúde da Criança e do Adolescente, que parece ter uma perspectiva mais ampliada em relação à prevenção e à promoção de saúde. Então, essas produções não têm uma aproximação em relação ao serviço e à produção.

Sim. A que nós temos aqui, em Curitiba, no caso, sabemos de experiências do resto do Brasil que não. Que é a universidade buscando o serviço e estimulando-o, dando suporte para o mesmo. No nosso caso, nos projetos que eu gerencio – não posso responder por todos –, a iniciativa sempre partiu do serviço: nós buscamos as universidades. Como eu te falei: estamos fazendo um chamamento de todos esses ambientes para uma produção, para uma publicação que queremos realizar até o final do ano. Então, estamos reunindo experiências, sistematizando todas estas para uma publicação. A iniciativa sempre partiu do serviço. No caso de nós procurarmos outros ambientes para estimular, reconhecer, valorizar o que eles estão fazendo, para trazê-los para uma aglutinação. O que nós queremos fazer é realmente reunir o maior número de pessoas que estão envolvidas em instituições, que estão envolvidas com a temática da promoção de saúde, para fortalecer a promoção por meio disso, porque se você tem muitas iniciativas isoladas, ela não tem força, ela não tem representatividade, ela não tem visibilidade. O que nós procuramos é, a partir do momento em que reunimos essas pessoas – essas instituições que estão trabalhando nessa mesma vertente e há uma troca de experiências – há uma troca de informações. A construção de projetos comuns já favorece essa parceria, esse intercâmbio entre as instituições, acaba fortalecendo a promoção de saúde, dando visibilidade para tais iniciativas, estimulando, porque, muitas vezes, a instituição acha que não vale a pena investir nesse projeto, nessa linha, pois não tem retorno, então, procura-se mostrar o oposto: tem retorno positivo, você não está sozinho, você pode estar se integrando com outra instituição. E nesse

compartilhar, conseguimos com que muitos outros projetos fossem gerados. Você pega uma universidade que acabou fazendo parceria com uma escola, ou com uma empresa; uma empresa com uma unidade de saúde, então conseguimos fazer essas pontes, facilitar esses caminhos. E, assim, muitas coisas bonitas aconteceram e vem acontecendo.

Observa-se isso, nitidamente. Agora, a questão da produção de conhecimento aqui, internamente, se atribui ao quê? Há um estímulo a uma capacitação, ao projeto em que você fez o mestrado?

Acredito que a prefeitura realmente facilite e estimule os seus funcionários, os seus profissionais, a terem uma melhoria contínua. Temos que nos capacitar. Fiz o meu mestrado com ajuda de custo daqui, estou fazendo agora o MBA também com a ajuda de custo da prefeitura, acredito que desse modo, ela facilita para o corpo inteiro da prefeitura. Todos os funcionários têm a facilidade de ter uma ascensão profissional nesse sentido. São cursos, capacitação, seminários, congressos; isso é muito facilitado pela Secretaria de Saúde e a pela prefeitura, em geral. Então, nesse aspecto, somos bem privilegiados, em termos de prefeitura, para o favorecimento da questão de produção de conhecimento. Ela nos dá condições para isto. E também há um estímulo para escrever, para a produção. Na Secretaria de Saúde nós temos protocolos praticamente em todos os programas. É uma forma, também, de estar escrevendo, registrando, publicando o conhecimento gerado aqui, pelo próprio serviço. Isso é favorecido, para que, realmente, sejamos referência: você vai para um congresso, leva material de Curitiba, todo o mundo quer ter acesso, por exemplo.

Nesse caminho da promoção de saúde, com certeza, esse programa da ação da família está no meio. Há uma preocupação maior agora com esse trabalho, por parte do governo federal. Como é que você vê isso? Especialmente essa situação de que a formação acadêmica foi fragmentada e aqui se propõe um trabalho multiprofissional, multidisciplinar.

A questão são as universidades correndo atrás do serviço. O serviço é mais ágil, sempre encontrando novos modelos de gestão. A própria saúde da família é uma estratégia de gestão das questões de saúde de uma forma diferente, antes era aquela coisa médico-cêntrica: o médico lá na unidade de saúde, fechadinho, consultas. E você vem com um projeto muito inovador desse, que é realmente colocar a saúde além dos muros da saúde, além dos muros da unidade, do hospital, realmente se integrando com a comunidade. Hoje nós temos cursos de saúde da família, mas realmente há a necessidade de um investimento grande do setor em preparar melhor esse profissional que passa nos concursos. Existe um investimento grande em cursos, capacitações, atualizações dos profissionais que são contratados e sempre há a necessidade de fazer uma adaptação, já que o processo de formação não vem com essa visão ampliada. Um exemplo: nós temos aqui nutricionistas, porque a própria equipe de saúde se ampliou muito, agora não é mais aquela equipe formada pelo médico, enfermeiro, auxiliar. Nós temos nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, outros profissionais que vieram se agregar à equipe, mas que precisam, também, ganhar esse cunho de saúde coletiva. A nutricionista, por exemplo, não realiza mais um atendimento individualizado, é um atendimento coletivo, uma visão coletiva de saúde, de qualidade de vida daquela população. Então, realmente, muda o foco. E para essa mudança de foco, há uma necessidade de capacitação, o serviço precisa modelar melhor, lapidar esse profissional para a nova postura.

A Universidade Positivo tem como objetivo a formação na área da saúde coletiva, sem menosprezar a questão da especialização...

Que é um paradigma, uma universidade tão articulada e de elite, ter uma proposta tão inovadora com esta, é admirável.

Por outro lado, a realidade mostra que os alunos não querem essa saúde coletiva. É mais ou menos algo relacionado à não querer trabalhar com pobre nem depender de INSS. Isso é muito marcante nesse processo.

Sim, porque ele vem de uma sociedade elitizada, é o tipo de aluno que existe na Universidade Positivo, mas acredito que seja uma questão de tempo e uma questão cultural, em que o médico tinha que ser rico, com seu consultório de luxo e aparelhos sofisticados. Acredito que tem espaço para todos. Na nossa realidade, há espaço para esse profissional elitizado, superespecialista, uma coisa não é negar a outra – isso deve ser bem entendido. Não é porque você trabalha na área da promoção de saúde que você vai negar a doença. A doença existe e, se a doença existe, também merece que um superespecialista atenda essa doença e que haja um superconhecimento para eliminá-la. Mas não devemos focar apenas esse tipo de medicina, esse tipo de assistência superespecializada, individualizada, senão nunca iremos gerar saúde. Nós temos que ter o outro lado do pêndulo, da balança, trabalhando com a coletividade, potencializando as pessoas para que, cada vez mais, elas tenham autonomia para decidir sobre a sua vida, fazer as suas escolhas mais acertadas e aumentar o seu potencial de saúde, de enfrentamento das dificuldades e que ela também assuma a responsabilidade pela sua saúde. É muito comum isto: as pessoas acreditarem que a responsabilidade é do médico, é do serviço de saúde, do ministério, da prefeitura, enquanto a responsabilidade da saúde (própria) é sua. Se você tem os seus hábitos alimentares, se é mais sedentário ou se tem uma vida mais ativa, você escolhe o modo de viver. Sendo assim, o que procuramos nesse trabalho da promoção, é que as pessoas tomem decisões mais acertadas e que os ambientes favoreçam essas escolhas. E não adianta eu estar superconsciente de que eu devo ser mais ativo, se no meu ambiente de trabalho, eu tenho que ficar parado, 8/10 horas na mesma posição, por exemplo. Hoje as empresas estão preocupadas com isso, a questão de ginástica laboral, uma alimentação mais saudável, que é oferecida a esses trabalhadores, bem como horas de lazer. Acredito que hoje as empresas estejam muito mais abertas e sensíveis a isso, preocupadas com as questões do meio ambiente, poluição. Então, as duas coisas: vamos para o lado da medicina especializada, mas também vamos pensar no coletivo, em outras formas de viver que possam ser muito mais saudáveis.

Ainda nessa questão da formação acadêmica e o serviço, o coordenador da medicina da UP, disse que “a medicina, também, atingirá o seu momento de desencanto”. Na odontologia, parece que isso é evidente, na medida em que se vê, no município, muitos profissionais. Você acredita que a medicina chegará nisso?

Bom, o mundo todo está em transformação, acredito que não seja apenas a questão da medicina e sempre novos campos estarão se abrindo. Quanto à odontologia, conseguimos melhorar o índice, o CPOD da população, hoje cada vez mais nossas crianças têm menos cáries, menos problemas. Claro que há dentistas que só fechavam o buraquinho do dente e, por isso, hoje estão sem emprego. Mas apareceram outras coisas na odontologia, os implantes, hoje existem outras tecnologias avançadas, na questão da Odontologia. Acredito que a medicina vai avançar da mesma forma, à medida que se vai melhorando o potencial de saúde, tem-se uma população mais saudável, o nosso próprio perfil epidemiológico já mudou muito. Antes eram doenças diarreicas, desidratação, e isso já matava várias pessoas. Há a Medicina do Esporte, a Medicina ligada a essa questão de qualidade de vida, então outras oportunidades se abrem, o curso de medicina nunca vai acabar. E as pessoas podem adoecer de problemas diferentes, mas elas sempre irão adoecer, de alguma forma, porque elas morrerão um dia, mas com outras tecnologias, outras preocupações. Assim, há sempre uma mudança, uma transformação. É preciso que a universidade esteja acompanhando isso e preparando esses alunos para os novos ambientes que eles encontrarão lá fora.

No caso específico da odontologia, há uma maior concentração de dentistas no serviço, segundo alguns levantamentos. Você acha que é em decorrência do quê? De um mercado privado, complexo, fechado, ou abertura, ampliação das propostas públicas?

Tem-se uma questão de demanda – oferta e demanda. Houve muita demanda, muitas escolas de odontologia, lançando no mercado, todo ano, uma quantidade imensa de profissionais e o serviço público se oferecendo como

campo de trabalho. Hoje, a prefeitura, a Secretaria de Saúde, é um dos grandes contratadores de profissionais da área de saúde, tanto de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição. Trata-se de quem mais contrata esses profissionais. Abre-se um concurso, o número de inscritos é imenso, talvez uma questão seja a segurança, por haver um salário fixo, o que pode se tornar um atrativo para esses profissionais buscarem o serviço público, por uma questão de segurança profissional; por oferta, que é muito maior no serviço público do que no privado; e o excesso de demanda. Acredito que deveria ser revista a questão de formação, mesmo hoje o Brasil sempre priorizando curso superior, em detrimento dos cursos técnicos. Parece que quem não tem o canudo, quem não tem o diploma de nível superior não vai ter trabalho. Não é bem assim. A demanda, hoje, pelos cursos técnicos, ou outros tipos de formação, é muito grande, às vezes, não há a mão-de-obra necessária, especializada, porque está todo o mundo com formação universitária e não adequada ao mercado de trabalho. Pode ser que na odontologia, esse seja um dos problemas: processo de oferta, sem demanda suficiente. E à demanda, quem está abrindo espaço é o serviço público.

A questão da promoção de saúde, apesar de ser algo ainda incipiente, não é prioridade, sabemos disso, mas, felizmente, mais pessoas e a própria universidade vem se preocupando em produzir conhecimento nessa área, o que é muito importante. Curitiba avançou muito, principalmente nessa questão do trabalho intersectorial, nessa clareza que os outros setores têm da sua participação e da sua responsabilidade pela qualidade de vida da cidade. Não é mais aquilo de “não, isso é assunto da saúde”, como sentíamos no início, tudo era responsabilidade da saúde. Hoje não, já se percebe que outros setores trazem para si também essa responsabilidade, sabem da sua participação, da sua importância na qualidade de vida para cidade. Os projetos são muito mais discutidos nesse intersectorial e há, realmente, uma mudança de forma de gestão, de forma de administração pública. A administração pública está muito avançada nesse ponto. Em termos de cidade de Curitiba, é excelente. Tem-se um grande número de universidades, as quais estão mais abertas a pesquisas e procurando trabalhar nessa vertente da promoção de saúde. Não só em questões curriculares,

mas também se preocupando com qualidade de vida dos funcionários, dos alunos e da comunidade. A própria Positivo tem um trabalho maravilhoso na comunidade do entorno, abrindo suas portas para receber essa comunidade, também se preocupando com a questão ambiental. Temos muitos avanços, realmente é preciso registrar isso, identificar e divulgar, dar visibilidade a essas iniciativas que são muito importantes. É assim que se vai transformando os paradigmas.

Então, com essa Curitiba, há uma busca muito grande de pessoas que querem morar aqui e isso tem causado algum trauma. Há a necessidade de um replanejamento?

Não, sempre se está correndo um pouco atrás de prejuízos. Você sabe que consegue, por exemplo, estabelecer um equipamento social numa determinada área, mas daqui a pouco ele já está obsoleto, porque o crescimento da população é muito grande e o nível de exigência da população também é cada vez maior. A partir do momento em que ela recebe um serviço de qualidade, cada vez ela quer mais e mais qualidade. Acredito na necessidade de se estar sempre em busca de aprimoramento, sempre melhorando para oferecer cada vez mais. E temos que adaptar, porque a realidade é essa agora: Curitiba já deixou de ser aquela cidadezinha pequena e provinciana. Já sofremos o impacto dessa grande migração que houve desde 1970, então, agora estamos num momento de absorver isso e lidar com essa nova realidade. Curitiba nunca mais vai voltar a ser aquela cidade pequenininha, onde o trânsito fluía bem e os nossos espaços eram suficientes para o número de habitantes. Temos que estar, hoje, numa outra realidade, de uma grande cidade, já pensando em termos de região metropolitana. Isso, em termos de administração pública, é incontestável, não podemos mais pensar a Curitiba, nós temos que pensar a Grande Curitiba, que incorpora toda a região metropolitana. Todos os projetos, os planejamentos, têm que ser feitos em conjunto, porque já não estamos mais sozinhos, já não existem mais espaços.

**ENTREVISTA 03 – DR. NESTOR ANTENOR CAMACHO CALIZAYA
MÉDICO CLÍNICO GERAL DA UNIDADE DE SAÚDE 24 HORAS – BAIRRO
SÍTIO CERCADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DATA: 04.11.2008**

Formação Acadêmica

Medicina.

Experiência profissional

Médico Clínico, Medicina comunitária, Médico do Trabalho.

Vínculo empregatício e função na Secretaria Municipal de Saúde – SMS

Médico Clínico Geral – Unidade 24 Horas do bairro Sítio Cercado.

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 – estabeleceram responsabilidades ao poder público, atribuindo novas funções à direção municipal, como planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, agora configurados em um Sistema Único de Saúde. Como o senhor percebeu essa mudança?

Ao atribuir à direção Municipal os serviços de saúde, o governo simplesmente joga a responsabilidade para os Estados e Municípios, que, por sua vez, usam contratos precarizados, ou, quando fazem concurso público, não demonstram interesse em dar dignidade ao profissional de saúde.

Atualmente, a rede própria municipal é composta por 105 Unidades de Saúde, sendo que, destas, 42 com Programa de Saúde da Família, 12 Unidades de Saúde com Especialidades, 5 Unidades 24 Horas, 1 Hospital Geral e Maternidade com 60 leitos e 1 Laboratório de Análises Clínicas. Conta ainda, com 133 equipes de Saúde da Família, 1.164 Agentes Comunitários e um corpo funcional com 4.726 servidores. Essa estrutura é

suficiente para atender a demanda de uma cidade de 1.800.000 de habitantes?

A estrutura supracitada deveria ser minimamente suficiente, mas o é apenas na teoria. Torna-se deficiente pelo simples motivo de que os funcionários trabalham com salários aviltantes, especialmente médicos, há a falta de equipamentos adequados (móvel) e demanda excessiva, aos quais se seguem as conseqüências: falta de motivação, trabalho sob pressão, estresse, enfim, “potencialidades desperdiçadas”. Entretanto, nem tudo é deficiente, existem alguns programas de saúde dignos de serem citados, como: o Programa de Saúde da Mulher e o Programa de Atenção à Criança.

Com a população vivendo mais tempo, o êxodo para as cidades, especialmente Curitiba, o aumento da violência físico/psicológica, financiamento insuficiente para demanda crescente; regulação de consultas e exames especializados – fila de espera; plano de regionalização, causando sobrecarga dos serviços de saúde em Curitiba... São desafios a enfrentar pela SMS. No seu ponto de vista, quais os aspectos que avançaram no programa?

Como você diz, ainda são DESAFIOS, eu não acho, ainda, que houve avanços que se possam contabilizar, o povo em geral está levando a pior.

O conceito fundamental na política municipal de saúde, que pauta a reorientação do modelo de atenção em Curitiba, é o de Sistema Integrado de Saúde. Muito além da atenção à demanda, que deve ser realizada com muita qualidade, os programas trabalhados pela SMS buscam reforçar a proteção e a promoção em saúde, assim como prevenir o surgimento de doenças. Nesse espectro da saúde, na direção da promoção desta, o quanto a SMS tem avançado?

Como não pode ser quantitativa essa questão, diria que tiveram avanços grandes em relação ao atendimento às gestantes e crianças. A prevenção e promoção ao idoso estão muito deficientes, mais que tudo pela situação precária

educacional da população. Até podem ter acesso a medidas de prevenção e promoção, mas fica deficiente na conclusão. Dito de outra forma: a ignorância prejudica muito nesse aspecto.

Na avaliação dos gestores da saúde no município, os avanços são evidentes e nacionalmente reconhecidos quanto à organização do SUS no município. No entanto, é preciso planejar os investimentos presentes e futuros para continuar assistindo a população com qualidade, seja em seu perfil demográfico, seja em seu perfil epidemiológico. Como é a sua avaliação nesses aspectos?

Como já disse, não vejo avanços concretos, vejo números que dizem que houve avanços.

Como o senhor vê a formação médica nas universidades, assim como a relevância da produção do conhecimento? Essa produção tem caminhado em direção às reais necessidades da saúde?

Como as escolas de Medicina se multiplicam sem critérios, a formação, obviamente, está comprometida. Da mesma forma, a produção do conhecimento não caminha em direção às necessidades da saúde, porque tudo fica na teoria. O recém-formado já sai da Universidade com a cabeça posta em fazer alguma especialidade, que será a melhor maneira de enfrentar a concorrência. Desse modo, perdem-se os conhecimentos de visão holística que seriam os mais benéficos para a Saúde Universalizada.

Como o senhor vê a operacionalização do programa do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na questão do trabalho multiprofissional, frente a uma formação acadêmica setORIZADA?

A falta de profissionais de curso superior que se disponham a, realmente, exercer o papel que lhes é delegado. Essa precariedade de profissionais faz com que a população das comunidades, que devia estar sendo incluída em Programas de Saúde da Família, migre para os pontos mais “estratégicos” que são as

Unidades de Saúde 24 horas, assim, esses centros estão abarrotados de doentes a espera de um milagre: uma consulta. Torno a repetir, exceção feita aos Programas da Gestante e da Criança, que vislumbram alguma esperança.

Como o Senhor vê a gestão da saúde, considerando a prevenção e a doença: uma forte política de prevenção reduziria os custos com a doença?

Objetivamente: Sim.

ENTREVISTA 04 – DR. DARCI MARTINS BRAGA
EX-SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE COLOMBO
DATA: 26.05.08

Formação acadêmica e profissional.

Formei-me na Medicina, em 1990, pela UFPR e, em seguida, exerci a profissão de Médico do Exército (Oficial Médico do Exército por 7 anos). Durante este tempo também fiz uma especialização em Saúde Pública, pela Universidade de Ribeirão Preto. Após a saída do exército, eu fui atuar em Colombo, inicialmente como diretor de saúde, durante 4 anos. O secretário não era da área da saúde. Por conjunturas políticas, fui trabalhar em outra cidade metropolitana, que foi na Fazenda Rio Grande. Inicialmente, atuei como Médico da Saúde da Família, em que o programa já estava implantado, mas em pouco tempo, devido à experiência anterior, fui convidado a atuar na gestão da saúde para ajudar a implantar o programa saúde da Família, neste município que possuía, na época, 12 anos de existência e 120.000 habitantes. Dado a experiência como gestor de saúde e a especialização na UFPR de Saúde na Família, fui convidado pelo coordenador do curso de Medicina da Universidade Positivo a dar aula na disciplina Saúde da Família, que trata de saúde coletiva, sendo este o meu 5º ano. Em 2006, já na condição de professor, fui convidado para assumir a Secretaria de Saúde de Colombo, uma função mais política do que profissional da saúde – pode ser uma pessoa capacitada na área da saúde ou não. Assumi as duas funções: política e técnica. Assumi a função política, pela escolha do prefeito. Durante 6 meses ele teve um secretário escolhido, somente por questões de partido e que tiveram dificuldades, e por conta disso o prefeito me chamou, por reunir as duas funções: política e técnica. O primeiro aspecto que precisa de atenção, do ponto de vista da saúde é a de que não há uma exigência de ocupação do cargo por um profissional que tenha conhecimento em Saúde Coletiva. Um aspecto que deve ser repensado e que tem deixado a desejar no país, é que um secretário da saúde não precisa ser da área da saúde e isto traz prejuízos. No meu caso específico

(até o ano passado, onde fiquei durante um ano e meio) como secretário, por conta da desestruturação do sistema, consegui uma estrutura mínima de funcionamento, devido à dificuldade de recurso do município. Colombo é o 8º município do Paraná em população (aproximadamente 250.000 habitantes), mas é o 23º em arrecadação, então há uma defasagem financeira muito grande no município e a saúde é o setor que mais sofre, diretamente, com isto.

O segundo ponto a destacar é o financiamento da saúde, bastante em voga neste momento, em que está sendo discutida a PEC 29, a sua regulamentação, a nível de congresso, há quem proponha um novo imposto. É bem atual esta discussão e bem própria. Financiamento total da saúde, mas muito mais do que isso: precisa haver uma distribuição mais justa dos recursos. O que acontece hoje, é que o recurso que se tem, que já é insuficiente, é mal distribuído do ponto de vista da equidade. Os municípios que já são bem de vida recebem tanto quanto aquele município que é pobre, então isso perpetua a desigualdade. O grande desafio do gestor de saúde, da maioria dos municípios brasileiros, é a falta de recursos. Um outro ponto, que por vezes se houve no noticiário, são alguns comentários de que não falta recurso, de que é apenas uma questão de má gestão. Isso não é verdade, tal discurso só tem interesse daqueles que não querem que haja uma reforma tributária. Na verdade o problema de saúde no Brasil envolve os dois fatores: existe sim o fator de gestão, mas a defasagem de recursos é muito grande.

No primeiro ponto que o senhor levantou, em relação à habilitação e ao gerenciamento, eu observei que sua formação e experiência profissional, desde o início da sua vida profissional foi relacionada à saúde coletiva. Foi sua vontade ou foi um direcionamento dado a você?

Interessante a sua percepção. Se por um lado eu ressaltar a dificuldade em não ser obrigatória à formação, por outro lado, se fosse exigida uma formação específica deste profissional, provavelmente, no primeiro momento faltaria profissional, porque eu mesmo, quando me formei, não tive esse direcionamento. Nunca pensei que, enquanto estudante de Medicina, eu atuaria em Saúde Pública.

