

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO

ADRIANA CHAVES DE OLIVEIRA RUBACK

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO UMA CONDIÇÃO PARA A
HUMANIZAÇÃO E VALORIZAÇÃO DA VIDA NO CAMPO DA SAÚDE**

Santo Antônio de Pádua
2017

ADRIANA CHAVES DE OLIVEIRA RUBACK

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO UMA CONDIÇÃO PARA A
HUMANIZAÇÃO E VALORIZAÇÃO DA VIDA NO CAMPO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino do Instituto do Noroeste Fluminense da Universidade Federal Fluminense, na linha de pesquisa, Epistemologias do Cotidiano e Práticas Instituintes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino.

Orientadora:
Prof^a. Dr.^a Maristela Barenco Corrêa de Mello.

Santo Antônio de Pádua
2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE UFF/SDC/BINF

R894 Ruback, Adriana Chaves de Oliveira.

A educação permanente como uma condição para a humanização e valorização da vida no campo da saúde / Adriana Chaves de Oliveira Ruback. - 2017.

123 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ensino) – Universidade Federal do Fluminense, Santo Antônio de Pádua, 2017.

1. Profissionais de saúde - Educação (Educação permanente). 2. Saúde pública - São Sebastião do Alto (RJ). 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 614.0981

ADRIANA CHAVES DE OLIVEIRA RUBACK

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO UMA CONDIÇÃO PARA A
HUMANIZAÇÃO E VALORIZAÇÃO DA VIDA NO CAMPO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino do Instituto do Noroeste Fluminense da Universidade Federal Fluminense, na linha de pesquisa Epistemologias do Cotidiano e Práticas Instituintes como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino, pela Comissão Examinadora composta pelos membros:

Aprovada em 03 de abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maristela Barenco Corrêa de Mello (Orientadora) INFES/ UFF

Prof.^a Dr.^a Mitsi Pinheiro Lacerda - INFES/ UFF

Prof. Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato - IPUB/ UFRJ

Santo Antonio de Pádua
2017

Dedico este trabalho a todos que fizeram parte dos meus encontros e de algum modo constroem comigo esta trajetória, potencializando-me para continuar permanentemente na busca por conhecimento!

AGRADECIMENTOS

Momento de retribuir os incentivos! Gratidão!!

A Deus, por me dar forças para não esmorecer nos momentos mais difíceis, e luz para indicar os melhores trajetos.

Aos meus pais, por acreditarem em todos os meus desejos.

Gratidão às mulheres professoras das minhas famílias, principalmente a minha saudosa *Vó Olinda*, que me ensinou, com seu modo de andar na vida, que estudar é um ato revolucionário.

Meu companheiro na vida, o amor: Helber, sempre pronto a me incentivar e colaborar para facilitar o cotidiano, disponível para escutar eu recitar infinitamente meus escritos à procura de sentido.

Meus grandes amores: Frederico e Clarissa, pela paciência de escutar minhas dúvidas e colaborar com suas impressões lúcidas, incentivando-me para que não desista nunca.

Aos meus companheiros de jornada de São Sebastião do Alto/RJ e de todos os outros territórios vividos nestes vastos anos de trabalho, em especial a Alexandra Pietrani, Irineu da Costa e Silva, Jair Pereira, Juliana Carriello, Viviane Marins e Valéria Reis, pela paciência de cotidianamente me ajudarem a construir este trabalho. O encontro com vocês me fez descobrir a educação permanente como um modo de fazer saúde. Este grupo é fundamental como apoio mútuo para a construção de uma saúde para todos.

Aos usuários do SUS, a quem este trabalho e os trabalhadores servem a vocês todo o meu respeito e gratidão.

À Professora Dr.^a Maristela Barenco Correa de Mello, pelo carinho de me ouvir pacientemente. Sou grata por sua atenção e disponibilidade. As suas boas e amorosas perguntas foram fundamentais na construção deste trabalho. As nossas orientações-terapias me acompanharão pela vida. Um encontro que me transformou.

Aos professores do Curso de Mestrado em Ensino, por contribuírem na construção deste trabalho, em especial as professoras Dr.^a Mitsi Pinheiro de Lacerda e Dr.^a Maria Goretti Andrade Rodrigues, sempre incentivando a produção deste trabalho.

À Professora Dr.^a Maria Paula Cerqueira Gomes, pela participação no processo da pesquisa contribuindo com seu conhecimento. Vários foram os momentos em minha trajetória no SUS que suas contribuições transformaram meu modo de ver a vida.

Ao Professor Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato, por aceitar prontamente o convite de participar da avaliação deste trabalho.

À Izabel, o grande encontro afetivo que o mestrado proporcionou! Encontro para trilharmos juntas, um caminho de solidariedade. Sentirei faltas das nossas visitas ao INFES para

escrever. Dos nossos cafés regados à dissertação, de seu furor pedagógico que contribuiu para esse trabalho. Gratidão pela disposição em ler meus manuscritos e contribuir criticamente com ele.

Ao grupo de orientação da nossa querida mestra, vocês contribuíram nesta construção. Nestes encontros, nunca saí deles como entrei, sempre trouxe um pouco de vocês comigo.

Aos colegas do curso, pela convivência solidária, pelo apoio, pelo respeito e pelos momentos de vida compartilhados. Aprendi muito com vocês.

As secretárias Margarida e Juliana, pela disposição em nos auxiliar em todas as dúvidas.

Aos gestores do SUS de São Sebastião do Alto/RJ e Itaocara/RJ, pela sensibilidade em compreenderem as eventuais ausências e remanejamento de horário no período do curso.

Este não é um trabalho apenas meu ele foi construído com várias mãos. É impossível ser feliz sozinha!

Uma obra por fazer exige uma determinada vida por viver.

Ernst

RESUMO

O presente estudo pretende compreender como o coletivo de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Alto/RJ se apropriou do conceito de Educação Permanente em Saúde, transformando-o em uma condição de humanização no campo da saúde e na valorização da vida, enfim no fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Para isso tomo a prática de cuidado no campo do trabalho em Saúde, no Sistema Único de Saúde, e os desafios surgidos no cotidiano, como campo fértil de possibilidades de produção de outras práticas e experiências, a partir do seguinte questionamento: os trabalhadores de saúde, enquanto “educadores”, construíram conceitos para a prática da Educação Permanente, numa ação relacional de cuidado, em busca do fortalecimento do protagonismo do usuário? O objetivo desta pesquisa é avaliar também, se a educação permanente de fato melhorou a qualidade de atenção à saúde dos usuários, interferindo no acolhimento, na relação entre os profissionais e os usuários e entre os pares. Entre outras coisas desejamos entender o cotidiano dos serviços de saúde como um espaço contínuo de ensino/aprendizagem, onde os conhecimentos se entrelaçam em buscas de saídas originais e possíveis para a invenção da vida. A pesquisa é uma cartografia das práticas de educação permanente no Sistema Único de Saúde de São Sebastião do Alto/RJ. Um dos caminhos da pesquisa é a experiência do colegiado dos Coordenadores de Programas Municipal de Saúde, que funcionou de 2000 a 2013, retomando suas atividades em 2016, para compreender como estes trabalhadores se apropriaram dos conceitos de educação permanente nesta experiência, e quais desdobramentos foram apresentados. Outro caminho da pesquisa é refletir sobre as práticas de cuidado cotidianas dos trabalhadores da saúde, na policlínica municipal de São Sebastião do Alto/RJ, acompanhando e investigando o processo de educação permanente no grupo de gestantes no Pré-Natal.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Educação em Serviço. Prática de Cuidado em Saúde. Encontro. Experiência.

ABSTRACT

The present study intends to understand the collective of workers of the Municipal Health Department of São Sebastião do Alto/RJ appropriated the concept of Permanent Education in Health, transforming it into a strategy of humanization in the health field and in the valorization of life, in order to strengthen the System Health. Taking the practice of care in the field of health work in the Unified Health System, and the challenges that arise in the daily life, as a fertile field of possibilities of production of other practices and experiences, from the following question: health workers, while "Educators", have constructed tools for the practice of Permanent Education, as a relational action of care, in search of strengthening the protagonism of the user? The goal of this research is also to evaluate if the permanent education has actually improved the quality of health care of the users, interfering in the reception, the relationship between professionals and users and between the peers. Among other things we wish understand the daily life of health services as a continuous space of teaching / learning, where knowledge is intertwined in search of original and possible outputs for the invention of life. The research is a cartography of the practices of permanent education in the Unified Health System of São Sebastião do Alto/RJ. One of the ways of the research is the experience of the collegiate of Municipal Health Program Coordinators, which ran from 2000 to 2013, resuming its activities in 2016, to understand how these workers appropriated the concepts of permanent education in this experience, and what developments were introduced. Another path of the research will be to reflect about the daily care practices of health workers in the municipal polyclinic of São Sebastião do Alto/RJ, following and investigating the process of permanent education in the group of pregnant women of prenatal care.

Keywords: Permanent Education in Health. Education in Service. Health Care Practice. Meeting. Experience.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial – Tipo I
CEASA RIO	Centrais de Abastecimento do Estado do Rio de Janeiro.
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DEGERTS	Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INFES	Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
MDDA	Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-SUS	Norma Operacional Básica - Sistema Único de Saúde
PAISMCA	Programa de Assistência Integral a Mulher a Criança e ao Adolescente
PPGEn	Programa de Pós-Graduação em Ensino
PSF	Programa Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré- Natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	DE ONDE VEM ESTE DESEJO? UMA CONVERSA INTRODUTÓRIA	11
2	COMO PRETENDO TRILHAR OS CAMINHOS DESTA PESQUISA	18
2.1	O CAMPO DA PESQUISA: O COTIDIANO DA “SAÚDE” DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO/RJ	20
2.2	UMA VIAGEM NO TEMPO PARA DESCREVER O TERRITÓRIO DA PESQUISA	23
2.2.1	<u>Do nascimento da clínica à construção do Sistema Único de Saúde: uma história que merece ser contada</u>	24
2.2.2	<u>O território micropolítico: algumas considerações históricas do município de São Sebastião do Alto/RJ e o lugar da saúde neste contexto</u>	38
3	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	41
3.1	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DE ONDE SURGE ESTE CONCEITO?.....	41
3.1.1	<u>A Política de Educação Permanente no SUS e os diversos conceitos de Educação</u>	43
3.1.2	<u>A integralidade no SUS como o princípio norteador da Educação Permanente em Saúde</u>	54
3.1.3	<u>A Política de Humanização e a Educação Permanente em Saúde</u>	57
4	OS CONCEITOS QUE ME AUXILIAM A TECER A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	59
4.1	O CUIDADO COMO DIMENSÃO INTEGRADORA.....	61
4.2	A EXPERIÊNCIA E OS SABERES QUE PROMOVE.....	64
4.3	A POTENCIALIDADE DOS ENCONTROS.....	66
4.4	A ARTE DO ENCONTRO: A PRÁTICA DE CUIDADO EM SAÚDE NA CRIAÇÃO DE REDES ATIVAS.....	69
5	A CONSTRUÇÃO CARTOGRÁFICA: ATRAVESSANDO OS CONCEITOS DE CUIDADO, EXPERIÊNCIA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	76
5.1	O MODO DE FAZER DESSA PESQUISA.....	76
5.2	EXPERIÊNCIAS COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	80
5.2.1	<u>O Colegiado de Coordenadores</u>	81
5.2.1.1	O Momento I do Colegiado de Coordenadores – 2000 a 2013.....	81
5.2.1.2	O Momento II do Colegiado de Coordenadores – 2016.....	87
5.2.1.3	Entre pontos e nós: o que tecemos nestas reuniões.....	88
5.2.2	<u>A Policlínica de São Sebastião do Alto/RJ: um espaço de multiplicidades</u>	93
5.2.2.1	A Rede de cuidado do Pré-Natal.....	94
5.3	POSSIBILIDADES APONTADAS NA PESQUISA.....	100
5.4	TECENDO COM VÁRIOS FIOS: DIREÇÕES APONTADAS POR OUTROS OLHARES.....	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118
	ANEXO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	120

1 DE ONDE VEM ESTE DESEJO? UMA CONVERSA INTRODUTÓRIA

É um olhar pra baixo que eu nasci tendo.
 É um olhar para o ser menor, para o
 insignificante que eu me criei tendo.
 O ser que na sociedade é chutado como uma
 barata – cresce de importância para meu olho.
 Ainda não entendi por que herdei esse olhar
 para baixo...
 Pessoas pertencidas de abandono me comovem:
 Tanto quanto as soberbas coisas ínfimas (BARROS, 2015, p.109)

Toda pesquisa nasce de uma instigação, um incômodo, um caminho que vai se construindo até desembocar em um projeto, uma construção.

Por que partir do desejo? Tomo o conceito de desejo a partir do pensamento de Deleuze, de que este não é falta, como indica a psicanálise, mas produção. Para este autor, “desejar é construir um agenciamento¹, construir um conjunto” (DELEUZE; PARNET, 1994). Desejo é movimento, é algo coletivo, é multiplicidade e nunca é algo pleno, nunca se completa, não se fecha em um objeto estático, mas transborda.

Inicialmente pensei em encontro, mas um bom encontro é anterior ao desejo, pode ser casual, e que as pessoas deste encontro podem ter vários interesses e objetivos. Embora não possa negar a potência que os encontros regados a desejos produzem, o desejo é uma construção. Neste sentido, usei esta palavra por sua força motriz em busca dos bons encontros, aqueles que geram vida.

Desde o início da trajetória no Sistema Único de Saúde (SUS), que é um percurso de 20 anos em um mesmo território, inquietou-me, nas equipes, as tensões e conflitos que se formavam em seu interior, chegando muitas vezes possibilitar verbalizações como: “Se o CAPS só tivesse os usuários ele funcionaria bem melhor”. Observo que tensões, como esta, foram fundamentais na tessitura deste desejo, e culminaram nesta dissertação que hoje se inicia.

¹ Conceito de Gilles Deleuze que remete ao campo de experiência, do acontecimento. Um agenciamento se dá todas as vezes que pudermos identificar a conexão de um conjunto de relações materiais e de um regime de significados, a partir do qual a existência se mostra indissociável de agenciamentos variáveis e remanejáveis que não cessam de produzi-la. Esse atravessamento é provocado pela variação dos movimentos de desterritorialização e processos de decodificação do desejo, e faz mudar ora o estado das coisas e a condição de sensibilidade, ora o sentido de mundo e a condição de dizibilidade. A maneira como o indivíduo investe e participa da reprodução desses agenciamentos sociais depende de agenciamentos locais, "moleculares", nos quais ele próprio é apanhado. Nessa medida, compreendemos que uma linha de fuga (ou de acontecimento) absoluta e virtual atravessa toda experiência real, pondo em variação permanente suas condições, e portando condicionando todo o processo de apreensão e produção do real. (ZOURABICHVILI, 2004, p. 8)

A partir destas inquietações, algumas questões sobre a formação foram amadurecendo, juntamente com o contato com os outros trabalhadores da saúde, a distância dos centros formadores e a construção do SUS, sem um modelo a ser seguido. Grande parte do coletivo de trabalhadores estava em sua primeira experiência no SUS. O cotidiano do trabalho, os encontros entre profissionais e os núcleos de trabalho que foram surgindo, nestes vinte anos de convivência e construção profissional, minha e de meus colegas de trabalho, descortinaram vários encontros que se abriram a novas possibilidades, a partir de uma mudança na direção da construção política do SUS municipal, que causou desconforto em mim, mobilizou-me a entender o processo da formação no trabalho que construímos no SUS de São Sebastião do Alto/RJ. A formação em serviço foi a que mais se aproxima deste cotidiano, apontando que a aprendizagem acontece a partir de uma situação que se coloca como impasse no cuidado em saúde, tornando inseparável o conhecer e o fazer, o pesquisar e o intervir.

Vale ressaltar que não há oposição à formação acadêmica, quando trato da formação no serviço. Aproprio-me do conceito de *Ecologia dos Saberes* de Santos, quando este diz que “a busca de credibilidade para os conhecimentos não-científicos não implica o descrédito do conhecimento científico” (SANTOS, 2009, p.48). A formação em serviço é complementar à medida que o foco da mesma são situações que se apresentam no trabalho vivo em ato, “ainda quente”, naquele momento que é único e singular, tomando posse das orientações fundamentais que recebi ao longo deste processo de aprendizagem e construção profissional. Cerqueira Gomes afirma a importância deste processo de mudança no cotidiano dos serviços.

Implica em olhar para as tramas e significados das redes em movimento no interior das instituições, cartografá-las, identificar as produções de sentidos que se encontram em ação sobre o tratar, o cuidar, o ensinar e o gerir sobre sentidos dos processos coletivos em ato. Não há algo que se ensine, uma técnica, um procedimento, muito menos um manual de como ativar esses processos; há uma transmissão em ação, processos, redes de afecção (CERQUEIRA GOMES, et al. 2007, p.198).

E muitas vezes estas redes transbordam o espaço da saúde, vão ao território, à intersectorialidade. Na cidade pequena, esta rede vai ao cotidiano, sai do lugar do trabalho e vai à rua. As relações de cuidado em saúde não cabem apenas no serviço, ultrapassam este lugar, e nesta saída do território circunscrito, aprendemos também fora do serviço, nos encontros que acontecem na *polis*.

Um fato que quem trabalha em cidade pequena precisa saber é que “a cidade pequena é um lugar onde o segredo já nasce com a natureza de deixá-lo de ser” (LACERDA, 2014, p.50), e quem trabalha na saúde mental, está o tempo todo no território, muito mais que no

serviço, tecendo redes, contato com as pessoas. Então, quando estamos na “rua”, algo está acontecendo, as pessoas querem saber, se importam, não passamos despercebidas. O segredo é coletivo, não tem como, em um lugar onde todos se conhecem, não ser do interesse o que acontece ao seu vizinho. Então traremos-nos para o cuidado nesta rede, serão nossos parceiros, ajudar-nos-ão no cuidado e aprenderemos com eles e com seus jeitos de fazer.

O convívio na cidade apresenta ruídos, interfere nas relações e precisa estar clarificado na pesquisa, porque ele é sinalizador, vai apontar caminhos. O caminho é indicado pelo usuário, por aquele que melhor sabe o que lhe interessa. O profissional de saúde necessita ficar atento a estas pistas para que não sinta que sabe o que é o melhor ao outro e acabe dirigindo ou até impondo modos de fazer ao outro. Reconhecer a demanda do usuário e não a demanda dos outros, entendendo como outros, neste caso, a família, a escola, o serviço de saúde, o judiciário, enfim, instituições que criam modos de vida a partir do ponto de vista do outro. Por exemplo: como quando aceitamos a demanda da direção/corpo técnico de uma escola para orientar os pais nas relações familiares, como se “nós detentores de um saber maior”, pudéssemos ensinar ao outro, que possui um saber menor sobre como ele deve viver a própria vida. Neste sentido, Santos (2002), colabora para compreender as invisibilidades que produzimos quando impomos nossos modos de vida ao outro. Nós, profissionais de saúde chegamos com nossos “saberes” para a orientação. Um saber autoritário e opressor, que chega *a priori*, que não escuta o desejo do outro, ou pior, não respeita o modo como aquele sujeito escolheu andar na vida. É preciso atentar para não prescrever ao usuário uma demanda que não é dele e sim da instituição. Estes são exemplos de ruídos que vamos apontar neste trabalho.

Este estudo se insere na linha de Pesquisa Epistemologias do Cotidiano e Práticas Instituintes, do Programa de Pós-Graduação em Ensino (PPGE), do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior da Universidade Federal Fluminense (INFES/UFF). Registrado na Plataforma Brasil, e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense sob o registro CAAE: 54357716.2.0000.5243. Pretende investigar a relação da Educação Permanente em Saúde² como condição para a humanização do campo da Saúde e na valorização da vida, no âmbito do SUS, tomando a prática de cuidado no campo do trabalho em saúde, e os desafios surgidos no cotidiano, como campo fértil de possibilidades de produção de outras práticas e experiências.

² A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma Política de Estado, definida na Portaria GM/MS nº 1.996/2007.

O município de São Sebastião do Alto/RJ é o território da pesquisa e também meu campo de trabalho há vinte anos. Ele está mapeado no desenvolver desta pesquisa, mas alguns dados são relevantes para situá-lo. Pertence à Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, possui uma população de 9.054³ habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,646)⁴, crescendo abaixo da média nacional. A situação socioeconômica deste município é precária, com incidência de pobreza de 32,63% da população⁵. A fonte de renda é basicamente agricultura familiar de subsistência de hortaliças para atender ao mercado estadual. A rede de educação possui 16⁶ unidades de ensino da Educação Infantil ao Ensino Médio, com 1.746 alunos matriculados, todos na rede pública de ensino, dados referentes ao ano de 2013 (RIO DE JANEIRO, 2014, p.40-45). A rede de saúde é composta de 13 estabelecimentos⁷, nos três níveis de assistência: básica, especializada e hospitalar. Destas unidades de saúde, doze unidades são públicas e uma unidade privada, prestadora de serviços ao SUS, e a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 100%⁸.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida neste estudo a partir do conceito definido na Política Nacional de Educação Permanente, como a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos serviços. O processo de educação permanente se dá a partir dos desafios enfrentados no cotidiano, levando em conta os conhecimentos e experiências dos envolvidos no diálogo com as adversidades e criando saídas originais e alternativas ao cenário atual, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p.20).

A partir do conceito de desejo, de “inventar uma nova sociedade, outra percepção de mundo” (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p.261), teço este trabalho, pensando outro, quiçá, novo modo de cuidar no SUS, possibilitando outras lógicas de cuidado, que não as hegemônicas, centradas no procedimento, e tendo o hospital no centro do cuidado, trazendo o usuário para o centro da cena, aquele para quem o SUS deve servir.

³ População estimada em 2015, fonte Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=3305307>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

⁴IDH em 2015, fonte IBGE. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=3305307>> . Acesso em: 18 nov. 2016.

⁵ Fonte: IBGE. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=330530&idtema=19&search=rio-de-janeiro|sao-sebastiao-do-alto|mapa-de-pobreza-e-desigualdade-municipios-brasileiros-2003>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

⁶ Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE –RJ)

⁷ Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=33&VCodMunicipio=330530&NomeEstado=RIO%20DE%20JANEIRO>. Acesso em: 18 nov. 2016.

⁸ Fonte: Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 18 nov. 2016.

Neste cenário, surge o questionamento: Os trabalhadores de saúde, enquanto “educadores / educandos”, construíram conceitos⁹ para a prática da Educação Permanente, como uma ação relacional de cuidado em busca do fortalecimento do protagonismo do usuário? Pretendo compreender como a educação permanente de fato melhorou a qualidade de atenção à saúde dos usuários, interferindo no acolhimento, na relação entre os profissionais e os usuários e entre os pares, entendendo o cotidiano dos serviços de saúde como um espaço contínuo de ensino/aprendizagem, onde os conhecimentos se entrelaçam em buscas de saídas originais e possíveis para a invenção da vida.