Eu nunca pensei e isso se repete até hoje. Na maioria dos casos, se for feita uma pesquisa aqui na nossa universidade, a maioria absoluta, com raras exceções. Por causa do exército é que mudei a minha direção. Eu tinha tudo certo, eu tinha a vaga para fazer uma especialidade na Santa Casa de Curitiba, mas quando fui convocado pelo exército, conheci outra realidade. E justamente essa realidade do médico da família, do generalista, que tem que atender uma comunidade inteira. No meu caso, fui médico do exército num quartel do interior e, neste caso, o médico é responsável pela tropa e pelos familiares, também. Os familiares têm direito a ser atendidos na chamada formação sanitária, na enfermaria do quartel. É como se fosse um pequeno ambulatório que atende toda aquela comunidade. É muito interessante, porque é bastante parecido com o que hoje é o formato da saúde da família, e o exército já aplica isto há muito tempo, ou seja, aonde tem quartel isolado, o médico de lá é responsável por todas as famílias, ele é, por obrigação da função, o médico da família. Eu não tinha a noção de que seria assim. Foi na prática que eu desenvolvi essa aptidão e busquei mais capacitação, o acabou por me levar para a saúde coletiva, para a saúde pública. No caso do médico, quando você termina o curso, pode ser convocado, como eu fui. Isso mudou radicalmente a minha direção de profissão e, por isso, eu acabei na saúde coletiva. Mas hoje ainda é um grande desafio, e se você perguntar aos alunos da Medicina, é raríssimo e praticamente inexistente esta opção de vocação, de se direcionar à saúde coletiva. Todo o mundo que acaba por atuar depois é por outra circunstância, ele acaba mudando de rumo posteriormente.

Hoje com essa ampliação do aspecto da saúde com as demais profissões da área, eu imagino que haverá a possibilidade, talvez nos próximos anos, ou leve uma década para isso acontecer, e talvez nós já tenhamos outros profissionais da área da saúde (Educação Física, Fisioterapia, Enfermagem). Pessoas que venham a ter visão, desde que a universidade promova debates sobre o tema e demonstre que esta área é possível para todos e é carente, muito carente, precisamos demais de profissionais que se interessem em trabalhar nesta área.

Sobre a formação acadêmica e o período em que o senhor se formou, ou seja, em 1990. Justamente, a partir deste período é que a Cecília Minayo observa uma preocupação maior com um modelo de saúde, similar aos princípios do SUS, que fala da questão da integralidade, equidade. Desde então, sem muita efetividade. Você vê da mesma forma? Outra questão é sobre o trabalho multiprofissional na área da saúde. Houve um avanço e, se houve, não está sendo maior do que a vontade da área da Medicina?

Eu acredito nessa vertente de que você falou, ou seja, as demais áreas da saúde que vieram a *posteriori* se somar na questão da assistência, têm mais responsabilidade em relação à questão preventiva do que à própria Medicina. É interessante, você citou o referencial da Minayo, eu me lembro de outro, cujo nome do livro é “O dilema preventivista”, do Sérgio Arouca, que é a tese de doutorado dele. É um referencial que aborda o dilema preventivista da Medicina. Houve pensadores na Medicina que defenderam bastante a questão da Medicina Social, a qual deveria ser uma prática de amplidão, de larga escala. Então, em termos teóricos existem esses pensadores na Medicina, mas a repercussão deles, a ponto de influenciar uma geração de médicos, não aconteceu. O que houve foi que tais pensadores da Medicina acabaram influenciando muito mais os outros profissionais da área da saúde, com seus discursos preventivistas. E as outras áreas da saúde se apropriaram, com propriedade, vamos dizer assim, desta questão preventiva, e eu sinceramente acredito que a maior revolução, a maior reforma que nós teremos, em termos de saúde pública, se dará muito mais pela ampliação das atuações da assistência na saúde pelas demais áreas, do que pela própria Medicina. A Medicina ainda está entrincheirada na tecnologia, e, infelizmente, prima apenas pela questão individual, pelo atendimento individualizado, pelo atendimento supraespecializado. Aí ainda há um grande atrativo que não podemos desprezar, em nenhuma profissão, o retorno profissional. A pessoa vai investindo em uma profissão e ela almeja um retorno, tanto do ponto de vista financeiro, como de reconhecimento. Infelizmente, o reconhecimento dos profissionais que se dedicam à saúde coletiva, à saúde pública se dá muitos anos depois que ele morreu. É o caso de Oswaldo Cruz,

emblemático, tem até um filme que eu recomendo, chamado “Os sonhos tropicais” que conta bem a história de Oswaldo Cruz, no começo do século, e é baseado no romance do Moacir Escliar, de mesmo nome do filme. Lá você vê os diálogos que representam bem isso, ele quando médico idealista, pensando no coletivo, é muito mal ouvido pelas autoridades da sua época. Fica bem evidente esse dilema que persiste até hoje. Então, vejo maiores possibilidades, hoje, de influência da questão do preventivo pelas outras áreas da saúde. Estive no curso de Educação Física da Universidade Positivo e falei para os alunos que via uma possibilidade muito ampla de atuação deles, em vários aspectos, sobretudo no aspecto da saúde pública. Mas eu levantei para eles uma perspectiva da saúde privada, porque muitos planos de saúde vão correr atrás de quem gerencia o paciente muito antes dele adoecer, não por bondade, mas por questão de cálculo, ou seja, vai ser impagável o tratamento de toda essa população, que hoje é meia-idade, se nos próximos 20 anos não se fizer nada preventivo por eles. Será um exército de gente precisando de muita assistência cara e eles não vão ter condições. Nenhum plano vai ser viável daqui a 20 anos, então vão precisar de todas as áreas, particularmente, a área de Educação Física, que tem um potencial meio de permeabilidade, porque ela é a que tem maior aceitação em quem está saudável. Por exemplo, quando se fala na Psicologia, há uma resistência. Até nós, médicos, quando queremos encaminhar alguém para esta área, mesmo para a pessoa ser ajudada a se tratar, há uma resistência. Ninguém quer ir, porque não quer ser rotulada que tem problema psicológico ou psiquiátrico. Na Fisioterapia é a mesma coisa, a impressão que as pessoas têm é a de que quem vai para a Fisioterapia é alguém que tem uma lesão. Já a Educação Física é a mais isenta, pois a pessoa saudável pode ir. Ao contrário, a pessoa irá dizer: eu pratico um esporte que faz com que eu tenha mais energia. É promissor, mas precisa ser instrumentalizado. De graça também não vai acontecer.

Como o senhor disse, mesmo que lentamente, algumas alterações, muito mais fora da Medicina do que internamente. Eu gostaria de restringir à Medicina, no seguinte sentido: nós observamos que, em termos de

propostas curriculares, como na Universidade Positivo, o eixo é da saúde coletiva. Ao mesmo tempo, as contradições de quem vem realizar este curso, ou até mesmo aqueles que ministram as diversas disciplinas, os diversos conteúdos. Evidentemente que tem aí um reflexo histórico em que a Medicina tem priorizado a área da especialização, do hospital, da doença, e que isto não pode ser esquecido. Mas, a partir dessas tentativas, de colocar algumas diretrizes curriculares, outras ações, como a questão da residência multiprofissional. Como é que o senhor observa as possibilidades de mudanças? O que o senhor apontaria para que acontecessem mudanças, ou seja, a prioridade em relação à saúde coletiva?

Neste particular eu posso me estribar na experiência de gestor de saúde pública, de gestor de secretaria da saúde, justamente nesse momento em cuja política nacional de assistência à saúde está calcada no Programa Saúde da Família, que se baseia numa equipe multiprofissional e que deveria trabalhar de forma interdisciplinar. Inicialmente está oficializado o médico, o enfermeiro e o odontólogo. Conforme o poder aquisitivo do próprio município, alguns têm colocado outros profissionais atuando por seu próprio investimento, vamos dizer assim, aí entra o fisioterapeuta, o próprio profissional da Educação Física, o psicólogo, fazendo parte, então, desta equipe. A idéia da equipe pode abranger todas as áreas, mas da vertente que para nós, hoje, é a mais complicada, é a do médico, isto é, suprir a vaga do médico nestas equipes é o maior desafio no Brasil inteiro. Não se trata apenas de uma questão de formação. Digo isso pelo seguinte: nós temos aqui, nas nossas universidades, justamente esta mudança do novo currículo, já pautado mais na questão da saúde coletiva – por determinação do próprio MEC e junto ao Ministério da Saúde –, porque perceberam que, na tentativa de implantar o programa da Saúde da Família no Brasil, não há profissional suficiente nem habilitado para tal. Cabe, também, a questão de vontade por parte desse profissional para atuar. A habilitação por si só não faz tanto efeito na Medicina. O que acontece: nós temos como resultado final, um profissional capacitado para atuar na saúde coletiva, mas por pesquisas nossas diretas de entrevistas com os alunos, eles estão caminhando para a

especialização, tanto quanto no currículo antigo. Daí surge a questão: valerá a pena? Sim, porque mesmo especializado em neurocirurgia, ele teve, na sua formação, um conhecimento mais profundo do que é o sistema de saúde brasileiro. Se um desses nossos egressos assumirem o cargo de gestão, terá melhores condições de influenciar nas decisões do caminho correto, mas não chega a refletir na necessidade real de fazer frente às necessidades de demanda por este profissional novo. Então, qual vai ser a solução? Para as demais áreas da saúde eu não vejo dificuldade, porque se abrir concurso em qualquer município para psicólogo, enfermeiro ou profissional da educação física, consegue-se suprir as vagas, é uma questão de mercado. Na questão do médico, o que acaba acontecendo é que o concurso é municipal, ainda. Ele não tem um atrativo para trocar a capital por um município com 10.000 habitantes. Mesmo que lá seja oferecido o dobro do salário do médico, trabalhando em 3 ou 4 empregos. Ainda assim não é atraente, uma vez que ele vai ser funcionário daquele município. Não há uma perspectiva de carreira futura. Então, sinceramente, eu só vejo uma saída para resolver o problema do programa Saúde da Família: a criação de cargos com planos de cargo e de salários, de nível estadual, no mínimo. Semelhante ao que existe hoje para promotor, juiz, delegado, ou seja, você presta um concurso estadual e aí você pagará os 5 anos, sem remoção no município de 10.000 habitantes. Você é funcionário do Estado prestando serviços lá durante 5 anos, sem direito a remoção. Passado este período você começa a concorrer com outros profissionais o processo de remoção. Isso resolveria o problema, pois se cria um atrativo. Hoje, o desafio é que o município não tem cacife para atrair e manter o médico. O que acaba acontecendo é que alguns municípios oferecem até R\$15.000,00 para o médico, mas conseguem atrair o recém-formado, que vai para lá, fica por dois anos e vai embora, não havendo nunca continuidade. Se o concurso fosse de nível estadual, seria certo que, com o mesmo teto de salário que é praticado em Curitiba, em torno dos R\$6.000,00, se preenchessem as vagas de todos os municípios pequenos, mas como carreira estadual. No fim das contas, se considerar o valor, em termos do recurso estadual e municipal, que vem do mesmo imposto da população, sairia mais barato ao dinheiro público,

manter médicos para o programa saúde da família, com remuneração estadual, do que o que custa hoje em nível municipal. Além do que está gerando um leilão: municípios oferecendo R\$10.000,00, outros R\$12.000,00, para aquele médico que muda de município. Não o fixa em lugar nenhum. Do ponto de vista idealista, como professor, eu também defendo que nós devemos investir na formação, como estamos fazendo, mas na prática ainda não reflete em suprir as necessidades das vagas que existem. Tanto que se houver um levantamento dos municípios menores, todos oferecem vaga para médico, todos estão precisando de um médico para trabalhar na área da saúde da família.

Então, o entendimento é de que a questão determinante é o mercado.

O mercado é o mandatário na questão do destino final onde o médico vai atuar. Veja o mercado não apenas sob o ponto de vista do ganho em si, porque o mercado tem as duas questões: o quanto eu ganho, mas as condições de vida que eu tenho e as perspectivas. Se for analisar, em termos de mercado, a situação é assim: a grande cidade paga pior, mas é mais atraente, ninguém quer sair dos grandes centros. Tem-se uma concentração de médicos em Curitiba estimada de 1 médico para cada 250 habitantes, enquanto que no Paraná todo dá 1 médico para cada 1000 habitantes, que é o preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Teoricamente, no Paraná não faltam médicos, mas quando se faz a distribuição por cidade, há distorções, como Curitiba, que tem quatro vezes mais médicos do que necessita e não se consegue levá-los para o interior. Teria que haver uma ação governamental, no mínimo, a nível estadual. No âmbito federal não tem mais cabimento, pois toda a lógica da saúde, que é no sentido da municipalização e da descentralização, mas, pelo menos, a estadualização da função médica para essas equipes poderia estabilizar o sistema e em pouco tempo mudaria tal realidade, inclusive abriria a possibilidade da inclusão mais rápida das outras categorias. Veja, se o município hoje retira de seu recurso, que já é pouco, R\$15.000 para ter um médico mais efetivo, este médico, vindo por recurso estadual, passará a ter este valor e, ainda, poderá contratar outros profissionais que faltam. Ele pode ter o profissional fisioterapeuta, de Educação

Física, o psicólogo, todos compondo a equipe. Assim, em pouco tempo faria uma revolução em termos de constituição das equipes.

É interessante esse encaminhamento e, mesmo não sendo algo original, por que ainda não se implementou isso?

Eu, particularmente, nunca vi partir de nenhum político atual, nada parecido com isso que eu estou propondo. Já investi tempo conversando com deputados federais e, em uma ocasião, fiquei até animado, pois um deputado me deu muita atenção, mas eu, muito ingênuo, não percebi que estava próximo à eleição e isso já faz dois anos. Então, como era próximo de eleição, eu fui muito ouvido pelo deputado, que pegou meu telefone, meu e-mail e me deu o cartão dele. Tive a iniciativa de mandar para ele por e-mail, achando que talvez alguém trouxesse isso à debate, mas mais uma vez ficou aquela frustração, só no período pré-eleitoral é que ele me ouviu com atenção, depois não seguiu adiante. E mais um detalhe – nós temos, sem a regulamentação da Emenda 29, uma situação que não é apenas do Paraná, mas de outros estados também: com a emenda constitucional aprovada, cada estado do Brasil tem que gastar 12% do seu orçamento com saúde. O que a maioria dos estados faz é continuar gastando os 5 ou 6% que gastava, só que, agora, jogou para dentro do orçamento da saúde, todas as obras de saneamento. Isso é contabilizado como saúde e para fim de prestar contas no tribunal de contas da união, diz-se que foi gasto 12% com saúde. Do ponto de vista filosófico até é defensável, mas a lei não foi feita com este propósito. Então, do ponto de vista legal eles até têm argumento, mas do ponto de vista moral não. Com a regulamentação, o estado terá que dobrar o seu investimento em saúde, em assistência à saúde. Daí sairia perfeitamente o recurso que poderia ser usado para bancar a implantação dos médicos de nível estadual para tais municípios. Até porque, não precisaria, num primeiro momento, suprir todos os municípios com médico estadual, a implantação poderia ser de cinco em cinco anos. Quando esses médicos cumprirem seus cinco anos nestes municípios menores, em eventuais remoções, outros médicos poderão ser

contratados para começar a carreira no local, ou seja, isso é feito ao longo de 20 anos.

Recentemente, houve a aprovação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF. Será que o Conselho Federal de Medicina não tem a intenção de se inserir efetivamente neste processo?

Considerando o tempo histórico dos acontecimentos, de que o SUS existe desde 1990 e o programa de Saúde da Família desde 1994, recentemente, isto é, só doze anos depois é que o CRM se manifestou em relação às condições de trabalho dos médicos – quando daquelas situações caóticas que aconteceram no Nordeste (pessoas que morreram por falta de atendimento). Somente com a situação chegando ao extremo é que houve uma manifestação mais evidente do CRM, que fez alguns fóruns para discutir a situação, mas com a defasagem de uma década. Com essa discussão, veio à tona o problema de sempre: o financiamento da saúde. Ao invés de se discutir do ponto de vista pragmático, o como viabilizar algo dentro do que nós temos, sem imaginar um ideal hipotético, a discussão envereda para este outro lado, o ideal hipotético que nós imaginamos. Precisaria dobrar os recursos para a saúde, mas se sabe que não vai dobrar, portanto, a discussão fica estéril. Quando se fala em aumentar muito o recurso para saúde, desperta o interesse de quem? Dos grupos que – mesmo com recursos escassos, apropriam-se de grande parte destes que são do nível terciário, alto custo e alta complexidade, que envolve desde medicamentos caros até procedimentos, laboratórios, exames, todas essas pressões que sabemos – existem e que se aproveitam também dos necessitados da saúde, e, convenhamos, o maior consumidor de saúde do país é o sistema único. Tais grupos, que vendem alguma coisa em relação à saúde, também estão atentos e quando há esses movimentos que acabam envolvendo o conselho, este nunca fica isento dessa vertente econômica. Acaba não conseguindo, mais uma vez, a discussão sobre o que importa, que está dentro da realidade que nós temos, como nós poderíamos viabilizar. Tem-se um movimento, uma discussão de defesa do médico, mas no fundo, quem está à frente destas discussões são aqueles que têm

um grande vínculo com a medicina privada, com os grupos, são estes que estão evidentes. Os que são realmente militantes da saúde pública, na maioria das vezes, nem fazem parte destes grupos, porque até para ser eleito nesses órgãos de classe, você precisa ter certa expressão dentro das categorias. Acaba havendo uma retroalimentação que reforça o modelo voltado à especialização, à hospitalização, à alta tecnologia, ao passo que aqueles que militam e realmente atuam na saúde pública, que atendem a base da população, não têm muita influência de voz nem de ação. Embora o CRM pudesse ter um papel mais efetivo nesta lógica, como nós comentamos, acaba tendo a discussão desviada de foco, no meu modo de ver, sempre para a questão financiamento, que atende a interesses outros, que não só o de ver acontecer um modelo dentro da realidade. Se pegarmos a própria definição de atenção primária à saúde – ata de 1978 –, esta diz que seria uma atenção possível de ser paga por aquela população a um custo acessível a tal população. Quando o nosso conselho entra na discussão, sempre entra na vertente de elevar o nível disso, de comparar com o que tem na iniciativa privada, que não é o caso. Você teria muito que fazer, em termos de melhoria, sem ser exatamente igual ao modelo privatista, o qual não tem limites, vai ser cada vez mais oneroso, não há como evitar, porque este trabalha nessa lógica. Eu vejo duas discussões em paralelo, mas que não se articulam: uma da saúde pública, saúde coletiva, em que está inserida a maior responsabilidade do SUS, e outra que acaba sendo representativa dessas áreas, que são nichos que, nitidamente, têm lucro nesse processo em que representa a Medicina de ponta, a tecnologia. Não se pode confundir essa discussão de aumentar o financiamento para se poder fazer mais cirurgia de transplante renal, sem dizer que está fazendo tudo o que poderia para evitar que a pessoa se torne hipertensa e venha a ter insuficiência renal. Muito pelo contrário, nós estamos fazendo pouco para prevenir. A inserção de todas as áreas da saúde começa na prevenção. Quando nós tivermos tudo isso funcionando, todo o mundo da área da saúde dando tudo que pode para a população, em termos de prevenção, ainda assim, sobrarão os que têm necessidade de transplante e, se ainda a fila não estiver dando conta, entendo que nós teríamos que ir para aquela discussão de que precisamos

umentar o recurso, sim. Mas nós nem fizemos nosso trabalho de casa, de prevenção e quando vem a discussão que fala das condições de saúde, o enfoque é sempre na falta da cirurgia que não aconteceu. Nunca veio essa discussão porque faltou o médico que atende as crianças e, por causa disso, crianças adoeceram, ou o idoso que não foi atendido e piorou a osteoporose. Não aparecem na mesma proporção que a falta do médico que opera o coração e por isso alguém morreu. Falta muito para que essa discussão chegue ao nível da prevenção. E é nesse ponto que eu acredito na ampliação da discussão para todas as áreas da saúde, o que dará um reforço para estes que defendem a questão preventiva. Por ampliação de base, por ampliação de representação, o que no fim parece que a discussão fica restrita na área médica sempre. A crise da saúde é de todos, não é só da área médica, mas quando o problema surge, é sempre na área médica, porque falta o médico, ou faltam os recursos para o médico operar, ou seja, o atendimento final. Nunca se vê a discussão pela falta da prevenção adequada.

Ao que parece, ao invés de se discutir a vida, a questão é colocada no limite da vida e da morte, não?

Exatamente. Não fazemos a primeira discussão, quer dizer, o que não fizemos de discussão, pois isso nunca é discutido. Vai discutir, lá na frente, a falta de atendimento das pessoas que chegaram ao extremo do adoecimento, sendo que ninguém questiona o porquê elas chegaram lá. É o câncer de pulmão e são as chances do indivíduo ter parado de fumar há muito tempo atrás, o que aconteceu. A falta de financiamento para melhorar as campanhas e conseguir mais adesão contra o tabagismo, por exemplo, não é enfocada. Aparece apenas ao faltar a cirurgia para aquele que já está com o tumor no fim. Eu, gestor de um município, vou ser cobrado se não tiver um médico atendendo naquele posto de saúde. Aí eles queimam pneu, fazem depredação, junta a oposição e fazem a maior confusão, se eu não tiver um atendimento. Mas a qualidade do atendimento que esses médicos oferecem, ninguém questiona, eu não sou cobrado por isto, nunca. Então o que acontece: mesmo, como gestor, sabendo que a maneira com

que está sendo levada a saúde daquele município não está boa, do ponto de vista preventivo, não está bem cuidado, não está bem controlado, poderia ser melhorada a prevenção, mas disso eu não sou cobrado pela população. Entretanto, se eu demitir um médico que é só encaminhador para o especialista, que é só quem receita remédio caro e que não atende de verdade, no dia seguinte terá um levante da população, pela falta deste profissional. Se num município pequeno já se tem isso, claro que num município maior, isso é mais pesado, num nível estadual é mais pesado e no nível federal então, nem se fala. O ministro da saúde também é pressionado na falta do medicamento mais caro, para determinada doença, mas se não está havendo as ações preventivas, ele não é muito questionado.

Aproveitando este depoimento, eu gostaria que dissesse qual foi o seu pensamento inicial ao assumir a secretaria de saúde do município de Colombo.

A minha experiência última de secretário foi interessante, porque o momento particular do SUS, agora, é de alguma mudança, já que está em jogo o pacto pela saúde, ou seja, a última norma que mexeu com a saúde foi em 2000/2002. Passaram-se mais de 5 anos sem que acontecesse algo de novo. Aí vem uma nova regulamentação que chamaram “Pacto pela Saúde”, que é uma tentativa de mover o sistema que estava paralisado. No próprio documento de choque de descentralização, de choque de municipalização, isto é, o município vai ser responsabilizado em 100% de tudo o que acontecer com a saúde da sua população. Do ponto de vista jurídico, isso dá um poder fantástico ao promotor, que, agora, pode mandar prender o secretário de saúde por não acontecer à atenção a esta, no município. Mas como nós estávamos discutindo, sabemos que nenhum município, salvo os muito ricos, tem condições de oferecer a estrutura que a lei diz ser necessária. Agora que vai ser regulamentado o PEC, sob a lei já existente, mas o recurso para fazer não existe. O que vai acontecer nessa lacuna que existe entre essas duas coisas: um maior fortalecimento do poder do Ministério Público, ou seja, vão querer executar a lei. Todavia, o legislador não

teve o cuidado de garantir o direito junto ao financiamento, ou da fonte de onde vem. Então foi muito legal, todo o mundo gosta de aprovar, é direito de todos, tudo bem, e pagar como? A lei chegou em um nível, que antes essa responsabilidade estava pulverizada: era federal, estadual, municipal. Agora não, o responsável integral é o município e este, por sua vez, na figura do seu secretário de saúde, é a pessoa a quem devemos cobrar: que tenha o atendimento, o medicamento, a cirurgia, o exame, enfim, tudo. Só que isso não vai ter. Você perguntou sobre a minha experiência, o que eu senti: os municípios têm que aderir, então, logo que surgiu este documento, era para ser assinado até o final de 2006. Eu fui contra. No período em que fui secretário, não autorizei o prefeito a assinar. Eu dei meu parecer contrário a assinar aquilo, porque é inviável. Você se compromete sem ter a garantia. Só que isso está dizendo que o município é que se compromete, e depois? O estado e o governo federal vão ajudar os municípios a resolver o problema? Se do jeito que está, com a responsabilidade sendo estadual e federal já não resolve, imagine quando a responsabilidade for apenas municipal. Aí eu imagino que, mais do que nunca, vai valer a questão do partidarismo. Se você está do lado certo, do partido que é favorável ao governador, é bem possível que eles ajudem a tirar você da cadeia, mas se você estiver do lado errado da política, você, provavelmente, vai pagar com o ônus do não funcionamento do teu município. Porque não há nenhuma garantia de que vai haver recurso. Então, esta perspectiva que me motivou, depois de organizar o sistema dentro de um funcionamento mínimo do que era possível fazer, sem ter mais novos recursos começa-se a entrar num nível de desgaste, porque você conseguiu fazer com que o mínimo funcionasse, mas isso não é suficiente em lugar nenhum. Vai havendo outras demandas e aí vai se tornando um desgaste contínuo. Você começa a sofrer o desgaste da gestão por conta das coisas que você não consegue resolver: transporte, especialidade. Todos os tratamentos de especialidade estão concentrados em Curitiba, ela gerencia tudo, para ela e para os demais. Numa divisão histórica, o município de Curitiba ficou com 70% e todos os outros metropolitanos com apenas 30%. É impossível que fique bom com uma divisão assim. Um município com recurso próprio, como São José dos Pinhais, Araucária,

contrata, com seus recursos os especialistas, e dão conta da demanda. E os que não têm dinheiro para contratar? Que dependem dessa marcação de consulta em Curitiba? Na região metropolitana, hoje, para conseguir uma consulta de Neuropediatria, por exemplo, leva 3 anos. Isso é incabível. E, a partir do pacto pela saúde, essa falta do atendimento, será de responsabilidade do secretário. Como ele vai dar conta?

Como você colocaria, em termos de percentagem, a distribuição de recursos considerando o eixo doença e prevenção?

A área de especialidade gera um estrangulamento, principalmente para os metropolitanos, porque ela está concentrada em Curitiba com uma população estimada em 1.500.000.000 habitantes. Na região metropolitana é outro 1 milhão e meio, só que, convenhamos, em Curitiba é onde a população mais tem plano de saúde. Não é 100% da população que usa o recurso de Curitiba. Esta tem um recurso maior, com uma população menor, logo, Curitiba dá conta. Os outros não vão dar conta nunca, porque eles têm uma população dependente do SUS, muito maior, praticamente 100%. Eu dizia que, às vezes, era até 120%, porque, nas últimas duas décadas, houve a migração do interior do Paraná para Curitiba. E não havendo espaço para todos, as pessoas migraram para a região metropolitana. Estas pessoas, que migraram há 20 anos, deixaram parentes no interior, que hoje estão velhos e precisam de assistência médica. Lá no interior está pior ainda. Eles vêm tentando se tratar em Curitiba e ficam na casa dos filhos, dos parentes da região metropolitana, tentando conseguir uma consulta com um especialista desse jeito, concorrendo àqueles 30% dos recursos. É muito injusta essa distribuição. Do que se tem, que já é insuficiente, você precisaria ter mais recursos para conseguir dar conta da demanda, mas além de já ser pouco o que se tem, está mal distribuído. Aí entra o princípio da iniquidade. Um dos princípios do SUS é a equidade, que justamente não é igualdade, porque não pode tratar igual, não tem como tratar igual uma pessoa que, por exemplo, ganha um salário mínimo e mora em Curitiba. Esse indivíduo tem acesso a muito mais coisas do que quem ganha um salário mínimo e mora na região metropolitana. Lá ele não

tem os mesmos recursos disponíveis aqui. Então, nunca vai ser igual dar o mesmo recurso para os dois. Para haver equidade, seriam necessários fatores de compensação para aqueles que têm mais pobreza. A solução que existe, a qual, nos municípios do interior funcionou muito bem, foram os consórcios intermunicipais. Junta-se um grupo de municípios e este consórcio passa a gerenciar o recurso de todo o mundo. Só que o grande desafio, deste consórcio em Curitiba e região metropolitana, é Curitiba, pois não é interessante para ela. Para que saia esse consórcio, em tese, é preciso mexer no recurso apropriado historicamente, no caso de Curitiba, logo, não tem sentido nenhum fazer isso. Para os interessados, os metropolitanos, falta organização política, que é uma colcha de retalhos, é cada um de cada partido e aí pesa aquela questão político-partidária, em detrimento dos pareceres técnicos. Entre os técnicos da saúde há um consenso: o consórcio é a melhor saída. Mas, na hora de fazer isso acontecer, quem assina é o político, e acaba não acontecendo da forma adequada e eu não vejo perspectiva, solução para tal. Fiz o que eu pude e, de certa forma, eu pedi para sair em função de ter visto que a minha maior esperança, o consórcio, que revolucionaria o sistema metropolitano, não saiu.

Mesmo com o sistema de consórcio, sobraria algo para a saúde coletiva?

Sim, poderia racionalizar muito. Como eu não tenho acesso, tanto faz eu ter uma guia para Neurologia ou ter cem guias esperando, porque eu não consigo marcar, mesmo. Então, por que controlar o profissional que encaminha algo que não precisa, se ele não vai conseguir marcar do mesmo jeito? Eu vou controlar algo que não terá fundamento? Agora, se eu tenho um consórcio que administra esse recurso e que, agora, eu posso, sim, gerenciar se escolho ter dez consultas de neurologia ou se duas bastam, ou se eu prefiro trocar minhas dez de 'neuro' por cinco de 'otorrino' e sobrar cinco, enfim, se eu puder gerenciar efetivamente o meu recurso, convenhamos, vai fazer muito mais diferença. Se eu tenho um profissional que só encaminha o necessário, terei mais argumentos, inclusive para chamar a responsabilidade deste profissional, dizendo: "- olha, até este nível você pode dar conta, você não precisaria ter encaminhado". O nível de resolutividade

que você passaria a ter, se tivesse um maior gerenciamento desse recurso a nível secundário, seria muito maior, porque aí valeria a pena gerenciar o primário. O que acontece, hoje, é que o primário não está fazendo bem o seu papel, mas também não é cobrado para tal. Por quê? Para o gestor, se ele mexer nisso e ficar sem o profissional, ele vai sofrer muito mais consequências, do que se ele deixar assim. Por isso que está estagnado nesse momento. Vendo por esse aspecto, quem fez o pacto pela saúde estava certo, se não fizer nada, vai ficar assim eternamente. Com o pacto pela saúde, não sei o que é que vai dar, mas algo vai acontecer.

Nesse quadro todo, observa-se uma ênfase na discussão em torno da questão econômica e política. Pergunto se a questão acadêmica, da produção do conhecimento – entendida como produção científica em termos de pós-graduação, mestrado, doutorado, e também o que se produz em fóruns, congressos – o que isso contribui para um projeto de saúde?

O que existe, em termos de perspectiva de modelos que possam ser copiados, ainda vem dessas iniciativas. Mas, quando considerada a amplitude do nosso país, são irrisórias as pesquisas realizadas em loco, efetivamente com aquele que está na frente, com o gestor, que tem o problema nas mãos. Então, nós temos muita pesquisa acadêmica, isto é, naquele modelo de cientista isento, o cientista neutro, que não se envolve com a realidade. Temos várias análises que se fazem, mas olhando de fora.

Exemplo: acontecia uma residência multiprofissional em Colombo, na área da saúde, que envolvia o fisioterapeuta, o dentista, o farmacêutico, só não o médico! O que foi feito: eles fizeram muito bem o diagnóstico de uma região, foram em uma unidade de saúde e fizeram um diagnóstico pontual da saúde. Houve um evento na Câmara Municipal, em que apresentaram este diagnóstico. Na ocasião, os gestores e os políticos foram lá para ver o que iam mostrar, pensando que eles iam propor algo, mas, primeiramente, eles só fizeram o diagnóstico. Mostraram uma coisa feia, fotos de saneamento deficitário, etc., criando um constrangimento. Na verdade, aquela abordagem acadêmica, naquele

momento, para aquele público, que são os que vão tomar a decisão, foi muito chocante. A oposição gostou muito, porque servia de munição para atacar o prefeito. O prefeito ficou de 'saia justa', porque não imaginava que a universidade fosse fazer aquilo. Pensou que eles iriam lá dar uma sugestão do que fazer, o que não aconteceu, eles mostraram a realidade. Eu cito este exemplo, para mostrar a que ponto está a dissociação entre o mundo acadêmico e o mundo real, que é o dia-a-dia da árdua corrida para resolver os problemas. Existe um espaço imenso a ser coberto pelo academicismo. Eu até acredito que com o novo pacto surgirão, inclusive, novas demandas buscando ajuda nas instituições de ensino, como me ajudem a fazer um diagnóstico daqui, até para ter o que mostrar para o promotor de justiça. Pois o promotor irá intimar e o pessoal que dê um jeito. E até para dizer que ele não tem condições de dar jeito por conta própria, ele vai precisar de alguns com respaldo científico.

Mas hoje, produção do conhecimento e serviço de saúde são completamente dissociados. Por isso, as discussões que nós temos, do ponto de vista teórico, está nos referenciais que se reportam à reforma sanitária, das suas origens, da luta para aprovar a constituição, a questão do direito para todos e tudo o mais. De lá para cá se pulverizaram as experiências do gestor. O mundo acadêmico não acompanhou isso, então você tem um ponto aqui, outro acolá, não está articulado. Acredito que, agora, haverá uma possibilidade, a partir desse pacto para a saúde, de maior participação do mundo acadêmico, da participação de novos conhecimentos. O prefeito quer fazer coisas, mas não está instrumentalizado e o gestor de saúde que ele busca, às vezes, também não está, e terá que buscar esse referencial em algum lugar. Quem pode oferecê-lo? Tem que ser o mundo acadêmico. Tem que ser as instituições de ensino. O espaço que se abrirá para isso é muito promissor. Isso justifica até a nossa tentativa, aqui, de trabalhar interdisciplinarmente, de criar um núcleo que possa estar pensando isso. O momento é muito oportuno. Nós tínhamos que acelerar esse nosso processo de estabelecer um cronograma de reuniões, de pensar na forma com que iremos nos preparar para essa demanda, porque vai haver essa demanda. E se esta não vem espontaneamente, nós poderemos tomar a iniciativa. Não há incubadora de

empresas, de negócios? Por que não podemos criar um negócio para um município pequeno em relação à saúde? Podemos criar um paradigma, isto é administração, isto é gestão. Nós teremos que nos apropriar de conteúdos de outras áreas para dar conta da demanda em questão.

Com suas experiências, no mundo acadêmico e como gestor do município de Colombo, o senhor apontou algumas alternativas para melhorar a atenção à saúde. Com essa experiência, em ambos os seguimentos, o que faria hoje, efetivamente, em caráter permanente, se retornasse à gestão na área da saúde em Colombo, ou em qualquer outro município?

Acho que a palavra que você citou, seria palavra de que eu me apropriaria: algo “permanente”. Um acompanhamento permanente da instituição de ensino em relação a essas áreas de saúde dos municípios. É preciso haver um entrelaçamento muito forte. É complicado ao se pensar do ponto de vista político, porque a universidade que, em tese, seria isenta politicamente, teria que se apropriar de muita informação, teria que saber tudo sobre esse município para apontar o diagnóstico e contribuir. Por isso, um rompimento de paradigmas. Acredito que não tem saída, é necessário que aconteça algo nesse nível, por conta da evolução da lei, então, nesse ponto de vista, eu concordo com o legislador que fez o pacto da saúde, que vai obrigar o município a buscar alternativas. Do contrário, esse pacto vai inviabilizar o município e aí eu vejo que, para o mundo acadêmico, não tem nada melhor, pois nós estamos formando profissionais que nós queremos inserir no mundo real. Essa aproximação será salutar para os dois lados, mas é uma nova demanda, também, para a instituição de ensino, porque não será apenas aquela visão de lá: vê como é, estuda, analisa, mas não se tem compromisso. Terá que haver, a partir da instituição de ensino, um comprometimento com resultados. Precisaremos criar parcerias de gestão partilhada.

Reforçando a questão, é possível citar algumas iniciativas do curso de Medicina da UP, onde o senhor coordena uma parceria com a Unidade de

Saúde do município Jardim Gabinete, passando pela inserção de estágios, ao mesmo tempo, o atendimento do programa Hipertenso Curitibano, numa visão multiprofissional, numa demonstração de uma parceria com dupla via, na qual ambos são beneficiados? Aproveitando a questão, como é que o senhor vê a residência multidisciplinar, com acadêmicos-residentes? Não poderia ser uma etapa inicial de atendimento mais consistente, mesmo com novos profissionais?

Com certeza. Essa é uma das alternativas que eu acho viável. Tenho a impressão de que, no primeiro momento, a Residência Multiprofissional começou bem forte, mas, por algum motivo, isso vem se arrefecendo. Ainda assim, é uma vertente que eu acho válida, porque existe a possibilidade do profissional que você formou, que não está desvinculado de você, assumir a responsabilidade de concluir a formação dele, mas já numa dimensão que ele pode, efetivamente, contribuir para o município, para aquilo que o município não tem. Um saber acadêmico que ele traz com possibilidades de transformá-lo numa prática real junto à comunidade. Porque é isto que estava faltando: uma interface que traduza todo o arcabouço teórico, trazido da formação, em algo praticável e que, se durante a formação o profissional não conseguiu vislumbrar onde ele poderia aplicar aquele conhecimento, na Residência Multiprofissional ele se vê obrigado a fazê-lo. Aí será exigida dele a transformação deste conhecimento teórico em algo aplicável, pensando em como fazer para melhorar o padrão de saúde de uma comunidade. Na medida em que acontecerem tais parcerias, no âmbito nacional, e, se cada instituição se responsabilizar verdadeiramente, por certo número de municípios pequenos, principalmente estes, as possibilidades viriam dali, pois essas experiências poderiam ser reproduzidas. Daí um município maior pode se apropriar dessas idéias, desse modelo de projeto que deu certo em um município pequeno. Entretanto, para que isso aconteça, na prática, é necessário que haja um maior comprometimento. A nossa interação aqui, com a Unidade de Saúde do Jardim Gabinete é interessante e válida, no entanto não temos o compromisso da gerência. Nós fazemos aquilo que a Unidade não faz, mas por outro lado, não podemos intervir no que esta realiza. Não há essa prerrogativa. Fazemos o que

eles não fazem, partindo do pressuposto de que o que eles fazem está bom. E não é por aí que vai haver evolução. Em relação ao município, eu acredito mais no modelo de você se inserir enquanto universidade num município inteiro, num município pequeno, de poucos habitantes, onde você consiga realmente intervir no todo dele. Vê o que se faz e como aprimorar tudo o que se faz lá, desde o gasto com insumos, até a técnica de fazer cada coisa pode ser melhorada, aperfeiçoada. É aí que eu vejo a verdadeira inserção da instituição. O que nós fazemos aqui, com Curitiba, é uma parceria que respeita os limites. Eles não nos influenciam nem nós os influenciemos. Tenta-se fazer uma complementaridade.

A questão institucional, também. Nossa instituição não tem nenhuma possibilidade de instituição deles e vice-versa. Nesta outra formatação que eu imagino, vai dar resultado à frente, é o contrário: é uma inserção em que você vai ser requisitado para ajudar a gerir uma população de 5000 habitantes. Assim, nós poderemos realmente fazer uma diferença. A instituição fará e o nosso egresso, que sair com essa formação, estará preparado para o sistema. Porque hoje ele (o aluno) ainda é teórico, ele sabe que existe, mas não se insere com profundidade.

O senhor comentou que hoje a classe médica está numa postura muito mais vertente para o eixo da doença, da cura e da especialização. Chamou-me a atenção que o médico está muito individual. O princípio do indivíduo, e não do coletivo, tem muita relação com o sistema político do país. As categorias se colocam no sentido da produção, da eficácia, mas um tanto distante do coletivo. Em alguns países, como Cuba, observa-se o princípio da prevenção e atenção à saúde com a coletividade. Mesmo em países não socialistas, como o Canadá e a Inglaterra, têm-se conseguido a priorização da saúde coletiva. Como o senhor vê isso no Brasil? É preciso mudar o sistema político ou este não é determinante?

Eu entendo que não é determinante da seguinte maneira. O exemplo que você citou, do inglês. Ocorre que o médico inglês tem uma inserção social bem definida, o *status* dele enquanto médico da comunidade está supergarantido, preservado, não está em jogo. Esse médico se insere em um contexto no qual ele

é o médico daquela comunidade a ponto da comunidade não ir a lugar nenhum sem passar por ele. Isso dá a ele *status*, reconhecimento. Não é só o retorno financeiro, para ele o retorno do *status* social, enquanto médico naquela posição, é importante. Então ele não precisa ser o neurocirurgião para ter esse reconhecimento por parte da sua sociedade. A sociedade o reconhece como pessoa, na sua profissão, habilitado, graduado, nessa estrutura. Já na nossa, existem duas vertentes: a vertente privada – que é o médico que ficou muito rico e tem um consultório muito chique, este é o bom médico; e o médico que vai ao posto – tem um popular, este não é bom médico. Há uma discriminação na nossa sociedade e isso não é verdadeiro, de jeito nenhum. Nós sabemos que este médico que atua na atenção primária tem que saber muito mais do que aquele que atende só a uma patologia, durante um dia inteiro. Aquele atende três doenças, apenas. Enquanto este aqui atende entre 40 e 50 doenças diferentes, e precisa estar antenado e tudo o mais. Entretanto, isso não representa o desgaste que representa para ele, não reflete reconhecimento da sua população. Não é nem reconhecimento monetário, é reconhecimento social. A população espera dele um retorno, uma demonstração de que ele se deu bem, para reconhecê-lo enquanto competente. Essa dificuldade que nós temos, da visão capitalista, que contamina a nossa população, do ponto de vista de que se não há evidências externas nem aquisição de bens – o que, de certa forma, está fora do alcance da população que ele atende –, ele não é visto como pessoa gabaritada. Então, essa concepção é mais difícil de lidar aqui. Eu defendo a tese, de pelo menos este médico ter a prerrogativa de ser um profissional vinculado ao Estado. Ele representa, de alguma forma, o Estado. Talvez isso melhorasse um pouco o seu reconhecimento social, como acontece com o juiz, o promotor. Eles não ganham muito mais do que o profissional médico. Entretanto em qualquer cidadezinha que vai, o juiz, o promotor, tem o reconhecimento social. O que não acontece com o médico. Esse é o nosso maior desafio: como viabilizar tal reconhecimento, por parte da própria população de que este médico tem gabarito, tanto quanto aquele que está lá no hospital fazendo cirurgia? Para que este médico, quando sair daqui da nossa formação, ele possa escolher de forma espontânea. Eu gosto mais de

trabalhar com a população, ou eu gosto de trabalhar com cirurgia. Hoje, a decisão não está porque ele não gosta da população, mas porque não existe o reconhecimento. Então ele vai tentar caminhar para aquele, mas como não tem espaço para todo o mundo, fica aquela sensação de que quem ficou com a atenção primária, foi o que não conseguiu chegar lá. Isso, de alguma forma, teria que mudar. E mudaria criando-se uma carreira à semelhança dos outros profissionais que eu citei.

Hoje se tem um afinilamento na questão do atendimento, sendo o atendimento particular muito reduzido, amplia-se o atendimento via convênio e mais ainda no âmbito do SUS. É fato?

Há muitos médicos que desistiram do consultório, porque ficou inviável. O que eles atendiam por parte de convênio não pagava mais as contas. Então, se considerar o ganho salarial pela prefeitura, por exemplo, pela quantidade de horas trabalhadas e o número de pacientes, bem como todos os meios indiretos com a lei trabalhista, 13º, férias e a isenção da responsabilidade de garantir a luz, a conta de telefone, muitos médicos, que não têm equipamento – pois o que está valorizado hoje é a tecnologia, o médico que só conta com a mão-de-obra – opta por ser funcionário do SUS, apenas. Contabilizadas essas questões, não valia a pena ter o consultório, pois seria necessário um nível de atendimento tão elevado, que compensaria atender no SUS. Houve um nivelamento, por baixo, vamos dizer assim, o fato de atender em consultório particular, não significa ganhar melhor. Pelo contrário, às vezes fica inviável manter o consultório. É pouca gente que vai nesse funil, mas, na formação acadêmica, grande parte almeja essa elite, ao mesmo tempo, é possível ver essa faixa intermediária de convênios muito mais próxima do SUS do que de uma consulta particular. Em termos remuneratórios já existem situações invertidas.

O senhor acha que essa pirâmide de prioridades pode inverter?

Difícilmente, porque aí continua valendo aquilo que nós comentamos, do que tem evidência. Esse profissional que vive do privado, que ganha bem, é

minoria absoluta. Daqui a pouco está se comparando ao jogador de futebol: muitos indivíduos jogam bola, mas apenas um ou outro ganha muito dinheiro. Por serem poucos, outros continuam sonhando em chegar perto de quem está no topo e de todas as outras coisas que vem junto.

O senhor fez uma analogia entre a carreira médica e a carreira de jogador de futebol. Normalmente, o ex-atleta, ao passar a sua experiência às crianças, pergunta: “você quer ser um Ronaldinho na vida?” E ele mesmo responde que “tudo vai depender de cada um, é só uma questão de dedicação!”. É um mundo de ilusões, que passa pela cabeça das crianças. Por isso, precisamos valorizar a questão do SUS e a luta é muito mais política do que qualquer outra coisa. O senhor concorda?

Com certeza. Esse choque de realidade pode acelerar o processo por conta dessa maior aproximação da instituição de ensino-município. O que aconteceu na caminhada da história da saúde pública do país? Municipalização. O último choque é esse documento de 2006. A municipalização se tornou efetiva, não tem mais volta. É tudo do município. Isso é novo. E onde veremos essa realidade? Aonde vão atuar? Qual vai ser a realidade absoluta dos profissionais? Como são esses que não são os “atletas de expressão de ponta”? Como vai ser a realidade diária da maioria absoluta deles? De restrição, de sofrimento, de abnegação. De toda aquela evidência. Essa aproximação poderá acelerar o processo de maturação, inclusive, dos pensamentos dos profissionais. Se essa é a realidade, vamos melhorá-la. Vamos conseguir uma base comum para todos, que seja mais adequada, que seja satisfatória em termos de retorno, de reconhecimento profissional, e que seja verdadeira em termos de contribuição efetiva àquele que é assistido. Eis a grande possibilidade de resgatar o valor de cada profissão da saúde. Daquilo que ela pode fazer e pode muito. Nem a população sabe disso hoje. Na área médica é semelhante, porque a população também tem uma idéia do médico que atua depois que a doença está instalada. A própria população não tem a visão do médico que atua muito antes da doença aparecer, contribuindo para que ela não apareça. Ou aquele que atua quando não tem doença, mas que

quando o indivíduo adoece, não pode atuar, como é o caso do profissional da Educação Física. Nós temos um novo espaço de atuação, na prevenção, que no fundo é novo para todos nós da área da saúde.

A partir da tua experiência, será que não teríamos que direcionar, tornar uma coisa mais compromissada ou até obrigatória em determinada etapa da formação, para que houvesse a conscientização em direção a esse mundo social na área da saúde coletiva?