Buscando atender este objetivo acima, tento mapear os caminhos construídos pelos trabalhadores da saúde em seu fazer cotidiano nos serviços de saúde; acompanho os processos de cuidado, através de análise das práticas no serviço, em uma pesquisa qualitativa, que se preocupa em “explicar os meandros das relações sociais resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional que pode ser aprendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum” (MINAYO, 1992, p.11). Para tanto, apresento situações em que os trabalhadores, nas conversas, nas observações, no acompanhamento e nas minhas memórias, apontam pistas da produção da educação permanente.

Nesta pesquisa, reflito sobre a dicotomia entre a formação das profissões da saúde e o trabalho no campo da saúde pública, mais especificamente na assistência em saúde no SUS. Busco evidenciar que a formação acadêmica destes profissionais para o trabalho prioriza a assistência em saúde privada, individual e fragmentada, privilegiando os procedimentos em detrimento do trabalho multiprofissional e compartilhado, que deve ser praticado no SUS. Ilustro com o relato de uma profissional que avalia a sua formação: “*quando eu fazia faculdade, eu nem imaginava que existia SUS, eu nem imaginava que existia esse tipo de atendimento de serviço de saúde, gestão, que o médico pudesse fazer essa parte de gestão, então aí é que fui especializando, e cheguei à gestora municipal*” (F. Médico, 22)¹⁰. Tal ilustração indica que o profissional de saúde não foi formado para o cuidado integral com os sujeitos que buscam cuidado no SUS.

O conceito ampliado de saúde, que busca a valorização da vida e o protagonismo do usuário enquanto conhecedor de sua história e de seus desejos, muitas vezes esbarra com o trabalhador deste serviço, que possui uma formação altamente tecnicista, enxergando o

⁹ No sentido Deleuziano de operadores do pensamento. Será aprofundado mais adiante no item 2.2.

¹⁰ Transcrição das conversas com os trabalhadores que são: inicial fictício do profissional de saúde, categoria, tempo de profissão. Tais transcrições estarão sempre entre aspas em itálico.

usuário através de padrões biológicos, com o hospital no topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho.

Ultrapassar esta barreira é tarefa urgente e não pode aguardar as mudanças no processo de educação formal no ensino superior. É preciso produzir no serviço espaços de reflexão e compartilhamento coletivo de formas de produção de cuidado singular, para que os profissionais possam se apropriar do lugar de “educador em saúde”, buscando a humanização da saúde e a valorização da vida enquanto sinalizadores para a produção dos serviços em saúde.

Compreendo que todos somos educadores, à medida que a educação se dá na relação com o outro no dia a dia, onde observamos, convivemos, refletimos a partir desta ação relacional. Ser educador supõe atuar para além dos espaços formais, as formações acadêmicas e os campos de atuação. Somos educadores à medida que nos relacionamos com os outros e nos afetamos nestas relações e, no contato, saímos diferentes em cada encontro. Nestes encontros podemos produzir relações acolhedoras, humanizadas e possibilitar ao usuário ser protagonista, em busca de relações e cuidado emancipatório. Mas, nem todos os trabalhadores de saúde têm estes propósitos - uns por definição de lugar que ocupam, outros por não terem tido a oportunidade de reflexão a que SUS servem, de superarem encontros nem sempre emancipatórios, onde o que prevalece nesta relação são o descaso, o desrespeito e a exclusão do usuário da forma que o mesmo é cuidado. Refletir sobre a Educação Permanente como uma possibilidade de transformação das práticas de saúde implica em pensar que lugares ocupamos no SUS, o que acreditamos e como pretendemos colaborar nesta construção. Implica também em entendermos que a conformação das tecnologias se dá no terreno de construção dos saberes e fazeres em saúde, expressos pelos: equipamentos/máquinas; conhecimentos implicados com a ação produtiva e os processos relacionais em ato; produtores do cuidado.

Como disse acima, neste trabalho pretendo compreender como os trabalhadores do SUS de São Sebastião do Alto/RJ se apropriaram do conceito de Educação Permanente em Saúde, transformando-o em condição para a humanização no campo da saúde e valorização da vida.

Em busca dessa compreensão, a dissertação se compõe de cinco seções. Na primeira seção apresento a dissertação e a mim, na segunda seção apresento os referenciais epistemológicos que me sustentaram, discuto a relação desta pesquisadora com o campo de pesquisa, apresento o campo de pesquisa em uma visão macro e micropolítica do contexto da Saúde.

Na terceira seção, trago a Política Nacional de Educação Permanente e as várias possibilidades que englobam o termo Educação; na quarta seção apresento os conceitos de cuidado, experiência, encontro e a prática de cuidado que contribuem como os *fiões da trama*¹¹ para tecer a Educação Permanente em Saúde.

Na quinta seção produzo uma narrativa do desenho cartográfico da tessitura da relação da Educação Permanente em Saúde com o fortalecimento do SUS no município de São Sebastião do Alto/RJ. Na sexta seção, a pesquisa aponta impasses e desafios desta construção, tais como; que os trabalhadores em saúde produzem cuidado ao outro, embora este cuidado esteja intimamente relacionado à direção ética destes sujeitos.

Vários fragmentos das conversas e das atas das reuniões do Colegiado de Coordenadores e das reuniões de gestantes povoam o corpo da dissertação, são apresentados em itálico e aspas e indicados às origens. Os registros destas conversas estão em minha guarda.

¹¹ Escolho esta denominação em analogia ao conceito Deleuziano de intercessores e ao conceito-ferramenta de Merhy. Na seção em questão irei justificar e aprofundar esta escolha.

2 COMO PRETENDO TRILHAR OS CAMINHOS DESTA PESQUISA

Escrevemos para transformar o que sabemos e não para transmitir o já sabido (LARROSA, 2016, p.6)

Embora haja outras possibilidades de pesquisa, para mim não há possibilidade de pesquisar sem estar imersa no meu campo de trabalho, pois as reflexões e instigações que surgem deste campo, estão movidas pelo desejo, então me aproprio desta autora para justificar que “podemos reconhecer outros caminhos e modos de produção de conhecimento que incluem o pesquisador e objeto em um mesmo processo, indo além em uma produção intrínseca e intercessora” (CERQUEIRA GOMES, et al., 2014, p. 25-26).

A diretriz cartográfica é que embasa as pistas que se apresentam no decorrer deste estudo, orientando o percurso a ser trilhado. Cito Guattari e Rolnik, em busca de embasamento,

[...] devemos interpelar todos aqueles que ocupam uma posição de ensino nas ciências sociais e psicológicas, ou no campo de trabalho social, todos aqueles cuja profissão consiste em se interessar pelo discurso do outro. Eles se encontram numa encruzilhada política e micropolítica fundamental. Ou vão fazer o jogo dessa reprodução de modelos que não nos permitem criar saídas para os processos de singularização ou, ao contrário, vão estar trabalhando para o funcionamento desses processos na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que consigam pôr para funcionar. Isso quer dizer que não há objetividade científica alguma nesse campo, nem uma suposta neutralidade analítica (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p.37).

A cartografia se propõe ao acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção de cuidado e conexões entre redes e/ou atores. Segundo Deleuze e Guattari, a cartografia é um dos princípios do rizoma, “inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real”. Ainda tomando este conceito, “este mapa possui múltiplas entradas” (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p.30), é móvel. Esta metodologia vem sendo utilizada “em pesquisas de campo para o estudo da subjetividade” (ROMAGNOLI, 2009, p.169).

As justificativas do caminho escolhido para o desenvolvimento deste estudo encontram eco na posição de Rolnik, quando esta diz que “paisagens psicossociais também são cartografáveis”, pois podem construir e reconstruir novos mundos, e que “todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas” (ROLNIK, 1989, p.69). Ainda no sentido de justificar a escolha do método, o estudo de Romagnoli aponta que “a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo”

(ROMAGNOLI, 2009, p. 169), uma preocupação que me afeta, pois uso o meu campo/espço concreto de trabalho também como espaço da pesquisa.

Nessa proposta, o papel do pesquisador é central, uma vez que a produção de conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele (ibid., p.170).

Nesta tessitura tomo como território da pesquisa o mesmo de trabalho e formação que venho construindo a minha trajetória. Levo em conta a relação com a construção do SUS, em um município pequeno, estando presente desde o início. Esta rede se confunde com a minha trajetória de trabalhadora da saúde e, certamente, estará contaminada de minhas sensações. Conforme nos afirma Merhy, em seu artigo que trata do sujeito militante e implicado, “não há pesquisa desinteressada e pesquisador neutro” (MERHY, 2004b, p.21). Assim, a escolha da pesquisa leva em conta que quando a fiz, abri mão de certas coisas e não outras, trazendo para a cena desta pesquisa a minha implicação com o tema, porque estou em busca da construção de um SUS mais democrático e justo.

A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação como protagonista pode gerar como acontecimento, mobilizando as várias dimensões do sujeito de modo que interajam para conduzir a um saber militante, que lhe permite compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo (FEUERWERKER, 2014, p.30).

A partir da implicação com o tema, e vendo pistas de que uma experiência do coletivo de profissionais de saúde¹² com a Educação Permanente aponta outra possibilidade de cuidado integral, usei esta experiência como uma das entradas na pesquisa. Nesta experiência, o instituinte impera, transforma uma reunião de profissionais, transbordando em sua função, produzindo nos profissionais uma tomada de responsabilidade coletiva na construção deste SUS Altense. Uso o termo construção por acreditar que o SUS deve ser construído, porque construção é um processo que se faz das bases para se edificar e a implantação é uma relação imposta, é vertical, pronta e normatizante. Construímos o SUS municipal a partir dos nossos modos de fazer, das múltiplas formas de construção de saberes, deste convívio com as multiplicidades de olhares. Uso como referência de imagem a construção dos templos pela comunidade, um processo longo, que atravessa muitas vezes gerações, que cada geração deixa

¹²Colegiado de coordenadores dos programas de atenção à saúde que se reuniu com o objetivo de partilhar o trabalho desenvolvido nos referidos programas e avaliar os instrumentos de gestão. Teve início em 2000, tendo seu período mais profícuo entre 2004 e 2013. A partir das primeiras conversas com os trabalhadores, retomamos esta experiência de março de 2016. Experiências que serão cartografadas no item 5.2.1.

a sua marca, constrói e desconstrói, mas que depois de edificado se solidifica e perdura por longo tempo.

O caminho escolhido busca desenhar esta rede e as forças que se conectam em busca de um movimento permanente. Neste sentido, operamos na transversalidade, onde a realidade toda se comunica. Usamos a direção do uno ao coletivo, “pelos frestas onde o intempestivo se apresenta, impulsionando a criação” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 26). A investigação de processos de singularidade implica que, para tanto, a processualidade é quem vai dirigir os passos da pesquisa, sem que hajam etapas separadas, mas caminhos que se sucedem sem se separar. Uma pesquisa que é percorrer um caminho, construir a partir das direções que se apresentam no percurso. Nós nos ocupamos do hoje, olhando para o passado e para o futuro como uma construção / reconstrução permanente. “Um passado em movimento, que nos atravessa e transforma o futuro a cada instante” (BARROS; KASTRUP, 2009, p.60).

O campo desta pesquisa é o cotidiano dos serviços de saúde e o modo de fazer de cada profissional e do coletivo dos trabalhadores em suas atividades diárias, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições.

Não nos esqueçamos que refletir e sistematizar o cotidiano que estou inserida, produzindo e compartilhando conhecimento, é legítimo. Segundo Feuerwerker,

[...] a produção do saber a partir do vivido tem sido uma constante no debate da saúde pública /coletiva, tanto na relação entre universidade e sistemas/ serviços de saúde no que diz respeito à produção de conhecimento a partir das inúmeras experiências aí desenvolvidas, como também porque inúmeros são os trabalhadores/ militantes dos serviços de saúde que - em seus estudos de especialização/mestrado/doutorado - analisam experiências de que foram/são parte ativa (FEUERWERKER, 2014, p. 29).

2.1 O CAMPO DA PESQUISA: O COTIDIANO DA “SAÚDE”¹³ DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO/RJ

Reconheço que a vida cotidiana se constitui de certa rotinização. É o que acontece regularmente. Esta é permeada por normatizações e racionalidades, um fluxo de fragmentos corriqueiros. O cotidiano acontece nas relações que se constroem e vivenciam, nas relações

¹³O termo *saúde* está entre aspas porque me apropriei da fala das pessoas desta comunidade que quando usam este termo referem-se aos equipamentos do SUS deste município, incluindo, nesta denominação, o que se refere ao espaço físico. “Estou indo à Saúde”, quando estão indo à policlínica, ao centro de reabilitação e a Secretaria Municipal de Saúde.

entre as pessoas que compartilham desta cotidianidade e só tem sentido para este coletivo. Todos têm seu cotidiano. É aquilo que acontece todos os dias, seja na família, na cidade ou no espaço de trabalho. Não posso negar que a todo tempo esta rotina seja atravessada pelos imprevistos. No campo da saúde, os imprevistos imperam! E estes imprevistos são os nós críticos que produzem novas formas de lidar com o cotidiano, tomando o conceito de rizoma, os pontos de bifurcação, os movimentos que surgem a partir do impasse. A forma como lidamos com este acontecimento, as experiências produzidas nos trabalhadores, os encontros entre profissionais e com os usuários, estes momentos de aprendizagem transformam-se em material de produção de conhecimento. Nestes movimentos são onde as saídas se apresentam, os protocolos são criados e sempre burlados, enfim, onde se dá o acontecimento. Entendo que um imprevisto, “do ponto de vista de uma sociologia do cotidiano, não é apenas aquilo que fixa regularidades da vida social; é também importante aquilo que a perturba” (PAIS, 2007, p.84).

São os caminhos trilhados pelos profissionais de saúde para lidar com as “perturbações”, imprevistos e acontecimentos cotidianos, que fomentam o modo de fazer de cada um em busca das saídas possíveis. E esses modos de fazer, nada mais são que a velocidade onde a Educação Permanente em Saúde, emerge no processo de trabalho. Justamente por isso, a que a EPS não se ensina na transmissão formal de conhecimentos, mas se aprende na experiência, no “acaso diário, nos encontros e desencontros, do falado e do ouvido em filas, salas de espera, corredores, cafezinho, no almoço e outros lugares de breves encontros e de passagem” (SPINK, 2008, p.70), no viver e ver das demandas reais cotidianas.

O campo da saúde em São Sebastião do Alto/RJ, como pontuei anteriormente (ver nota de rodapé 13), e a escolha do termo “Saúde” têm a intenção de ser apropriada por este trabalho, por ser o termo utilizado pela população, quando esta se refere ao SUS e que neste deslocamento de sentido semântico, vai de encontro ao SUS que acredito, que dá conta da multiplicidade do termo saúde em tudo que ele contém e que o transpõem, as suas múltiplas formas de produzir saúde.

Deleuze me possibilitou multiplicar olhares para a saúde, à medida que me apresenta que os conceitos são mais do que cabem neles, é um processo sempre inacabado que atravessa o vivível e o vivido, da mesma forma que na literatura, que atravessa as palavras, transborda no sentido.

Qual saúde bastaria para libertar a vida em toda parte onde esteja aprisionada pelo homem e no homem, pelos organismos e gêneros e no interior deles? [...] A saúde como literatura, como escrita, consiste em inventar um povo que falta. Compete a função fabuladora inventar um povo. Não se escreve com as próprias lembranças, a

menos que delas se faça a origem ou a destinação coletivas de um povo por vir ainda enterrado em suas traições e reneгаções. (DELEUZE, 1997, p. 14).

A Saúde que acredito não é a ausência da doença, a restauração do corpo, o corpo pacífico, medicalizado, sem valor e sem vida, enfim um corpo normatizado é além disso, é a busca de saídas singulares a vicissitude do cotidiano é um viver a vida na intensidade do que este sujeito a deseja para si.

Novas práticas podem ser tecidas através da formulação de paisagens onde a rotina do serviço não implique em modelização do cuidado, mas no desenvolvimento de intervenções singulares e comprometidas ético-esteticamente com a autonomização dos sujeitos. (BORGES, 2015, p. 110).

Os profissionais que comungam deste conceito valorizam o conhecimento popular, as relações complexas, o cuidado com desvelo, o respeito ao usuário, garantindo o acesso ao cuidado em saúde.

Na formação acadêmica, aprendemos o que fazer nas situações adequadas, nos protocolos e modelos a serem seguidos. No trabalho, vivo em ato, aprendemos a lidar com as emergências, não só as emergências do risco de vida, mas a emergência do que surge, do que não é previsto, que uma usuária, como Estamira em sua sensibilidade e simplicidade de uma mulher do povo, muito bem diz aos profissionais de saúde. Estamira é uma conhecida usuária de serviços de saúde mental de uma grande cidade, que em um discurso para profissionais de saúde, em uma conclusão de curso, diz: *Vocês não aprendem na escola. Vocês copiam. Vocês aprendem é com as ocorrências* (ESTAMIRA, 2005). São nos momentos em que o imprevisto surge é que buscamos saídas, novas formas de fazer, outros modos, o que é possível. É neste momento que construímos conhecimentos significativos, possibilidades para os Josés e Marias que estão no nosso dia a dia e para quem trabalhamos.

O cotidiano dos serviços de saúde é o espaço onde tudo acontece, não só o cuidado e a formação, mas vai muito mais além. Segundo Pinheiro,

No caso das instituições de saúde, o cotidiano dos atores representa um espaço de lutas, de exercício de poder, aqui entendido “não como um objeto natural, uma coisa”, mas como prática social, influenciada pelas práticas sanitárias e políticas [...] no caso específico da saúde, o desvelamento do cotidiano deve abarcar o verdadeiro significado do direito à saúde e o conjunto de representações populares a respeito da doença e da saúde, das instituições e serviços, de forma de repensar a relação entre o chamado direito positivo e o quadro de notórias desigualdades no campo sanitário ao qual essa população está submetida (PINHEIRO, 2009, p.70)

Na prática cotidiana neste campo, um campo de lutas pelo direito à saúde da população é um embate diário entre os vários modos de pensar dos profissionais, gestores e usuários. Alguns trabalhadores em suas práticas buscam garantir direitos aos usuários, emponderando-os em suas lutas cotidianas. Às vezes, para evitar que sejam oprimidos pela gestão, que em alguns momentos, e em vários, nos tempos atuais, impõem trocas de favores eleitoreiros e submissão do usuário ao poder político. Este é um embate constante em todo processo de construção do SUS local, em momentos mais intensos que outros, concordando com Pinheiro, no tocante ao cenário nacional.

Outras questões também atravessam o cotidiano, uma infinidade de episódios de tomada de decisão, de produção, de cuidado e de especificidades do processo de trabalho, que podem ser práticas emancipatórias ou de opressão. Olhares diversos perpassam o trabalho, os desafios cotidianos de acesso, o trabalho centrado na produção de serviços, a falta de insumos e condições de trabalho, enfim, desafios de todos nós, independente do campo de trabalho. A crise ética, que contamina o cenário político nacional, também contamina os espaços locais. O respeito ao outro e às coisas está cada vez mais distante. Além do mais, somos influenciados, sobretudo, pelo modo de produção capitalista, onde o trabalhador se isenta de implicar-se na construção dos serviços, apenas se importa com a produção de procedimentos, com a produtividade e o consumo de serviços, deslocado do cuidado e vinculado à lógica da produtividade. Os desafios do momento político atual, com o desmonte do SUS em nível nacional, têm influenciado nas relações de trabalho, contaminando os sujeitos implicados em sua construção. As relações mantidas entre gestores, profissionais e usuários nas instituições de saúde local não se revestem de significados apenas técnicos, mas se inscrevem numa prática pluridimensional, que tentarei mapear.

2.2 UMA VIAGEM NO TEMPO PARA DESCREVER O TERRITÓRIO DA PESQUISA

Neste momento faço uma viagem aos referenciais teóricos fundamentais para sustentação do arcabouço da pesquisa. Situo o percurso histórico da pesquisa, do surgimento da clínica até a implantação do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Não me atenho a uma discussão linear do campo da saúde, faço várias entradas neste campo, que serão preciosas para a discussão e análise do território em estudo.

2.2.1 Do nascimento da clínica à construção do Sistema Único de Saúde: uma história que merece ser contada

Começo a viagem pelo nascimento da clínica. Mas tenho que deixar claro aqui que distancio da metodologia escolhida, mas minha intenção em fazer uma linha do tempo neste percurso histórico, é que percebo a necessidade desta contextualização, até porque para chegar ao SUS é preciso saber quais foram as influências deste processo. Ainda considero relevante trazer esta linha do tempo especificamente neste Programa de Pós-Graduação em Ensino, por ter uma característica multiprofissional, possui pessoas das mais diversas formações, recomendando trazer tal discussão.

O nascimento da clínica é um momento de ruptura influenciado pelo modelo científico desta época, que compreende o homem de forma reducionista e compartimentada. Foucault (1994) concebe o nascimento da Clínica no fim do século XVIII, quando a medicina moderna passa por uma transformação fundamental da organização de seu conhecimento e sua prática, apresentados agora sob um presumido empirismo que a coloca no lugar de Ciência. A partir do momento em que o discurso científico se torna hegemônico, a vida deverá ser confiada nas mãos dos médicos.

A doença é uma antiga companheira do homem, e o que é considerado doença, depende de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. O conceito de Saúde, também sofreu estas mesmas influências. Até o surgimento da medicina científica,

[...] a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino, a concepção mágico-religiosa partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos (SCLIAR, 2007, p.30).

Com o surgimento da medicina científica, embebida das influências do pensamento científico hegemônico, esta passa a perceber o sujeito enquanto um paciente, aquele que delega ao outro o cuidado de si, o portador da doença, o depositário; a doença é o centro. Neste novo modelo de conhecimento, há uma dicotomia entre o sujeito e seu sofrimento, “novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais tornaram o paciente desvinculado do seu sofrimento” (BRANT; MINAYO, 2004, p.216). O sujeito sai da cena, sua

história deixa de ser importante para conhecer e colaborar no diagnóstico, ao contrário, sua singularidade perturba o aparecimento do sintoma, apresentando um abismo entre o médico e o sujeito. O médico precisou abstrair o sujeito, pois sua disposição, temperamento, fala, idade, modos de vida perturbavam a identificação da doença, segundo o desenho nosográfico preestabelecido. Com base em uma formação mecanicista, o papel dessa lógica médica era neutralizar essas perturbações, manter o sujeito distante para que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico. Como ainda hoje, atenta a rádio corredor, escuto na Policlínica um médico justificando a dificuldade em fazer o diagnóstico em um paciente, dizendo:

“[...] o relato da família de que o paciente estava entristecido, cabisbaixo, desanimado, embaçou os sintomas de uma insuficiência cardíaca, porque valorizei esta fala que sugere o diagnóstico de depressão. Comi mosca, mas com todas estas informações, fui a outra direção... Não solicitei exames, nem dei importância às queixas do paciente, apenas ouvi a fala do familiar. Não observei atentamente a situação” (F., M, 20).