Por experiência própria, eu defendo essa tese do serviço civil obrigatório, que talvez fosse bem por aí. Uma vez formado no curso superior, você vai trabalhar para o governo, no mínimo um ano, e será designado um serviço com remuneração. Mas você vai ser deslocado para esses lugares. Eu acredito muito nisso, como forma de remanejar o eixo das pessoas formadas. Muitas pessoas não trabalham no interior, pelo fato de terem nascido na cidade grande e terem medo de ir. Entretanto, uma vez obrigado a ir, talvez esse profissional descubra que lá ele se sente mais feliz do que aqui. Talvez ele nunca mais volte. Um serviço civil obrigatório para a área da saúde, nessa vertente preventiva, seria uma grande solução. Poderia haver um caráter duplo: de ser um serviço civil obrigatório de, por exemplo, 1 ano, mas se o profissional se dispuser a ficar 2 anos, ele poderia ganhar no final um certificado de residência. Aceleraria a implantação de um modelo preventivo. Nós temos isso no papel, mas na prática se busca o coletivo.

O governo tem facilitado o ensino aos alunos carentes, como aqueles alunos que tem o financiamento estudantil e que, depois de habilitado, ele continua pagando o percentual que ele deixou de pagar; ou com aquele aluno do Prouni, que tem a isenção do pagamento em instituições privadas. Especialmente com estes, não se poderia adotar uma política de retribuição com serviços prestados à saúde coletiva? Outra questão é o incentivo por meio de bolsas de estudos que o governo concede aos mestrados e doutorandos, mas ainda sem exigir as realizações em áreas prioritárias como a saúde coletiva. O senhor vê essa desconexão?

Imagine que houvesse certa direção ou restrição de financiamento, que obrigasse à realização de mais estudos nesta área. Com certeza estaríamos mais adiantados nessa análise. Isso que eu compartilhei com você, da realidade de um gestor, poderia ser bem mais difundido, se houvesse trabalhos que exigissem essa pesquisa, em que você tivesse que dar conta final dessa realidade. Qual é a realidade brasileira? O que norteia? Quais são as forças que atuam? Por que, na teoria, sabemos algo, mas ao enfrentar a realidade se descobre que existem forças que não estão escritas em lugar nenhum.

Eu gostaria de deixar a palavra em aberto para o senhor.

Na verdade eu agradeço a oportunidade, pois quem milita nessa área da saúde pública, muitas vezes, se sente como uma voz isolada. Então, quando se tem a oportunidade de ser ouvido por alguém gabaritado, com uma perspectiva de que isto se torne um material para estudo, que vai poder orientar, questionar outros pontos de vista. Isso dá um novo ânimo para a gente, no sentido de que valeu a pena ter passado por tudo, por toda a angústia, valeu a pena para poder gerar este depoimento, o qual só existe depois de já ter passado uma realidade. Uma realidade que não é comum, não é um caminho que se escolhe, a maioria de nós acabou atuando em gestão pública por um viés e aí se envolveu. Uma vez que se envolve, sinceramente, é muito apaixonante imaginar que você pode influenciar a vida de tanta gente com ações suas. Mas, na prática, você acaba por descobrir que a tua boa intenção não é suficiente para fazer acontecer. Aí se sente a falta de mais subsídios. O trabalho como o seu, entendemos como de grande importância. Parabéns e boa sorte.¹⁰⁵

¹⁰⁵ BRAGA, D.M. **Comunicação pessoal do autor** (26.05.08).

ENTREVISTA 05 - PAULO DE OLIVEIRA PERNA
COORDENADOR DO NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DATA: 29.09.2008

Qual a sua formação acadêmica, sua experiência profissional?

Meu nome é Paulo de Oliveira Perna, tenho graduação em Enfermagem e fiz especialização em Saúde Pública, aqui no Paraná, enquanto eu era funcionário da secretaria de estado da saúde, nos anos 80. Depois de ingressar na universidade, em 1990, após ter trabalhado durante cinco anos na secretaria de estado da saúde e, aqui dentro, em 1998, eu fiz meu mestrado em Enfermagem, que já concluí, e há dois anos atrás iniciei o doutorado em Educação, aqui na Federal mesmo. Mas, no momento, eu suspendi o doutorado, porque tive problemas de saúde (ano passado) e fiz uma avaliação entre uma série de questões e achei que, naquele momento, eu tinha que dar uma parada. Quando eu entrei aqui na universidade, fiz concurso no departamento de enfermagem para a área de saúde coletiva, a antiga saúde pública – denominávamos assim, depois, na metade dos anos 90, passamos a chamar internamente de um núcleo de docentes em saúde coletiva. Com relação ao núcleo de estudos de saúde coletiva, resumidamente, a história foi a seguinte: ali pelos anos de 1997/98, quando o município de Curitiba aderiu à proposta de Saúde da Família, formalmente, surgiu – e o estado também estava em torno dessa proposta, vendo adequações e tal – a necessidade da academia entrar também na qualificação dos profissionais, para atuar na época do chamado programa de saúde da família. E outras instâncias estavam sendo pensadas, que eram os introdutórios para as equipes locais, enfim, cursos mais rápidos, sobre os temas mais básicos. Inclusive, aqui, constituiu-se um fórum estadual de formação, qualificação e capacitação em saúde da família, que funcionou por uns cinco anos. Então, nessa época a universidade foi solicitada, no sentido de garantir uma possibilidade de titulação desses profissionais, montando e elaborando um curso de especialização. E essa demanda inicial foi feita com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e com a

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que já tinha aderido, portanto havia uma turma de profissionais que estava demandando. Em 1998, para dar conta de organizar essa especialização, é que se chamou um rol de professores que tinham essa aproximação com o campo da saúde pública, da saúde coletiva, um grupo bastante grande, no início, chegava a reuniões de 30 pessoas, com todas as áreas aqui – a Enfermagem, a Medicina, a Odontologia, a Farmácia, a Nutrição e, naquele período, nós não tínhamos Terapia Ocupacional. Aí se organizou o uma especialização, e essa primeira turma se abriu apenas para os profissionais de Curitiba. Foi uma turma composta basicamente por médicos e enfermeiros, que eram os profissionais que, na época, estavam formalmente nas equipes de saúde. As primeiras equipes contavam com esses profissionais e o pessoal de nível médio, como auxiliar de enfermagem, depois, vieram os agentes comunitários de saúde. Então a relação com o serviço foi imediata. Foi uma demanda do serviço e a universidade entendeu que precisava participar dessa questão. Aí pode ser algo meio pessoal de quem trabalha com a saúde coletiva, mas estar trabalhando diretamente com as práticas, com o serviço, é fundamental para esta. Para o campo da saúde coletiva isso é premente, porque é nele que você configura como as políticas públicas de fato estão acontecendo e é um campo que tem por um dos objetos a discussão da organização, da produção e da implementação, do acompanhamento, da avaliação da política pública, no caso, em saúde. Já na segunda turma, tivemos um grande problema, pois o financiamento, que veio para esse primeiro curso, era um financiamento fechado e, naquela época (isso é a minha análise), já se aprimoravam essas políticas que, para mim, têm um cunho meio neoliberal, em que não se garantem orçamentos, não é integrar essa universidade. Então, vai se produzindo pacotes, caixas, que vão financiando programas em separado. E isso cria certa dificuldade, parece que se corre atrás de financiamento para esse curso, para aquele curso, para aquela ação, para aquela coisa... Fragmenta, além de te colocar numa atividade exaustiva que é buscar financiamentos, o que não é simples. O primeiro recurso veio do Ministério da Saúde, via secretaria de estado. Tratava-se de um recurso repassado para a secretaria de estado que o administrava – a Escola de Saúde Pública. Lembro-me

de que o estado tem uma escola de saúde pública que também já teve os seus tempos de maior brilho, e nesse período, inclusive aqui, as rodadas que se faziam eram exatamente com os professores, com os profissionais da Secretaria de Estado da Saúde – especialmente da Escola de Saúde Pública e da Secretaria Municipal de Saúde. E a demanda começou, organiza-se um curso, isso se espalha e nós tivemos muita demanda para outro curso. Na época, avaliou-se que era importante atender a essa demanda e nós fizemos aqui uma segunda turma, uma segunda edição, entretanto resolvemos cobrar, fazer um curso pago. Houve inscrição livre, mas foi uma experiência muito ruim para nós. Até parece que foi uma coincidência, não foi pelo fato de que era um curso pago, mas foi porque nós tivemos aqui uma administração muito ruim, uma secretária que criou uma série de problemas, inclusive desvio de dinheiro e os colocou em palcos de aranha.

Quais foram as conquistas e dificuldades encontradas até agora, à frente do NESC?

Como já dissemos, realizamos a especialização em Saúde Coletiva, conseguindo aglutinar muitos profissionais da área da saúde. Nessa especialização, temos duas vertentes: uma em Saúde da Família e outra em Residência Multiprofissional. As dificuldades se pautam nos recursos financeiros, que são poucos, além do que, não há como planejar a longo prazo, pois os recursos vêm por licitação, ou seja, os projetos são apresentados e se selecionados terão os recursos.

Qual a idéia de re-encaminhamento do NESC frente às dificuldades apontadas?

Pretendemos formalizar o grupo de pesquisa para dar maior estabilidade no desenvolvimento desta, com recursos, uma vez que, até agora os grupos não duraram muito tempo, não sei exatamente o motivo.

Como se constitui o quadro de integrantes e sua produção científica?

São produções que vêm dos cursos de especialização, de professores que ministram esses cursos, assim como, de outros que fazem parte do quadro.

Como você vê a formação acadêmica – graduação/pós – nas universidades? Elas têm uma formação coerente com as necessidades sociais? As universidades exercem efetivamente uma política de ensino em sintonia com as reais necessidades dos serviços?

Penso que há um esforço para tal, mas, concretamente, observo que ainda prevalece a formação fragmentada e enclausurada, portanto, descolada de uma realidade social.

A proposta da Residência Multiprofissional tem conseguido apagar a formação acadêmica fragmentada?

Acredito que sim, pelo esforço que é demandado para um trabalho em equipe, algo não estimulado nos cursos de graduação. Mesmo assim, ainda há aspectos corporativos, como é o caso da Medicina, que propôs uma Residência Multiprofissional somente para a Medicina.

Como você vê a saúde de Curitiba, especialmente na operacionalização da Saúde Coletiva?

Em bom número de unidades de saúde, com a preocupação de priorizar a saúde coletiva. Mas, ao meu ver, ainda falta a atenção maior em Saúde Mental e Saúde do Trabalhador.

ENTREVISTA 06 - PROF. DR. MÁRIO SÉRGIO MICHALISZYN
COORDENADOR DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE POSITIVO
DATA: 29.05.08

Inicialmente, gostaria que o senhor falasse sobre a sua formação acadêmica, assim como sua experiência profissional.

Eu sou graduado em Ciências Sociais, fiz licenciatura e bacharelado em Sociologia e, por uma questão de escolha, no primeiro ano de faculdade eu optei por mudar de um órgão público para outro. Eu trabalhava na Secretaria da Cultura e pedi transferência para a Secretaria da Saúde, onde fui trabalhar no hospital Victor do Amaral – Maternidade, na área de recursos humanos e comecei me envolvendo, dentro do hospital, com a prática na saúde. O que eu posso dizer, sem pretensão e com muita humildade, é que a minha formação se deu por escolha, dentro da área das Ciências Sociais na graduação, no mestrado e no doutorado, mas tendo sempre a saúde como pano de fundo, desde 1981, tempo que venho atuando nesta área. Saí da área de recursos humanos e fui para a pesquisa, da pesquisa para educação e saúde e depois eu voltei para a saúde, trabalhando no campo da prevenção. Inicialmente com populações indígenas e depois com a prevenção de drogas e Aids, com crianças e adolescentes. Não consegui fugir nunca da saúde, desde o momento em que eu a abracei como área de trabalho e estudo. Pode-se dizer que eu escolhi primeiro o serviço e depois a formação. Tudo foi se encaminhando a partir dali. A escolha por um mestrado, por um doutorado, veio de uma demanda que o serviço colocava e eu me percebia frágil em termos de formação teórica e acabava por buscá-la, a partir da vivência que eu vinha tendo. Desenvolvi, na graduação, um trabalho de pesquisa que foi meu trabalho de conclusão de curso, sobre a realidade socioeconômica da Cidade Industrial de Curitiba – CIC – e a concepção de saúde-doença nesta população, em 1984. Mais tarde, no mestrado realizei um tema indigenista e na seqüência desenvolvi uma proposta metodológica de capacitação de pessoal para atuar nas áreas de saúde e educação e alternativas econômicas. Trabalhei com a formação

de agentes comunitários de saúde e pescadores artesanais em Guaraqueçaba e, no doutorado, com a prevenção de drogas e aids entre crianças e adolescentes, a partir da experiência concreta de cinco anos na coordenação de prevenção do Estado.

Na sua formação, me chama a atenção a sua trajetória e que parece não ser comum aos profissionais na área de Ciências Sociais, não?

Na verdade não é comum e eu tive uma influência bastante grande do meu irmão que era médico e optou pela antropologia na pós-graduação. Eu fiz o caminho inverso. Na época da minha graduação, iniciou-se a redemocratização do país, então, o que víamos era o nascimento do PT, das organizações populares e, nessa época, muito dos trabalhos de saúde começou a acontecer e, na minha opinião, de uma forma apaixonante. Eu brinco que fui vítima dos encontros populares de saúde e das primeiras ações regionais que acabaram dando origem à 8ª Conferência. Tudo isso no processo da graduação. Numa turma de 50 alunos, em Ciências Sociais, o único que caminhou por essa via, no período da graduação, fui eu. Todo o mundo se espantava. Sempre fui um peixe fora d água, na minha turma de faculdade e na própria área da saúde que tinha nos quadros do estado cinco profissionais contratados e todos trabalhavam com planejamento e estatística, mas não com a Sociologia, tampouco com a Antropologia. E a minha escolha acabou sendo pela pesquisa na Antropologia. E ela se deu por aí. Mas na verdade não é possível dizer que é uma via comum, eu fui na contramão. Tanto que hoje eu acabo por valorizar, até na experiência da docência, muito disso, a experiência da prática para a teorização e não ao contrário.

Historicamente a saúde veio calcada no modelo biomédico, da doença, da cura, do hospital, da intervenção. Como é que o senhor vê essa situação: há algum indicativo no sentido de caminhar para uma priorização em relação à saúde coletiva?

Eu acho que há tentativas, desejos, formulações teóricas para tal, mas, na prática, estamos muito longe disso. O modelo biomédico continua sendo muito

forte. Se considerar uma propaganda do Ministério da Saúde, há quatro anos ou até menos, o Ministério anunciava em um cartaz enorme, uma família que sempre sonhou em ter um médico, mostrando que agora tem, enfatizando o Programa da Saúde da Família. O PSF se volta muito mais à figura do profissional médico, do que a outros profissionais. Embora não se caracterize mais com a titulação de para-médico, na verdade, as equipes que atuam no PSF, hoje, continuam, de alguma forma tendo a sua ação, extremamente vinculada à atitude e dependente da postura do médico. Creio que isso não se deve somente à política, mas muito à visão da própria população, que coloca na figura do médico, a idéia do grande “xamã” da nossa cultura. Existe o desejo de se criar um modelo que seja realmente revolucionário, no que se refere à mudança de postura, mas eu não acredito que nós estejamos tão próximos dessa mudança quanto se imagina, ou o quanto as teorias supõem.

Mesmo com a conquista, no âmbito da Constituição Federal, a partir de 1988, assegurando a assistência à saúde a todos os cidadãos, em torno dos princípios, que coloca a questão da universalidade, da equidade e da integralidade, o senhor sente que não teve um impulso, no sentido de priorizar a saúde coletiva?

Creio que houve mudanças, claro que não se pode negar que houve mudanças significativas na política, mas, se tomar como referência os modelos de campanha que temos, que são extremamente centralizadores, no que se refere à questão preventiva e não de promoção.* O fato é que existe, hoje, uma grande confusão entre promoção e prevenção, porque se fala de prevenção da doença como promoção da saúde. Se considerarmos o modelo que é equivocadamente denominado de controle social, na saúde, o que veremos é que toda a proposta de universalidade, equidade, acaba ficando no papel e se distanciando na prática. A própria relação que existe entre a autoridade sanitária e o funcionário que atua numa unidade de saúde, a relação com o distrito, com o hospital, este ainda sendo visto pela população como a porta de entrada para os serviços de um modo geral. Vemos que o avanço ocorrido é significativo. Ampliou-se o espaço para diferentes

áreas, mas não o suficiente para provocar uma grande mudança no que se refere ao modelo que desejamos ver alterado, o modelo que prioriza o domínio médico, do discurso médico.

Obs: *esclarecimento dos termos prevenção e promoção.

A relação entre promoção e prevenção. Eu tentaria jogar três conceitos aqui: o da educação em saúde, a prevenção e a promoção da saúde. Sob o meu ponto de vista o que se trabalhou, até hoje, além da prática da assistência à saúde, foram as ações preventivas de caráter bastante pontuais. Todas as ações se voltavam tomando como referência o binômio saúde-doença, na tentativa de pensar na prevenção como estratégia de se antecipar, de eliminar a doença. O modelo que tem se tornado a grande ênfase que estimula a reformulação, inclusive da prática de saúde, é a promoção, ou seja, um conjunto de ações que ultrapassam o próprio adoecer. Eu preciso me antecipar ao processo de adoecimento, mas muito antes do que se antecipava com a prática preventiva. Então, eu preciso pensar na qualidade de vida do sujeito, da comunidade, para que, ao ter um mínimo de condições básicas de sobrevivência, ele consiga, além de viver com dignidade, evitar o risco do adoecer. A promoção da saúde tem como ênfase maior a preocupação com a vida em si. Nesse contexto, a doença sequer passa perto. Eu ouvi um conceito dado por um cidadão comum, acho que um lavrador do interior da Bahia, quando perguntaram para ele o que era saúde, ele disse que “o conceito de saúde é muito diferente de um para outro. Para você, saúde é quando eu chego na unidade e digo que eu estou muito bem, que eu não tenho gripe, que eu não tenho febre, que eu não tenho dor. Para mim, saúde, moço, é outra coisa: é o que eu faço todo dia no fim da tarde, quando eu pego, junto com os meus companheiros no boteco, um copo de cachaça, olho pro mundo, olho pra vida, olho pra frente e olho pra mim, levanto aquele copo de cachaça e jogo um gole para o santo e depois eu grito saúde, porque saúde é isso”. Saúde é alegria, saúde é bem-estar. Deixando a cachaça de lado, acho que ainda não aprendemos que saúde é bem-estar, é qualidade de vida. Essa é a grande questão da promoção e que, sob o meu ponto de vista, a promoção da saúde é o elemento que quebra com todos esses nós que são colocados no modelo tradicional.

Aproveitando a colocação do domínio médico, o senhor estabeleceu a relação com a política de saúde da família, hoje por meio do Núcleo de apoio

à Saúde da Família, onde se cria uma equipe multiprofissional e nesta ampliando as subáreas da Medicina. Teoricamente vejo que há avanços a comemorar, especialmente o profissional de educação física, da fisioterapia. Mas não observamos muito interesse da classe médica. Essa é uma questão política, de resistência da categoria para assegurar a hegemonia da Medicina?

Acredito que a situação é de classe, sim. Há uma tentativa da categoria de manutenção do poder, no que se refere à saúde. Mas, por outro lado, existe uma situação que é contraditória: o profissional médico recém-formado, muito dificilmente aceita uma contratação em municípios pequenos. Ele opta pelos grandes centros urbanos, onde ele tem o apadrinhamento de profissionais com maior tempo de experiência e qualificação, pelo fato de que a própria graduação deixa a desejar no que se refere ao preparo acadêmico, para que ele venha a intervir em realidades distintas como esta. E isso é aplicado a todas as áreas, não só com a medicina, mas nela se torna muito mais visível pelo fato de que a demanda é maior. É fácil encontrar um estudante de odontologia ou estudante de farmácia que se disponha a ir para o interior e atuar numa equipe. Com a maior facilidade do mundo, relaciona-se bem com a população, embora a saúde coletiva ainda não seja a ênfase maior na formação do profissional. Entretanto, existe um conjunto de disciplinas que, com outros nomes, com outras temáticas, acabam preparando o futuro profissional para esse tipo de intervenção. No caso da intervenção médica, a idéia da autoridade, da cura e da responsabilidade pela cura, faz com que o jovem profissional se sinta inseguro em relação a esse tipo de envolvimento. Vemos um número muito pequeno de profissionais recém-formados se inserindo na área, a não ser que tenha o apoio, o apadrinhamento de alguém.

O Dr. Darci Braga, professor do curso de Medicina da Universidade Positivo, nos relatou um fato interessante. A experiência dele como aluno de medicina, que durante toda a formação nunca pensou em optar pela saúde coletiva. Quando ele se voltou para esta, foi por obrigatoriedade do serviço militar, trabalhando dois anos no exército. Por essa experiência inicial é que

ele permaneceu na saúde coletiva. Você vê um tipo de residência obrigatória, não só na formação médica, mas em todas as áreas da saúde?

Não sei, porque eu oriento três médicos que fazem especialização em saúde coletiva, atuam na área e que, recentemente, fizeram uma avaliação com alunos que concluiriam o estágio de saúde coletiva. Em um dos depoimentos da pesquisa, o aluno, filho de um médico especialista e dono de uma grande clínica em Curitiba, disse: “Eu não vou escolher a saúde coletiva como a minha área de atuação, vou escolher a área do meu pai, onde eu já tenho o caminho aberto. Mas, com certeza, o que eu posso dizer com relação à disciplina de saúde coletiva é que ela ensinou a lidar com gente e por isso eu serei melhor do que o meu pai”. E a equipe de pesquisa lhe perguntou qual a razão de tanta convicção e se isso não era uma avaliação arrogante e agressiva em relação à figura paterna. O aluno respondeu que “não perdia o carinho pelo pai nem o respeito profissional, mas o que ele avaliava é que a disciplina de saúde coletiva havia lhe proporcionado a possibilidade de olhar para o outro como outro, respeitando as diferenças”. Percebendo questões como tal, acredito que a escolha pela saúde coletiva é afetiva. Ela se vale mais da emoção do que da técnica. Quando os princípios do SUS forem garantidos, quando tivermos uma política pública de saúde efetiva e que atinja o que desejamos e registramos no papel, na lei, teremos profissionais optando pela saúde coletiva naturalmente. Mas, mesmo que isso não venha a ocorrer, somos ainda produto de um tipo de formação, na qual nos distanciamos muito da idéia da formação universal.

No caso da formação em saúde, o que se vê são profissionais que se qualificam em áreas muito específicas e que optam por essa especificidade. Não conseguem perceber, na saúde coletiva, numa visão mais ampla, uma intervenção que exige do profissional um tipo de envolvimento maior. Vivenciamos aqui na especialização; a Universidade Positivo, sendo vista hoje como uma instituição diferenciada, em termos de infraestrutura e grupo populacional que acolhe. Na especialização há um número que passa de duzentos alunos. Todos, sem exceção, vindos do serviço. Embora o curso pense numa formação mais ampla no campo da saúde em que a promoção e a prática do trabalho em equipe sejam a

ênfase, o que encontramos são resistências profissionais, criadas pelas próprias categorias. Por exemplo: 60% dos nossos alunos são formados em odontologia. Eles só conseguirão o reconhecimento do curso, como especialista na área da odontologia, se o curso for credenciado pelo seu Conselho. Para o credenciamento neste órgão de classe, é necessário que 70% do corpo docente seja composto por profissionais de Odontologia e que o conteúdo de Saúde Coletiva, seja todo voltado para a formação em Odontologia. Se olharmos para a ação no campo da saúde coletiva, veremos que ela propõe uma intervenção multiprofissional, embora não tenha tal característica na prática. Essa é a grande briga. Para satisfazer uma demanda que é colocada por alunos, teríamos que mudar toda a estrutura curricular do curso, para atender às exigências colocadas pelo Conselho, que, na verdade, não tem muito claro o que é a atuação em saúde coletiva, senão não proporia uma formação tão corporativista. Por mais que exista uma estratégia em Saúde da Família, temos equipes que são multiprofissionais, mas que, na verdade, atuam neste campo de forma independente. Cada um dentro do seu espaço, da sua especificidade e com pouca possibilidade de troca. Não existe a possibilidade da intervenção de profissionais de outras áreas, discutindo de igual para igual os problemas da área com seus colegas de equipe. A proposta que o SUS preconiza, hoje, no que se refere à intervenção mais direta, mais próxima do campo e da população é, sem dúvida, a intervenção em equipes multiprofissionais, mas na prática, ainda estamos longe disso.

Aproveitando a colocação sobre a Odontologia, observa-se que esta busca maior envolvimento com a saúde coletiva. Isso é em decorrência do mercado saturado ou de uma consciência profissional que se volta hoje para a saúde coletiva?

É o mercado. Se analisarmos o número de profissionais que se forma em Odontologia ao longo de um ano e o quanto os serviços públicos da saúde absorvem, pode-se considerar isso como um avanço. O atendimento odontológico se ampliou a partir da década de 80, de uma forma bastante significativa, exigindo um número maior de profissionais atuando na saúde pública e havendo uma

possibilidade maior de contratações. Os consultórios odontológicos particulares oferecem um menor poder de ganho para o profissional, do que o oferecido pelos serviços públicos, embora o salário de um serviço público, hoje, não seja tão elevado. Eu trabalho com alunos do 2º ano de Odontologia, da turma toda, se algum deles tem interesse pela saúde coletiva, a resposta é: poucos ou nenhum. Todos têm interesse em ter seu consultório particular, mesmo que o curso os prepare para intervir nas duas frentes de trabalho. Quando se formam, a grande maioria acaba por optar pelos concursos públicos e, ao serem absorvidos, não temem, pois tiveram preparo para tal.

O que ocorreu com a Odontologia não poderá ocorrer com a Medicina?

Acredito que sim. Entretanto, a preocupação é com o que motiva o profissional recém-formado na busca pela saúde coletiva. Se isso ocorrer com a Medicina, não será pela formação e sim pelo preparo. O que vemos são cursos que colocam uma ênfase muito grande na saúde coletiva, na graduação e acabam tendo, ao término do curso, alunos que optam pelo quadradinho da especialização, da residência médica específica, pois a grade curricular os estimulou a optar por especialidades. A Medicina não forma generalistas. Ela prepara especialistas e encaminha para essa nova formação. O aluno já sai da graduação com a necessidade de complementação e esse caminho não o leva para o campo da saúde coletiva.

O senhor está colocando a figura do “X” na formação profissional, em que se prioriza uma coisa na graduação e na especialização se busca outra situação.

Embora a saúde coletiva seja, em muitos cursos, tratada como um tema transversal, ainda temos currículos por disciplina e cada uma delas busca convencer o aluno sobre sua importância, *status*, etc. Nós continuamos a ter o aluno que busca a especialização em Neuro, em Cardio, em Reumatologia, pela influência que ele recebeu de um docente em particular e pelo próprio currículo. A medicina não tem um currículo que valorize a formação geral, a Clínica. As

discussões sobre a re-humanização da profissão e a intervenção médica estão presentes, mas daí a dizer que a formação em si dá essa ênfase, é meio complicado. Lamentavelmente há um grande equívoco nos cursos de medicina. Eles não formam somente doutores, mas os doutores chefes de equipe, que não percebem a importância do trabalho multiprofissional (desde que ele esteja sob o seu controle).

O ato médico foi uma tentativa de manter esse poder?

Ele é um exemplo bem claro disso.

Quando o senhor fala da prioridade com relação à escolha da profissão, sobre a motivação, a sensibilização e a afetividade, há o outro lado do mercado de trabalho. Num contexto maior, não haveria a necessidade de uma mudança no sistema político do país para que houvesse a efetiva priorização da saúde coletiva? Objetivamente, o sistema do capital não determina todo esse processo de formação, de individualização e do querer ser o mais?

Eu vejo por duas vias. Primeira: acredito que avançamos muito a partir da construção do SUS, do momento em que este se tornou uma realidade e as políticas passaram a ter essa preocupação. Por outro lado, a formação específica em cursos da área da saúde, de um modo geral, não se volta para o SUS, ela continua presa, muito arraigada aos velhos modelos e às práticas individualizadas. A discussão sobre a necessidade de uma intervenção em saúde coletiva se dá em cursos que tem, hoje, uma influência muito pequena na política. Encontramos ênfase em Saúde Coletiva nos currículos dos cursos de Nutrição, Educação Física, Fisioterapia, etc. A conquista de espaços no SUS é definida por lutas individualizadas. Cada categoria profissional luta individualmente por seu espaço de intervenção. Vimos isso na constituição das equipes de estudos da Saúde da Família. Os espaços de intervenção profissional são conquistas graduais e localizadas. Isso estimula a competitividade e se distancia da intervenção multiprofissional em condições de igualdade. As diretrizes curriculares dos cursos

deveriam enfatizar o trabalho interdisciplinar. A realidade já demonstrou que a área da saúde comporta práticas coletivas, nas quais todas as categorias têm muito a contribuir. O que necessita, agora, é a percepção dos profissionais de que o espaço da saúde é coletivo.

Na medida em que o governo coloca prioridades na área da saúde coletiva, o senhor não observa contradições no próprio governo, em relação a critérios adotados pela CAPES e CNPQ no estímulo à pesquisa?

Nós somos produtos de uma ciência que é altamente positivista. É uma grande crítica que eu faço às agências de fomento. A visão da CAPES, do CNPQ, quanto à valorização, ao estímulo à pesquisa no país, se dá dentro dos pequenos quadradinhos. Não se valoriza, por exemplo, uma intervenção mais “pé no chão” que se preocupe com essa visão de conjunto. Elas acabam por valorizar a especialidade. Nós falamos em avanços, no que se refere a uma nova estratégia, e eu acredito que esta é altamente positiva, acho que ela é a grande responsável pela mudança no sistema de saúde do país. Por outro lado, o que vemos é uma insistência muito grande, por exemplo, na Medicina da Família e não na Saúde da Família. Não se reconhece a necessidade de perceber a possibilidade de formação específica e prática conjunta. Os interessados em saúde coletiva são muito pequenos. Eu não sei precisar quantos cursos de qualificação, a nível de mestrado, em saúde coletiva temos hoje no Brasil. Mas acredito que seja um número muito pequeno, se comparado com outras especialidades no campo da saúde. Observamos bons trabalhos acontecendo na formação de agentes comunitários, por profissionais de diferentes áreas, que acabam não registrando, não publicando o resultado daquilo que produzem, pelo fato de que a produção vai muito mais pelo envolvimento e paixão, do que pela necessidade da produção intelectual. Não existe a preocupação com isso. Hoje, se perguntar sobre o motivo da escolha pela especialização, observaremos duas argumentações. A primeira é de que existe a possibilidade de ascensão profissional com uma titulação de especialista; a segunda, pelo fato de que, ao se envolver com o trabalho, se encanta com a possibilidade que ele oferece.

O investimento em pesquisa e na formação de recursos humanos é insuficiente, se comparado à demanda. Ainda valorizamos especialidades pelo status da ciência. Os critérios adotados pelas agências de fomento à pesquisa são questionáveis, porque se valorizam áreas do conhecimento e pouco as necessidades reais. Veja, por exemplo, os investimentos no campo da pesquisa tecnológica e a diferença entre estes e os investimentos no campo das ciências humanas e sociais. O mesmo ocorre com as pesquisas laboratoriais e as pesquisas em saúde pública. Os “valores” da ciência são ainda equivocados. Valoriza-se muito mais o imediato. A saúde coletiva é qualitativa e seus resultados não são mensuráveis em estatísticas, gráficos e tabelas, exclusivamente. Talvez este seja o problema: a ciência valoriza o exato e o imediato.

A produção do conhecimento, a partir dos serviços, está tendo mais relevância social do que a produção que sai dos bancos escolares? As universidades não estão exercendo seu efetivo papel, de fortalecer a produção do conhecimento na relação com as necessidades sociais?

Farei um paralelo entre duas práticas: a da docência e a médica, exercida na clínica ou numa unidade de saúde. O que se cobra do profissional é produção e isso se dá em números, mais em quantidade do que em qualidade. Não existe a preocupação se a consulta prestada foi qualitativamente interessante ou insatisfatória, mas se o número de consultas atendeu àquilo que corresponde à produção esperada dentro daquele serviço. Isso em qualquer área. Uma hora, meia hora numa sala de espera é tempo suficiente para ver o quanto a área de saúde exclui. Esta trabalha muito mais com a exclusão do que com a inclusão social, porque se encontra um número muito pequeno de pessoas com fichas distribuídas para serem atendidas ao longo do dia e um número muito grande de pessoas com a resposta: volte amanhã. Existe a preocupação com a quantidade e não com a qualidade do atendimento. No caso do mundo acadêmico, não existe um critério de avaliação das instituições, uma vez que a própria CAPES e CNPQ não valorizam o trabalho do docente em sala de aula como parte de sua produção intelectual. Não se considera como produção aquilo que o docente constrói para

trabalho em sala de aula. Eu posso passar 20 anos como um bom professor, dando minhas aulas com conteúdo significativo, mas, por outro lado, devido à minha preocupação com a qualidade do conteúdo trabalhado em sala de aula, eu pouco produzi. E porque eu pouco produzi (daquilo que é colocado pela CAPES e CNPQ que é a produção acadêmica publicada), a minha quantidade de publicações foi insuficiente, automaticamente, serei visto com um profissional que estacionou no tempo. Para se livrar do estigma de improdutivo é que vemos a produção acontecendo em larga escala, em série, ocorrendo por grupos. Hoje, no Brasil, temos uma outra indústria, que não é só a indústria da produção acadêmica por empresas, mas a indústria da produção acadêmica, ocorrendo por meio da troca de favores entre grupos: eu escrevo um artigo e incluo o teu nome, você escreve um artigo e inclui o meu e a nossa produção se amplia, pelo pouco tempo que temos. Na verdade, vive-se num mundo acadêmico onde a ciência, continua sustentada por um modelo Positivista que enclausura as pessoas em um modelo. Em contrapartida, para alguns indivíduos, na informalidade, a produção intelectual vem acontecendo de forma surpreendente.

Voltando aos nossos alunos da especialização, ao parar para conversar com cada um e perguntar o que ele tem de experiência acumulada e o que ele tem de registro pessoal dessa experiência, vemos informações que são extremamente significativas, mas que, por um lado, nunca tiveram a possibilidade de se encaminhar para uma publicação ou para algo que seja utilizado como produção e construção do conhecimento, de uma forma nova. Se existe um distanciamento muito grande entre teoria e prática, este vai se dar pelo fato de que a produção teórica se distancia significativamente da realidade. Ela se produz nas 4 paredes da universidade numa quantidade que é pouco significativa.

O que é possível afirmar, então, é que o que as universidades produzem, o serviço não utiliza. Ou porque percorre essa linha positivista que não responde efetivamente pelos problemas da realidade, ou porque quando se tem um trabalho acadêmico que pode ser útil ao serviço parece que também

não há uma preocupação no sentido de estabelecer este *link* entre serviço e universidade.

O problema é que as universidades abrem pouco espaço para que os serviços participem e a situação inversa acaba por ocorrer por uma exigência, o estágio. Aqui nós descobrimos um caminho interessante. Trouxemos o profissional da saúde para dentro da instituição. Sua presença ajuda a provocar mudanças que, aos poucos, serão percebidas na própria estrutura. O movimento é dialético: da mesma forma como o que vem do serviço nos modifica, o que sai da universidade e vai para o serviço também modifica este. Porque ele cria uma outra possibilidade.

Em 2006 houve a realização do congresso da Rede Unida, no qual a temática foi a saúde coletiva, sendo a UP uma parceira. Nesse congresso observamos vários trabalhos da Secretaria Municipal da Saúde, de pessoas que emergem na produção do conhecimento, a partir do serviço. São trabalhos interessantes, que estão muito próximo da realidade. O senhor, como Coordenador do curso de pós-graduação em saúde coletiva, ao propor a vinda de profissionais da área da saúde da secretaria, quais foram os sentimentos em relação a essa adesão? Eles vieram com o objetivo de galgar uma ascendência profissional, a partir da titulação, ou alguns vieram conscientes desse processo da capacitação?

Acredito que, num primeiro momento, a procura foi muito mais pela titulação do que qualquer outra coisa. Eu não vincularia, por exemplo, o congresso da Rede Unida à vinda dos alunos do serviço para cá. A saúde coletiva da universidade é, hoje, o curso que tem o maior número de alunos, com menor índice de evasão. A justificativa que se dá é a coerência entre o discurso pregado na graduação e na pós-graduação em saúde coletiva. Sob meu ponto de vista, existe um discurso muito forte da saúde coletiva permeando todos os cursos de graduação. E isso por conta do Núcleo de Ciências Biológicas e da Saúde, que é forte e que sustenta a proposta da saúde coletiva na pós-graduação. No caso dos alunos, estes acabam por perceber isso de alguma maneira, porque se procurou

valorizar duas situações em particular, ou seja, o docente da casa, que se envolve com saúde coletiva, é docente do curso e profissional de saúde que atua no serviço. Ou então, o fato de que os profissionais do serviço que vêm para dar aula não são aqueles que se colocam na condição dos grandes produtores do saber acadêmico em Curitiba, mas sim, os que se destacam por sua prática de trabalho no cotidiano das unidades de saúde, nos serviços, enfim, por sua vivência.

Sobre a possibilidade de um mestrado em saúde coletiva, o senhor não vê problemas pela frente no sentido de aprová-lo perante o MEC, tendo em vista essa visão reducionista e corporativa de alguns segmentos da CAPES e CNPQ? Só para citar um exemplo, na UFSC – Santa Catarina, o mestrado na saúde coletiva foi proposto por iniciativa do Departamento de Filosofia e não da Saúde.

Nós não queremos um curso elaborado em quadradinhos. A proposta de um curso nos moldes do que se tem, a grosso modo, que seja circular, que mantenha a idéia de conhecimento tramado por diferentes atores, diferentes sujeitos. Temos que enfrentar o problema da pouca produção acadêmica e fortalecer o nosso trabalho. Esse seria o primeiro entrave. Qual é a grande saída? Fazer a democratização do saber às avessas. Nós temos, hoje, profissionais que vieram do serviço e que se qualificam como especialistas, que se apaixonam pela vida acadêmica e que acabam, de alguma forma, entrando obrigatoriamente no esquema da produção, na forma como ele é colocado. A única possibilidade a curto prazo para se ter um mestrado em saúde coletiva, seria a parceria com uma outra instituição que tenha reconhecimento em nível nacional e pelas agências financiadoras. Neste caso, a Escola Nacional de Saúde Pública, a FIOCRUZ. Talvez a parceria com o serviço se caracterize como porta de entrada para essa solicitação de apoio. A questão é mais política do que efetivamente técnica. Trata-se de uma universidade particular, pleiteando parcerias antes somente definidas com instituições públicas.

Poderíamos dizer que o senhor acredita muito mais na construção de um saber pela prática social, do que por uma postura política, por exemplo, de alguns órgãos de classe que podem propor mudanças de critérios no âmbito de CNPQ e CAPES?

Eu acredito muito mais nisso. Quando falamos da Teoria da Complexidade, esta não se constrói dentro da estrutura formal das intervenções. Daria para citar, como exemplo, duas situações: das secretarias de saúde, onde as redes se constroem por meio de vínculos pessoais, e dentro dessa instituição de ensino, onde não se prega a Teoria da Complexidade, mas esta é exercida por meio de relações informais entre sujeitos.

Seria uma dialetização entre o que o Morin coloca da desordem para a construção de uma nova ordem. Ao finalizar, se quiser apontar algumas possibilidades, fique à vontade.

Eu gostaria de enfatizar a idéia da presença do serviço nas instituições de ensino. O que se tem vivido é uma experiência altamente significativa, que tem provocado mudanças no que se refere ao pensamento de grupo de forma satisfatória. Concluímos em 15 dias uma turma composta por 30 professores que não tiveram a vivência direta com o serviço. Esse grupo relacionou com outros profissionais de saúde e essa troca modificou sua forma de pensar, estratégias de intervenção, novos modelos. Teremos, em pouco tempo, uma produção significativa em termos de trabalhos acadêmicos, que não foram motivados pela preocupação com aquilo que é o desejo da CAPES e CNPQ, mas, por outro lado, é o nosso desejo, de se fortalecer como uma instituição que se volta para a saúde coletiva. Priorizamos a vinda do pessoal do serviço como uma estratégia formadora. Não tínhamos nos dado conta, no início da proposta, de que essa idéia modificaria os rumos da construção de um novo saber. O que temos nota é que o discurso da saúde coletiva começa a minar estruturas e corações.

Essa relação da graduação, que na informalidade, em função de uma inserção numa instituição, logicamente tem seus objetivos e finalidades,

mas que o Núcleo da Saúde, mesmo num caráter de informalidade, tem assegurado essa relação com a pós-graduação, mas também ciente de que o senhor, como Coordenador do curso, tem esse mesmo princípio e, por isso, se assegura esta inter-relação. De qualquer forma, é como já foi dito, são construções de saberes, que dentro de uma instituição, mesmo que não seja uma direção, emerge enquanto saber e se coloca com um ponto para se dialetizar com outras perspectivas, que não a saúde coletiva. Quero reforçar que a questão de dirigir em torno de princípios claros de saúde é muito importante. E isso acaba emergindo com uma determinada postura que possibilitará uma clara identificação da instituição. Vários exemplos, como a realização do congresso da Rede Unida, parcerias com as Unidades de Saúde do Município, são características de uma instituição que não vai utilizar o serviço como troca de estágios para os acadêmicos, em situação restrita. O que vale é a persistência como a sua, no sentido de criar uma identidade maior e emergir outras possibilidades mais amplas.

Perdemos e temos perdido uma característica interessante para as instituições de ensino, de que a população deixa de ser material didático, esta não é recurso didático para nós. A população se coloca como um outro sujeito, como um outro elemento a interagir com o espaço e com o serviço. Isso é nítido em todos os ambientes onde a universidade acaba por atuar. E não é uma característica exclusiva nossa, ela vem se modificando. Nessa idéia do que eu acredito, da construção de vínculos, isso poderá ser um processo de mudança, o que é significativo e interessante de se considerar. Com certeza, da mesma forma como as redes se espalham por dentro das universidades, estas se espalharão na política e farão com que a política de saúde se modifique, se qualifique para que chegue a ser o que ela deseja. Assim como a política de educação se modifica, se (re)qualifica para que a prioridade não seja o número, mas sim a qualidade do que se produz.¹⁰⁶

¹⁰⁶ MICHALISZYN, M.S. **Comunicação pessoal do autor** (29.05.08)

ENTREVISTA 07 – PROF.DR. WALDEMIRO GREMSKI
DIRETOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ – PUC/PR
DATA: 02.12.2008

Formação acadêmica e experiência profissional.

Eu sou formado em biologia pela PUC – 1969. Em 1970, eu ingressei na Universidade Federal; em 1973 fiz pós-graduação na USP, onde fiz doutorado em Histologia e concluí em 1977. Quando retornando à UFPR, criamos o mestrado em Morfologia e hoje o mestrado e doutorado em Biologia Celular e Molecular. Na sequência, em 1978, fiz o pós-doutorado. Em termos de formação, fiz uma reatualização em 1996/1998, no Instituto Ludwig de pesquisa sobre o câncer, em São Paulo, que é uma instituição suíça e funciona no Hospital de Câncer. A par disso, trabalhei bastante na área de pesquisa, já no mestrado que nós criamos, o qual começou a funcionar em 1979. Orientei várias pessoas que estão na PUC, na própria UFPR ou em outras cidades e outros países. Isso fez com que eu me envolvesse, pouco a pouco, com pesquisa e pós-graduação, porque o departamento de que eu passei a fazer parte (Biologia Celular) tinha pouca tradição em pesquisa. Era um departamento basicamente voltado à aula, ao ensino de graduação e eu, de fato, fui o primeiro doutor do departamento. Isso fez com que começássemos um movimento no sentido de que as pessoas se titulassem e começamos a pensar já no doutorado, porque naquela época era possível apenas um doutor “fazer” um mestrado. Nós criamos o mestrado, em Morfologia, na época, às custas de Glaci Zancan, Metry Bacila, Freire Maia, várias pessoas da USP que colaboraram conosco e foram essenciais. A Morfologia inicialmente era Biologia Celular e Anatomia, como a Anatomia não respondeu, a CAPES resolveu fechá-la, em 1984/1985, e, a partir de então, nós passamos a ser chamados de Biologia Celular; e, hoje, Biologia Molecular. Coordenei o curso por vários anos e fui trabalhando esse processo no departamento, que respondeu muito bem. Meus próprios orientandos fizeram doutorado. Enfim, pouco a pouco se criou um ambiente de pesquisa que possibilitou que o departamento passasse

a ter como objetivo a pesquisa e a pós-graduação. Eu nunca deixei de trabalhar a pesquisa e a pós-graduação e, a par disso, a partir de 1985 eu assumi a vice-direção do setor, junto com o professor Euclides de Marchi. Em 1990 eu acabei por assumir a direção do setor. E aí veio a pró-reitoria. Depois de me aposentar pela Federal, em 2002, fui para a PUC e tive o prazer de ter o apoio extraordinário do Centro de Ciências Biológicas, onde eu estava, para justamente estruturar a pós-graduação do Centro, não a da PUC. E lá, nós criamos o primeiro doutorado da PUC que é a Ciência de Saúde, quer dizer, foram criados o mestrado e o doutorado com algo raro: eu propus, no mesmo processo, o mestrado e o doutorado, e foi aprovado com nota 4. Eu mandei o processo no final de 2002, naquela época eram duas entradas na CAPES e já em dezembro de 2002 nós tivemos o mestrado aprovado e em fevereiro o doutorado, em 2003 começamos tanto o mestrado quanto o doutorado. E a partir de 2006, quando eu assumi a direção de pesquisa e pós, fizemos um trabalho bastante grande, a PUC passou a mandar por ano entre 3 e 4 propostas para a CAPES. Em 2007, nós aprovamos 4 doutorados. E como a instituição estimulou esse processo, apesar do prejuízo que a pós-graduação traz para a instituição privada, já que aquela não é paga, aqui estou com esse trabalho junto à uma instituição privada, a qual é muito voltada à qualidade. Temos 14 mestrados e 8 doutorados, estamos encaminhando agora mais um doutorado e, possivelmente, mais um mestrado em Monitoramento Ambiental. E para 2010, planejamos pelo menos mais dois mestrados e dois doutorados.

Quanto à tua experiência profissional na UFPR. Todo esse plano no sentido de incentivar à pesquisa possibilitou a tua ascensão à pró-reitoria?