Este modelo médico ainda hoje interfere na formação dos trabalhadores da saúde, quando seus cursos são fragmentados em subárea. O profissional se fixa nos procedimentos, desinteressa-se pelo sujeito e centra na doença, colocando a história do sujeito, entre parênteses, como algo que mascara o diagnóstico. “Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia” (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2015, p. 26). Os cursos são ministrados como se as partes deste sujeito não fossem uma totalidade e não influenciassem entre si, mantendo a pretensão de construir um discurso científico, transformando o hospital em um lugar de saber. Trazendo a doença para a cena e colocando a singularidade do sujeito como algo que pode fragilizar o diagnóstico. Os profissionais de saúde ainda hoje referem aos usuários como o hipertenso, o cardíaco, o apêndice, etc., e não uma pessoa.

O modelo científico mecanicista reduz o sujeito ao corpo, o *locus* da doença, transforma o sofrimento em adoecimento, retira a doença do lugar que ocupava durante os séculos anteriores da concepção religiosa de possessão e maldade. O processo saúde-doença, na antiguidade, era compreendido de forma compatível com a visão de mundo daquela época, sofrendo as influências das forças sobrenaturais, que eram utilizadas para as explicações das interferências na saúde das pessoas. Este tema do normal e patológico vem sendo discutido por vários autores que o compreendem a partir de sua produção social e histórica. O diagnóstico tem permitido “rotular como 'doentes' os diferentes, que organizam suas vidas com lógicas distintas das majoritárias e, em nome disso, desqualificá-los para a vida e até

restringir sua liberdade por meio de internações compulsórias e outros modos de confinamento” (FEUERWERKER, 2014, p.46). Tais comportamentos ainda são infelizmente atuais, no que tange a pessoas portadoras de transtorno mental. Contudo, devo marcar os grandes avanços no Brasil, no processo de desinstitucionalização destes sujeitos, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Esta ciência que se estabelece a partir do Iluminismo, determina que o saber deve ser verificável, no sentido de ser provado, e, para assim ser reconhecido, deve possuir um objeto passível de observação, experimentação e análise.

Na perspectiva do sistema econômico, este modelo de ciência é colaborador do capital. O sujeito passa a servir ao modelo econômico, a singularidade está em um segundo plano, importante é a força de trabalho. A doença, localizada no corpo, transforma-o em objeto de preocupação do cuidado médico e do poder econômico. Dominar o corpo e transformá-lo em fonte da produção do capital é também a função da ciência.

Foucault, nos fala sobre as relações de poder nos espaços fechados – como hospital, exércitos, trabalho e escola – como lugares onde existe uma parafernália de normas, regras e controles disciplinares destinados a sufocar a iniciativa e a individualidade. “Métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT, 1987, p. 118). Todas estas instituições, que atravessam a nossa vida, têm por objetivo nos tornar indivíduos dóceis, úteis e saudáveis, enfim, disciplinados. Por meio da normalização, tornamo-nos seres economicamente produtivos, o que nos encaixa perfeitamente à lógica do Sistema Capitalista.

O sofrimento enquanto estado natural do ser, em relação às vicissitudes da vida, passa a ser visto como adoecimento. A partir de uma visão normatizadora, os que sofrem ou não se submetem às regras, devem ser isolados, justificando a exclusão dos diferentes, como no caso dos portadores de transtorno mental, nos hospitais psiquiátricos/manicômios.

Em lugares criados para o cuidado de pessoas com algum sofrimento, em que versam normas e condutas a serem seguidas, os sujeitos tornam-se assujeitados, perdem a singularidade, as pessoas se tornam iguais, docilizam-se os corpos. Assim posso entender que “o Hospital tornou-se um espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão” (FOUCAULT, 1994 apud BRANT; MINAYO, 2004, p.217). A partir da medicina científica no século XIX, os médicos entraram no hospital com seus conhecimentos científicos, “o olhar clínico foi dirigido para o corpo, representado como o lugar da doença, tamponando as reações de sofrimento do sujeito diante das adversidades ou

fragilidades da vida” (BRANT; MINAYO, 2004, p. 216-217).

Esta ordem médica desqualifica as práticas familiares e passa a possuir um domínio de um saber sobre a vida do outro, passando a controlar todas as manifestações de sofrimento. “Como resultado dessa prática, uma conclusão se impôs: a norma familiar produzida pela ordem médica solicitava, de forma constante, a presença de intervenções disciplinares por parte desses verdadeiros agentes de normalização” (BRANT; MINAYO, 2004, p. 217). A institucionalização do saber sobre o corpo, somado à metodologia científica, dá ao saber médico um determinado status que engloba a saúde num padrão universal.

Os movimentos higienistas de isolamento e segregação das diferenças trazem em seu bojo medidas de saneamento: isolamento das prostitutas, doentes (portadores de doenças contagiosas e transtornos mentais) e desocupados, para as cercanias da cidade, deixando o centro das mesmas livres de contaminação.

Este movimento higienista da medicina interfere em todos os espaços da sociedade, e Foucault o denomina de biopolítica, uma tomada do poder sobre os corpos a partir do saber médico.

[...] a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. Logo depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante ao modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante [...] que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomopolítica do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomopolítica do corpo humano, mas que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie humana (FOUCAULT, 2002, p. 289).

Emerge daí a medicalização como uma das formas de controle e disciplinarização que permanece até os dias atuais, manifesta-se nas relações cotidianas com o sofrimento, a medicalização da vida.

O dispositivo da medicalização é interior à biopolítica e ele age conformando modos de ser e instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) não se torna objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser, mas sim de um “bloqueio químico” das emoções (INACIO; NARDI, 2007, p. 89).

Essa medicalização da vida nos dias atuais se reflete, não apenas no uso exacerbado de medicamentos que é um hábito deste tempo, incentivados pela mídia, pelos grandes laboratórios farmacêuticos, e também por nós, os profissionais de saúde. Existe uma forma

mais sutil, velada, de medicalização, dos modos de viver a vida, que “impõe modos de adoção dos saberes tecnológicos na direção do controle do saudável, gerindo os riscos do adoecer” (MERHY; CECCIM, 2011, p. 20). Conforme estes autores bem exemplificam:

Por exemplo, há um processo de medicalização bem sofisticado: comer certos alimentos passa por ser visto como risco; andar ou não, também; brincar de certo jeito ou outro, também; ser uma criança agitada é hiperatividade; viver a aflição com a mídia das violências é síndrome do pânico; fumar é matar-se, entrar na adolescência é agudizar riscos e por aí vai o potencial de situações patologizantes. (ibid., p.19).

Observo que nas conversas com os profissionais, vários citam que o paciente é o responsável pelo seu cuidado/tratamento, mas sempre como responsável por seguir a ordem médica, como deixa claro nesta fala:

“o papel mais importante é o do paciente [...] o médico pode ser ótimo, o profissional qualquer pode ser excelente, pode passar o melhor tratamento, se o paciente não acolhe o tratamento que o médico orienta fazer, ou não faz do jeito que o médico pede pra fazer, não adianta” (M, Médico, 1).

Esta fala indica que quando os sujeitos não seguem as “orientações”, não aceitam a normatização do saber, que, em outras palavras, tem a conotação de obediência, são responsabilizados pelo cuidado.

Esses movimentos nada mais são que novas formas de controle dos corpos, disciplinarizantes, como forma de tomar para a gestão do cuidado em saúde, “estratégias de controle sobre os modos de cuidar de si” (MERHY; CECCIM, 2011, p.20).

Poucos profissionais pensam diferente deste relato acima, como veremos a seguir. Alguns dizem que os usuários são responsáveis por seu cuidado e que têm a possibilidade de aceitar ou não as orientações dos profissionais, ou ainda, adequar estas orientações aos seus modos de vida. Como estas falas dos trabalhadores da saúde em relação aos usuários: *“ele tem que ter um vínculo com a saúde, um vínculo com esse profissional [...] para ele conseguir ter esse cuidado”* (V. Nutricionista, 15), ou ainda *“um agente da própria existência, de seu desejo de estar bem”* (H. Médico, 37), finalizando com *“o cuidado dele com ele mesmo, no sentido de preservação e manutenção da própria vida”* (J. Fonoaudióloga, 20). Aponta um modo diferente de responsabilização do usuário com sua saúde, o cuidado parte do usuário e profissional está a serviço do desejo do usuário.

Os pontos evidenciados constroem a clínica dos sujeitos. Agora procuro entender onde esta clínica está inserida, para tanto, vou passear pelas políticas de saúde no Brasil a partir do século XX. Para compreender os aspectos que culminaram no SUS, é necessário a identificar

as condições históricas do surgimento e construção destas Políticas de Saúde.

Entendo que as políticas de saúde fazem parte do sistema de proteção social, neste sentido, as questões sociais surgem a partir do processo de industrialização e urbanização, sempre atreladas ao modelo econômico vigente.

No início do século XX, com o incremento das cidades e do modelo capitalista de produção, estas se tornam mais populosas e de forma desordenada, aparecendo a epidemias de febre amarela, e, para seu enfrentamento, surgem as primeiras ações de saúde pública no Brasil. A realização das campanhas de vacinação lembravam uma operação militar, com caráter impositivo, desencadeando um movimento popular contra este modelo biopolítico, conhecido como revolta da vacina. Segundo Mattos,

[...] a saúde pública de base microbiológica que nasceu no final do século XIX era revestida pela áurea da ciência moderna, e trazia consigo a promessa de sucesso na construção de um mundo melhor [...] no que dizia respeito à possibilidade de superar as ameaças epidêmicas que, rondando os portos e as cidades, ameaçavam a dinâmica da economia agroexportadora e, portanto, ameaçavam o processo de acumulação de capital. Por isso o Estado brasileiro a escolheu (preferindo a higiene), dando-lhe os recursos para o enfrentamento das ameaças epidêmicas (MATTOS, 2010, p. 339).

Na década de 1920, a Lei Eloy Chaves, institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão, sendo considerado o início das políticas sociais no Brasil. Estas caixas eram organizadas e financiadas por empresas e operários e apenas os segurados teriam direito à saúde (PAIM, 2013, p.1929). Modelo de organização este que, com pequenas modificações, perdura até a década de 1980, com a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988.

A partir de 1930, na ditadura de Vargas, cria-se o Ministério da Educação e Saúde Pública e a Legião Brasileira de Assistência, para os excluídos do mercado de trabalho e da previdência. Ainda assim, a atuação do Estado se mantém no combate às doenças tropicais e na educação sanitária (RONCALLI, 2003, p. 31), ficando a cargo da Saúde Pública as ações preventivas, principalmente as campanhas de vacinação e a assistência médico-hospitalar aos institutos e caixas de previdência dos trabalhadores. Este modelo dicotômico entre a saúde pública e a assistência médico-hospitalar se sustenta até o final do Regime Militar (1964 a 1985), mostrou-se insuficiente e mal distribuído para atender a todos, além de ser inadequado, ineficiente e descoordenado.

A organização dos serviços de saúde no Brasil fica bem explicitada em Paim:

[...] a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais,

integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p.47).

Esta divisão que se apresenta no sistema de saúde do Brasil gera um importante movimento social, baseado na Revolução Sanitária Italiana, formado pela sociedade, profissionais de saúde, pesquisadores e estudantes, que defendia a democratização da saúde e reestruturação dos sistemas de serviços, enfim, a defesa ao direito à saúde. Segundo Paim, “concebemos a Reforma Sanitária Brasileira como uma ‘reforma social’ que articula proposições de mudanças, sob diversas dimensões, mobilizando um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário” (PAIM, 2010, p.92).

Iniciou-se, então, a atuação política de diversos grupos sociais em prol do aprofundamento da crítica ao modelo hegemônico de assistência médica previdenciária. Na esfera da sociedade civil, houve o surgimento de movimentos sociais nas periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde. Uma característica deste movimento foi a multiplicidade de “segmentos e diferentes modos de pensar, mas capaz de se articular em torno de um objeto comum, que era a defesa do direito à saúde e da vida” (FEUERWEKER, 2014, p.69). Este movimento abre uma nova forma de pensar as ações em saúde, “momento coletivo de andarmos na linha da produção da vida com o nosso ato vivo, constituindo militâncias autopoieticas (produtoras de vida)” (ibid., p.69). Este movimento trouxe para a cena o cotidiano, quando os trabalhadores dos diversos campos da saúde e os usuários do serviço tornam-se sujeitos sociais comprometidos com o cuidado em saúde. “A potência do movimento da reforma sanitária no período final da ditadura e durante a Constituinte esteve exatamente baseada nessa sua capacidade de construir no coletivo, de modo diverso, a ideia do direito democrático de todos à saúde” (ibid., p.70).

Os pilares da formação do Movimento Sanitário, que surgiu devido ao descontentamento em relação ao Sistema de Saúde Previdenciário que vigorava durante o período ditatorial,

[...] deram condições para a construção de um modelo de democracia com base na defesa da igualdade (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática; a reconceitualização da saúde, naquele momento com o reconhecimento da determinação social do processo saúde doença e uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população; a crítica às práticas hegemônicas de saúde com a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, com a valorização do trabalho em equipe e incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde. (ibid., p.70).

Entre 1974 e 1979, diversas experiências institucionais tentam colocar em prática

algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. Esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado Saúde e Democracia, que foi um grande marco, e enviá-lo para a aprovação no Legislativo. Um dos tópicos mais importantes era transferir Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social para o Ministério da Saúde.

O Movimento Sanitário sustenta o ideário que culmina na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que se apresenta como uma resposta à ausência, no país, de políticas sociais voltadas à Saúde. O impacto dessa conferência tem sua raiz na participação de integrantes de vários setores e segmentos sociais, ampliando os espaços de participação e incluindo, na Agenda do Estado, propostas que remodelaram o campo social.

A 8ª CNS formou as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 1988. No relatório final da 8ª CNS, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (BRASIL, 1986).

A Nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, incorporou grande parte do ideário do movimento sanitário e garantiu o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a num dever do Estado, através da criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O fundamento legal do Sistema Único de Saúde é a Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, com diretrizes de: descentralização, universalidade, equidade e integralidade, e participação social, nas ações de saúde, que tem sido gradativamente construídas, buscando assegurar à população uma assistência de qualidade em que os seus princípios norteadores sejam, efetivamente, respeitados.

A criação do SUS produziu resultados imediatos e “o mais importante foi a ruptura da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente” (BRASIL, 2011, p.17). Garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, na Constituição Federal de 1988, foi o primeiro passo na direção do Sistema

de Saúde Brasileiro. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos, e o cidadão deve recebê-los em sua plenitude. Segundo a posição de Mattos,

Vejo a integralidade em saúde, tal como vem sendo construída na sociedade brasileira, como um conjunto de valores que merecem ser defendidos, e que vêm sendo defendidos num processo contínuo e cotidiano de lutas por transformações nas práticas dos cuidados em saúde, nos modos de organização dessas práticas, e nas políticas de saúde (MATTOS, 2010, p. 347).

Compreendo a integralidade da atenção, como um princípio articulador do SUS em cada serviço de saúde, atento ao cuidado das pessoas e dos coletivos, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Cecílio, a define “como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (CECÍLIO, 2009, p.120), em busca do cuidado ao usuário. O trabalhador da saúde alcançará este conceito de atendimento integral, quando conseguir trazer para a prática cotidiana o trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Empresto aqui uma fala de um trabalhador quando reflete sobre sua prática cotidiana de observar e “*reconhecer nas entrelinhas exatamente o que está acontecendo ali, o que o usuário precisa*” (F, Médico, 22). Muitas vezes este usuário quer falar de si, da comunidade e não tratar uma doença. Este cenário aponta para a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber daquele grupo, que pode traduzir no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do cotidiano em que se insere.

O princípio da equidade, um princípio caro no que tange as desigualdades sociais, todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em igualdade, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela equidade do SUS. Segundo Paim, a equidade é entendida como “atenção de acordo com as necessidades, ou seja, ‘discriminação positiva’, quando se priorizam os que têm mais necessidades” (PAIM, 2010, p. 96).

Este princípio, no campo desta pesquisa, é o que regula o cotidiano dos serviços, tendo em vista que grande parte dos usuários necessita de demandas sociais, familiares e cotidianas

que trazem para o serviço de saúde, principalmente por ser um espaço onde o usuário tem voz.

A descentralização, com direção única em cada ente federativo, prevê além das ações e serviços de saúde, dos recursos financeiros. Não se pode perder de vista que o SUS é um sistema único num país de grandes diferenças demográficas e socioeconômicas. Por isso, é importante ter clareza dos papéis dos entes federativos nas regiões e redes de saúde, espaços onde o direito à saúde se efetiva, levando em consideração as características de seu território para definir as ações prioritárias para cada realidade local. O SUS traz como proposta, propiciar alternativas e respostas às necessidades de saúde da população, já que preconiza uma atenção territorializada e comprometida com a demanda existente em sua área de abrangência. Sendo assim, diz Bezerra Júnior:

Uma política de saúde progressista, comprometida com o atendimento de exigências de saúde da população deveria então procurar tornar acessíveis às camadas menos privilegiadas da população, o maior número de procedimentos, técnicas e bens que assegurem a manutenção ou a recuperação dos níveis de saúde (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p.155).

A descentralização da saúde quando analisada no território da pesquisa, aponta fragilidade na rede de saúde. O que rege a construção da rede de saúde é prioritariamente o quantitativo populacional e, e este município, como outros pouco populosos, tem muita dificuldade em proporcionar serviços de alta e média complexidade, precisando referenciar a população a serviços fora do domicílio.

Esta realidade implica a deslocamentos em longas distâncias, em região com rede de transporte público precária, ficando a cargo de a gestão municipal garantir este deslocamento, produzindo um dispêndio de recursos com transporte que poderiam ser utilizados para a manutenção da rede. Outra situação que deve ser pontuada é a dificuldade que os usuários do interior possuem em circular na capital, necessitando de acompanhantes.

Um ponto positivo é a apropriação pelo corpo técnico do uso de dados epidemiológicos como justificativa para a implantação da rede. Tendo em vista que o quantitativo populacional é de 9.054¹⁴ habitantes, muito abaixo dos indicadores para implantação da rede de serviços que determinam as portarias ministeriais, posso citar como exemplo a construção do Hospital São Sebastião (Hospital Geral) em 1999, oferecendo no município o atendimento de média e alta complexidade; e a Rede de Atenção Psicossocial

¹⁴População estimada em 2015, fonte IBGE. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=3305307>>. Acesso em: 18 nov. 2106.

com o dispositivo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) em 2001.

O controle social no SUS é singular, na medida em que no Brasil, “a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 42), não apenas avalia as ações, mas participa na formulação de política de saúde. A participação popular se realiza através dos Conselhos de Saúde que são órgãos de representação do governo, dos trabalhadores da saúde, dos prestadores e usuários em representação paritária em todos os entes federativos e nas Conferências de Saúde. É o que contempla a Lei 8.142/90 embora, em grande parte dos municípios, não funciona com toda essa potência, ao contrário, são espaços que sofrem grandes contradições e influências políticas locais, muitas vezes não cumprindo seu papel na formulação de políticas de Saúde.

Vale destacar a força do Controle Social neste município, embora seja necessário registrar que a construção do Conselho Municipal de Saúde autônomo foi garantida pelos representantes dos profissionais e saúde, que buscaram sensibilizar os gestores e os usuários da importância do controle social. Este Conselho sempre se apresenta enquanto uma força na construção do SUS, participando ativamente da formulação das políticas públicas de saúde municipal, garantindo acesso dos usuários aos serviços de saúde, sendo atualmente reconhecido e utilizado pelos usuários na função de órgão fiscalizador.

Registro que os Conselhos Municipais de Saúde ainda são fortemente influenciados pela direção política, então possuir um Conselho autônomo é um privilégio, pois mesmo sofrendo influências políticas municipais, que em alguns momentos está presente, há mecanismos internos para garantir seu funcionamento.

Segundo Paim, “entre as inovações da formulação do SUS podem ser destacadas a adoção do conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a integralidade e a intersetorialidade” (PAIM, 2010, p.97). Importante no que tange à intersetorialidade e à integralidade é o que se construiu no SUS municipal. Ressaltamos que possuímos poucos recursos humanos, desta forma, temos que partilhar profissionais e atribuições. Neste sentido, esta falta de recursos humanos que é paralisante em outros municípios, contribuiu para que os profissionais circulem em vários setores da administração pública, apropriando-se dos conhecimentos nos vários setores e criando uma rede articulada dos serviços. Contudo, a escassez de recursos humanos não é positiva e deve ser apontada como um grave problema de gestão, embora não deva ser paralisante na produção do cuidado.

Para fortalecer a construção do SUS foi necessário além das leis já citadas

anteriormente, as Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS¹⁵, instituídas por meio de portarias. Estas normas deveriam ser apropriadas pelas gestões municipais e implementadas, garantindo a singularidade de cada território. A implantação destas normas gerou no município um volume significativo de adequação e implantação de vários programas municipais de saúde que implicaria em impacto financeiro e se fazia necessário um enfrentamento coletivo nessas mudanças. Foi neste momento que a gestão achou necessário a criação do Colegiado de Coordenadores dos Programas Municipais de Saúde, em um dos movimentos desta pesquisa.

Após as NOBs e NOASs, em 2004, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) realizou o XX Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde que culminou na proposta de um novo pacto de gestão que substitua a excessiva normatização com os pactos gerenciais, por compromissos com resultados. O primeiro ponto dessa carta é: “Construir um novo pacto da gestão do SUS...” (CONASEMS, 2004, p.1).

Imbuídos deste compromisso assumido pela gestão de construir um novo pacto pela saúde, foi se fortalecendo o Colegiado de Coordenadores dos Programas Municipais de Saúde e, conseqüentemente, os profissionais e usuários, apropriaram-se de seus lugares de parceiros nesta construção da Saúde. Neste momento há uma comunhão de propósitos entre a Gestão o Colegiado de Coordenadores e o Conselho Municipal de Saúde.

Em 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde 2006¹⁶ e suas diretrizes para o processo de gestão do SUS, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas. O Pacto pela Saúde representa o movimento de mudança, diferente das normas operacionais, pois traz o acordo interfederativo articulado em três dimensões: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto Pela Vida estabelece compromissos entre os gestores do SUS, de Promoção da Saúde e fortalecimento da Atenção Básica, com o objetivo de atingir metas sanitárias que resultem em real impacto no nível de vida e saúde da população brasileira (BRASIL, 2006, p.7).

O Pacto em Defesa do SUS estabelece compromissos políticos que, envolve o Estado, ou seja, o governo e a sociedade civil, a fim de consolidar a efetivação do processo da

¹⁵ Normas: NOB 91/ 92/ 93. NOB-SUS/96, NOAS/2001 e 2002. E suas respectivas portarias: Resolução do INAMPS nº 258, de 07 de janeiro de 1991; Portaria MS/Nº 234, de 07 de fevereiro de 1992; Portaria MS/ Nº 545, de 20 de maio de 1993; Portaria MS/Nº 2.203, de 06 de novembro de 1996 e alterada pela Portaria MS/Nº 1.882 de 18 de dezembro de 1997; Portaria MS/Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002; Portaria MS/Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

¹⁶ Portaria/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. A Portaria/GM 699, de 30 de março de 2006, regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos.