Acredito que sim, porque o setor apoiou a candidatura do Carlos Antunes, o qual tinha sido pró-reitor de pesquisa e tinha a visão do que era uma pesquisa. Como o setor deu apoio, ele pediu que o próprio setor indicasse um pró-reitor. Eu justamente saí da direção do setor em 1995 e ele ganhou as eleições em 1997/1998 e nós já tínhamos conseguido aprovar vários outros programas no setor, e linhas novas de pesquisa estavam andando. Eu via departamentos como

o de Patologia Básica, que era muito desestruturado em termos de pesquisa; o departamento de Farmacologia que, quando eu assumi a direção do setor, tinham 14 professores, dos quais apenas um tinha tempo integral. Nenhum tinha dedicação exclusiva. E em 5 ou 6 anos o departamento passou a ter 11 professores, todos com dedicação exclusiva, praticamente todos com doutorado e hoje está no mestrado, no doutorado em Farmacologia, da mesma forma como Patologia Básica, que também já estão encaminhando o doutorado e sem falar na Educação Física. Algo importante foi o fato de ter assumido, por meio da pró-reitoria da UFPR, a presidência do Fórum Nacional de Pró-reitores de Pesquisa e Pós. Já que, de todos os fóruns, o de pesquisa e pós-graduação é o único acolhido lá dentro da CAPES. Isso faz com que o presidente do fórum de pesquisa e pós do país seja membro nato do Conselho Superior da CAPES e do CTC da CAPES, que julga todos os projetos. Sendo assim, eu fiquei por quase três anos fazendo parte, julgando projetos de pesquisa e pós, discutindo a política de pós-graduação; isso me deu uma experiência fantástica.

A partir da tua experiência profissional na UFPR e na CAPES é que veio o convite da PUC?

Exatamente, porque o então pró-reitor da PUC, o professor Flávio Bortolozzi, era um entusiasta da pós-graduação e ambos éramos as pessoas que, no Paraná, faziam um trabalho no sentido de profissionalizar o planejamento na área de pesquisa e pós. Como fruto disso, nós criamos, em 1999, o Conselho Paranaense de Pró-reitores de Pesquisa e Pós, que existe até hoje e está muito bem. E é o Conselho que administra, junto à Fundação Araucária, junto às universidades, um planejamento da pós-graduação. Esse Conselho (Conselho porque tem personalidade jurídica, tem CNPQ, recebe de cada instituição associada 1.300 reais por ano, tem sede própria) foi um dos subscritores, e principal, da Fundação Araucária, junto à Associação Paranaense das Instituições Estaduais do Paraná (APIESP) e à Secretaria de Ciência e Tecnologia.

O que se observava nessa década de 70, caracterizava-se muito a saída sem uma definição de linha de pesquisa. E, ao voltar, a pessoa deveria se comprometer com o departamento e criar a linha estudada.

Esse era o objetivo, mas foi criada uma situação de várias pessoas que saíram por vontade própria, sem qualquer controle do departamento, mesmo porque a universidade não tinha, ainda, visão de futuro na pesquisa. Com exceção de alguns setores isolados, como Genética, Engenharia Florestal, História. Tanto que levamos anos, apenas em 1983, o setor de Ciências Biológicas concordou, como um todo, que as aulas ministradas na pós contassem no seu desempenho como professor. A grande década da UFPR, em termos de salto na pós-graduação, foi a década de 1990, daí em diante.

Com esse avanço, é possível dizer que a instituição privada caminha para o incentivo a programas de pesquisa?

Sim. Eu diria que, talvez, uma frustração que eu deixei na UFPR é não ter conseguido levar isso de alguma forma para a sociedade. Quando eu entrei na pró-reitoria, tínhamos 9 doutorados e quando eu saí tínhamos 21. Mas acredito que faltou estabelecer uma relação mais próxima com indústrias, com órgãos governamentais, interagir mais com a Secretaria da Educação municipal, estadual, a área de saúde, a área tecnológica, quer dizer, abrir um pouco os muros da universidade, aí está exatamente a questão da instituição privada. Na pública, as corporações se opõem a isso por questões político-ideológicas e várias razões que são resquícios daquela visão de uma universidade pura, que não deve se misturar com segmentos da sociedade externa. Ao passo que, na particular é mais fácil fazer isso. Tanto que aqui (PUC) foi possível fazer e, respondendo à pergunta, se uma universidade privada sem fins lucrativos como somos nós, ou mesmo com fins lucrativos, planejar a longo prazo, será uma grande universidade, a longo prazo. Quer dizer, pegam-se as grandes universidades americanas, por exemplo, que são instituições privadas, buscam a sustentabilidade com parcerias.

Traçando um paralelo entre as instituições privada e pública, a instituição pública é mais receosa neste aspecto da intersetorialidade da universidade (pesquisa) em relação com o serviço? Por que razão?

Sim. Não há outra razão a não ser cultural, que coloca uma barreira entre a instituição e o setor externo, porque não é apenas o setor produtivo, empresarial, mas também governamental; a universidade tem que ser parceira do setor governamental. Em primeiro lugar, existe a enorme dificuldade do pesquisador em sair do seu laboratório para buscar alguma parceria; ele não tem competência para isso, uma vez que foi preparado para ser cientista. Sendo assim, a instituição teria que ter uma entidade intermediária que faça este papel de ligar o setor externo com a universidade – aqui entendida como pesquisador. Este teria que estar muito bem protegido pela legislação e pela universidade. O pesquisador é tímido, muito mais na pública do que na particular; naquela existe a questão do corporativismo interno que cria uma ideologia nessa questão da ciência. Então, aqui entra, primeiramente, a questão da cultura; a segunda, a questão interna; e a terceira é a falta de avaliação nas instituições públicas. É preciso haver metas a serem atingidas. A ciência pela ciência é inerte se não for transformada. Então, como não há avaliação, conseqüentemente, não há estímulo; tem-se uma questão político-ideológica a par da cultura. Podemos colocar também uma quarta razão: o fato de a instituição não ter uma política para a sua ciência e tecnologia.

Na relação universidade-serviço, o que a PUC tem feito em termos de parceria, visando à questão da saúde, especialmente a saúde coletiva?

Isso é algo que estamos discutindo mais fortemente neste momento. Até estamos estruturando um mestrado em saúde coletiva. Nós temos saúde coletiva no mestrado e no doutorado em Odontologia, em Ciências da Saúde e em Tecnologia em Saúde – este é mais voltado para o atendimento das pessoas nos centros de saúde. Então, quando recebemos a visita, o avaliador da CAPES sugeriu desmembrar isso, tendo em vista que esta é mais voltada para a área molecular, é mais uma biotecnologia direcionada à saúde. E temos, também, na Educação uma grande área de trabalho com violência escolar. Então, queremos

fazer um mestrado em saúde coletiva. Essas pessoas, tanto na Odontologia como nas Ciências da Saúde e na Educação, têm um trabalho muito grande nas áreas de serviço junto a órgãos governamentais. Tanto que o responsável pela linha de pesquisa de saúde coletiva da Odontologia dirige a saúde coletiva da Secretaria de Saúde da prefeitura; o responsável pela área de Ciências da Saúde está ligado ao Ministério da Saúde, voltado para toda essa questão de Aids, células-tronco. Agora, posso dizer que está longe de ser um trabalho do modo como gostaríamos que fosse. Acredito que exista uma potencialidade enorme, existe muito dinheiro no país. Essa nossa relação com o Ministério da Saúde mostra que temos que fazer projetos. Uma das decisões, neste momento, é titularmos pessoas em saúde coletiva para reforçar esse mestrado, doutorado, para trabalharmos nessa linha.

É possível dizer que a formação acadêmica especializada ainda tem um peso cultural-histórico que dificulta o trabalho multiprofissional? Por exemplo, no Departamento de Saúde Comunitária da UFPR, há uma grande dificuldade em inserir a Medicina na saúde coletiva, eles querem uma saúde coletiva específica para a Medicina.

Sim. Se conseguirmos estabelecer esse mestrado, este vai ser um mestrado transversal. Inclusive a Psicologia, a Nutrição e a Educação Física estão inseridas aqui. Então, a idéia é, de fato, realizar isso de um modo transversal. Seria um mestrado em que participariam a Medicina, a Odontologia, a Psicologia, a Nutrição, a Educação Física. Mas eu vejo isso para 2011.

Sobre o acréscimo das linhas de pesquisa a serem ofertadas, você poderia citar?

Aqui está faltando essa parte de saúde coletiva e uma área de tele-medicina, isto é, além da questão da saúde coletiva, disseminar isso à distância e conseguir um bom dinheiro. Aqui a idéia é, de fato, trabalhar com as secretarias municipais e estadual, tanto que nesse projeto de mestrado, a idéia é fazer o profissional, e os parceiros seriam órgãos governamentais. Também é interessante colocar que, aqui, nós temos uma linha de pesquisa de doenças

tropicais, liderada pelo professor Marcelo Mira, cujo foco é a Hanseníase – ele foi um dos descobridores de que a Hanseníase é transmitida geneticamente. E nós estamos sediando o Centro Brasileiro de Estudos de Doenças Tropicais.

**ENTREVISTA 08 - PROFESSORA DOUTORA NEIVA LEITE
COORDENADORA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ED. FÍSICA –
MESTRADO E DOUTORADO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DATA: 27.10.2008**

Formação e experiência profissional

A minha trajetória já vem de bastante tempo. Primeiro me formei em Medicina, em 1984, depois em Educação Física, em 1989. E, desde o momento em que eu estava na Medicina, sempre conectei esta com a Educação Física, até porque eu fazia as duas faculdades ao mesmo tempo. Isso me permitiu, em termos de formação acadêmica, num primeiro momento, trabalhar as duas situações simultaneamente. Hoje eu posso me titular como uma professora de educação física médica. Coloco-me dessa forma pelo fato de trabalhar muito mais na área da Educação Física estabelecendo uma conexão com a Medicina, do que o inverso. A minha experiência profissional ficou, desde a área de pesquisa até a área clínica, voltada para o exercício como uma forma de resgate terapêutico, mas também um trabalho de prevenção. Talvez a terapêutica seja o ponto de intersecção entre a Medicina e a Educação Física, isto é, fazer o exercício como uma forma de resgate da saúde de pessoas que apresentam fatores de risco. Eu saí da faculdade e em seguida entrei no campo de pesquisa, ao mesmo tempo, embora trabalhando fora da universidade, o meu *link* sempre foi a parte de educação, educação para a saúde, palestras informativas, promoção de saúde.

Pós-graduação em âmbito de doutorado.

Eu sou pediatra, quanto à residência médica, e isso me aproximou bastante dessa área da saúde da criança e do adolescente, que vem de encontro à minha formação de tercirização médica, que é a Pediatria. E, trabalhando no aspecto não só da minha formação primária como Pediatria, mas também a questão da criança e do adolescente como um ponto básico de se trabalhar a prevenção primária e secundária, evitando a progressão de doenças, principalmente que hoje

são doenças hipocinéticas – aquelas relacionadas ao avanço tecnológico –, eu vi nesse ponto o trabalho na saúde da criança e do adolescente a possibilidade, realmente, de trabalhar a saúde. O resgate do exercício como uma conexão de promoção de saúde. Talvez para o adulto seja uma situação muito mais terapêutica do que preventiva e, na criança, tinha-se como trabalhar. Por que na UFPR? Aí vem as facilidades de morar em Curitiba e, como a UFPR não foi meu centro formador em termos de graduação e especialização, no caso anterior foi a URGs, do Rio Grande do Sul, aqui eu tinha profissionais diferentes da minha área de formação acadêmica. Por isso eu tinha uma possibilidade de crescimento profissional neste ponto.

Aproveitando, a questão do mestrado, foi em que tema?

O mestrado foi na área de Fisiatria, reabilitação. E, na época, eu trabalhei com atletas, não no foco da performance, mas no que o exercício em excesso acarretaria para o atleta. Eu acabei fazendo uma avaliação em indivíduos corredores de longa e média distância e avalei a massa óssea, porque eu queria saber o impacto do volume de corrida sobre a formação da massa óssea. Já que temos, muitas vezes, o exercício como algo maravilhoso. Há uma tendência de se ver apenas o lado bom do exercício e, no meu mestrado, a idéia era justamente estar acompanhando um outro efeito que o exercício poderia causar em pessoas que lidam com este de uma forma extensiva e o praticam demais, o quanto isso daria de impacto, de uma certa forma negativa na massa óssea. O meu foco, apesar de ser exercício, era ver exatamente que o exercício demais também faz mal. Acho que esse é um ponto que normalmente eu gosto de deixar claro, que o exercício é muito bom, mas não podemos entrar nessa história de “tribo”, que aceita tudo, aceita todas as possibilidades, sem ver que a falta do exercício, bem como o seu excesso, acarreta muitas doenças. Isto é, em que medida o exercício é realmente uma possibilidade boa.

O mestrado foi em que período da tua formação?

Bom, a graduação eu terminei em 1984, Medicina; Educação Física em 1989; depois eu fiz residência médica e terminei em 1986; especialização em Medicina do Esporte – 1987; especialização em Medicina do Trabalho – 1995; o mestrado eu terminei em 1997 – eu entrei em 1995 e dei um intervalo de 1997 até 2002, em função de filhos, praticamente. Depois eu voltei para o doutorado.

A questão do mestrado, como você estava dizendo, havia uma prioridade em relação ao atleta. Hoje, qual é a leitura que você faz desse tema, trabalhando com grupos especiais?

Apesar de trabalhar com atletas, a leitura que eu fazia destes era o atleta que faria um excesso de treinamento e o quanto isso acarretaria em problemas de saúde, até pegar medidas de que o exercício é muito bom desde que bem prescrito pelo profissional competente, que é o professor de Educação Física. À medida que vem o desempenho, a medalha e não necessariamente a saúde, eles têm outros problemas decorrentes do excesso de treino, que às vezes foge do controle do treinador ou do próprio técnico que tem toda uma demanda da mídia, da exigência do próprio indivíduo no treinamento e ele vai além do ponto de vista de saúde. O *link* que eu faço disso é que primeiro eu fui avaliar o que seria o excesso de treinamento e o que isso acarreta do ponto de vista de comprometimento de saúde. A intersecção era a saúde como um ponto básico. E depois eu retorno, porque na minha especialização anterior, de Medicina Esportiva, o meu *link* era, também, a prescrição de exercício para populações especiais. Então eu fiz uma parada do atleta e voltei para a população especial, mas talvez o foco, a linha de fusão entre todos esses aspectos que eu já pesquisei, seja, realmente, a saúde como a linha-mestre de tudo; para saber até que ponto o exercício gera saúde. Quando falamos com profissionais de outras áreas que avaliam, por exemplo, o excesso de treinamento, algumas pessoas são contra o exercício da maneira como este é executado. Esses indivíduos enxergam, nos seus consultórios, nas suas clínicas, muito mais a lesão por repetição, o traumatismo, o desgaste articular, do que o que esse exercício traria para a saúde propriamente dita. A linha saúde e a linha exercício, para que

estejam no mesmo foco, sabemos que precisa uma certa quantidade, uma prescrição bem dosada, não é simplesmente o “exercício pelo exercício” como se fosse um culto que devêssemos seguir. E essas linhas, saúde e exercício, são paralelas até certo ponto, porque há momentos em que, se eu faço exercício em quantidade insuficiente, eu não consigo adquirir os benefícios palpáveis em todas as dimensões da saúde. Imagino a saúde com uma dimensão ampla, na área espiritual, social, cultural, física e mental. Pode ser que algumas intensidades de exercício me cumpram com algumas dessas esferas, mas eu preciso de uma intensidade, uma frequência, uma duração maior do exercício. E, a partir de um certo momento, o exagero desse exercício, uma frequência e uma intensidade exageradas me leva ao outro lado da curva, que seriam os efeitos prejudiciais que o exercício acarreta.

Parece que a área médica que veio colocando isso à frente dos profissionais de Educação Física, você vê dessa forma também? Assim como no passado, ou ainda existe, o médico receitando a atividade física.

Esse é um ponto em que eu penso muito. Eu, como médica, como professora de educação física, durante a faculdade de Medicina, jamais tive uma aula de exercício no sentido de benefícios. Talvez eu tenha tido uma aula em fisiologia, no segundo ano, em que nós simplesmente corremos pelos corredores da universidade e analisamos a frequência cardíaca. Foi o máximo que nós vimos, do ponto de vista acadêmico sobre fisiologia do exercício ou o exercício influenciando na fisiologia. E isso continua sendo mais ou menos a tônica, volta e meia eu sou convidada pelo pessoal da Medicina, para dar aula para os acadêmicos, até porque é uma exigência deles saber um pouco mais sobre exercício e realmente continua sendo isso. A tônica da medicina é a doença, mas se sabe de uma maneira genérica que fazer exercício é muito bom, entretanto o médico não sabe o quanto de exercício é bom. Então, essa prescrição meio genérica dos médicos está de encontro a um profissional que não sabe exatamente dos benefícios do exercício. Eu aprendi muito mais sobre o exercício quando eu fiz Educação Física, numa visão mais regrada. Um paralelo com a

medicação da área médica, que nós vemos muito bem estabelecida, então há vários tipos de exercícios. E aqui vêm algumas pessoas que acreditam que apenas um tipo de exercício é necessário. Não, eles são complementares. O nosso corpo tem alguns tipos de fibras diferenciadas, que nos permitem movimentos de velocidade, de força, as nossas articulações nos permitem amplitudes de movimentos com velocidade, força. O que acontece é que essa dimensão do exercício como uma necessidade de um tipo, uma intensidade, uma duração para produzir alguns efeitos do ponto de vista cardíaco, respiratório, muscular, ósseo, não é claro para o pessoal da área médica. Eles têm conceitos genéricos. Claro que, nesse conceito genérico, eles colocam à frente, porque simplesmente mandam o indivíduo fazer exercício, mas eles não sabem como prescrever isso. E há um hiato entre o pessoal da Educação Física e pessoal da área médica, porque o primeiro, na academia, não está preparado para receber essas pessoas que vêm com uma indicação médica de fazer exercício. Existe o estereótipo na nossa faculdade de Educação Física que, apesar de existirem obesos, diabéticos, hipertensos, eles devem ir à academia concorrente, na academia ao lado, já que há uma tendência de lidar apenas com pessoas saudáveis. Há um processo difícil, pois o médico coloca para o paciente que ele precisa se movimentar, até porque ele está vendo que muitas doenças são originárias do próprio sedentarismo, ele como profissional da doença, não da saúde, já que o médico trata do doente. O professor de Educação Física trata da saúde e ele vê só o saudável. Então existe um hiato entre os dois profissionais e fica difícil fazer esse *link*, porque um vê a doença e como o exercício pode melhorar esse indivíduo; o outro vê a saúde, então ele não consegue ver a doença como uma forma de recuperação por meio do exercício, ele muitas vezes se fecha – generalizando um pouco. Existe certa dissociação entre o profissional e a pessoa que chega para fazer exercício. Ele tem que olhar a pessoa como um todo, seu histórico e levar isso em consideração.

Uma das alternativas seria a residência multiprofissional. Então você tem a Medicina, a Educação Física, mas perante uma realidade você tem hoje um

núcleo de apoio à saúde da família. E aí requer um trabalho multiprofissional. Nesse sentido, cada especialização teria, no final, essa possibilidade, na área da saúde, de fazer essa residência multiprofissional. Você vê, diante desse quadro, uma mudança na formação acadêmica hoje, para que aconteça essa maior integração?

De uma maneira isolada, a maneira como eu tenho contribuído para os meus alunos, acredito que sim. Muitos alunos têm essa mudança, mas acho que isso teria que ser algo mais abrangente, que fosse além da inserção individual de cada professor. Essa mudança de vários profissionais atuarem nesse Núcleo da Saúde da Família, eu ministrei alguns cursos para o pessoal da Saúde da Família. E o que eu vejo é que eles não entendem nada de exercício. Então, quando eu fiz a inserção da prescrição de exercício como uma forma de resgate do movimento, que as pessoas pudessem seguir o exercício e cumprir com certa intensidade e duração que traga benefícios. O profissional precisa ter essa consciência de que não basta dar o medicamento, orientar sobre a alimentação, mas o exercício precisa ser parte da realidade desse paciente-aluno. E o professor de Educação Física, ao se integrar a essa equipe, vai entender um pouco mais desse lado da doença e sair do paradigma de lidar apenas com saudáveis. A Educação Física precisa “linkar” com os outros profissionais da saúde. Até existe um problema hoje no nosso cadastramento em alguns lugares, por exemplo, muitos colocam o profissional de Educação Física como um educador e ele está atrelado ao setor da educação e para outros, como a CAPES e CNPQ, nós somos profissionais da área da saúde. Essa dicotomia do próprio profissional de Educação Física, alguns se vêem como educadores e outros como agentes da área da saúde e nós precisamos fazer, também, essa conexão entre essas duas formas de ver a profissão. A minha opinião em relação a essa residência multiprofissional é que ela é ótima do ponto de vista de realmente fazer o crescimento. Quem vai se beneficiar muito disso é o paciente, a família que está sendo atendida, à medida que ela vai ser avaliada por vários olhos. E esse olhar ao mesmo objeto, ao mesmo tempo, também vai compartilhar idéias diferenciadas. O profissional da área médica, da Enfermagem não conhece exercício, não sabe o real benefício,

ele tem conceitos genéricos. Por outro lado, o profissional da Educação Física não conhece direito a fisiopatologia das doenças que estão associadas ao sedentarismo e, nessa falta de conhecimento, nós temos um hiato entre as áreas de conhecimento e as ações. Como realizar uma ação efetiva, se os conhecimentos estão contidos em compartimentos diferentes?

Você pode sintetizar a questão da saúde, em que ponto você acha que está, pensando a saúde desde aquele conceito de ausência de doença até hoje, pensando na promoção de saúde. Como você vê a saúde hoje no país e especialmente a Educação Física, se ela avançou nesse quadro.

A saúde, de uma maneira geral, se pensarmos em um conceito mais global, nós estamos com um problema muito sério em todos os países, à medida que temos um avanço tecnológico que nos deixa, realmente, muito confortáveis em relação a muitos fatos. Hoje eu imagino, em um paralelo, quando eu era estudante e não tinha Internet nem xerox; a facilidade que nós temos hoje é muito grande e que bom que nós temos essa facilidade toda. Mas em termos de saúde, o impacto que esse avanço tecnológico, alimentos industrializados que contêm várias substâncias que levam o indivíduo ao adoecimento, hoje são alguns componentes que vão nos adoecer. Por exemplo, até a própria *Internet* tem feito com que adolescentes fiquem muito mais tempo lidando com uma máquina do que entre pessoas. Eles têm redes de amigos e, na verdade, nenhum amigo. Eu vejo que a sociedade, da maneira como está organizada hoje evoluiu para um adoecimento global e, por isso, muitas estruturas, a própria Organização Mundial da Saúde, colocam o exercício como uma forma de até resgate interpessoal, já que, normalmente, os contatos sociais são restabelecidos na academia, no jogo de bola, além da própria prática da atividade física. Eu vejo hoje o educador físico com um papel muito mais de transformação dessa sociedade tecnológica, do que um mero reproduzidor de um movimento escasso em função do sedentarismo. Eu vejo que o professor de Educação Física faz um resgate muito mais amplo do que o próprio combate à falta de movimento. Ele tem hoje uma inserção social que é trazer essas pessoas para a convivência, já que esse lado humano nós

precisamos manter. Talvez o profissional de Educação Física precise avaliar o contexto como um todo. O sedentarismo está aí, mas nós precisamos também do convívio social entre as pessoas. Por isso, vejo que o adoecer da sociedade está de encontro a esse crescimento.

A questão da estética, essa pressão social que leva a um caminho mais rápido que seria a cirurgia plástica. Como você vê esse quadro?

O problema da nossa sociedade, com toda essa tecnologia, com todos os medicamentos de apoio, nós tivemos uma longevidade fantástica. Se pegarmos o Brasil na década de 1940, a nossa longevidade era de 45 anos e hoje o Brasil está próximo dos 80 anos. O elixir da juventude é buscado como uma fórmula mágica por muitos povos, por muitos e muitos anos. E esse processo de envelhecimento, hoje, a questão dos padrões de estética, apesar de estarmos chegando aos 80 anos, não se pode ter rugas, cabelos brancos e é claro que se pensarmos no exercício para chegar a tudo isso, não vamos conseguir mesmo, não tem como o exercício evitar uma ruga, uma “barriguinha”, uma flacidez de pele. Então é claro que o bisturi é muito mais efetivo. E aqui vêm de novo as relações humanas. Eu vejo que as pessoas não têm aceitado a própria evolução da idade. Se por um lado, ter rugas hoje representa mais conhecimento, pelo menos do ponto de vista de vida, e aí vem a questão do povo japonês como as pessoas mais velhas serem consideradas pessoas que vão dar conselhos, vão falar sobre a vida, hoje a juventude é mais importante do que a idade. Nós vemos o estereótipo de algumas pessoas de meia idade, achando que são meninos e meninas. Achando que sendo “garotões” conseguem um título de respeito. As pessoas estão perdidas, porque ter mais longevidade não significa rejeitar o processo de envelhecimento como um todo. Podemos evitar rugas, cabelo branco, mas não que isso seja o principal efeito, e questões como o câncer de pele ficam em último plano. A dermatologia, por exemplo, virou cosmética, como ponto. Todas as indústrias de beleza que tem por aí investem nesse processo, quer dizer, evitar a cirurgia enquanto pode, depois vai para a cirurgia que é muito mais rápido. Por outro lado, é o formato que está por fora. Quer dizer, por fora a pessoa até pode aparentar

uma saúde, mas e lá dentro? Nos órgãos, que deixaram de se movimentar. O tórax que precisa ter uma expansão durante o exercício para se manter jovem, porque o tórax precisa desse exercício de maior intensidade para gerar essa possibilidade de movimento torácico, do contrário a tendência é virar uma gaiola óssea, porque todos nós teremos uma gaiola óssea com o processo de envelhecimento e o pulmão vai ficar dentro daquela gaiola. Quanto mais expandirmos esse tórax, melhor. Cirurgia plástica nenhuma vai dar essa expansão torácica. O coração precisa, não só de paixões, mas também de movimento, de aumentar a frequência cardíaca, as articulações e os músculos também. Tudo é uma fachada. A questão até da própria Internet, com fotografias que podem muito bem ter passado por *photoshop*, montagens.

Esse padrão de corpo masculino e feminino, será que esse corpo masculino não ficará no padrão desse corpo feminino, não vai se deixar levar?

O que nós observamos é que talvez o homem, quanto mais velho, mais terá segurança, vai ter todo aquele aspecto charmoso do cabelo branco. E a mulher fica presa à questão do descartável. Isso está muito relacionado à nossa cultura, do que é valorizado numa mulher e em um homem. Talvez em um futuro próximo, esse mesmo processo também se instale no homem como troféu. É complicado saber o futuro, mas eu vejo que, nas mulheres, é uma questão de como nós presenciamos cada fase. Cada fase é a fase ouro e precisamos enxergar isso dessa forma. Tudo é uma questão de relatividade. E a área da cosmética masculina tem crescido muito. Os homens apresentam a questão de ir para cirurgia e colocar silicone nas musculaturas, como uma forma de aumentar sua massa muscular, de uma maneira rápida.

Eu acho que você está correta, na medida que você perspectiva uma coisa daqui a trinta anos ou vinte ou até menos. Esse idoso másculo, de querer manter essa situação.

Aí tem todo um apelo comercial embutido. Eu vejo desde a questão dos desenhos animados, eu tenho mostrado para os alunos, em sala de aula, o que

era o *Superman*, o desenho primitivo de 1950, o que era ele e o que é agora. Mas existe uma mudança do personagem e esse personagem que hoje estão nos desenhos animados, de maneira geral, vai muito além do que o ser humano chegaria de uma forma usual, só fazendo o treinamento de força. Existe um apelo comercial para o uso de substâncias. Isso não é apenas uma mudança de padrão de estética, tem toda uma alavanca pessoal de consumo. Por exemplo, o *DragonBall*, que é um desenho em que os “monstrinhos” quando ficam fortes e poderosos apresentam uma hipertrofia muscular que dificilmente alguém saudável, só fazendo exercício, estaria naquele padrão. E, com isso, acabamos criando uma demanda de consumo. Essa questão cultural de hipertrofia que, antes era dos jovens, agora está na meia idade, daqui a pouco vai estar na terceira idade, esse uso exógeno de substâncias que vão além da saúde – eles desequilibram: causa hipotrofia testicular, esterilidade, aumenta a mama, entre outros aspectos. Aí é consumismo e o imediatismo como ponto principal. Não importam as consequências, mas ser bonito.

Você vê um quadro que, a partir da Educação é um caminho para reverter isso ou enxergar melhor essa situação?

Eu acho que sim. Talvez seja um processo de entendermos tudo o que está acontecendo. Nós estamos nos utilizando da tecnologia, o nosso conhecimento não está sendo apropriado e talvez o processo de Educação corresponda a como usar essa tecnologia de uma maneira racional. Como consumir alimento de uma maneira racional. É um processo educativo de resgate da indústria tecnológica, alimentícia, tudo o que nos cerca, para que possamos nos apoderar realmente desse processo.

Nesse seu pensamento, quais as perspectivas em relação às linhas de pesquisa para se aproximar dessa saúde?

De uma maneira global, do que eu tenho visto nas linhas de pesquisa, existem professores que atuam mais no atleta como um ponto de análise e outros do ponto de vista do exercício como uma terapêutica em populações especiais. Do

ponto de vista educativo, o exercício utilizado como Educação, não se tem visualizado de uma maneira geral entre os professores, mas eu vejo que é uma preocupação mundial. Eu, particularmente, numa das linhas de pesquisa, a nossa inserção é na escola e eu tenho buscado justamente o diagnóstico precoce e palestras informativas. Em termos mundiais, vários pesquisadores buscam a Educação como uma saída, no que se refere à saúde. A Educação como uma forma de promoção de saúde. O problema é como colocar em prática essa ação, porque a teoria existe, mas aqui eu vejo que ainda não temos isso de uma maneira sistemática. Como estabelecer essa Educação se as pessoas, muitas vezes, não estão prontas. É muito mais fácil fazer o terapêutico do que trabalhar com esse efeito que é mais a médio e longo prazo, não é tão imediatista quanto o terapêutico.

Ainda há uma prioridade em relação ao atleta?

Existe uma divisão: de um lado o atleta e do outro o indivíduo que apresenta algum problema de saúde. Alguns até focalizam a questão da criança, mas sem dar uma perspectiva educativa. Esse *link* com o processo educativo ainda está fora do alcance.

Você vê essa possibilidade de crescer essa rede (parceria com a prefeitura)?

Eu vejo que muitas das ações são o famoso *net work*, o trabalho com relação impessoal. E não há um direcionamento, por exemplo, do administrador que vê a importância da conexão da UFPR com a Prefeitura. É muito mais no pessoal. No caso, essa ação junto ao pessoal do Curitiba Ativa é muito mais, porque eu conheço o pessoal de lá. Então, quando eu montei esse projeto educativo nas escolas da prefeitura, nós começamos apenas avaliando. Aí passamos a fazer palestras educativas e agora em um processo de formulação de um material educativo escolar, a nossa idéia é, também, o acompanhamento longitudinal disso. Mas é muito mais uma iniciativa pessoal do que uma gestão, uma política administrativa dos nossos gestores.

De ambos os lados, tanto do acadêmico, em que a formação é setORIZADA, quanto das secretarias, que não fazem uma inter-relação entre si. Essas “divisões”, em função de uma história, acabam dificultando esse trabalho mais contextual? Como você vê esse quadro?

Eu tenho contato na SMEL, na Educação e contato na Saúde, então estamos tentando unir, mas, do ponto de vista administrativo, isso é um caos, porque as pessoas têm que justificar, o tempo todo, essa possibilidade de interação. Não é uma situação que flui como se fosse um intercâmbio, porque existe uma estrutura rígida, três departamentos, e poderíamos imaginar que existem objetos em comum e que poderiam permear de uma maneira mais tranquila entre eles e não há entraves entre os setores. Existe até a consciência de que algumas ações seriam comuns, mas o “como fazer isso” é difícil.

Colocações a mais sobre o tema.

A saúde, principalmente do ponto de vista do educador físico – como eu coloquei no início, eu me sinto muito mais uma educadora física do que uma médica, nos dias de hoje –, eu vejo que é o momento interessante que esse profissional realmente faça uma inserção junto aos outros profissionais da saúde e se sinta como um deles, que possa contribuir nesse processo como um educador da saúde. E, infelizmente, algumas pessoas ainda chegam a um estereótipo da Educação Física, com a questão do corpo, tanto é que eu vejo alguns alunos que, ao entrarem na faculdade, passam a usar anabolizantes, como se isso fosse o crescimento pessoal dele. Crescimento muscular, com certeza, mas crescimento pessoal deixa muito a desejar. Já existem pessoas diferenciadas aqui dentro. Felizmente, o profissional mudou, e bastante. Profissionais muito bons e competentes, resgatando não só o movimento como algo para a estética ou o movimento pelo movimento, mas o movimento para chegar a uma saúde mais completa.

6.3 LINHA DE PESQUISA DOS PROGRAMAS DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE – NÍVEL DOUTORADO – CURITIBA-PR.

6.3.1 Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Na Universidade Federal do Paraná – UFPR –, encontramos três programas de pós-graduação, sendo: a) Medicina Interna e Ciências da Saúde; b) Clínica Cirúrgica; c) Saúde da Criança e do Adolescente.

a) Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde Mestrado e Doutorado¹⁰⁷

Histórico de criação do Programa de Pós-Graduação

O Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde foi fundado em 1977, em nível de Mestrado. Desde então, foram apresentadas 116 (cento e dezesseis) dissertações. Em nível de Doutorado, foram defendidas 14 (quatorze) teses, até maio de 2003.

Institucionalmente o Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde obedece às normas gerais únicas para os cursos de pós-graduação stricto sensu da Universidade Federal do Paraná, estabelecidas pela Resolução nº 62/03 do conselho de ensino, pesquisa e Extensão. Complementarmente, o Colegiado do Programa tem estabelecido diversas normas internas, que se acrescentam ao regimento do programa, vigente desde 2000, sumarizadas a seguir. Informações detalhadas sobre cada norma poderão ser obtidas na secretaria do Programa.

Linhas de Pesquisa

HEMATOLOGIA

- Anemia: Epidemiologia, História Natural e Tratamento
- Anemia Aplástica e Anemia de Fanconi
- Transplante de Medula óssea e Terapia Celular.

CARDIOLOGIA

- Aterosclerose
- Cardiologia Intervencionista

¹⁰⁷ Disponível em <www.hc.ufpr.br> Acesso em 2008.

- Ecocardiografia.

DOENÇAS INFECCIOSAS

- Infecções Sistêmicas em Medicina Interna.

ENDOCRINOLOGIA

- Hormônios
- Modelos Experimentais em Diabetes
- Diabete e Obesidade.

TOCOGINECOLOGIA

- Sexualidade da mulher.

IMUNOLOGIA e ALERGIA

IMUNOLOGIA CLÍNICA E EXPERIMENTAL
INFLAMAÇÃO ALÉRGICA

NEFROLOGIA

- Função renal na saúde e na doença.

NEUROLOGIA

- Biologia molecular aplicada no diagnóstico das doenças neurológicas degenerativas.
- Cefaléias e neuralgias: Estudos clínicos e experimentais dos seus mecanismos e tratamentos.
- Distúrbios do movimento: Avaliação clínica, genética e terapêutica.
- Doenças desmielinizantes: História natural e influência genética na terapêutica.
- Doenças neuromusculares: Estudo clínico, laboratorial, histoquímico, imunocitoquímico e genético das miopatias congênitas, adquiridas e secundárias. Epilepsia - Avaliação terapêutica clínica e cirúrgica.

b) Programa de Pós-Graduação - Clínica Cirúrgica - Doutorado em Ciências da Saúde

Linhas de pesquisa

- Avaliação Anátomo-funcional dos transplantes de órgãos sólidos e tecidos.
- Cicatrização e Medidas de Resistência dos Tecidos.
- Resposta Inflamatória Clínica e Experimental em Cirurgia.
- Dor e Recuperação Pós-operatória.
- Métodos de Detecção Precoce e Avaliação de Fatores Prognósticos em Afecções Cirúrgicas.
- Produção, Edição e Transmissão (telemedicina) de Materiais Científicos e Educacionais em Cirurgia por Métodos de Multimídia.
- Protocolos Eletrônicos em Cirurgia.
- Repercussões Anátomo-funcionais da Cirurgia Bariátrica.

c) Programa de Pós-Graduação – Doutorado em Saúde da Criança e Adolescente

Linhas de Pesquisa

- Cardiologia Fetal e Neonatal
- O Recém-nascido Prematuro
- Dermatoses Imuno-alérgicas
- Estudo Histológico e Imunohistoquímico dos efeitos do Acitretin em Biópsias de Pele de Pacientes com Psoríase
- Diabetes Mellitus
- Uso do Hormônio de Crescimento em Crianças e Adolescentes
- Hipotireoidismo Congênito
- Tumores de Suprarrenal
- Obesidade
- Anemias e Hemoglobinopatias na Infância
- Transplantes em Pediatria

- Asma na Infância e Adolescência
- Doenças Alérgicas na Infância e Adolescência
- Fibrose Cística
- Aids na Infância e Adolescência
- Antibioticoterapia, Corticoterapia e outras Terapêuticas Medicamentosas na Infância
- Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos nas Doenças Pulmonares da Infância
- Informática em Saúde
- Espasticidade
- Promoção de Saúde: aleitamento materno e vacinação.

6.3.2. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR.

Na Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR, o programa ofertado no curso de pós-graduação, nível Doutorado tem como área de concentração a Medicina e áreas afins, com as seguintes linhas de pesquisa: a) Aspectos Celulares e Moleculares; b) Engenharia e Transplante Celular; c) Investigação Clínica e Epidemiológica; d) Métodos Diagnósticos e Terapêuticos em Patologia; e) Tecnologia em Cirurgia.¹⁰⁸

DOUTORADO PUC-PR CIÊNCIAS DA SAÚDE

A Coordenadoria de Pós-Graduação foi criada oficialmente em 20 de setembro de 1986, conforme Parecer n.º 22/86 do Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão, com a Regulamentação dos Cursos de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão, pertencendo à Coordenação Geral de Cursos da antiga Vice-Reitoria Acadêmico.

Desde a década de 1970, muitos Cursos de Extensão, Aperfeiçoamento e Especialização foram realizados, contando com a participação do corpo docente

¹⁰⁸ Disponível em: <http://pucpr.br/cursos/programas/ppgcs/>

de outras universidades, principalmente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Em outubro de 1991, a Coordenadoria de Pós-Graduação passou a funcionar crescimento a afinidade com áreas de atuação existentes.

Com a aprovação pelo MEC das alterações do Estatuto da PUCPR, em 07 de fevereiro de 1995, e conforme o disposto em Regimento, oficializou-se a situação da coordenadoria de Pós-Graduação pertencendo à Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, que passou a ser denominada Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, ficando os cursos de Extensão a cargo da Pró-Reitoria Comunitária e de Extensão. O Programa “Lato Sensu” promove cursos ágeis e modernos, das mais diversas áreas do conhecimento, voltados para o exercício profissional dentro e fora da Universidade, objetivando atender à demanda do mercado de trabalho. No decorrer do ano de 1998, 51 cursos estiveram em atividade, atendendo 1.626 alunos.

ESTRUTURA DO PROGRAMA

OBJETIVO:

O Programa de Pós-Graduação em Cirurgia tem por objetivo formar docentes, pesquisadores e implementar a pesquisa na área básica e aplicada da cirurgia em nível de Mestrado Acadêmico e reger-se-á pelas normas vigentes na PUCPR em relação à Pós-Graduação *Stricto Sensu* e de acordo com a CAPES.

Os candidatos ao Mestrado em Cirurgia deverão ser profissionais de nível superior, com formação na área da saúde.

ESTRUTURA:

O Programa tem duração de dois anos com atividades teóricas e práticas. O aluno poderá defender sua dissertação com no mínimo 12 meses de curso e no máximo 24 meses de curso.

CRÉDITOS:

Para obtenção do título de Mestre, o aluno terá que obter um mínimo de 34 créditos: 24 créditos obtidos em disciplinas do programa, 10 créditos correspondente à Defesa de Dissertação.

HORÁRIO:

As disciplinas do Programa são ofertadas às sextas-feiras, das 07h30min às 12h00min e das 14h00min às 18h00min.

LINHAS DE PESQUISA POR ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: APLICAÇÃO DOS RECURSOS TECNOLÓGICOS EM CIRURGIA

Avaliação e desenvolvimento de táticas, técnicas, produtos e materiais cirúrgico

Infecção em Cirurgia Experimental

Ultra-sonografia com Doppler em cirurgia cardiovascular.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: BIODINÂMICA DO TRAUMA

Alternativas terapêuticas e diagnósticas na cirúrgica do trauma

Lesão Medular.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: LESÃO CELULAR, REPARAÇÃO e CICATRIZAÇÃO

Bioproteses cardiovasculares

Engenharia de tecidos em doenças cardiovasculares

Reparação e cicatrização tecidual.

6.3.3 Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva foi oficialmente formulado em 1998, tendo vínculo com o Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Congrega docentes, técnicos administrativos e estudantes, além de profissionais de saúde de outras procedências. Tem por finalidades:

- Desenvolver atividades interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão em Saúde Coletiva de modo a contribuir para o desenvolvimento desta área de conhecimento e com a definição e implementação das políticas de saúde visando o enfrentamento crítico dos problemas de saúde;
- Constituir-se em centro de referência na área de Saúde Coletiva para a comunidade externa e interna à UFPR;
- Desenvolver cursos de extensão de pós-graduação em Saúde Coletiva, com área de concentração em Saúde da Família e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
- Organizar e executar projetos de pesquisa científica e tecnológica em saúde;
- Promover a produção de textos e sua divulgação;
- Incentivar a inserção da temática da Saúde Coletiva nos cursos de graduação e pós-graduação do Setor de Ciências da Saúde;
- Constituir um banco de dados bibliográficos na área;
- Propiciar a interação ensino-serviço;
- Identificar e buscar recursos para viabilizar projetos em Saúde Coletiva;
- Associar-se e/ou propor convênios com entidades públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para a troca de informações, realização de pesquisas e ações conjuntas.

CAPITULO VII

7.0 ANÁLISE DOS RESULTADOS: QUESTÕES QUE DIMENSIONAM OS PROBLEMAS DA SAÚDE

Considerando a fundamentação teórica apresentada com base nos diversos pesquisadores da área da saúde; depoimentos de coordenadores de cursos de pós-graduação e núcleos formadores, na área da saúde, em Curitiba; de gestores responsáveis pelas políticas públicas da cidade de Curitiba e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde; de gestores responsáveis pelas políticas públicas da cidade de Colombo, um dos municípios que compõe a região metropolitana de Curitiba; de proponentes de estudos ou programas direcionados à gestão de serviços na saúde, no contexto de Curitiba; de análise de Programas de pós-graduação, nível Doutorado, na área da saúde, ofertados pelas: Universidade Federal do Paraná-UFPR e Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUC-PR; e caminhando ao encontro das hipóteses formuladas, verificamos que os programas de pós-graduação, no nível de doutorado, tanto da PUC quanto da UFPR, assim como nos depoimentos de Gremski e Perna¹⁰⁹, mostram forte abordagem na produção do conhecimento, desenvolvida, principalmente, com base na lógica médica da enfermidade, do que na lógica sociológica do ser humano, do que para a promoção coletiva de saúde. Os autores mencionados lamentam que a formação acadêmica, da graduação à pós-graduação, apesar de alguns esforços, ainda prevaleça como uma formação fragmentada e enclausurada, portanto, descolada de uma realidade social.

Como bem observou Michaliszyn¹¹⁰, em seu depoimento, vivemos em um mundo acadêmico de transição, no qual a ciência, embora coloque num nível de

¹⁰⁹ Entrevista 07 – Waldemiro Gremski – diretor de Pesquisa e Pós-graduação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC/PR. Curitiba, 02.12.2008. Entrevista 05 – Paulo de Oliveira Perna – Coordenador do Núcleo de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Paraná - UFPR. Curitiba, 29.09.2008.

¹¹⁰ MICHALISZYN, M. S. **Op. Cit.** 2008.

mudança e de quebra de paradigmas, ainda sustenta um modelo biomédico de saúde.

Poucas iniciativas foram observadas, no sentido de fortalecer o conceito de saúde coletiva, e, quando observadas, caracterizam-se por iniciativas mais individuais do que institucionais.

Nessa direção, resgatamos os comentários de Bagrichevsky et.al, quando coloca como compreensível a prevalência de enfoques em pesquisa que exploram os determinantes biológicos, em detrimento da abordagem dos elementos sócio-culturais, econômicos e políticos intervenientes no processo saúde-doença, pela marca e peso do predomínio desse modelo na história da pesquisa.¹¹¹

Considerando a questão da interseção do serviço na saúde com o setor acadêmico, observamos que os objetivos acadêmicos não têm respondido efetivamente pelas necessidades básicas na área da saúde, ou seja, há uma distância do mundo acadêmico em relação aos serviços e vice-versa. Mais do que isso, percebemos um fenômeno em forma de “x”, ou seja, o mundo acadêmico prioriza as produções especializadas, visando a cura de determinadas doenças, enquanto os serviços necessitam da atenção básica à saúde, em maior grau. Como coloca Michaliszyn, tal fato se dá pela produção teórica significativamente distante da nossa realidade. De outro lado, os serviços abrem as portas para as universidades, por vezes, apenas para dar condições de estágios.¹¹²

Braga reforça isso ao comentar que muitas pesquisas acadêmicas seguem o modelo de ciência neutra, em que o pesquisador não se envolve com a realidade, isto é, a produção do conhecimento fica dissociada do serviço na saúde. O primeiro acredita na verdadeira inserção da instituição, como exemplo a universidade em um município pequeno, ou em um bairro, onde você consiga realmente intervir no todo dele. Verificar o que se faz e como aprimorar isto, desde o gasto com insumos, até a técnica de fazer cada coisa.¹¹³

¹¹¹ BAGRICHEVSKY, M. et.al. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: **A saúde em debate na educação física**. Org. Palma, A; Estevão, A.

¹¹² MICHALISZYN. **Op. Cit.** 2008

¹¹³ BRAGA. **Op.Cit.** 2008

Do lado do serviço, Krempel comenta que as universidades em geral se fecham a um trabalho intersetorial e, nesse tocante, as universidades públicas muito mais que as instituições privadas. Apesar de alguns avanços nas parcerias, a iniciativa sempre partiu do serviço, no entendimento de realizar parcerias em outras atividades, não só como campo de estágio, mas de desenvolvimento de pesquisas em conjunto, desenvolvimento de campanhas educativas junto às universidades. É uma outra forma de o aluno estar participando, não somente naquele atendimento individual da prestação de um serviço, mas também de ações comunitárias.

Em sua experiência como Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação, Gremski, coloca que as linhas de pesquisa são delineadas de modo a visar um mercado de trabalho voltado para o campo das especialidades, concordando que essas intenções não vão de encontro às reais necessidades da saúde coletiva.