Reforma Sanitária Brasileira, nos moldes em que foi inscrito na Constituição Federal. Este pacto objetiva garantir o SUS como uma Política de Estado: defendendo a saúde como direito, e a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que garante incrementos orçamentários e orçamento tripartite com responsabilidades e criando a carta dos direitos dos usuários do SUS. (ibid., p.16)

E finalmente, o Pacto de Gestão que, define as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social (ibid., p.18).

É importante ressaltar que o SUS é um sistema, formado por hospitais da iniciativa privada e do poder público, centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, conforme apontam os pactos descritos acima. Tem como gestor central o Ministério da Saúde, todavia participam também da sua gestão os estados, municípios e a comunidade. Portanto, podemos definir SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade (PAIM, 2009, p.44).

Outro ponto fundamental que é preciso ressaltar no Pacto pela Saúde foi o aperfeiçoamento das formas de financiamento. Antes de 2006, os repasses federais eram realizados em mais de uma centena de formas diferentes, com o pacto, o financiamento foi simplificado, estabelecendo cinco blocos de financiamento. Facilitando o controle através dos órgãos responsáveis. Esta forma de financiamento apresenta transparência de recursos que contribui sobremaneira para o controle social exercer sua função fiscalizatória.

O Conselho Municipal de Saúde passa a realmente se apropriar do processo de fiscalização da utilização dos recursos e garantir o uso dos mesmos na atenção básica. Período de tensão entre o Conselho Municipal de Saúde e a administração do Hospital Geral, que por ser uma unidade de média e alta complexidade, necessita de muitos recursos, comprometendo algumas vezes os recursos de outros blocos de financiamento. Neste período foi preciso que houvesse ampla discussão para que garantíssemos a lógica do cuidado integral. Não posso deixar de considerar uma marca negativa, o fechamento de duas unidades do Programa de Saúde da Família, apontando um retrocesso na rede de saúde.

Em 2011, o Decreto 7.508, aprimora os processos implantados pelo Pacto pela Saúde e regulamenta a Lei Orgânica da Saúde no que diz respeito à organização, ao planejamento, à

assistência e à articulação interfederativa do SUS, traz novos desafios à gestão do Sistema, particularmente o fortalecimento dos mecanismos e instrumentos de governança. Este decreto revigorou a discussão em âmbito nacional sobre os instrumentos gerenciais e os conceitos balizadores do planejamento do Sistema Único de Saúde, como, por exemplo: região de saúde, portas de entrada, comissões intergestores, rede de Atenção à Saúde, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

O principal foco deste decreto são as regiões de saúde buscando promover ações integradas na saúde, como exemplo pode citar as consultas e procedimentos organizados numa rede de serviços de forma hierarquizada, tendo a atenção básica como porta de entrada preferencial, a atenção básica como ordenadora do sistema.

Contaminados por um novo modelo de saúde que se vislumbra a partir do Decreto, que objetiva o fortalecimento da porta de entrada no SUS pela atenção básica, amplia-se a cobertura da Estratégia Saúde da Família, reabrindo as duas unidades de saúde fechadas anos atrás, ampliando e fortalecendo a atenção básica como porta de entrada do sistema. Contudo, o Hospital Geral e o Pronto Atendimento Municipal também atuam como porta de entrada do SUS. É habitual na população procurar atendimento apenas quando o agravo de saúde se torna urgente, apontando que se mostra necessário planejar uma intervenção, objetivando valorizar o cuidado à promoção da saúde, em busca de uma saúde integral.

Este decreto¹⁷ possui algumas inovações, dentre elas o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, que visa organizar a integração das ações e serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Este contrato é feito pelo município, estado e união é fundamental para pactuar as responsabilidades, as competências dos entes da federação. Nele, estarão explicitadas as responsabilidades de cada gestor. Este contrato é com a Região de Saúde, levando em conta as necessidades de saúde daquela população. Vale lembrar que, no artigo 5 do decreto nº 7508/11, todas as regiões devem ofertar: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Neste município o contrato está em processo de construção e pactuação.

O processo de construção do SUS, ainda apresenta muitos desafios, conforme aponta Feuerwerker,

[...] o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social,

¹⁷Decreto n. 7508/2011. Art. 34

especialmente considerando a situação de permanente disputa social em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e as maneiras de construí-la (FEUERWERKER, 2014, p. 71).

Tais desafios são marcados pela conjuntura complexa em que o país se encontra em relação ao contexto social, econômico e político. Tais como desigualdades socioeconômicas, desvalorização dos trabalhadores de saúde, falta de infraestrutura física e de profissionais, baixo investimento em educação permanente, modelos de gestão centralizados e verticais; além do desperdício, da ineficácia e ineficiência do sistema além da corrupção.

Nesta direção, os desafios municipais concordam com o cenário nacional, posso incluir ainda o uso eleitoreiro do acesso à saúde enquanto moeda de troca pela maioria dos candidatos a cargo legislativo e executivo municipal, contribuindo para produzir no usuário uma relação de dependência, colocando por terra muitas vezes o trabalho dos profissionais de saúde em garantir o acesso aos serviços. Tudo isso em um cenário em que existem serviços e as filas de espera para as ações de saúde municipais são relativamente raras.

As transformações no campo da Saúde inauguram novas questões, que introduzem uma mudança no modelo assistencial do país, disparam discussões e mobilizam ações críticas sobre a formação em Saúde, apontam a dicotomia entre a formação das profissões da saúde e o trabalho no campo da saúde pública, mais especificamente na assistência em saúde no SUS, que apresenta hiatos na formação deste profissional para o trabalho com o outro.

Vale neste momento, fazer um breve relato de como foi à construção do SUS neste território, além de compreender como a atenção a saúde de seus munícipes se deu neste território, sempre vinculado ao poder político.

2.2.2 O Território Micropolítico: algumas considerações históricas do município de São Sebastião do Alto/RJ e o lugar da saúde neste contexto

São Sebastião do Alto
Das montanhas posso ver
Perto do céu, teu ar é mais propenso
No trabalho e no lazer (JULIANO, 1998)

A sede do município fica no topo da serra conhecida na região como "Serra do Deus Me Livre", e revela uma cidade onde a tranquilidade é excessiva, conhecida como Mesopotâmia Fluminense.

As terras do atual Município de São Sebastião do Alto/RJ eram habitadas pelos índios Coroados e Goytacazes. Na segunda metade do século XVII, chegaram os garimpeiros atraídos pela constante procura de ouro nas margens dos córregos auríferos, sem sucesso. A grande maioria dos garimpeiros, logo se dirigiu para outras terras, restando um número reduzido que aqui permaneceu e desenvolveu a agricultura do café. Recebeu imigrantes italianos e suíços, que se dirigiram à região, atraídos pelo cultivo do café.

Município de características agrícolas. Produz atualmente hortaliças, no modelo de agricultura familiar de subsistência, e a produção é comercializada nas Centrais de Abastecimento do Estado do Rio de Janeiro (CEASA RIO). Os produtores rurais sempre influenciaram o comando político. Inicialmente pelos cafeicultores, com a queda do café houve também uma mudança política no município, outras lideranças surgiram em 1934, Dr. Hermes Ferro, médico do município, inicia-se na política com sua candidatura a prefeito pelo Movimento Integralista, apoiado pelos produtores rurais. Desde então esteve na liderança, sendo prefeito por seis vezes, e indicando seus sucessores em outras até 1988. Quando novamente indica um sucessor, também médico, que se mantém como líder até 2013.

É o único médico a atuar no município, no sistema de visita domiciliar, pois ainda não possuía nenhuma unidade de saúde. Em suas gestões passa a ter os primeiros Postos de Saúde, oferecendo consultas médicas e vacinação. Os casos que necessitassem de cuidados hospitalares eram encaminhados a municípios vizinhos.

Pela influência que o processo saúde doença possui na formação dos líderes do último século no município, tal bandeira passa a ter força política na visibilidade que o município possui na região, principalmente nas últimas décadas, quando outras fontes de renda passam a se escassear.

Em 1996, acontece o primeiro concurso público para a Saúde com característica multiprofissional, para profissionais de nível superior. Esta equipe chega a um município que está construindo a Saúde, com uma rede incipiente sem hospital, com características marcantes de transferência para outros municípios os casos que necessitassem de atendimento especializado ou apenas um cuidado mais intensivo.

Ainda situando a equipe de Saúde deste concurso, observamos uma característica muito peculiar: a maior parte dos profissionais que vão trabalhar no município são moradores de outros territórios e como estrangeiros trazem suas histórias. “Estrangeiros visitantes de um território que não habitamos. O território vai sendo explorado por olhares, escutas, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos” (BARROS; KASTRUP, 2009, p.61). Estes profissionais “estrangeiros” quando chegam desconhecem as leis, os costumes e hábitos deste

território. E trazem consigo suas histórias no percurso até este território, que de certa forma influenciam no modo de construir a Saúde. Pensam a construção deste modelo de saúde a partir de seus referenciais e do que acham que deveria ser o “melhor” para o outro, muitas vezes criando impasses e tensões, foi um período de grandes construções e desconstruções que no processo, ensinou muito mais aos profissionais como lidar com a comunidade.

A chegada destes profissionais não médicos é carregada do imaginário social de inutilidade. “O que estes outros vão fazer no município?” Referindo-se principalmente a psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social. Como não havia um lugar definido, a equipe multidisciplinar foi se constituindo profissionalmente a partir dos próprios ideais. Isso possibilitou a criação de um coletivo de trabalhadores que pensaram a Saúde no conceito da reforma sanitária, participando de todos os movimentos para a construção do projeto público de Saúde.

Tal projeto caminha em duas frentes: o modelo de Saúde centrado na cura de doenças, hospitalocêntrico que, em uma análise mais aprofundada, remete ao desejo de cuidado no território desta comunidade, que em sua história foi sempre excluída de seu meio quando precisava de cuidados médicos. E do modelo de Saúde de “encarnação do SUS”, onde buscamos o ideal de política pública de Saúde de responsabilidade territorial, acessibilidade e equidade. Estes dois coletivos conseguem dialogar, às vezes com algumas tensões, mas com muito respeito, pois o objetivo final é o cuidado à comunidade.

Estas tensões dizem respeito principalmente à hierarquia de prioridades municipais, tendo o hospital no centro da cena, o que salva a vida de todos. O grande feito da saúde. O sonho de anos da população, que fica registrado na literatura local, neste conto sobre a cidade: “curri cum ele (fio) prô Hospitá, mano ocê precisa vê qui belezura, quase qui eu me perdi lá dentro... é sala disso, sala daquilo [...] O pessoá daqui diz que num tem hospitá melhor nas nossas redondeza” (CASTRO, 2011, p.330).

O coletivo de trabalhadores entende que é necessário o Hospital, mas somente a atenção terciária não é a única possibilidade de saúde, é preciso construir um sistema de saúde em que garanta acesso e serviços em todos os níveis.

3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Todo mundo é sabido (MERHY, 2014).

A seguir contextualizo a Educação Permanente em Saúde, procuro compreender de onde surge este conceito, as influências na Política Nacional de Educação Permanente no SUS e os movimentos na humanização e integralidade do cuidado.

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DE ONDE SURGE ESTE CONCEITO?

“Não existe educação PARA o trabalho, mas somente educação NO trabalho”!
(EPS... , 2014a, p.3)

De muitos caminhos pode ter surgido este conceito. Para alguns autores (FEUERWERKER, 2014; CECCIN, 2005), o conceito de educação permanente surgiu na Europa no campo da Educação em iniciativas que envolviam educação de adultos em momentos de reestruturação produtiva no trabalho. Configura um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação¹⁸, que transformou a noção de recursos humanos, comum à administração e à psicologia organizacional

[...] para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar (CECCIN, 2005, p.162).

Para muitos educadores, este conceito se desdobra da Educação Popular a partir dos princípios de Paulo Freire na alfabetização de adultos em sua vasta obra (FREIRE, 1989). Dele provém o conceito de aprendizagem significativa. Aproxima a educação da vida cotidiana, reconhece que o trabalho, a vida comunitária também possuem um potencial educativo.

¹⁸Este movimento surge no bojo da Psicologia Institucional, busca apoiar processos de autoanálise e de autogestão em coletivos variados, favorecendo experiências de rupturas com as relações estabelecidas. O campo da educação se apropria deste conceito trazendo para o processo educacional o aluno para o centro, como protagonista das decisões da formação. (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2015, p.321)

A educação se efetiva também em outros espaços, com um formato diferente do escolar. A educação não formal, aquela que foge aos currículos escolares, acontece na família, no trabalho, na rua, no bairro, no clube, nas igrejas, sob a responsabilidade dos pais, dos vizinhos, da comunidade religiosa. Seu objetivo é desenvolver hábitos, atitudes e a socialização por meio das experiências no cotidiano. Segundo Freire, “não há educação fora das sociedades humanas e não há homem no vazio” (FREIRE, 1982, p.35).

É importante pontuar que educação e trabalho são atributos do homem. Segundo Saviani,

[...] o que o homem é, é-o pelo trabalho. A essência do homem é um feito humano. É um trabalho que se desenvolve, se aprofunda e se complexifica ao longo do tempo: é um processo histórico [...] Os homens aprendiam a produzir sua existência no próprio ato de produzi-la. Eles aprendiam a trabalhar trabalhando (SAVIANI, 2007, p. 154).

Neste sentido, o mundo do trabalho também é um espaço educativo. Outra questão a ser levada em conta é o espaço da educação não formal, que é um espaço múltiplo. É possível verificar que os espaços em que essa aprendizagem ocorre estão se diversificando cada vez mais na sociedade contemporânea.

Alguns autores defendem que o que se aprende tem relação com o local, com a interação entre as pessoas e com o momento

Qualquer processo educativo, dirigido a adultos, que se pretenda efetivo, deve ser desencadeado a partir da identificação de necessidades de aprendizagem por parte dos “educandos” e precisa dialogar com seus saberes prévios, tenham sido eles adquiridos sistematicamente por meio de processos educativos formais ou por meio de sua experiência cotidiana (FEUERWERKER, 2014, p.92-93).

A Educação Permanente em Saúde traz o cotidiano da saúde para a cena do cuidado, refletindo “que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (CECCIN, 2005, p. 261). Pode ser compreendida como a educação em serviço à medida que o cotidiano da prática em saúde acontece no aqui e no agora, no ato da relação do profissional/ equipe e do usuário,

[...] insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (ibid., p. 261).

3.1.1 A política de Educação Permanente no SUS e os diversos conceitos de Educação

EPS em Movimento

Lugar de incômodo
De afetar e ser afetado,
de transformação...

Lugar de descanso, nem sempre...

Lugar de ser, fazer, sem fazer, não ser...

Lugar de apoio, de desapoio Lugar de afeto, e desafeto

Lugar transitório, político, de carreira, sem caminho...

Lugar de encontros

Lugar de quê?

De nada,

de tudo,

DE PRODUÇÃO DE VIDA

(SOUZA, 2016)

Retomo a fala de Estamira, uma usuária do SUS, para iniciar esta conversa. “Vocês não aprendem na escola. Vocês copiam. Vocês aprendem é com as ocorrências” (ESTAMIRA, 2005). A partir desta colocação, de que os trabalhadores da saúde aprendem nos e com os desafios cotidianos, com as situações que acontecem no encontro entre a equipe de saúde e o usuário, compreendo um “distanciamento da formação de seus trabalhadores com relação às reais necessidades do SUS” (BRASIL, 2014, p. 5). Reconhecida pelo Ministério da Saúde, quando este percebe e “se ressentir com as dificuldades em prover, adequada e qualitativamente, as ações e os serviços demandados pelos cidadãos brasileiros” (ibid., p. 5).

Neste diálogo tomo outro aspecto da fala desta usuária sobre a formação, apontando a dicotomia entre teoria e prática: é o aprendizado no entre, nos acontecimentos e que são tomados por quem vive a experiência. É pessoal e coletivo. Pessoal, porque a experiência marca quem vive o momento, na pele; e coletivo, porque estas situações são compartilhadas na equipe e nos usuários, porque correm pelos corredores e escorrem nos cafezinhos e em algumas vezes, também, são discutidas nos encontros instituídos. Nas conversas com os trabalhadores da secretaria de saúde, uma fisioterapeuta diz que “*existem casos que vão além da sua formação, que você precisa de outro profissional, precisa da equipe multiprofissional*” (A.P. fisioterapeuta, 4), muitas vezes os casos extrapolam ao campo da saúde, vão a outras instâncias, apontando a necessidade do trabalho em equipe e intersetorial, porque se trata de pessoas e a vida é multiplicidade.

Desde 2004, o Ministério da Saúde vem formulando políticas, que serão descritas mais

à frente no texto, com um objetivo de construir uma articulação entre as instituições formadoras e o sistema público de saúde. Reconhece que tem sido um desafio permanente para os atores envolvidos com estas temáticas no Brasil, considera a educação “um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e os princípios e as diretrizes do SUS” (BRASIL, 2014, p. 5).

O Ministério da Saúde reconhece ainda, que é preciso “superar um histórico de atendimento apenas aos processos de educação continuada dos trabalhadores do MS com base nas demandas individuais de capacitação, em detrimento de ações de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2014, p. 5).

Sendo assim, a agenda de 2014, para a Educação Permanente em Saúde, aposta em

[...] fortalecer a Educação Permanente (EP) como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, ofertando ações coletivas de desenvolvimento aos trabalhadores, a partir dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho (ibid., p. 5).

Compreendo a educação permanente em saúde como:

[...] ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2012, p. 20).

A formação na área de saúde faz parte da competência do SUS, definida na Constituição Federal, em seu artigo 200, inciso III (BRASIL, 1988). Neste sentido, a Educação em Saúde é uma atribuição do SUS mesmo antes de sua constituição. Percebo que, como muitos outros setores, também a Política de Educação Permanente em Saúde é um grande desafio de implantação, principalmente no âmbito municipal, que é o objeto deste estudo.

Um dos desafios de implantação desta política está na importância dos trabalhadores tomarem para si a responsabilidade do cuidado integral. Na busca pelo cuidado a este usuário é importante que estejamos abertos a articulações com outros setores e a ficarmos desconfortáveis em nossos saberes. Como nesta situação em um atendimento de saúde mental, em que a equipe da Estratégia Saúde da Família nos procura para informar de uma usuária que a família não permite que ela saia de casa. Várias vezes as equipes do CAPS I e Estratégia

Saúde da Família (ESF) vão juntas à casa da usuária e não é permitido pela família que entremos. Poderíamos ter notificado ao judiciário e pedido ajuda das autoridades policiais. Não fizemos desta forma, insistimos, chamamos outros atores para nos ajudar a pensar estratégias, até que percebemos que entraríamos na casa através do cuidado com os animais. Convidamos a veterinária para nos acompanhar com a intenção de vacinar os gatos e cachorros. Por este caminho conseguimos entrar na casa e iniciar os cuidados à usuária, à família, à residência e também aos animais.

Para isso acontecer é preciso várias vezes nos deparar com nossas impotências, inseguranças e fragilidades. Sair do conforto do espaço estéril dos serviços de saúde, nos despir de nossos “saberes e poderes”, “*para que o processo de cuidado seja menos traumático e mais natural*” (U. veterinária, 4). Enfim, dar conta da nossa incompletude que advém da divisão dos saberes e das especializações que perpassam a formação do profissional de saúde.

Esta ação coletiva me faz pensar nas questões de EPS. O que vejo? O que penso que vejo? O que faço com o que penso do que vejo? Vimos uma situação, que a partir do olhar da equipe pensamos em intervir, pois entendíamos que a usuária necessitava de cuidados clínicos em saúde mental e vigilância sanitária. Fizemos ao nosso modo, na insistência e negociação, a partir do ponto que nos foi possível acessar, pelo cuidado aos animais. Produzimos uma rede ativa de cuidados em saúde, aprendemos com a situação no encontro entre os profissionais e com os usuários. Uma situação singular, um cuidado integral e um encontro que produz experiência. Não se repetirá. Cada um que participou deste momento teceu uma parte desta rede, e na medida em que teceu a rede, teceu em si outra possibilidade de trabalho em saúde. Marcou-se com esta experiência, produziu uma experiência única, que os constituirá como sujeitos que produzem cuidado ao outro. E que poderá ser acessada quando necessário.

Pensando nestas questões da EPS, penso que para além do fazer da situação em si, existe a construção de uma práxis. Os profissionais deste caso são sujeitos ativos em uma atividade sensível; então, trabalham no campo do possível como narrado acima, em busca de uma transformação das atividades em saúde, e neste sentido, transformam também a si e aos outros. “É na prática que o homem tem que demonstrar a verdade, isto é, a realidade, e a força, o caráter terreno de seu pensamento” (MARX, 1845, p. 5). Neste sentido, temos que não só nos ater a como aprendemos a fazer, mas, tomar o aprendizado como uma possibilidade, que se transforma na prática, não como uma repetição de um ato, mas de transformação. “A atividade humana só pode ser apreendida e racionalmente compreendida como prática transformadora” (ibid., p. 5). Trago aqui o conceito de práxis, conceito básico da

filosofia marxista, que significa

[...] a ação, a atividade, e, no sentido que lhe atribui Marx, à atividade livre, universal, criativa e auto criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico e a si mesmo; atividade específica ao homem, que o torna basicamente diferente de todos os outros seres (BOTTOMORE, 2001, p.292).

Quando falo desta aprendizagem na prática do trabalho, vejo necessidade de contextualizar, aqui, a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde¹⁹ que irá dar sustentação a esta prática no SUS. Com esta finalidade, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) o *locus* de formulação e gestão da política. Esta política é uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Tal Secretaria foi criada em 2003²⁰, com a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil, com o intuito de romper a segregação entre serviço e ensino, atuação profissional e formação, ressaltando o espaço de trabalho como produtor de saberes e práticas de saúde. Possui dois departamentos, o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS).

O DEGES é o responsável, entre outras atribuições, pela proposição e pela formulação de políticas relativas à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade, bem como pela cooperação técnica, financeira e operacional com estados e municípios (BRASIL, 2012, p.9-10). Propõe “a Educação Permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde” (BRASIL, 2004, p.7) Estas ações propiciaram iniciativas no SUS no campo da formação, aproximando as instituições formadoras aos serviços, apontando o desafio de avançar na consolidação do SUS, a partir do fortalecimento do sistema de saúde.

A portaria GM/MS n.1.996/2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cria ações de Educação Permanente em Saúde descentralizadas; define que as diretrizes regionais serão conduzidas pelo Colegiado de Gestão Regional com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, que são instâncias interinstitucionais e

¹⁹ Portaria GM/MS 198/2004.

²⁰ Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003.

intersetoriais que participam da elaboração, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009, p.7).

Buscando somar esforços e avançar no movimento de trazer a Educação Permanente para o centro das discussões no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde estabelece parcerias com a Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e com a Associação Brasileira Rede Unida. Este movimento, a partir da reflexão dos avanços e desafios da EPS, propõe fortalecer a Educação Permanente como dispositivo estratégico de gestão e de aprendizado no trabalho, com o trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2014, p.17).

Na região em que o município fim deste trabalho se encontra as ações de Educação Permanente em Saúde elaboradas regionalmente são muito incipientes. Contudo, neste município, alguns profissionais sensibilizados com esta temática participaram do curso de especialização em Educação Permanente em Saúde, oferecido pelo Ministério da Saúde através da UFRGS/UFRJ.

Avançando na implantação desta proposta de Educação Permanente em Saúde é aprovada a Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, que institui diretrizes para a Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

A pretensão neste trabalho, como já foi explicitada algumas vezes ao longo do texto, é compreender como os trabalhadores da saúde no território desta pesquisa se apropriaram do conceito de educação permanente em saúde como condição para o fortalecimento do SUS municipal.

Neste momento é necessário aprofundar o conceito de Educação não-formal como uma área do conhecimento em construção.

Este termo começa a aparecer no campo pedagógico no período conhecido como crise do sistema escolar (TRILLA, 1996). Tem como característica outro jeito de organizar e perceber a relação ensino-aprendizagem, educador-educando e a produção de conhecimento no processo educacional. Confere importância e relevância às ações da prática e dos saberes e fazeres cotidianos, inclusive no mundo do trabalho, onde os acontecimentos são dinâmicos, diferente do que conhecemos como Educação Formal. Cabe salientar que o surgimento da educação não formal não se dá com o objetivo de ocupar o espaço ou substituir o papel da educação formal e da informal, mas para dividir e partilhar os diferentes fazeres desse novo tempo.

A Educação não formal capacita as pessoas para se tornarem cidadãos do mundo, à medida que é aquela que se aprende “no mundo da vida”, nos territórios que acompanham a

as trajetórias de vida dos sujeitos, em locais onde há interações intencionais a partir do compartilhamento de experiências. Na educação não formal o grande educador é aquele com quem interagimos, o “outro”.

Os conteúdos emergem de situações que se colocam como necessidades, carências, obstáculos, enfim, nos mobiliza a compreensão. Situações que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde, não estão prontos, são construídos no processo, pelo grupo, têm alto grau de provisoriedade, e estão atrelados aos acontecimentos (GOHN, 2006).

Nesse cenário de múltiplas abordagens, destaca-se o conceito de GOHN (2010, p. 30) sobre educação não formal, “processo sócio político, cultural e pedagógico de formação para a cidadania, entendendo o político como a formação do indivíduo para interagir com o outro em sociedade”. A educação não formal é reconhecida como área da educação que não se limita a determinada faixa etária e trabalha com objetivos não definidos *a priori*. Esses objetivos são construídos a partir das práticas sociais e norteados pelo princípio geral de formação para a cidadania.

A educação não formal pauta-se por referenciais pedagógicos que promovam a autonomia dos sujeitos do processo ensino aprendizagem, de aprendizagem significativa e com a direção dada pelo sujeito, um processo em que o sujeito é o autor da direção a ser seguida, uma atitude ativa. Diverge da educação tradicional, influenciada pelo modelo mecanicista, fragmentado e reducionista, onde o estudante é um sujeito passivo a espera de cumprir um currículo definido *a priori*, onde não pode interferir.

Berbel, contribui na discussão afirmando que “as metodologias ativas têm o potencial de despertar a curiosidade, à medida que os alunos se inserem na teorização e trazem elementos novos, ainda não considerados nas aulas ou na própria perspectiva do professor” (BERBEL, 2011, p. 28).

Este referencial pedagógico tem o potencial de contribuir para uma formação de profissionais com competências para intervir no contexto de trabalho de forma crítica, coletiva e integradora (GIGANTE; CAMPOS, 2016, p.755).

A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo – de interdependência e de transdisciplinaridade – além de possibilitar a construção de redes sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora [...] (MITRE, et al., 2008, p. 2.134).

Berbel compreende que para colaborar na formação de profissionais com este perfil, “as Instituições de Ensino Superior têm lançado mão do que se convencionou denominar de

Metodologias Ativas” (BERBEL, 2011, p. 29), estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia.

Segundo Gemignani,

A metodologia ativa é uma concepção educativa que estimula processos construtivos de ação-reflexão-ação (FREIRE, 2006), em que o estudante tem uma postura ativa em relação ao seu aprendizado numa situação prática de experiências, por meio de problemas que lhe sejam desafiantes e lhe permitam pesquisar e descobrir soluções, aplicáveis à realidade. (GEMIGNANI, 2012, p.6)

As metodologias de ensino ativas, “partem do entendimento de que uma dada metodologia de ensino envolve a correlação entre cultura, Pedagogia, Estado, sociedade e escola, o que implica uma orientação científica e filosófica, sendo esta fundada em concepções antropológicas, políticas e éticas” (ARAÚJO, 2015, p. [1]).

Esta metodologia opera os processos ensino-aprendizagem a partir da problematização dos processos de trabalho no campo da saúde, como uma possibilidade para enfrentar os desafios de desenvolver a autonomia dos sujeitos envolvidos.

Alguns conceitos do campo da Educação não formal podem gerar dúvidas, pois muitas vezes são tratados como similares. São eles: os conceitos de educação em saúde, educação permanente em saúde, educação popular em saúde, educação na saúde e o conceito de educação continuada.

Tomo as definições apontadas pelo glossário temático construído pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como os conceitos colaboradores nas discussões desta pesquisa. Portanto, a Educação em Saúde,

[...] é o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades. Notas: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. (BRASIL, 2012, p.19-20)

Este conceito concebe o usuário enquanto parceiro na consolidação do SUS, pois ele passa de agente passivo de sua saúde à protagonista do modo que quer ser cuidado. Neste conceito não cabe tutela do profissional de saúde ao usuário. Cabe ao SUS a função de proporcionar espaços de discussão aos usuários para potencializar o controle social. É um conceito de diretriz política.

A Educação Popular em Saúde é o conceito que complementa a educação em saúde,

como um conceito de execução das ações em saúde, compreendido como “ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde” (ibid., p.20). Cito como exemplo, as Conferências de Saúde, como espaço de tomada de conhecimento pela população das ações de saúde, prestação de contas da gestão do SUS e espaço de pactuação da sociedade civil com a gestão pública. Outro exemplo são as ações de Promoção da Saúde, que são voltadas à capacitação na comunidade, compreendendo capacitação não como transmissão de conhecimento, mas ações que buscam atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, no incentivo a maior participação social, desenvolvendo e discutindo valores fundamentais como democracia, equidade, cidadania. Tais processos de capacitação devem acontecer em parceria envolvendo o Estado, a comunidade, a família e o sujeito.

A Educação na Saúde compreende “a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (ibid., p.20). Este é o conceito que define ações de formação dos trabalhadores da saúde, nos espaços formais de educação como as Universidades e Escolas Técnicas, e que são regidas pela diretriz curricular nacional da saúde. Dentro do conceito de Educação na Saúde estão os conceitos de Educação Continuada e Educação Permanente na Saúde.

A Educação Continuada faz parte da educação na saúde à medida que é uma prática educativa tradicional, com objetivo de recuperar conhecimentos e habilidades esquecidas ou ainda para acompanhar as mudanças do progresso científico, enfim, aquisição de mais informações. Neste sentido a Educação Continuada é “o processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele” (ibid., p.20), neste modelo se encaixam as capacitações, treinamentos e protocolos. Na educação continuada, primeiro se aprende para depois aplicar no trabalho. Neste modelo, há duas características marcantes, é dirigida a um público específico e a transmissão é fora do local de trabalho. Há uma verticalidade na proposta. Quem indica o que aprender é a gestão e o serviço.

A Educação Permanente em Saúde é um conceito estratégico, na medida em que busca a transformação na prática do cuidado. Nos anos 1980, a Organização Pan-americana de Saúde propõe a Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa é capaz da adesão dos

trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

[...] a Organização Pan-americana da Saúde nos anos 1980 propôs a Educação Permanente em Saúde como estratégia para a organização de processos educativos dirigidos aos trabalhadores da saúde. Partiam da evidência de que as “capacitações” tradicionais, organizadas de modo vertical e dirigidas indistintamente a públicos diversos, tinham baixíssimo impacto, ou seja, produziam poucas modificações nas práticas dos trabalhadores de saúde. (FEUERWERKER, 2014, p.93)

Todos os profissionais envolvidos no cuidado também são responsáveis pela gestão do mesmo, participando do planejamento e execução, refletindo sobre os contextos, identificando problemas e prioridades. Afinal, como nos ensina Paulo Freire, o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto. Ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, sua realidade e suas vivências (FREIRE, 1989).

A concepção da educação permanente em saúde é uma estratégia pedagógica transdisciplinar, transversal, descentralizada e ascendente. As ações educativas são construídas no cotidiano do trabalho, nas relações com os pares, na prática das equipes com o usuário. É o que acontece no trabalho que produz o conhecimento, ou indica a necessidade de buscar tal saber. Apresenta-se na problematização, na necessidade, na busca de produzir possibilidade de vida ao outro, na aprendizagem significativa. Busca “promover e produzir sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004, p.10). A saúde se produz em ato, desta forma, “o produto do trabalho em saúde só existe durante o próprio ato de sua produção e para aqueles que estão diretamente envolvidos no processo, como os trabalhadores e os usuários” (FEUERWERKER, 2014, p.96).

A lógica da Educação Permanente visa propiciar:

[...] a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2004, p.10).

Neste sentido busca a transformação nas relações, nos processos e atos de saúde, enfim, nas pessoas envolvidas no cuidado, fortalecendo as relações de trabalho e trazendo o trabalhador e o usuário para a responsabilização na construção da saúde.

É no espaço do trabalho vivo em ato que os trabalhadores reinventam, dia a dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde. É nesse espaço, privado por excelência, que ocorre a relação intersubjetiva entre trabalhador e usuário, que se constrói e se

reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido pelo menos para o trabalhador (FEUERWERKER, 2014, p.96).

As atividades educativas ocorrem, preferencialmente, por meio dos espaços coletivos

[...] A EPS vem para romper essa prática cartesiana, ao propor produzir conhecimento a partir da democratização do saber; por isso também é considerada uma ferramenta importante para a gestão de coletivos, pois apresenta um conceito e um fazer que se diferenciam dos processos de Educação Continuada [...] (VASCONCELOS, et al., 2009, p. 22).

Estas atividades educativas na lógica da educação permanente trabalham com a metodologia problematizadora, que parte das questões do cotidiano, dos desafios apresentados no trabalho, com equipes de profissionais em diversas áreas de atuação, enfatizando situações-problema. Tais atividades possibilitam reflexões críticas e articulam soluções estratégicas no coletivo, possibilitando criar oportunidades de “transformações efetivas nos processos de trabalho e a construção conjunta da autonomia dos sujeitos e das equipes, valendo-se do diagnóstico e do planejamento compartilhados” (BRASIL, 2014, p.11). Esse processo educativo pretende ir além da aquisição de conhecimentos e habilidades para enfrentar a fragmentação dos serviços e das ações em saúde, buscando o “desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas que favoreçam compromissos com o aprimoramento dos processos de trabalho” (ibid., p.11).

A aposta na construção de um novo modelo de relação e de interação entre atores, sustentado pelo diálogo, pelo respeito, pela igualdade e pela solidariedade, acontece nos processos de trabalho deste território e é o que move esta pesquisa.

Contudo, os termos Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada, apesar de terem sentido semântico diversos, não são distintos pelos trabalhadores municipais da saúde. A partir das conversas preliminares com os profissionais sobre o tema da EPS indaguei-me se esta confusão de conceitos tem seu embasamento no modelo hegemônico de educação formal onde prevalece a dicotomia teoria / prática.

Vale neste espaço compartilhar alguns trechos das conversas com os trabalhadores do SUS municipal, sobre educação permanente em saúde: “*educação permanente é... faz com que você se atualize pra oferecer o melhor em termos de saúde, porque hoje quem não se atualiza, em pouco tempo vai sair do mercado*” (M. Médico, 25). Este outro, “*Estou sempre fazendo cursos de atualização, tem as pós [...] a gente está sempre em estudo [...]*” (L. Psicólogo, 5) e ainda este que “*É eu entendi educação permanente como educação continuada, a educação que você dá continuidade naquilo que você está fazendo*” (G.

Enfermeiro, 3).

No acompanhamento dos processos de trabalho cotidianos durante a imersão no campo, observo que as práticas de cuidado já são pensadas a partir de múltiplas direções: a técnica, a cultura, a singularidade do usuário, pelos atravessamentos das relações de poder, enfim, na lógica dos conceitos da EPS.

Agora reproduzo a tabela abaixo, que apresentam de forma didática, as diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente, distinção conceitual que irá subsidiar a discussão dos dados da pesquisa.

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O conhecimento preside / define as práticas	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa)
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
<i>Modus operandi</i>	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção gestão - educação - controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

Tabela 1: Educação Permanente em Saúde - Proposta política do MS/SGTES/DEGES. Fonte: BRASIL, 2004, p.14-15

3.1.2 A integralidade no SUS como o princípio norteador da Educação Permanente em Saúde

A integralidade é uma diretriz que traz em si o significado ético-político do ‘cuidado cuidador’, de trabalho em rede. (FRANCO, 2007)

A Educação Permanente em Saúde emerge enquanto saber integrador, no bojo da construção do princípio de integralidade no Sistema Único de Saúde.

O princípio da integralidade apresenta uma potência e uma fragilidade, à medida que não é apenas um princípio e diretriz do SUS, mas transborda este espaço, transformando em uma bandeira de luta. É da ordem do desejo, e é uma construção coletiva. Ultrapassa os contornos do SUS e vai à sociedade, no sentido de recusar a fragmentação do sujeito. Este conceito se identifica com totalidade, que em uma construção social faz parte do ideário, pois não é alcançável em sua plenitude, é uma busca incessante. Sendo assim, é potente enquanto motor de busca e frágil na medida em que não é pleno.

A organização dos serviços de saúde, suas práticas e arranjos devem ser norteados pela integralidade, embora em muitos momentos a burocratização das práticas e a fragmentação da atenção ainda estejam presentes nos serviços, como práticas instituídas. Segundo Mattos, “sobre isso, cabe registrar que conhecemos ainda muito pouco sobre o sofrimento provocado por nossas práticas de cuidado e pelos nossos arranjos dessas práticas” (MATTOS, 2009, p.779).

A Educação Permanente em Saúde pode colaborar para colocar em análise as tensões, fazer com que as equipes reflitam sobre suas práticas de trabalho, além de colaborar na transformação das práticas dos serviços, em todos os níveis de atenção a saúde. O trabalho como atividade humana é ato gerador de afeto, de prazer e dor, satisfação e desgosto, é agente produtor de subjetividades.

À medida que os atos em saúde são produzidos, eles produzem no processo de trabalho o que Merhy diz, o *efeito pororoca*. Estas ações acontecem no encontro entre pessoas, são ações integrais, intersetoriais e multiprofissionais. Elas mexem e remexem, dobram e desdobram em novas possibilidades e retornam como outras possibilidades, outros desejos, outras necessidades, tanto nos usuários quanto nos trabalhadores, produzindo vida (MERHY, 2014). Esta produção de vida se dá à medida que os envolvidos nestes atos refletem e problematizam suas ações, buscam em suas experiências, teorias e situações vivenciadas, possibilidades ao cuidado, discutem estes atos em busca do melhor cuidado. Nestas

discussões todos podem e devem colaborar.

Franco e Merhy consideram que o trabalho em saúde tem como principal referencial simbólico o ato de cuidar da vida e do outro, este ato toma como objeto central a produção e defesa da vida e foca nas necessidades dos usuários e coletividades. A integralidade do cuidado é motor de produção de sentido neste trabalho.

[...] o ‘trabalho em saúde’ deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la (MERHY; FRANCO, 2006, p. 281-282).

A Promoção da Saúde se apresenta como um eixo de estruturação da integralidade, à medida que é uma abordagem definida “como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (MACHADO et al., 2007, p.336). A Promoção da Saúde, na prática das ações de educação, pressupõe que os indivíduos aumentem o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, em busca de transformar a realidade social e política.

Apresenta como uma responsabilidade que transcende o setor saúde. Para tanto é necessário, neste processo, a construção de ações intersetoriais no campo da saúde.

A importância das ações intersetoriais na promoção de saúde está posta neste campo, desde a 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, da Organização Mundial de Saúde, em Ottawa, no ano de 1986. No Brasil, a intersetorialidade vem sendo considerada como importante componente para a mudança do modelo assistencial e de reorganização da atenção à saúde, discutida com mais foco desde a implantação do SUS, em 1990 com a Lei 8.080.

Nas ações de Promoção de Saúde faz necessária a articulação com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde. A intersetorialidade passou a ser uma dimensão valorizada nas políticas públicas à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas nas políticas setoriais. A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A ação intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população em um determinado território. Esta é uma perspectiva importante, porque dá pistas para uma visão integrada dos problemas sociais e também para a sua solução.

A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses (JUNQUEIRA, 2000, p. 42)

A incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas trouxe a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns.

O ícone de transformação do modelo assistencial no SUS é a Estratégia Saúde da Família, que é o que se transformou hoje o Programa Saúde da Família (PSF), modelo inovador criado em 1994, com o objetivo de reestruturação do modelo de saúde centrado na doença, para um cuidado as famílias, compreendendo-as de forma integral. Requerendo neste momento,

[...] o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde. Dentre as ações do PSF, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos (MACHADO et al., 2007, p.337)

Na Estratégia Saúde da Família, a Educação Permanente em Saúde é abordada como estratégia fundamental, entendida de forma ampliada e não somente como antecipador dos problemas de saúde, como os cuidados em hipertensão e diabetes. Isso só ocorre quando a Promoção da Saúde é vista como um jeito de pensar e de fazer a saúde, entendendo o usuário em sua autonomia, contexto político e cultural, capazes de superar o instituído e serem os seus próprios instituintes de um modo de vida saudável (BUSS, 2003). Supera o saber científico, à medida que valorizam os saberes do senso comum, as experiências pessoais na forma de cada um cuidar da vida. Se a educação não se voltar à realidade do indivíduo ela não se realiza, pois extrapola o universo do qual ele faz parte. Assim, nas ações de prevenção dos agravos à saúde não é possível apenas se ater a cuidados na prevenção de apenas aquela doença isolada e seu tratamento, preocupa-se com a melhoria da qualidade de vida, empoderando estes sujeitos. Neste enfoque, a Educação Permanente em Saúde é entendida como uma atividade cujo intuito é o de facilitar a luta política pela saúde (VALLA, 2000).

Um exemplo de situação de empoderamento do usuário é o relato de uma profissional de saúde sobre a inserção social de um usuário que produz, a partir de uma situação, nova forma de circular na comunidade.

“Usuários que são tidos ou eram tidos como ameaças à sociedade, você vê essas pessoas hoje lidando no dia a dia, entrando nos estabelecimentos pela porta da frente sem serem vistos como uma ameaça, eu acho que isso é muito... muito gratificante. Acho que o trabalho, independente da profissão, eu acho que quando você vê a pessoa como um sujeito que pensa; que fala; que tem sentimentos e você lida com esse sujeito de forma como você gostaria que lidasse com você. Eu acho que é válido você ter essa pessoa na sociedade. Que muitas vezes a gente sabe que alguns são excluídos, pessoas que... sei lá, sujam, vamos dizer assim, o ambiente por serem, como exemplo, usuários de drogas, lícitas ou ilícitas, ou pessoas simplesmente que não gostam de tomar banho, mas quando você vê esse sujeito no meio de pessoas, de sociedade, eu acho que isso é gratificante e isso muitas vezes é reflexo de um trabalho feito dentro de uma unidade de saúde, formal, ou informal, de repente numa simples conversa com um profissional de saúde numa calçada pode surtir um efeito” (J. Fonoaudióloga, 19).

O relato aponta que a educação permanente não tem um espaço e um local definido para acontecer, acontece no encontro, no entre relações. Este exemplo mostra que ver o usuário em sua integralidade produz outras possibilidades, empodera-o para sua luta diária de inclusão na sociedade. Esta situação indica a integralidade do cuidado como ferramenta fundamental para o protagonismo do usuário, além de apontar uma rede de saúde ativa.

3.1.3 A Política de Humanização e a Educação Permanente em Saúde

Humanizar a saúde é reconstruir relações mais afirmativas dos valores que orientam nossa política pública de saúde. (PASCHE, 2009).

A Política de Humanização da Saúde, como a Política de Educação em Saúde estrutura e se fortalece a partir dos Pactos pela Saúde, que têm a pretensão de redirecionar os rumos do SUS. Neste sentido, ambas buscam pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A Educação Permanente em Saúde pode colaborar ampliando as possibilidades e estratégias no que tange a sensibilização dos trabalhadores na direção de um fazer mais humanizado e ético.

A Política Nacional de Humanização²¹ tem como princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre a atenção e a gestão em saúde, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos. Possui uma proposta estratégica de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de

²¹ Lançada durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde em Natal, no ano 2003.

controle social no setor saúde. A humanização, como política nacional, tem como algumas de suas implicações: a troca e a construção de saberes, o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, o compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de Educação Permanente.

As diretrizes da Política de Humanização da Saúde são: o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador. Estas diretrizes são comuns à Educação Permanente em Saúde.

Neste sentido a Educação Permanente em Saúde vem colaborar efetivamente com a humanização dos processos de cuidado e trabalho em saúde, à medida que estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do trabalhador em saúde, com postura crítica. Partindo da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e o que precisa ser transformado, ambas têm os mesmos princípios e possuem objetivos em comum, refletir e intervir nas práticas de saúde.

A seguir discuto os conceitos que contribuem para a Educação Permanente.

4 OS CONCEITOS QUE ME AUXILIAM A TECER A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Com o tempo descobriu que
 escrever seria o mesmo
 que carregar água na peneira.
 No escrever o menino viu
 que era capaz de ser noviça,
 monge ou mendigo ao mesmo tempo
 (BARROS, 1999).

O campo da Saúde é o território da Educação Permanente enquanto um espaço de potência para produzir o encontro entre sujeitos envolvidos no cuidado com o outro. Para que seja possível esta discussão, é necessário, neste momento, discutir alguns conceitos que serão fundamentais, para articular o processo que se apresenta. Adoto os conceitos de *cuidado*, *encontro e experiência* como fios para tecer a Educação Permanente em Saúde. Tais conceitos subsidiarão as discussões da Prática de Cuidado em Saúde na criação de redes ativas.

Estes conceitos na Educação Permanente em Saúde são como os *fios da trama* do artesão que o auxilia na produção de sua obra, mas não produz. Precisa da habilidade do artesão. Com eles podemos tecer um trabalho, pois são o meio necessário a esta produção, mas necessita da habilidade do artesão, para a construção de um trabalho singular.

Alguns impasses quanto a denominar estes conceitos me tocaram, à medida que, na literatura, dois conceitos similares se apresentam: o conceito ferramenta de Merhy, que aparece em grande parte dos escritos sobre EPS e o conceito de intercessores de Deleuze.