Leite coloca que a questão intersetorial acaba por não se efetivar dentro dos princípios de uma universidade que preconiza o ensino, a pesquisa e a extensão. Quando há algum projeto em parceria, foi mais pela vontade individual do pesquisador, do que pelo que está teoricamente posto pela instituição...

Na dimensão da (des) conexão da produção do conhecimento e serviço, bem como o peso dos aspectos políticos, culturais, econômicos e sociais neste processo, várias questões foram abordadas pelos componentes da pesquisa.

Tendo como ponto de partida os princípios do Sistema Único de Saúde, que regem o sistema de saúde no país, sabemos que foram alcançados por meio de um processo político e democratizador do setor de saúde. Processo conquistado pela sociedade, trazendo em seu bojo recomendações como: “a atenção à saúde não deve ser restrita apenas à assistência médica, deve englobar a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”. Todavia, em sua realidade, sua operacionalização se depara com a ênfase da assistência médica, sem trazer soluções aos problemas de saúde, de maior frequência e relevância, das populações.

Portanto, voltando-se aos microssetores da saúde, Braga com a experiência de gestor da saúde, afirma que os recursos financeiros são desafios

colocados ao gestor da saúde. Mesmo observando um aumento de 60,7% dos gastos federais com saúde, 74% dos municípios aplicaram recursos além do mínimo recebido. É tocante o descumprimento da União com a obrigação do repasse conforme a Emenda Constitucional 29¹¹⁴. Assim, nos deparamos com pouco recurso orçamentário, que ocasiona a precariedade de recursos humanos, instalações, equipamentos e materiais, refletindo diretamente no caótico cotidiano da assistência à saúde. Além disso, não se observa uma distribuição justa do pouco recurso orçamentário. Os municípios com as melhores condições financeiras recebem tanto quanto aquele município que tem pouco recurso, perpetuando a desigualdade, acabando por ver, na política de gestão de recursos na saúde do Brasil, dois problemas: a grande defasagem de recursos e o problema de gestão.¹¹⁵

Sobre os recursos humanos, amiúde os médicos, Braga faz uma análise da realidade de Curitiba. Há uma concentração de médicos, estimada em 01 médico para cada 250 habitantes, enquanto que no Paraná todo, é 01 médico para cada 1000 habitantes – proporção preconizada pela Organização Mundial da Saúde. Teoricamente, no Paraná não faltam médicos. Nós temos médicos para cada 1000 habitantes, mas quando se faz a distribuição por cidade, há distorções, como Curitiba, por exemplo, com 04 vezes mais médicos do que necessita. Observa, também, que a questão não é apenas de formação, embora o MEC, junto ao Ministério da Saúde, priorizem a formação na saúde coletiva. Neste momento da história, ainda pesa a vontade do profissional atuar nessa área. Muito dos alunos que passam por uma formação na área da saúde coletiva farão uma especialidade na sequência. O que se tem de positivo é que esses alunos que passaram pela saúde coletiva, estando especializado, teve na sua graduação um conhecimento mais profundo do que é o sistema de saúde brasileiro. Se um dos egressos assumir um cargo de gestão, aquele terá melhores condições de influenciar nas

¹¹⁴ GIROTTI, E. Recursos para ações e serviços públicos de saúde. **Revista Olho Mágico**, v.13(2), abril/junho 2006.

¹¹⁵ BRAGA. **Op. Cit.** 2008.

decisões em relação às prioridades na área da saúde, o que ainda não é observado pelo serviço.

Scucato fala da complexidade no processo de adaptação do profissional que ingressa no serviço, necessitando de um período intenso de capacitação, no sentido de aproximá-lo de uma realidade, em que a necessidade maior é a atenção básica à saúde. Sente ainda a dificuldade de um trabalho multiprofissional, especialmente, com a área da medicina, que insiste no trabalho corporativo. Nesse tocante, Pena relata sua experiência ao oferecer um curso de especialização em Saúde Coletiva na UFPR, no qual os médicos interessados queriam que a coordenação desmembrasse o curso, sendo um específico aos médicos!

7.1 INDICAÇÕES FINAIS

Tendo como referência os resultados e análises do grau de inter-relação da produção do conhecimento e o serviço, foi possível levantar algumas indicações que poderão ser incrementadas para maior aproximação do projeto intersetorial, entre os setores estudados. De início, concordamos com Braga (2008), ao colocar como determinante a questão dos recursos financeiros, para a minimização dos problemas da saúde no nosso país. Nesse sentido, os profissionais da área e todas as corporações deverão ultrapassar a visão do conhecimento técnico, assumindo também a função política, de reivindicação em prol de uma comunidade. Conforme Scucato, isso significa conceber um projeto político, um quadro de composição do conhecimento técnico e científico, com delineamentos adequados a uma dinâmica de estruturação e re-estruturação constante, tendo clareza de seus princípios e prioridades na promoção da saúde.

No nosso entendimento, as proposições que se seguem estão muito dependentes dos recursos financeiros, portanto, as condições mencionadas são fundamentais ao estabelecer as vinculações necessárias para a construção de redes, que poderão ser edificadas no corpo do processo de mudança.

A proposição de uma formação acadêmica focada em estudos de caso, contemplando um conceito de saúde de prevenção e cura. Nessa situação, o aluno se vê na necessidade de buscar conhecimento, antes de cada encontro, no sentido de antecipar a compreensão do caso a ser estudado. O currículo seria desenvolvido por temas, correspondendo a módulos, com duração adequada para vencer aqueles. Cada grupo de alunos teria a orientação de um professor-tutor no transcorrer do curso. Cada módulo seria composto por docentes de diversas áreas do conhecimento como nutricionistas, médicos, psicólogos, psiquiatras, operacionalizando as ações numa visão multiprofissional e interdisciplinar.

O fortalecimento da Residência Multiprofissional, transformando o saber acadêmico numa prática real junto à comunidade, numa interface que traduza todo o arcabouço teórico em algo praticável. Na Residência Multiprofissional o futuro profissional será efetivamente exigido na aplicação do conhecimento teórico.

A implementação do serviço civil obrigatório para médicos recém-graduados, como, por exemplo, de bolsistas do Prouni ou que financiaram seus estudos amparados pelo governo, propósitos que vão de encontro às indicações realizadas por Braga e que o governo federal pensa em incrementar (gazeta do povo, 8/12/2008, p.5 – O Ministério da Saúde).

A criação da carreira médica federal, prevendo a descentralização. Esse programa de interiorização permitiria a designação de médicos, como acontece com os juízes. Aqueles teriam um plano de cargo e ficariam de três a cinco anos numa determinada cidade, com direito à posterior remoção¹¹⁶. Tal proposição poderia se estender, também, a outros profissionais da saúde, que compõem o grupo multiprofissional do Programa de Saúde da Família.

A re-estruturação dos serviços, no sentido de prevalecer com as ações preventivas, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família, realizada por equipes multiprofissionais, no sentido de intensificar o cuidado domiciliar, o estabelecimento de redes de apoio ao paciente e familiares, além de evitar a demanda nos centros regionais de saúde. Esses centros regionais seriam

¹¹⁶ Ibidem.

considerados base, por sua vez, vinculados a um hospital, onde um médico especialista faria o atendimento.

A importância de uma gestão intersetorial traduzida pelo estabelecimento de alianças estratégicas. Estas são compreendidas como relações e acordos estabelecidos entre os diferentes interlocutores, representados por setores e organizações, como instituições de ensino e saúde, transporte, cultura e esportes.¹¹⁷

Considerando o contexto analisado, cremos ser possível considerar que a desconexão, observada na relação da produção do conhecimento e o serviço, estão envolta nas questões políticas, econômicas, culturais e sociais, e que, necessariamente, deve ser considerada relevante em qualquer foco de análise em relação às condições de saúde da sociedade brasileira.

Ao finalizar o presente estudo, reforçamos as colocações mencionadas no seu transcorrer, acreditando que os avanços nos níveis de saúde, ainda que no âmbito operacional, serão alcançados se as transformações ultrapassarem o seu próprio setor. Em outras palavras, será necessário refletir além da saúde para entendê-la melhor, englobando questões sociais relacionadas a esta, como educação, alimentação, habitação, emprego, renda, saneamento e meio ambiente. Mais do que isso, incorporar-se em ações coletivas, na formulação de políticas públicas, no tocante ao planejamento, financiamento e implementação de macroprojetos que possam contemplar os princípios almejados no plano de desenvolvimento coletivo da saúde no país.

¹¹⁷ KREMPEL. *Op.Cit.* 2008.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO N. **O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde.** Documento comissionado pela ANVISA para discussão no I Seminário Temático Permanente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 2000c.

_____. **A ciência da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2000b.

_____. O Conceito de Saúde: Ponto-Cego da Epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2:00-00, 2000a (no prelo).

_____. Editorial - Qual o sentido do termo Saúde? **Cadernos de Saúde Pública** 16(2):300-301, 2000.

_____. **A clínica e a epidemiologia.** Rio: APCE-ABRASCO, 1992.

AROUCA A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** UNICAMP, 1975, (Tese de Doutorado).

BANCHÉ, R. **A epistemologia.** Lisboa: Presença, 1983.

BAUDRILLARD, J. & MORIN, E. **A violência do mundo.** Rio de Janeiro: Anima Editora, 2004.

BOSI, M.L.M. & AFFONSO K.C. Direito à saúde e participação popular. Confrontando as perspectivas profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: BOSI, M.L.M. Mercado, F.J.(orgs) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004, p.451-479

BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (orgs) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Razões práticas sobre a teoria da ação**. Trad. Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996

_____. **O poder simbólico**. Lisboa/Rio de Janeiro: DIFEL/Editora Bertrand Brasil, 1989.

_____. **O Campo científico**. In: Ortiz, R. (org.) Pierre Bourdieu. São Paulo: Editora Ática, 1983, p.122-155.

BRAGA, D. M. **Entrevista 04**. Ex-secretário Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Colombo: 26.05.2008.

BRASIL. Lei nº 8080 de 18 set 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990.

BRUHNS, H. **Conversando sobre o corpo**. Campinas: Papirus, 1985.

CALIZAYA, N.A.C. **Entrevista 03**. Médico clínico-geral da Unidade de Saúde 24H do Bairro Sítio Cercado. Secretaria Municipal de Saúde: 04.11.2008.

CANADA. **Ottawa Charter for health promotion: an international conference on Health Promotion.** Ottawa, WHO/Ministry of Health and Welfare, 1986.

CANADA. **A new perspective on the health of Canadians: a work document.** Ottawa: Ministry of Health and Welfare, April 1974.

CANDEIAS, N.M.F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** Revista Saúde Pública, 31 (2): 209-13, 1997.

CANGUILHEM G. **La Santé: concept vulgaire et question philosophique.** Toulouse: Sables, 1990.

_____. **Le Normal et le pathologique.** Paris: P.U.F., 1978. Primeira edição original: 1943.

CAPONI, S. **Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud.** História, Ciências, Saúde IV(2): 287-307, 1997.

CASTIEL L.D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências.** Rio: Editora Fiocruz, 1999.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.5, n.2, Rio de Janeiro: 2000.

CAPRA, F. **Humanização, desenvolvimento e o modelo econômico mundial.** Palestra proferida na FIEP. Curitiba: CREA, 2004.

_____. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPRARA, A. **Uma abordagem hermenêutica a relação saúde-doença.** **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol.19, n.4, 2003.

CHAUÍ, M. **Escritos sobre a universidade.** São Paulo: UNESP, 2001.

CHAVES, E.O.C. **A filosofia moderna e Descartes.** Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/moderna.htm>.> Acesso em: 19 ago 2008.

CHAVES M.M. **Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde.** Rio de Janeiro: maio1998. Disponível em:<<http://www.ufrj.br/leprans/3.pdf>> Acesso em: 14 ago 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Projeto de Lei do Ato Médico. PLS nº 25/2002,** out/2003.

CUNHA, L.A. Os (des)caminhos da pesquisa na pós-graduação em educação. In: **Capex, Seminário sobre a produção científica nos programas de mestrado em educação.** Brasília: 1979.

DONNANGELO M.C.F. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976, 124p.

_____. A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70. In: **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983, p.17-35.

DAOLIO, J. **Da cultura do corpo.** Campinas: Papirus,2003.

_____. **Cultura: educação física e futebol.** Campinas: UnicamP, 2002.

_____. **Educação física brasileira: autores e atores da década de 1980**. Campinas: Papyrus, 1998.

DEMO, P. **Introdução à Sociologia: Complexidade, Interdisciplinaridade e Desigualdade Social**. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Naissance de la Clinique: une archéologie du regard médical**. Paris: P.U.F., 1963.

GALLO, S. **Ética e cidadania. Caminhos da filosofia**. Campinas:Papyrus, 1999.

GIDDENS,A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIROTTO,E. Recursos para ações e serviços públicos de saúde. **Revista Olho Mágico**, v.13(2), abril/junho 2006.

GNOATO, L.S. **Curitiba, cidade do amanhã: 40 depois. Algumas premissas teóricas do Plano Wilhelm-IPPUC. Curitiba**. Disponível em: www.vitruvius.com.br. Acessado em: 02 mai 2008.

GOERGEN, P. **Planeta: a aventura desconhecida**, São Paulo: Editora Unesp, 2003.

GONÇALVES R.B.M. Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades. **Cadernos CEFOR - Textos 1**. São Paulo: CEFOR, 1992, 53 p.

GOLDMANN, L. **Epistemologia e filosofia política**. Lisboa: Presença, 1978.

GOLDENBERG, Mirian.(org.) **Nú & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Record: Rio de Janeiro, 2002.

GOMÉZ, J. M. Globalização, Estado-nação e Cidadania. **Revista Contexto Internacional**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.7-89, jan/jun 1998.

GONÇALVES, M.A.S. **Sentir, Pensar, Agir: corporeidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2002.

GREMSKI, W. **Entrevista 07**. Diretor de Pesquisa e Pós-graduação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná: 02.12.2008.

HABERMAS, J. O Estado-nação europeu frente aos desafios da globalização. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 43, p.87-101, nov.1995.

HOBBSAWM, E. **Era dos Extremos: o breve século XX:1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IANNI, O. A política mudou de lugar. In: DOWBOR, L. et.al. (orgs.). **Desafios da globalização**. Petrópolis: Vozes, 2002, p.17-27.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KOEHLER, V.M. e CRISTÓFORO, B.B., Cirurgia Plástica Estética: Caminho para a Melhoria da Qualidade de Vida. **Vida-Revista das Faculdades de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia do Cescage**. Ponta Grossa: CESCAGE, ano 1, n.1, p.7-14, jan/jun. 2004.

KOPNIN, P.V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

KREMPEL, M. **Entrevista 02**. Coordenadora de Projetos de Promoção à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: 26.09.2008.

KROEFF, M.S. & NAHAS, M.V. Ações governamentais e formação de pesquisadores em educação física no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**: Campinas, v.24, n.2, p.114-126, jan. 2003.

KUNZ, E. **Transformação didático - pedagógica do esporte**. Ijuí: Unijuí, 2001.

LEITE, N. **Entrevista 08**. Coordenadora do curso de pós-graduação em Educação Física – Mestrado e Doutorado. Universidade Federal do Paraná: 27.10.2008.

LIMOEIRO-CARDOSO, M. Ideologia da globalização e (des) caminhos da ciência social. In: GENTILI, P. (org.). **Globalização excludente**. Petrópolis: Vozes, 2000, p.96-127.

LOVISOLO, H.R. A política de pesquisa e a mediocridade possível. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas: v. 24, n. 2, p.97-114, jan. 2003.

_____. **Estética, esporte e educação física**. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

LÜDORF, S. M.A. Panorama da pesquisa em educação física da década de 90: análise dos resumos e de dissertações e teses. **Revista da Educação Física**. Universidade Estadual de Maringá. Maringá: v.13, n.2, p.19-25, 2.sem.2002.

MACHADO, P.H.B. **Curitiba, a qualidade e a vida**. Disponível em:<<http://www.interthesis.cfh.ufsc.br>> Acesso em: 12 ago 2006.

MACHADO, P.H.B. et.al. **Saúde coletiva um campo em construção**. Curitiba. Ibpex, 2006.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface**,v.8, n.14, p.21-32. Set. 2003-fev. 2004.

_____. Novos paradigmas e saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 9, n.1, p. 83-112, 1999.

MARZANO-PARISOLI, M.M. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Vozes, 2004, p.46.

MANZINI-COVRE, M. L. **No caminho de Hermes e Sherazade – cultura, cidadania e subjetividade**. Taubaté: Vogal Editora, 1996.

_____. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MAYER, W.V. A geografia humana e o espaço social. MARCELLINO, N.C. (Org.) **Introdução às ciências sociais**. Campinas: 1989, p.92-3.

MEDINA, J.P.S. **O brasileiro e seu corpo: educação e política do corpo**. Campinas: Papyrus, 1987.

MERLEAU-PONTY, M. **A fenomenologia da percepção**. Trad. Reginaldo di Piero. Rio de Janeiro/São Paulo: Freitas Bastos, 1971.

MICHALISZYN, M. S. Educação em saúde: da prevenção à promoção. In: MACHADO, P.H.B. et.al. **Saúde coletiva um campo em construção**. Curitiba. Ibpex, 2006.

_____. **Entrevista 06.** Coordenador do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Positivo: 29.05.2008.

MINAYO, M. C. S. Saúde como responsabilidade cidadã. In: **A saúde em debate na educação física.** Org. Palma, Alexandre; Estevão, Adriana; Bagrichevsky, Marcos; Da Ros, Marco. Nova Letra, Blumenau, 2006.

MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M.F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.8, n. 1, 2003.

MINAYO, M.C.S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, nº 1, p.1-13, 2001.

_____. Qualidade de Vida e Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** v. 5, n.1. 2000.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS no seu município – garantindo saúde para todos,** Brasília: DF, 2004.

MOYSÉS, S. J. et.al. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: e experiência de Curitiba. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** v.9,n3. Rio de Janeiro jul/set. 2004.

MORIN, E. & CHRISTOPH, W. **Planeta: a aventura desconhecida.** São Paulo: Unesp, 2003.

MORIN, E. **O método: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

_____. **A religião dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MORIN, E. & KERN, A. **Terra-pátria**. Porto Alegre: Sulina, 1995.

NOGUEIRA, V.M.R. **A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde**. UFSC, Florianópolis, 1999.

_____. O Serviço Social e os Serviços. In: **Semina**, v. 12. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1991.

_____. **O paradigma perdido: a natureza humana**. Trad. De Hermano Neves. Lisboa: Publicações Europa-América, 1973.

NÓBREGA, T.P. et. al. Educação física e epistemologia: a produção do conhecimento nos congressos brasileiros de ciências do esporte. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v. 24, n. 2, p.173-185, jan. 2003.

NOGUEIRA, V.R. **A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde**. Departamento de Serviço Social-UFSC: Florianópolis, 1999.

_____. O Serviço Social e os Serviços. In: **Semina**, v. 12. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1991.

PAIM, J. S. e ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

_____. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. (orgs.) **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 473-488.

_____. Collective health and the Challenges of Practice In: **The crisis of public health: reflections for the debate**. Washington: PAHO Scientific Publication no. 540, 1992, p. 136-150.

_____. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: ABRASCO, **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982, p.3.

PERNA, P. **Entrevista 05**. Coordenador do Núcleo de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Paraná: 29.09.2008.

PENA-VEGA, A. et. al. **Edgar Morin: ética, cultura e educação**. São Paulo: Cortez, 2003.

POLITZER, G. et. al. **Princípios fundamentais de filosofia**. São Paulo: Hemus, s/d.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. **Programa de pós-graduação em ciências da saúde**. Disponível em: <<http://www.pucpr/cursos/programas/ppgcs>> Acesso em: 15 ago 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Curitiba a cidade da gente**. Disponível em:<<http://www.curitibaq.pr.goc.br/cidade.aspx>> Acesso em:13 ago 2006.

QUEIROZ, R.S. & OTTA, E. A beleza em foco: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. In: QUEIROZ, R.S.(org.). **O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza**. São Paulo: SENAC, 2000.

QUEVEDO, O **Corpo e alma são inseparáveis**. Disponível em:<http://oepnet.sites.uol.com.br>. >Acesso em 18 ago 2008.

REDE UNIDA. **Programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas**. Disponível em:<<http://www.redeunida.org.br/promed/programa.asp>> Acesso em: 12 jul 2006.

RIBEIRO, P.T. **A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil**. Rio de Janeiro, 1991. 190p. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública.

RIZOTTI, M.L. A. **Trabalho em equipe – um estudo de caso na área da saúde**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1991. 156 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social junto ao Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social).

RODRIGUES FILHO, J. Pesquisa em serviços de saúde: uma necessidade urgente. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, nº.1, jan/mar 1989. Disponível em:<http://www.scielo.br>. Acessado em: 25 fev 2008.

RUFFINO NETO, A. **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Conferência proferida no 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte: jul. 1992

SANCHEZ GAMBOA, S. A. **Epistemologia da pesquisa em educação: estruturas lógicas e tendências metodológicas**. Campinas: UnicamP, 1987. Tese, Doutorado.

SANTIN, S. SOS - Educação Física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v. 24, n. 2, p.127-146, jan. 2003.

SANTOS, B. S. apud SOUSA JÚNIOR, J.G. e AGUIAR, R.A.R. Novos paradigmas e o Núcleo de Estudos para a Paz. **Revista Humanidades**, Brasília: UNB-EDUMB, 1992, vol. 8. n.4.

SCUCATO, R. **Entrevista 01**. Coordenadora Geral da Área de Atenção à Saúde. Secretaria Municipal de Curitiba: 30.09.2008.

SCHALL, V. e STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br>> Acesso em 02 set 2008.

SILVEIRA, C.H. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil, 2006 In: MACHADO, P.H.B. et.al. **Saúde coletiva um campo em construção**. Curitiba. Ibpex, 2006.

SOUZA e SILVA, R.V.S. **Mestrados em educação física no Brasil: pesquisando suas pesquisas**. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, abr 1990.

_____. **Pesquisa em educação física: determinações históricas e implicações epistemológicas**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, abril 1997.

_____. **Produção científica em educação física e esportes: dissertações e teses**. Uberlândia: UFU/NUTESES, 1998.v.3.

SPAGNUOLO, R.S. & GUERRINI, I. A. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface**, v.9, n.16, p.191, set 2004 – fev 2005.

TEIXEIRA, S.F. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: Nunes, E.D. (org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas**. Brasília: OPS, 1985, p.87-109.

TEIXEIRA, M.G., RISI JR. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. (orgs.) **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 301-326.

TEIXEIRA, C.F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Saúde, 2001.

TESTA, M. Salud Publica: acerca de su sentido y significado. In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C.: OPS - Publicación Científica no. 540, 1992, p. 205-29.

TUBINO, M. G. **As teorias da educação física e do esporte: uma abordagem epistemológica**. São Paulo: Manoel, 2002.

TV CULTURA. **Balanço 1 – Darcy Ribeiro**. Programa Provocações, n.178. Disponível em: <http://www.tvcultura.com.br/provoca>. Acesso em: 27 ago 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Programa de pós-graduação mestrado e doutorado**. Disponível em: <<http://www.ufpr/portal>> Acesso em: 01 set 2008.

_____. **Núcleo de estudos em saúde coletiva**. Disponível em: <[http://www.nesc.ufpr;br/teses.htm](http://www.nesc.ufpr.br/teses.htm)> Acesso em: 01 set 2008.

VASCONCELOS, E.M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde ental. **Serviço social e sociedade**. n. 54. São Paulo: Cortez, 1996.

VIEIRA PINTO, A. **Ciência e existência**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)