Uma pequena reflexão sobre cada um destes conceitos poderá colaborar para sustentar mais um caminho.

A princípio pensei em usar o conceito de *intercessores* de Deleuze, por serem mobilizadores do pensamento, são eles que fazem o pensamento girar, movimentar, criar os problemas, fazer o pensamento agir. Aproprio-me de Brito em suas colaborações para compreender o pensamento em Deleuze:

[...] para que o pensamento crie são necessárias as ligações, as conexões, os agenciamentos; assim, o esforço, agora, não é para encontrar a causa, mas o entre. Tudo deve passar entre dois, três, sempre pelo meio. É por isso que para o autor o essencial são as ligações, as correspondências, as intensidades (BRITO, 2013, p.2).

Na Educação Permanente em Saúde, na prática do cuidado, as singularidades acontecem no *entre*, em como cada sujeito que se coloca no encontro, no cuidado. Interess-

me como estão presentes os sujeitos, muito mais do que a técnica utilizada. Então, para pensar as práticas da Educação Permanente em Saúde, é preciso fazer o pensamento girar, circular nas situações que se apresentam deixá-lo flutuar, fazer seu próprio movimento. Deixar os intercessores em suas multiplicidades, seguir suas entradas e saídas, seus caminhos e descaminhos, as interferências, dons ou captura. Acredito que este conceito me sirva.

Vou pensar na terminologia de *conceito-ferramenta* por ter me afetado com ele durante as leituras da EPS. Sou apresentada a este conceito “como elementos que nos levem a pensar e a produzir, em ato, arranjos que ativem a mudança” (ABRAÃO; MERHY, 2013, p. 315). Na medida em que, no ato do processo de cuidado em saúde o trabalhador faz conexões com suas experiências e vivências, o pensamento circula, não é um cuidado linear, e fixo como muitas vezes nos é ditado pelos manuais de terapêutica, mas precisa ser arranjado em sua singularidade. Neste sentido, entendo que este conceito surge a partir do conceito de *intercessores*, de Deleuze e Guattari que apresento acima. Merhy e Abraão recebem influências destes autores quando dizem que “entendemos que todo conceito remete a um problema, problemas sem os quais não teria sentido, e que só podem ser isolados ou compreendidos na medida de sua solução” (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 27-28 apud ABRAÃO; MERHY, 2013, p. 315).

Neste sentido, os autores compreendem que agem sobre os conceitos. Busco compreender este modo de pensar, refletindo, por exemplo, para pensar as produções de vida no campo da saúde, em que utilizo o de conceito de cuidado, que pode ser o ato de tratar alguém, ou o cuidado na dimensão holística do termo. São dois modelos diferentes. No primeiro, produzi um cuidado onde o indivíduo foi atendido em sua dor; em outra perspectiva, o cuidado não é ação fim, ele é fio da trama, está no entre, no modo como se opera dentro da relação usuário profissional, produz modificações em ambos, cria movimentos de vida.

Nesta ordem de variações, os conceitos-ferramentas, em seu devir, se inscrevem como potência de produção de conexões e remetem a outros conceitos, produzindo ecos e ressonâncias. Com esta imagem se desenha uma provocação, operando na construção de uma formação em saúde mais próxima das questões do viver. Produzir, no encontro usuário-profissional de saúde-aluno-professor, intercessões com redimensionamento e alargamento do modo de andar a vida e do cuidar de si (ABRAÃO; MERHY, 2013, p. 317).

Parto da conversa entre Deleuze e Foucault sobre a teoria e suas aplicações para sustentar que estes conceitos, que uso como similaridade aos *fios da trama*, são meios de produzir um trabalho, na educação permanente. Só farão sentido a partir de uma teoria / prática local.

[...] uma teoria é sempre local, relativa a um pequeno domínio e pode se aplicar a um outro domínio, mais ou menos afastado. A relação de aplicação nunca é de semelhança. Por outro lado, desde que uma teoria penetre em seu próprio domínio encontra obstáculos que tornam necessário que seja revezada por outro tipo de discurso (é este outro tipo que permite eventualmente passar a um domínio diferente). A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro (FOUCAULT, 2000, p. 41).

A proximidade com a obra de Deleuze faz com que eu me sinta empoderada, talvez ainda que não com toda competência, a criar um conceito singular, que tenha sentido para mim e não me apropriar do que outros pensaram:

O filósofo é o amigo do conceito, ele é conceito em potência. Quer dizer que a filosofia não é uma simples arte de formar, de inventar ou de fabricar conceitos, pois os conceitos não são necessariamente formas, achados ou produtos. A filosofia, mais rigorosamente, é a disciplina que consiste em criar conceitos. [...] Criar conceitos sempre novos é o objeto da filosofia. É porque o conceito deve ser criado que ele remete ao filósofo como àquele que o tem em potência, ou que tem sua potência e sua competência [...] Para falar a verdade, as ciências, as artes, as filosofias são igualmente criadoras, mesmo se compete apenas à filosofia criar conceitos no sentido estrito. Os conceitos não nos esperam inteiramente feitos, como corpos celestes. Não há céu para os conceitos. Eles devem ser inventados, fabricados ou antes criados, e não seriam nada sem a assinatura daqueles que os criam (DELEUZE; GUATTARI, 1993, p. 13).

Proponho neste trabalho a nomear esta dimensão acima exposta, com o conceito de *fiões da trama*. Uma nomenclatura que parece mais com este trabalho que a sugerida pelos autores com quem dialogo, por estar no meio da trama, entremeadada aos processos de tessitura. Muito embora este conceito pudesse ser nominado a partir de outras categorias, como conceitos ferramentas, e intercessores, e conceitos meio, e *fiões da trama*. O que espero é que possam fazer meu pensamento criar os problemas que me movem na tessitura dos movimentos da Educação Permanente em Saúde em São Sebastião do Alto/RJ. Vou pensar sobre eles... E pretendo pensar a partir deles.

4.1 O CUIDADO COMO DIMENSÃO INTEGRADORA

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil" (BOFF, 1999, p.46).

Início este ponto com a fábula do cuidado, porque nos remete a uma literatura onde o cuidado é uma categoria filosófica. Neste sentido comungo com Leonardo Boff em seu conceito de cuidado, como um modo de ser que está na constituição do ser humano, e a privação do mesmo implicam na desestruturação do sujeito. "Não temos cuidado, somos cuidado" (BOFF, 1999, p.89). Esta foi a direção que tomei quando a seguir discutir mais especificamente a prática de cuidado em saúde. Entretanto, é necessário atentar que representar o conceito de cuidado é uma tarefa árdua. Compreendo o que se quer dizer por cuidado, porém não posso representá-lo, isto é, não posso transformá-lo em objeto.

Para tanto, é necessário discutir o conceito de cuidado enquanto fundamental à organização da vida humana e, neste sentido, caminho de mãos dadas com os autores BOFF (1999) e HEIDEGGER (2005) para colaborar nesta direção.

Logo, o cuidado, como aponta Boff, "é uma forma de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas" (BOFF, 1999, p.92).

Nesse sentido, apenas podemos compreender o mundo e suas relações a partir de uma visão holística e complexa, na medida em que o homem é um ser indissociável, pertencente a uma cultura, família, território, com sentimentos, experiências, crenças e valores que o fazem singular. Isso se dá em contraponto com a visão mecanicista e reducionista do mundo e da

vida, que tenta explicá-lo como uma máquina, compartimentalizando-o, excluindo sua história e sua singularidade; visão muitas vezes presente nos cuidados em saúde, que reduz o ser humano, em busca de uma compreensão, visão decorrente do paradigma cartesiano-newtoniano, que se tornou hegemônico da ciência no período moderno. Pretendo aqui fazer um contraponto a esta visão cartesiana.

Heidegger define a expressão ser-no-mundo referindo-se a um “fenômeno de unidade, impossível de dissolvê-la em elementos, não excluindo a multiplicidade de momentos estruturais que compõem” (HEIDEGGER, 2005, p. 90), ainda complementando sobre esta expressão “uma constituição necessária e a priori da presença, mas de forma alguma suficiente para determinar por completo o seu ser” (ibid., p.91). Entende a estrutura relacional do ser humano enquanto “um ente que está num outro” (ibid., p.90).

A compreensão de mundo que fundamenta este trabalho compreende-o a partir de uma visão holística, comunga com o pensamento de Boff na busca de entender o mistério do ser humano, “a partir da ética da responsabilidade, da solidariedade e da compaixão, fundada no cuidado, no valor intrínseco das coisas, no trabalho bem feito, na competência, na honestidade e na transparência de intenções” (BOFF, 1999, p.25).

O cuidado encontra-se em oposição ao descaso, é mais que um ato, é uma atitude, um modo de estar no mundo, somente surge quando a existência do outro passa a ter importância. Neste sentido, o ser de cuidado é, portanto,

[...] um ser-no-mundo-com-outros, sempre se relacionando, construindo seu habitat, ocupando-se com as coisas, preocupando-se com as pessoas, dedicando-se àquilo que lhe representa importância e valor e dispondo-se a sofrer e a se alegrar com quem se sente unido e ama (ibid., p.35).

A palavra cuidado origina do latim *coera*, indica uma atitude de desvelo, por pessoas e coisas. Tal atitude pode ser compreendida pelo “modo de fazer na vida cotidiana”, que recebe influências do espaço-tempo em que aquele sujeito está inserido e da forma de se relacionar no mundo.

O ‘cuidado’ consiste em um modo de agir que é produzido como ‘experiência de um modo de vida específico e delimitado’ por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em ‘práticas’ de ‘espaço’ e na ‘ação’ de ‘cidadãos’ sobre os ‘outros’ em uma dada sociedade (PINHEIRO, 2006, p. 73).

Este conceito nos apresenta, *a priori*, enquanto um conceito distante nos tempos atuais de fluidez das relações, e mais especificamente quando trazemos para a prática em saúde no SUS, tão decadente, impessoal e dura no modo de cuidar, embora entenda que este Sistema,

que está em construção, é feito de pessoas e estas pessoas são únicas e possuem múltiplas formas de se relacionar com o outro, podendo imprimir outras possibilidades de saída ao impasse que se apresenta. O cuidado singular ao outro.

4.2 A EXPERIÊNCIA E OS SABERES QUE ELA PROMOVE

As coisas não querem mais ser vistas por pessoas razoáveis. Elas desejam ser olhadas de azul – Que nem uma criança olha você de ave (BARROS, 1993, p. 5).

Pretendo neste tópico pensar de que forma a *experiência* produz saberes, mas antes de tudo é necessário refletir o que compreendo sobre a experiência e qual o referencial teórico servirá de inspiração neste ponto.

Para trilhar este caminho me aproprio de Larrosa como referência na definição de um termo que não é uma realidade e, por isso, não é fácil de definir, embora vamos tentar fazer isso, a partir das diversas formas de expressão.

A experiência é algo que (nos) acontece e que às vezes treme, ou vibra, algo que nos faz pensar, algo que nos faz sofrer ou gozar, algo que luta pela expressão, e que às vezes, algumas vezes, quando cai em mãos de alguém capaz de dar forma a esse tremor, então, somente então, se converte em canto (LARROSA, 2016, p.10).

Neste sentido compreendo a experiência, desta forma não metafísica, como algo que me desassossega, me tira o chão e/ou me inunda de dúvidas e pensamentos. A experiência, por ser da ordem do sentir, produz marcas, e se marca. A partir delas, não saio deste acontecimento como cheguei, trago algo em mim. E antes dela, nada sei sobre o que pode ser.

O acontecimento é comum, mas o que fazer disto que o acontecimento produz? Como me afeto com o que me marca? Em um acontecimento pode haver várias pessoas, mas a experiência que este acontecimento produz em cada um ou em alguns é única. Esta experiência que me inunda e precisa de uma expressão, de uma forma, e de dar esta forma, só se dá a partir de quando penso sobre a experiência em mim. E, como humanos que somos, é pela palavra e através dela que damos sentido ao que nos acontece. É através dela que transformamos o acontecimento em experiência. E cada um tem a sua experiência. Ela é singular e impossível de ser repetida. É única, mesmo que os acontecimentos se repitam, a experiência é única.

As experiências nos marcam nos sentidos. Quando pensamos em um acontecimento que nos atravessou, por exemplo, um parto... Lembro-me do cheiro daquele parto específico que me marcou, do cheiro do perfume floral e dos sentimentos desta experiência, que é resgatada sempre que sinto este cheiro. Segundo Larrosa, o sujeito da experiência é um sujeito “ex-posto”, aquele que se expõe com tudo o que esse modo de ser tem de vulnerabilidade e risco. Na experiência contém a inseparável dimensão de travessia e risco (LARROSA, 2016, p.26-27).

Neste sentido “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece ou o que toca” (ibid., p. 18). Então, nem tudo que se passa na nossa vida nos acontece, nos treme e toca. Precisamos nos expor.

Não sabemos quando, como, onde, ou porque algo irá nos afetar em nossa vida cotidiana, mas temos permanentemente a certeza de que algo surpreendente poderá acontecer, a qualquer momento, em qualquer lugar. Esta certeza, contida na incerteza, é parte do que torna a vida bela, é parte do que nos põe em movimento diariamente (LACERDA, 2016, p. 84).

A experiência não se dá na pressa, na atividade, na informação, ela se dá na passividade, na interrupção.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (LARROSA, 2016, p. 25).

A experiência precisa do acontecimento que nos toca e também da possibilidade de se expor, de singularizar o acontecimento. Na Educação Permanente, a experiência nos é cara, à medida que colabora em aflorar em nós a possibilidade de viver o momento, vivê-lo em sua finitude, devagar.

Nos dias atuais, na sociedade neoliberal que se preocupa mais com o a produção e o acúmulo, com a informação, com a aceleração do tempo, o excesso de estímulos, todos correndo atrás do tempo, perdemos muitas experiências, porque não temos espaço para elas, quando não nos permitimos interromper o que fazemos sem pensar, escutar os sons da vida, sentir os aromas do cotidiano. “Enquanto não se frear esse trem, não será possível inventar finalidades outras que não a produção pela produção, o lucro pelo lucro e essa espécie de racionalidade capitalista que nos enlouquece literalmente” (PAL PELBART, 2014, p.1).

Trazendo estas reflexões para o mundo do trabalho na saúde, observamos que repetimos procedimentos e condutas sem muitas vezes parar para nos expor a nós mesmos e ao outro que está naquele encontro, criando distância da experiência e do cuidado.

Valorizar a experiência de cada sujeito envolvido no cuidado – seja esta experiência produzida no convívio cotidiano, na produção científica ou no saber da cultura – é fundamental para trazer ao cotidiano do trabalho os modos de ser no mundo destes que estão no processo de cuidado, sem hierarquias de valoração das experiências, sem minorizar cada pessoa que está naquele momento.

A experiência promove saberes à medida que estará presente em nós, nos afeta e nos auxilia a pensar nossa relação com o mundo, seja no “mundo da rua”²² ou no “mundo da casa”²³.

Estas experiências que adquirimos no decorrer da vida, vão contribuir nas nossas relações no mundo. Mais do que isto, a saúde, que é processo de construção, só pode acontecer nos espaços das experiências, dada sua integralidade, sua singularidade e o tempo interno de cada pessoa.

4.3 A POTENCIALIDADE DOS ENCONTROS

No trabalho, assim como na vida, estamos sempre efetuando encontros com outras pessoas. Encontros que buscamos e desejamos e outros que são inesperados. Seja de que forma for, não conseguimos escapar deles, dos encontros. (EPS... , 2014b, p.13)

Início falando do cuidado e da experiência. Ambas são impossíveis sem que pensemos na força dos encontros. E quero começar com uma cena do meu cotidiano. Uma trabalhadora/usuária chega como que por acaso, à minha sala, no serviço de saúde, procura uma colega e iniciamos uma conversa informal quando esta diz: *“Vou me sentar aqui e falar um pouco... Sabe, estou com câncer de mama, mas estou bem”*. Divide comigo seus

²²O Mundo da Rua é o espaço reservado ao movimento, ao perigo, à tentação, ao logro. Na rua, as pessoas são indiferenciadas e desconhecidas, referimos a elas em termos genéricos (como “povo” e “massa”). É o lugar da luta (trabalho ou batente), da batalha, onde a “dureza da vida” pode ser mais bem percebida ou sentida. “É o mundo tenebroso da selva de pedra” (DAMATTA, 2001, p. 92).

²³O Mundo da Casa (Espaço Privado) pode ser definido como o local da moradia, da calma e da tranquilidade. É o refúgio, onde sou membro perpétuo, em casa somos únicos e insubstituíveis. “Tudo em casa é belo, bom e decente” (DAMATTA, 2001, p.149).

sentimentos e preocupações com a forma que está lidando com o acontecimento. Neste momento, recorro que estivemos juntas dias antes, numa situação similar, que transcorreu de forma diferente: conversamos amenidades.

Neste encontro, percebo que nós duas possuímos desejo de algo, buscamos as coisas que temos em comum: nosso interesse em compreender o que se passa, em acolher a dor. “Esses encontros entre trabalhadores e usuários são vistos, sentidos, pensados e recheados de afetos” (EPS..., 2014b, p.1).

Este encontro que se dá no momento que escrevo o texto, vai colaborar para comentar a potencialidade dos encontros à luz de Deleuze e Espinosa.

Como disse anteriormente, a experiência nos acontece, e muitas vezes ela acontece nos encontros de sujeitos pela vida afora. Estes encontros de sujeitos produzem afecção, ou seja, afetam um e outro e cada um, de um modo. O ato de encontrar produz energia, potencializando as relações. Quando um corpo sofre a ação de outro corpo, ocorre o que Deleuze, concordando com Spinoza, chamam de afecção: é uma mistura de corpos em que o corpo age sobre outro e este recebe as relações características do primeiro (DELEUZE, [201?]). Ainda que a afecção seja um estado menos emancipatório, tendo em vista que alguém é passível dos afetos de outro alguém, entendo que não há encontro sem ação de corpos.

Este encontro produz em mim várias questões sobre a prática do cuidado. Aponta o encontro como uma situação que move afetos, lida com o inusitado. Não há agendamento prévio, protocolo ou norma a ser seguida, há apenas duas pessoas que se escutam, falam e sentem sobre uma situação e no fim do encontro são pessoas afetadas por seus corpos que estão ali.

Spinoza me ajuda a compreender esta arte do encontro que move a vida, que ele denomina de *connatus*, são os bons e maus encontros que vão nos potencializar (SPINOZA, 2009). Nesta alternância de bons e maus encontros, este autor compreende os bons encontros como aqueles que nos deixam felizes, nos potencializam para produzir mudanças na vida. Um bom encontro é aquele em que o corpo que se relaciona e que se mistura com o nosso, combina com ele, compõe uma relação. Os maus encontros são aqueles que nos deixam tristes, no sentido de que diminuem a potência. Quando no encontro, esse corpo não combina com o nosso, ele tende a decompor ou destruir a relação específica do nosso corpo. Neste trabalho tomamos o conceito dos bons encontros, no sentido de produzir potências para aumentar a nossa capacidade de existir, aumentar a capacidade de afetar e ser afetado. Mas acreditamos, como Spinoza, na importância de que ao tais afetos não apareçam como efeitos sem causas em nossas vidas, mas, ao contrário, que compreendamos as causas destes afetos.

Quando reflito sobre o acontecimento, recordo-me do encontro anterior e acredito que provavelmente já vivia esta situação de adoecimento, mas não revelou. Penso: o que mudou hoje? Eu estar aberta à conversa, ela querer dividir com o outro ou o inusitado? Qual o papel do profissional, oferecer cuidado, tratamento, propor procedimento, estabelecer uma relação terapêutica? Neste momento, o meu trabalho/encontro foi acolher, ouvir, me afetar com a situação, estar plenamente presente ao momento, deixar um canal aberto, um lugar para voltar se precisar. Estes encontros são possíveis à medida que estar no trabalho é estar integralmente todo o tempo disponível. Muito mais do que estar produzindo é estar aberto ao acontecimento relacional.

Pensando nas várias formas de fazer/praticar saúde... De um lado, o modelo hegemônico do trabalho por procedimento, onde o profissional, no fim de sua jornada, apresenta um boletim de produção diária dos serviços de saúde²⁴, repleto de ações de saúde, e o usuário espera um atendimento que também gere procedimentos, tais como, medicamentos, exames diagnósticos e encaminhamentos. Em contrapartida, este encontro mostra uma situação de saúde em que não se produz palpavelmente nenhum procedimento. Não há medicamentos, exames, nem encaminhamentos; muitas vezes nem registro de ação de saúde, mas foi um encontro que produziu saúde em sua forma mais plena. Foi o que Spinoza refere sobre os bons encontros: promoveu vida em mim.

Esta noção de encontro, como nomeia a experiência, é um dos *fiões da trama*, caro à Educação Permanente em Saúde, na medida em que, nestes encontros, vamos aprendendo a selecionar e a compor com outros sujeitos, possibilidades singulares de cuidado. É uma grande arte. Em outros termos, por meio dos bons encontros, nós nos aproximamos daquele ponto de conversão que nos permite agir; ter ações, desdobrar nossa potência de agir, nosso poder de afetar, nosso poder de sermos a causa direta das nossas ações, para produzir possibilidades outras aos usuários destes serviços de saúde.

No olhar do gestor, o trabalhador de saúde exemplar é o que produz e comprova o trabalho, relacionado com eficiência, é o que produz procedimento, mas também produz ausência do usuário, na medida em que este usuário não é visto e nem ouvido como um ser singular. É o que fala Boaventura de Sousa Santos sobre a produção das inexistências, na medida em que este usuário não existe para o sistema. É apenas mais um que chega, fala de sintomas e sai com uma prescrição (SANTOS, 2002, p. 247). Estes são os muitos maus encontros produzidos, na medida em que nos despotencializamos, quando somos paralisados

²⁴ Boletim de Produção Diária de Saúde é um documento onde o profissional registra todas as ações realizadas para subsidiar o faturamento financeiro dos procedimentos.

por relações de poder.

No que tange aos encontros no território da pesquisa, vários encontros se deram e ainda acontecem produzindo transformações no cotidiano. São os encontros de almas, dos profissionais que vieram de vários lugares com suas histórias e neste encontro produziram mudanças em si e nos outros e na forma de fazer saúde. Produzimos alguma experiência que nos move a buscar saídas outras ao momento vivido.

Esta forma, como me apresento neste encontro de saúde, é técnica à medida que faz parte da minha competência profissional a empatia, que está descrita nos manuais e normas do SUS, como uma habilidade do profissional que está neste sistema. A empatia, como as habilidades do conhecimento científico, fazem parte do trabalhador de saúde, não são inatas, é aprendida, treinada, infinita e sistematicamente construída nestes encontros e experiências que vamos colecionando no nosso percurso pela vida.

Na vida, produzimos muitos encontros, que podem ser físicos, mentais e emocionais. São estes encontros que singularizam a vida de cada pessoa. Outro aspecto que singulariza nosso trabalho, nas cidades pequenas, é o encontro com usuário no cotidiano da cidade, outra experiência que acontece frequentemente. Este com quem encontro está em muitas relações comigo, como vizinho, comerciante do único restaurante da cidade, professor e usuário do SUS. Encontramos no banco, no restaurante, no trajeto diário até ao serviço, nas “caronas”²⁵. “Em cidades pequenas, o tamanho do lugar favorece a que as pessoas se encontrem várias vezes, em diversos lugares e espaços sociais” (LACERDA, 2016, p.93), transportando as práticas de cuidado em saúde, nos encontros pela cidade, para o território. “A certeza de que irá cruzar com pessoas conhecidas predispõe o sujeito a olhar para o outro, porque sabe – e sabe bem – que sua rede de relações está sempre ali, ao alcance do olhar” (ibid., p.93). Esse convívio com pessoas que se conhecem e reconhecem, também é uma condição positiva do cuidado. Permite aos sujeitos deste encontro estar mais próximos e mais conhecedores das suas necessidades, auxilia na produção das redes de proteção e cuidado mais efetivas e próximas. Neste momento irei aprofundar na discussão da criação de redes de saúde ativas a partir da prática singular do cuidado em saúde.

4.4 A ARTE DO ENCONTRO: A PRÁTICA DE CUIDADO EM SAÚDE NA CRIAÇÃO DE REDES ATIVAS

²⁵Transporte solidário habitual nas cidades pequenas do interior desta região, onde o transporte público é precário e as distâncias para a zona rural são longas.

A única finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de uma subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo. (GUATTARI, 1992)

Pretendo discutir a construção do cuidado em saúde de forma integral, tomando-o como o encontro entre trabalhador/trabalhador e usuário/trabalhador, no ato do encontro, naquilo que acontece no entre, em corpos que se afetam. Nesta pesquisa, privilegio a compreensão de que a produção do cuidado transpassa o campo da saúde, indo além dos espaços delimitados nos estratos formais de assistência a saúde, quais sejam, a promoção, prevenção e a assistência. Levo a discussão para além do plano terapêutico, das ações e tecnologias.

Trago o afeto, os sentimentos, os juízos de valor sobre o sistema de saúde, sobre a pessoa que cuidamos, enfim, todos os sentimentos que produzimos quando estamos na prática de cuidado. Diferentes saberes que são materializados em instrumentos, como o estetoscópio e os protocolos que os profissionais levam para o encontro, mas também saberes sobre o modo como organizamos a vida, elemento que também faz parte da singularidade tanto do profissional como do usuário. Estes são elementos que produzem as conexões que Merhy e Franco nomeiam como o trabalho vivo em ato, isto é, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY; FRANCO, 2006, p.282).

O trabalho vivo possui uma dinâmica com grandes doses de tecnologia leve²⁶, nos revelando um mundo de possibilidades inventivas, não estruturado, que valoriza a criação. Este modo do trabalho colabora para a construção de redes de saúde ativas.

Tais redes são construídas no cotidiano, nas relações entre as pessoas implicadas no trabalho em saúde. São redes flexíveis que se constroem e reconstroem na singularidade de cada usuário que circula nela.

Difere da rede formal da saúde, que é composta por equipamentos que estão interligados através de protocolos e contratualizações, que são equipamentos estáticos. Esta rede formal toma o diagnóstico como soberano e, neste sentido, os sujeitos com estes

²⁶As Tecnologias do cuidado segundo Merhy (2004a), são três: as tecnologias duras, que são as máquinas, aparelhos, documentos e conhecimentos compartimentados, descolados do contexto e do território, externos ao cuidado com o outro; as tecnologias leves duras, a epidemiologia, e a saúde coletiva; e as tecnologias leves, as ações de cuidado em ato, nas relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado. Este conceito será aprofundado, quando analisar a trajetória do Colegiado de Coordenadores I.

diagnósticos passam a ser invisíveis à medida que o diagnóstico sobrepõe a eles, perdem o nome, passam a ser, por exemplo, o diabético; perdem seus saberes; porque alguém, o profissional, sabe o que é o melhor para ele e vai prescrever sua vida. Neste modelo todos os diabéticos são iguais, são previsíveis e, pensando nesta direção, eles se diluem, criam invisibilidades destes sujeitos na rede. Nesta rede formal a lógica do cuidado é centrada no saber do profissional e o usuário é um objeto de cuidado. É uma rede de saúde morta. Não é desta rede que vou falar!

Penso a rede como linhas que vão se conectando, interligando, tecendo através de uma fala presente, numa voz que tem nome, alguém que fala com outro alguém em nome de outro alguém, que veio pela queixa de outro alguém – mas todos “alguéns” com nome, sobrenome, referência, pertencente a um equipamento, mas sujeitos. A rede é feita de contatos, de profissionais que se falam, discutem. Porque a rede se faz de serviços que se falam, e se falam e se comunicam através de profissionais, de pessoas, que às vezes saem daqui, vão para ali. A rede é ativa e sua construção, permanente. Por ser ativa ela escorre para a rua.

Deleuze e Guattari são os autores que falam destas conexões que se dão também nas redes ativas de saúde, quando falam do rizoma, que constitui a realidade das multiplicidades e que se caracterizam por serem linhas que se cruzam e entrecruzam, produzindo agenciamentos e novas conexões, foram os inspiradores desta rede (DELEUZE; GUATTARI, 2014). A rede ativa de saúde encontra e é atravessada por várias outras redes,

[...] o usuário pode estar sendo acompanhado por outros serviços ou ofertas de ações não do campo da saúde, devido às características do problema, que vai pedindo outras conexões [...] este usuário é uma rede viva, de si próprio; estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e compartilhando cuidados. Quem pede as redes, na maioria das vezes, são os/as usuários/as e a rede não está já dada feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois vão em acontecimentos sendo tecidas (MERHY, et al., 2014).

A tessitura desta rede leva em conta o território. Levar em conta o território não implica considerar apenas o espaço geográfico regional. Estes limites explodem a fronteira geográfica, porque que privilegia o trajeto subjetivo. De certo modo, só pode realmente trabalhar um território, construir uma rede a partir da história de um sujeito. Somente pode-se trabalhar com o conceito de território se puder dar voz ao sujeito. A clínica dos sujeitos leva em conta toda rede, de qualquer natureza, desde que atravesse a vida deste de quem se cuida. Uma clínica que traz em seu coração, a intersetorialidade. É possível pensar em trabalhar sem esta perspectiva? Há ações e intervenções que precisam ser realizadas na perspectiva da intersetorialidade, e também aqui se trata de um tema muito falado, mas muito delicado.

Porque ao dizer que há vários setores responsáveis por um caso, diz-se que a todos, mas especialmente a cada um cabe um papel, uma função, diz-se que esse trabalho precisará seguir numa direção, direção a ser indicada com o auxílio inclusive daquele próprio que é cuidado.

Esta rede ativa para ser alimentada carece de uma prática de cuidado comprometida com os usuários do campo da saúde. A prática de cuidado é o modo de fazer cotidiano, tudo acontece de forma repetitiva e mesmo assim é singular na medida em que todas as situações são únicas. A prática em saúde acontece sempre a partir de um encontro com o outro, nas entre relações. Nelas promovemos, produzimos, organizamos e orientamos uma ação que é para o encontro. Ceccim define que a prática de cuidados “seria uma prática de construção de encontros. Encontros que dêem ao outro ou dêem a nós mesmos algum lugar de criação, de reinvenção, de produção” (CECCIM, 2010, p. 68), lugares de construção coletiva onde profissional e usuário constroem juntos os modos de andar na vida.

Os profissionais de saúde são os sujeitos que cuidam dos outros sujeitos, usuários, que demandam atenção e responsabilidade com seus desejos e necessidades. Neste encontro entre sujeitos, que se desenvolve continuamente, buscam uma dimensão integral da saúde, que além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para uma atitude interativa na tomada de decisão conjunta sobre a necessidade do usuário. Segundo Pinheiro:

Cuidado em saúde é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO, 2006, p.75).

Neste sentido, para produzir uma relação de cuidado em saúde, é necessário compreender esta relação como uma relação integral, entre duas pessoas, conforme discute alguns profissionais de saúde nas conversas no decorrer deste trabalho “*não podemos tratar apenas o problema da saúde, temos que juntar tudo: a personalidade, o ambiente social, o ambiente familiar, tudo, então não é só uma coisa que você precisa ajudar, que precisa cuidar, que precisa tratar, é um todo*” (M. Médico.2), outro colega completa que: “*ser responsável por aquele paciente, mostrar que você está à disposição dele, que você está aqui por conta dele*” (D. Médico.2). Indo um pouco mais além, vale compartilhar a fala de um trabalhador que define a prática de cuidado como:

“*Eu acho que é multifacetada, eu acho que a gente tem que se debruçar de uma maneira assim bastante ampla, não só com o conhecimento técnico, porque isso, às vezes o conhecimento distanciasse a pessoa se encastela nele, não é que você não*

deva ter. Acho que a atividade psi, não só dos profissionais psicólogos, psiquiatras, mas aqueles que têm o chamado 'perfil' pra trabalhar nessa atividade, eu acho que é aquela disponibilidade pra se debruçar em direção ao outro e ver o outro, sentir, perceber o outro, não vê-lo como um diagnóstico, mas como um indivíduo” (H. Médico, 37).

Nestes fragmentos das conversas, a integralidade do cuidado, a produção de acolhimento, vínculo e responsabilização, são os produtores de trabalho vivo em ato, são práticas de saúde, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo, ou seja, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessário entre os atores envolvidos.

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos – e concepções) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e concepções). Desse modo, o agente consumidor é, em parte, objeto daquele ato produtivo, mas também é um agente ativo, que interfere no processo (FEUERWERKER, 2014, p. 38).

Aponta o usuário como parceiro ativo no processo de cuidado, marcado pela ação no território em que o usuário afeta o trabalhador e também é afetado por ele. Para a construção deste encontro faz necessário que o profissional coloque seu saber entre parênteses e deixe vaziar em cada um e nos outros uma nova possibilidade de se construir com o outro os modos de andar a vida, tomando como base os processos de viver que são construídos de maneira efetiva por cada um e por qualquer um, ou seja, respeitar o saber e o querer do usuário, pois ninguém sabe mais que ele, do seu sofrimento, *“ele é o ator principal, a gente pode conduzir, a gente pode levá-lo a pensar, mas na verdade é ele que tem que tomar a direção do tratamento”* (V. Assistente Social, 19). Para alcançar este modo de fazer com o cuidado, temos que ter clareza que *“o operar em alteridade com o outro na produção do viver implica sempre um disputar, sempre uma tensão”* (MERHY, 2010, p.36), que se revela ao trabalhador de saúde. Possibilita construir o processo de cuidado junto com o usuário em uma atitude transversal, permitindo ao usuário a autoria de sua história.

Estas tensões nas formas de produzir cuidado aparecem quando percebo no território da pesquisa, duas possibilidades de cuidado: uma emancipatória, que foi apresentada acima, que comungo com ela juntamente com outros trabalhadores. Mas, como nem tudo são flores, as tensões na forma de cuidado apresentam quando nas conversas com os trabalhadores da saúde, uma parte deles apresenta uma forma de cuidado tutelar, percebem o usuário como coadjuvantes e não protagonistas. *“A parte que lhes cabe neste latifúndio”* (MELO NETO, 1994) é seguir as orientações oferecidas pelos profissionais, os detentores de um saber

tecnológico. Eles, os usuários, poucas vezes são vistos como possuidores de um saber sobre si, que pode contribuir para o seu cuidado, mas como alguém que cumpre as determinações que o outro designa para sua vida. Vamos a alguns depoimentos: “*o paciente é oitenta por cento do sucesso, se o paciente não colabora, vai ser um insucesso*” (M. Médico, 25); indicando que se o paciente não seguir a orientação do saber científico, ele é o responsável pelo insucesso do tratamento. Como nesta outra conversa: “*sempre procurar um médico, porque não procuram. Ter mais responsabilidades porque às vezes falam que tomam a medicação e não tomam a medicação*” (D. Farmacêutico, 4). Precisamos reconhecer que este modo relacional em que o profissional tem predomínio sobre o paciente tem a ver com os modos de subjetivação implícitos na formação médica, que reflete nas formações em outras áreas da saúde.

Estes sujeitos se colocam no encontro, no sentido apontado acima, em uma relação vertical, o usuário é o objeto de cuidado, seus saberes e desejos não são valorizados. As relações são unidirecionais, indicando “a interdição do outro em nome dos saberes legítimos da ciência oficial” (FEUERWERKER, 2014, p.49). E como modo de subjetivação, forjado na própria formação médica, este modelo virou uma representação para as várias profissões em saúde. Desconstruir isso constitui uma tarefa política importante, na perspectiva do cuidado emancipatório. Isso faz, ainda, que os profissionais não levam em conta as expectativas do usuário, que muitas vezes não são as mesmas dos profissionais. Os usuários sabem de seu desconforto e fazem suas escolhas. Estão em busca de reduzir seu problema de saúde para que incomode menos no seu cotidiano, embora os profissionais esperem “que o usuário reorganize sua vida, à luz do saber técnico-científico, em função dos agravos com que tem que conviver” (ibid., p.49).

Este modelo de projeto terapêutico organizado e centrado nos procedimentos é predominante em vários profissionais da rede de saúde e na gestão. Este modelo relega a dimensão cuidadora a um segundo plano, valoriza o cuidado tutelar, a saúde curativa, a medicalização da vida, o privilégio de tecnologias duras de cuidados, criando projetos terapêuticos cada vez mais dispendiosos e descompromissados com a produção de atos e sentidos eficazes em saúde.

Não levar a prática de cuidado integral e o usuário enquanto participante do encontro de forma transversal em conta pode, na maioria das vezes, implicar em um fracasso terapêutico.

Agir com o outro na interseção dos encontros que ali operam, produzindo modos de viver, talvez seja o sentido mais interessante desses trabalhos. Colocar os saberes

tecnológicos a serviço disso no interior dos atos produtivos talvez seja a grande apreensão possível para quem procurar desaprender os modos predominantes desses campos de práticas, se realizarem, hoje, quando a vida virou um objeto de manejo e não uma conexão autopoietica no mundo, como produção coletiva (MERHY, 2010, p.36).

Estas são as tensões que vivenciamos no mundo do trabalho, várias são as direções tomadas, à medida que o trabalho é feito por pessoas, são muitos formatos de rede de saúde que se formam em um mesmo território, as redes vivas e as redes mortas, umas produzem emancipação do usuário e outras tutelas. A Educação Permanente em Saúde colabora para perceber e explicitar estas tensões, e aponta que não apenas os conhecimentos acadêmicos e teóricos são primordiais, mas a experiência de vida, tanto dos profissionais como dos usuários, é fundamental, é preciso protagonizar o encontro como uma troca cotidiana. Precisamos nos reinventar a cada dia, são muitas as dificuldades a ser enfrentada, a realidade é dura. O treinamento, capacitações são muito importantes, mas precisamos de sabedoria para lidar com usuários e suas necessidades. Este é um trabalho vivo e dinâmico.

5 A CONSTRUÇÃO CARTOGRÁFICA: ATRAVESSANDO OS CONCEITOS DE CUIDADO, EXPERIÊNCIA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Dirigimo-nos aos inconscientes que protestam.
Procuramos aliados. Precisamos de aliados
(GUATTARI; ROLNIK, 2011. p.18).

Esta seção apresenta o esforço de tecer os dois caminhos escolhidos para compreender como o coletivo de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Alto/RJ se apropriou do conceito de Educação Permanente em Saúde, transformando-o em ferramenta de humanização no campo da saúde e na valorização da vida. São eles os caminhos, o Colegiado de Coordenadores dos Programas da Secretaria Municipal de Saúde e a Policlínica Municipal; neste último, faço um recorte no pré-natal. Considerei a prática de cuidado em saúde e a apropriação da educação permanente como uma prática cotidiana dos trabalhadores de saúde, para compreender como se dá esta experiência no fazer diário e se esta experiência pode contribuir na construção de um SUS mais humanizado e equânime no município de São Sebastião do Alto/RJ.

Reflico sobre o material recolhido ao longo dos dez meses do trabalho de campo, no acompanhamento deste complexo processo. Foi possível identificar os diversos movimentos que se apresentaram, construindo uma cartografia com dimensões que se entrecruzam e se imbricam todo o tempo. A seguir, apresento os aliados metodológicos que contribuíram para a compreensão dos múltiplos conceitos que já foram descritos na seção anterior e me ajudaram na tessitura destes processos de Educação Permanente em Saúde que é sistematizado neste momento da pesquisa.

5.1 O MODO DE FAZER DESTA PESQUISA

O desenho cartográfico desta pesquisa toma corpo a partir do movimento do Colegiado de Coordenadores (II), com a imersão em suas reuniões mensais que retornaram

seu funcionamento em março de 2016²⁷. O período anterior de 2000 a 2013 (I) foi recuperado através das minhas memórias e de outros participantes em conversas coletivas.

É importante uma análise desta experiência, que teve início em 2000, tendo seu período mais profícuo entre 2004 e 2013, tendo a necessidade de marcar sua importância na escolha do tema desta pesquisa, à medida que habitar esta experiência propiciou aos trabalhadores o empoderamento do modo de viver a produção do trabalho e as relações/tensões no fazer diário deste grupo. Concordando com Feuerwerker quando analisa as iniciativas de Educação Permanente em Saúde “como uma estratégia para a implementação de determinadas linhas de ação” (FEUERWERKER, 2014, p. 90), levando em conta sempre a realidade local e a singularidade dos atores “é possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano” (ibid., p. 90).

Outro caminho a ser percorrido em busca de compreender se os trabalhadores do SUS deste território se apropriam do conceito de Educação Permanente e como este conceito é tratado no dia a dia do trabalho de cada um foi a Policlínica Municipal²⁸. Por ser um serviço que agrega vários lugares, priorizei o Pré-Natal. Como estamos em uma rede, muitos outros setores estão ligados ao processo.

Para compreender, tomo os *fios da trama* da Educação Permanente em Saúde tais como *criação de redes ativas, cuidado, encontro, experiência e prática de cuidado*, que foram discutidos na seção anterior, como intercessores na discussão do conceito, objeto primeiro desta pesquisa, a Educação Permanente em Saúde. Os Intercessores, neste texto, estão baseados na filosofia deleuziana, e serão os mobilizadores do pensamento, possibilitando problematizá-lo em busca da criação (BRITO, 2011).

Como já disse anteriormente, esta pesquisa é processual e como pesquisa-intervenção os caminhos vão sendo apontados no decorrer da investigação. Para a construção cartográfica, iniciei com conversas informais com uma parte dos trabalhadores do SUS, em todos os níveis de complexidade, buscando entender o cotidiano deste serviço e, como o modo de fazer de cada um se entrelaça, podendo produzir saídas originais à produção do cuidado em saúde. Estas conversas preliminares foram realizadas individualmente, e colaboraram para iniciar o desenho desta pesquisa. As Conversas estão gravadas em gravador de voz e encontra-se em

²⁷Como este Colegiado de Coordenadores dos Programas Municipais de Saúde funcionou em dois períodos quando citados, cada um estará marcado o período de 2000 a 2013 (I) e a retomada em 2016 (II).

²⁸Serviço de Saúde de baixa e média complexidade onde funciona a gestão de programas de saúde coletiva, grupos de cuidado, tais como: gestantes, tabagismo, hipertensão e diabetes, os ambulatórios especializados, a imunização, o centro de reabilitação, a regulação, o controle e avaliação e a gestão.

minha posse e guarda. Vale ressaltar que todos os profissionais convidados a participar se colocaram à disposição em colaborar.

Como indicação de metodologia para as conversas, seguimos a posição de Tedesco, Sade e Caliman, “como ferramenta eficaz na construção e acesso ao plano compartilhado da experiência” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 303), porque nas conversas é possível, acompanhar o movimento, a ruptura, os momentos de modulações presentes nas falas, que indicam pistas a serem analisadas.

A entrevista na cartografia não visa exclusivamente à informação, isto é, o conteúdo do dito, e sim o acesso à experiência em suas duas dimensões, de forma e de forças, de modo que a fala seja acompanhada como emergência na/da experiência e não como representação (ibid., p. 303).

Não é possível pensar esta pesquisa apenas com as minhas considerações e contribuições, o coletivo de trabalhadores, além de contribuir em conversas, também compartilharam suas memórias e o modo como viveram e vivem o cotidiano do trabalho. É importante pontuar que os registros das reuniões do Colegiado de Coordenadores dos Programas Municipais de Saúde (I) eram muito superficiais, atendo-se apenas aos presentes e ao tema a ser tratado. Sendo assim, a memória dos participantes foi rica em detalhes, colaborando na construção cartográfica. Para o relato / construção do percurso desta experiência, parti das minhas memórias, que se mostraram insuficientes na construção do relato desta experiência. Então, convidei para esta construção o coletivo de trabalhadores que participaram deste momento, usando, para tanto, conversas sobre esta experiência com pequenos grupos dos participantes e gestores deste período. Estas conversas foram organizadas da seguinte forma: convidei três pessoas a participarem e pedi que estas convidassem mais três, que também convidaram outras três, num total de nove participantes, que, em algum momento, participaram desta experiência, sendo todos ainda trabalhadores neste território. As conversas foram agendadas e aconteceram nas dependências da Secretaria de Saúde, com as pessoas que no momento puderam estar presentes. Os grupos se reuniram por duas vezes e os encontros foram gravados, transcritos, e encontram-se em minha posse. Os escritos iniciais sobre a experiência foram compartilhados e receberam várias colaborações, que serão marcadas no decorrer desta dissertação como “Conversa Colegiado I”. A memória foi a ferramenta utilizada por todos os participantes para o acesso às reuniões do Colegiado.

Compreendo, neste estudo, a memória enquanto processo, conforme Portelli,

[...] à semelhança com a linguagem, a memória é social, tornando-se concreta apenas quando mentalizada ou verbalizada pelas pessoas. A memória é um processo individual, que ocorre em um meio social dinâmico, valendo-se de instrumentos socialmente criados e compartilhados. Em vista disso, as recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou sobrepostas. Porém em hipótese alguma, as lembranças de duas pessoas são exatamente iguais (PORTELLI, 1997, p.16).

Seguindo nesta direção, a narrativa da experiência em questão encontra eco neste autor, quando a configuração de sua representação se apresenta como “um mosaico ou colcha de retalhos, em que os pedaços são diferentes, porém, forma um todo coerente depois de reunidos” (ibid., p.16), tendo a contribuição de todos os profissionais, e a característica de um relato coletivo.

Quanto à construção cartográfica do movimento do Colegiado de Coordenadores Municipais de Saúde (II), além da imersão nas reuniões mensais com registros no diário de bordo, fiz duas reuniões nos mesmos moldes das que fizemos em busca de resgatar as memórias, que no decorrer desta dissertação estará marcada como “Conversa Colegiado II”. Uma conversa ocorreu em agosto e outra em dezembro de 2016, para avaliar se houve apropriação dos conceitos de Educação Permanente para a construção da Rede de Saúde de São Sebastião do Alto/RJ.

Para acompanhar o percurso de apropriação dos conceitos da Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores da Policlínica, farei a partir do olhar de quem usa o SUS, atentando-nos para observar como os trabalhadores, no âmbito da clínica e do cuidado, tecem com estes fios a sua prática cotidiana em saúde. Neste processo, lançarei mão do *usuário guia* para avaliar se criamos rede ativa. Os usuários foram escolhidos a partir de uma conversa com a equipe da policlínica em especial do programa de pré-natal, num total de duas usuárias.

O *usuário guia* é uma metodologia que reconstitui a trajetória do sujeito na rede de saúde, neste caso em questão, o percurso do cuidado na Policlínica de São Sebastião do Alto/RJ, com um recorte no Programa de Pré Natal. Este usuário vai possibilitar a captação, interpretação e aprofundamento da investigação. Tal metodologia servirá como instrumento por ser a que posso avaliar a rede e a apropriação da Educação Permanente para a sua construção, a partir do olhar do outro, de quem usa a rede e de quem trabalha na rede.

A utilização de estratégias investigativas que se aproximem de uma construção cartográfica como método de investigação é pertinente a esta pesquisa visto que esta convoca um processo de estudo que possa mapear e construir uma análise a partir da realidade vivida pelos usuários desta rede. Merhy et al., descrevem estes usuários como:

Os usuários das redes de saúde, como um todo, mesmo que fortemente vinculados a certas equipes de saúde, não se portam como usuários exclusivos desses locais de grande territorialização, pois são “nômades” no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, que fogem dos lugares que os serviços de saúde instituem como lugares para eles. Nessa direção, a metodologia não pode se ater à construção de itinerários terapêuticos, pois tem que andar com eles e descobrir a produção, muitas vezes em ato, de novas redes de conexões. (MERHY, 2011a, p.10)

Ainda sobre os *usuários guias*, como o ator cartográfico desta rede, irão nos orientar para o “olhar de fora” e ao mesmo tempo, serão aqueles que irão produzir o trabalho desta rede.

O usuário-guia, que já nominamos antes, tem as características de um caso traçador do cuidado institucionalizado e não institucionalizado, escolhido a partir do conjunto de usuários inseridos nas estações de cuidado que existem na rede de saúde. Essa escolha foi pautada pelo critério central de ser um caso de alta complexidade para a rede de cuidado, que tem como consequência o fato de ser um grande utilizador das redes em oferta; ao mesmo tempo, que um produtor de intensas necessidades intensivas de cuidado que o remetem para uma dinâmica e forte demandante de conexões para ser cuidado (ibid, p.12).

O *caso traçador* é a inspiração desta pesquisa, no que tange ao Pré-Natal, pois é através da trajetória de cada um que esta rede vem se construindo e se reconstruindo. Desenhando a trajetória percorrida por eles, é possível apontar os nós críticos desta rede.

Os usuários que me inspiraram nesta pesquisa são duas gestantes, Maria e Antonia²⁹. As fontes que mapeamos serão as seguintes: prontuários da Policlínica Municipal de São Sebastião do Alto/RJ; conversas com as gestantes e trabalhadores do Programa de Pré-Natal, mais especificamente do grupo de gestantes, a participação nos grupos de gestante, buscando construir a trajetória destes sujeitos na rede de Saúde.

Este foi o caminho trilhado em busca de compreender e traçar a cartografia da Educação Permanente em Saúde neste território, saber como a apropriação deste conceito para os profissionais contribuiu em produzir direções na condução do cuidado aos usuários do SUS.

5.2 EXPERIÊNCIAS COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

²⁹Nomes fictícios das gestantes que irei referir a elas.

Neste ponto farei uma narrativa das duas experiências que fazem parte desta pesquisa, o Colegiado de Coordenadores e a Policlínica Municipal. Na Policlínica Municipal elegi um recorte do Programa de Pré-Natal, nas atividades de Educação Permanente em Saúde das gestantes, conhecido como grupo de gestantes.

5.2.1 O Colegiado de Coordenadores

As respostas vem sendo formuladas concretamente pelo conjunto das pessoas que ensaiam práticas significativas em todos os lugares e em todas as situações do mundo atual. Este caminho surge de um caminho coletivo que se faz caminhando. (BOFF, 1999)

O Colegiado de Coordenadores funcionou sistematicamente em dois momentos, quais sejam de 2000 a 2013, e retoma suas atividades em 2016, com vistas a sistematização das informações, início pelo primeiro momento. Vou colocar em análise estes processos a partir da reconstrução do primeiro momento do colegiado de coordenadores tomando as informações deste período, conforme disse anteriormente, a partir de documentos, memórias e de duas conversas coletivas que realizamos em abril de 2016 sobre este período³⁰.

A seguir me proponho à narrativa do segundo momento do colegiado de coordenadores onde fiquei imersa no processo com vistas à construção deste trabalho e finalmente elegerei alguns nós críticos que arriscarei pensar nas contribuições da Educação Permanente em Saúde como uma possibilidade de criar outras direções possíveis.

5.2.1.1 O Momento I do Colegiado de Coordenadores – 2000 a 2013

A experiência de Educação Permanente em Saúde aconteceu através das discussões

³⁰ A forma como escolhemos os participantes foi descrita na sessão 3.1. Os participantes da conversa 1 foram dois gestores do período em questão que ainda estão no corpo técnico da secretaria municipal de saúde e dois profissionais (fisioterapeuta e enfermeira), além de mim. Os participantes da conversa 2 foram 3 profissionais (fonoaudióloga, nutricionista e fisioterapeuta) além de mim.

nas reuniões de coordenadores dos programas de atenção à saúde³¹ - que chamo de momento I. Começamos a nos reunir enquanto gestores dos programas da secretaria de saúde a partir de um convite da enfermeira coordenadora geral dos programas, com o objetivo de partilhar o trabalho desenvolvido nos referidos programas e avaliar os instrumentos de gestão, estávamos em um momento de grandes transformações no SUS em relação à implantação de serviços e iniciando o processo de descentralização da gestão, isto nos idos de 2000.

A equipe que compõe este colegiado é formada por profissionais das mais diversas categorias e formações³², os participantes são os coordenadores dos programas e em um município de pequena equipe técnica, poucas são as modificações nos participantes deste primeiro momento. Estes trabalhadores se encontram com o objetivo de apresentar e compartilhar os Programas que estão gerenciando aos outros coordenadores, cada um explanava sobre seu trabalho, se atendo ao funcionamento, as formas de atendimento e como proceder com encaminhamentos. Em vários momentos destes encontros havia a presença do/a Secretário/a Municipal de Saúde.

Inicialmente estas reuniões tinham um caráter burocrático, onde após as apresentações, ficavam acordadas as tarefas que deveriam ser realizadas para a gestão, em termos de preenchimento de planilhas, além da confecção de instrumentos de gestão como o plano municipal de saúde e a agenda.

Neste momento a organização do trabalho “mobilizava intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados” (MERHY, 2004a, p.115), os trabalhos eram compartimentados, cada profissional encastelado em seu saber e em seu Programa de Saúde. Muitas vezes, eram apresentações ao coordenador, não havia nem curiosidade com o trabalho do outro, apenas dizia seus problemas e saía da reunião, apontando o uso de “tecnologias duras”, conceito utilizado por Merhy quando apresenta as tecnologias do cuidado (ibid., p.115). Neste momento os profissionais possuem uma postura isolada, compartimentalizada em seus saberes e trabalhos, sem uma articulação, preocupando-se apenas com o êxito de “seu programa” e das ferramentas para geri-lo, sem uma

³¹Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes, Programa de Controle das DST/AIDS, Programa de Imunização, Programa de Vigilância em Saúde, Programa de Controle do Tabagismo, Programa de Saúde Mental, Estratégia Saúde da Família, Programa de Combate à Dengue, Programa Bolsa Família, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa de Saúde da Criança e Adolescente, Programa de Saúde Bucal, Programa de saúde da Mulher, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Controle da Tuberculose, Programa de Controle da Hanseníase, Programa de Vigilância Sanitária e Ambiental, Programa de Farmácia Básica, Sistema de Informação de Mortalidade, Sistema de Informação de Nascidos vivos, Sistema de Notificação de Agravos.

³²Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Médico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Farmacêutico, Médico Veterinário, Analista de Sistemas, Técnico de Enfermagem, Fiscal de Endemias.

compreensão global da Saúde municipal.

Como o encontro entre pessoas e saberes se davam, as trocas começaram a surgir, discussão de impasses, estudos clínicos e principalmente as dificuldades no cuidado. Surgiram ideias de trabalhos em conjuntos, como eventos de nutrição com a presença do programa de saúde mental, eventos de DST/AIDS em parceria com o PAISMCA, entre outros.

Ainda é importante marcar que neste momento do funcionamento do colegiado de coordenadores, os conceitos da Educação Permanente não eram conhecidos do grupo, mas foram primordiais para a estruturação desta rede, pois todos os atores estavam no terreno do desconhecido e sabiam que tinham que construir o desconhecido, mas não sabiam “o modo de fazer”. Situação explicitada no diálogo a seguir:

“Enfermeira, 21– porque a gente alcançou o lugar que a gente está, vamos dizer assim...

Gestor 1,4 – Foi construído esse lugar, vamos falar de Saúde Mental, não existia Saúde Mental, foi construída a Saúde Mental no município e quem estava aqui era a psicóloga, então ela coordenou, fisioterapia, foi construído o serviço de fisioterapia, quem estava aqui antes? O fisioterapeuta, por isso ele era o líder ali dentro.

Enfermeira, 21 – É isso que eu estou falando, então a gente conseguiu o nosso lugar como a psicóloga falou, com a luta, com as conquistas porque a gente caiu de paraquedas aqui também, apesar de eu ser do município...

Psicóloga, 21 – você era a única enfermeira

Gestor 2, 6 – ...mas o município tinha um médico pra atender e um enfermeiro e acabou, não tinha nada, não tinha programa, não tinha nada...

Enfermeira, 21 – Cada um da gente era um todo, era tudo com a gente” (“Conversa Colegiado I”).

Este relato coloca claramente a construção da Saúde e como os atores envolvidos foram se apropriando do modo de construir este processo coletivo, como foram as lutas e conquistas, o quanto cada um e todos estavam em um mesmo propósito, de trazer suas experiências pessoais para compartilhar no coletivo. Segundo o autor,

[...] poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde. Poder explorar esta tensão própria da produção de atos de saúde, a de ser atos cuidadores, mas não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde, é uma problemática da gestão dos processos produtivos em saúde (MERHY, 2004a, p.112).

Corroborando com a posição do autor, registro dois fragmentos das conversas coletivas que explicita a importância do conjunto de trabalhadores.

“Gestor 1, 4 – [...] acho que tinha uma grande união, tinha assim, uma interdisciplinaridade mesmo, todo mundo participava, nessas reuniões estavam todos muito juntos e trabalhando, se tivesse um paciente com alguma situação, tem haver com o profissional x, tem a ver com o profissional y, a gente juntava todo mundo

Gestor 2, 6 – e que não tivesse a ver também, juntavam todos e tentavam resolver
Enfermeira, 21 – o que acho é que a gente aprendeu a trabalhar em equipe”.
 (“Conversa Colegiado I”)

Continuando nesta mesma direção:

Fonoaudióloga, 21 – “Eu acho que existia uma corrente, um elo, um contato frequente fazia com que a gente...

Fisioterapeuta, 16– Acho que interagia mais

Fonoaudióloga, 21– Exatamente, e percebesse mais rapidamente onde tava o buraco, onde tinha uma falha ou outra porque tinha uma comunicação, entendeu [...] E até questão de referência, contra referência, eu acho que isso funcionava bem, entendeu.

Nutricionista, 16 –As reuniões de coordenação ajudavam bastante

Fisioterapeuta, 16 –...estavam mais presentes e um ficava por dentro da coordenação do outro e articulava mais e...

Nutricionista, 21 – ...essa interação dos profissionais, a proximidade da equipe técnica e o envolvimento dos profissionais, isso contagiava de forma que cada um não ficasse no seu “quadrado”, só resolvendo as suas questões, os profissionais se envolviam, trabalhavam de forma interdisciplinar, se envolviam com o trabalho do outro colaborando, sugerindo ações...

Fonoaudióloga, 21 – Tinha até mais gás, assim pra fazer acontecer, eu acho”.
 (“Conversa Colegiado I”)

Nesta conversa os profissionais demonstram que tomar para si o cuidado do outro faz parte das atribuições do profissional de saúde, independente se este outro é da sua responsabilidade específica, isto é, é seu paciente. Aqui o que importa é o sujeito em sofrimento dentro de um serviço de saúde, é da responsabilidade de todos e todos podem pensar juntos as possibilidades de cuidado. Apontam que encontros entre sujeitos interessados no cuidado ao outro produz Educação Permanente em Saúde.

A partir desta consolidação do colegiado de coordenadores, as ações se tornam cada vez mais interrelacionais, as discussões dos programas passam a ser mais produtivas, com sugestões de trabalhos cada vez mais conjuntos e também de propostas de funcionamento em um dado programa, sugeridas por outros coordenadores de programas dos mais diversos. “A gente fazia as coisas, a gente aprendeu e foi reconhecendo a importância das nossas reuniões de equipe. Com isso a gente acabou se fortalecendo, enquanto equipe” (Enfermeira, 21) (“Conversa Colegiado” I).

Observa-se que no mundo do trabalho, todo mundo governa, e não só os governantes formais, como se costuma imaginar, a governança é construída e conduzida pela produção dos

espaços institucionais informais. Neste momento, a experiência vivida por este coletivo aponta a apropriação do uso das tecnologias leveduras.

É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado (MERHY, 2004a, p.115).

Neste período passamos a discutir os casos que nos suscitavam dúvidas na condução do tratamento e a construirmos projetos terapêuticos compartilhados, passamos a trabalhar no conceito de intersetorialidade. Conforme nos aponta nas conversas memórias de um trabalhador desta rede quando relata o caso de um usuário com sintomas de bulimia, anorexia, *“é que eu senti que eu precisava apoio de uma equipe multidisciplinar e aí eu fui em busca desses profissionais pra poder ter um cuidado mais integral pra esse paciente”* (V. Nutricionista, 16). Foi um atendimento que envolveu o Programa de Saúde Mental, a Estratégia Saúde da Família e ficou a cargo do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional a coordenação das atividades. Esta experiência se deu a partir da convivência e do fortalecimento dos profissionais que se sentiram potentes e cada vez mais comprometidos com o cuidado em saúde, apontando o uso das tecnologias leves.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (ibid., p.115).

Nesta ocasião em que o colegiado estava mais potente, era um momento em que a gestão partilhava dos mesmos objetivos, e a relação gestão – trabalhadores buscavam um compartilhamento nos modos de agir em saúde. Levando em conta a integração entre gestor e trabalhadores, *“dessa interação, com uma equipe multidisciplinar, multiprofissional, (não sei como falo isso), eu vi um avanço muito grande da gente. Eu falo isso, a autonomia que vocês deram, mas que a gente criou também, que a gente conquistou”* (Enfermeira, 21) (“Conversa Colegiado” I).

Os participantes indicam concordar com a autora que,

[...] para gestão se esta compreende ser esse o espaço privilegiado para problematizar, desterritorializar, disputar projetos, produzir novas negociações,

construir equipes/coletivos: indispensável para os que desejam transformar o atual modo predominante de se produzir saúde. Potência para os trabalhadores se interessados em trabalhar sua autonomia para produzir melhores e mais potentes encontros - entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários (FEUERWERKER, 2014, p. 91).

Este período foi profícuo na construção de um modelo compartilhado de trabalho, onde várias ações de cuidado foram desenvolvidas e principalmente, os profissionais se apropriaram de um jeito de fazer compartilhado e singular no cuidado aos usuários. A qualidade de atenção a saúde estava no centro da cena, não havia mais encaminhamentos e sim atendimentos compartilhados, onde a atenção era ao usuário e não à demanda.

Um exemplo deste modelo compartilhado de gestão fica explicitado neste diálogo

Gestor 1,4 – *“É você poder fazer alguma coisa, é você ver resultado do seu trabalho, é ver o gestor falando vamos fazer isso e te dando autonomia para resolver. Ver que situações vão sendo solucionadas...”*

Enfermeira, 21 – *...A gente vem de uma geração que a gente tem o zelo, o amor pela coisa pública. Tanto pelo dinheiro, tanto pelos serviços, a gente sabe que isso vai refletir, não pra gente, mas no bem estar do outro. É cliente, é o usuário do SUS, a quem a gente tem que pensar”.* (“Conversa Colegiado” I).

Em fins de 2011, há um concurso público após 15 anos, chegam novos profissionais em todas as categorias.

No ano seguinte, houve mudança na gestão municipal interrompendo um período de hegemonia política de mais de vinte anos. Foi uma transição conturbada, com a entrada na gestão da saúde de uma profissional deste concurso recente. O município atravessou turbulência política, afastamento do Prefeito no primeiro ano, cassação do mesmo no segundo ano, o Vice-Prefeito assume por dez meses e é afastado, assume a Presidente da Câmara de Vereadores. Todo este cenário influencia no SUS municipal apresentando vários retrocessos.

Em seguida, as mudanças na gestão foram esvaziando este espaço, tornando-o novamente burocrático, rareando as reuniões, mesmo com a cobrança dos trabalhadores. Várias coordenações foram trocadas, o trabalho / cuidado foi compartimentado, retornando ao modelo centrado no procedimento.

Uma reflexão neste momento é necessária, sobre o esvaziamento das reuniões quando da mudança da gestão. Apoio-me na autora quando esta aponta que este processo de problematização produz “incômodo para gestão se esta não desejar democratizar processos de decisão” (FEUERWERKER, 2014, p. 91), que culminaram em um período onde estas reuniões foram suspensas.

Mas toda experiência deixa um legado. Apesar de sentirmos como se tivéssemos

desperdiçado por dois anos este espaço formal de discussão, nos moldes como fora construído, os profissionais se apropriaram deste modo de fazer compartilhado, produzindo um movimento de resistência. Produzindo de outros modos, dos modos possíveis a produção de cuidado em Saúde. Eu busco refletir esta experiência a partir da produção deste trabalho com a colaboração de todos que estão dispostos a discutir cotidianamente esta experiência e/ou ainda os profissionais construíram outros espaços de discussão fora do espaço formal, continuando de forma instituinte a produzir modos de agir em saúde.

Saúde e cuidado; entretanto, para qualquer uma delas, há sempre uma certa forma de se “desejar” com isso um certo modo de andar a vida. Modo esse que varia amplamente em sentido conforme subjetivações que se operam nesses distintos componentes. Há aqueles para os quais andar na vida é ir e voltar de uma jornada de trabalho; para outros, é fazer conexões com outros “viventes” – e ponto (MERHY, 2010, p.33).

5.2.1.2 O Momento II do Colegiado de Coordenadores – 2016

O segundo momento, a retomada das funções do Colegiado de Coordenadores, acontece bastante intrincado a esta pesquisa. No decorrer deste estudo uma pesquisa intervenção, especificamente neste ano de 2016, a enfermeira coordenadora dos Programas, propõe a retomada das reuniões em trinta e um de março. Um dos disparadores para esta retomada das reuniões foi principalmente às conversas preliminares com o coletivo de trabalhadores do SUS municipal sobre esta experiência, em busca de levantar as memórias, vários trabalhadores levantam a possibilidade de retorno das reuniões. A primeira reunião foi uma experiência intensa, durou todo o dia, todos os presentes apresentaram seus programas. Várias discussões foram travadas em relação à retomada da construção de um projeto de Saúde. Neste encontro não houve a presença do gestor, embora nós, o corpo técnico presente, demonstre interesse de potencializar este espaço. Temos interesse e vemos a necessidade da participação/presença do gestor ou seu representante para juntos podermos problematizar as questões do cotidiano do trabalho. Construimos uma agenda para os encontros e combinamos reuniões mensais. A forma como acontece às reuniões foi pactuada nesta primeira reunião. Acordamos que cada coordenador de programa iria apresentar o programa em data previamente combinada e apontar os impasses e desafios em busca de uma saída coletiva. Pactuamos também que, mesmo sem o gestor, iríamos manter as reuniões que aconteceriam alternadamente as quartas e quintas-feiras, dias com o maior número de coordenadores

presentes no município.

5.2.1.3 Entre pontos e nós: o que tecemos nestas reuniões

Milhares de pontos foram surgindo, mas, a forma como tomei os pontos e *nós*, para tecer estas reuniões, está contaminada pela forma como tomei esta experiência e pelos encontros que teci nestes meses. Então, não tenho a pretensão de concluir uma síntese verdadeira, mas uma costura das minhas experiências e do que me tocou nos encontros que realizamos. Aqui faço alusão à rede de Rubem Alves, que compara o trabalho do cientista ao do pescador, quando diz que a rede do pescador é construída de fios e a do cientista é construída de palavras, são as palavras que vão me guiar para construir minha rede (ALVES, 1981, p.75)

Início esta sistematização por uma fala, porque tenho que iniciar a partir de algum ponto. Mas não há uma ordem hierárquica nos pontos.

Durante a reunião do colegiado surge uma fala “*a gente precisa trabalhar...*” Tomo esta fala no contexto de que trabalhar significa construir algo, um possível projeto. Então traremos para o cotidiano dos nossos impasses, daquilo que não estamos conseguindo avançar no processo de trabalho, discutimos o que estamos fazendo hoje, o que é possível no município, e principalmente o que é possível fazer no cotidiano dos Programas de Atenção à Saúde. O SUS realidade, sem perder de vista o SUS utopia, porque é o que nos move para não acomodar com o cenário apresentado.

Refletindo, percebo que o trabalho instituído tem sido feito. O que se espera; a oferta de serviços e produtos. Neste contexto, compreendem-se serviços como procedimentos, ou seja, consultas médicas e de especialidades e produtos como o acesso a exames e medicamentos. Isto tem sido oferecido de forma bastante satisfatória. Mas no SUS, como na vida, tomo emprestada a música dos Titãs para pensar que “A gente não quer só comida. A gente quer comida, diversão e arte”. Então, apenas exames e medicamentos não são um projeto de Saúde, mas um projeto de doença. Quem pensa na produção do cuidado, pensa em promoção da saúde, em fortalecimento dos programas de atenção à saúde, para que possamos produzir a diversão e a arte, isto é, a qualidade de vida, transpor da lógica da doença para a produção de saúde. Neste sentido, *a gente precisa trabalhar*, está implícito também discutir outros modos de trabalho, pensar ações de promoção de saúde, trazendo o usuário para o

protagonismo, não oferecendo apenas eventos de divulgação dos programas em ações pontuais nos dias reservados a comemorações dos mesmos, atividades prontas com o que nós trabalhadores pensamos ser o melhor para os usuários.

Retomando a fala “*a gente precisa trabalhar*”, é possível caminhar em várias direções, eu escolho trazer duas reflexões, o trabalho instituído e o trabalho instituinte. No trabalho instituído, fazer a função para qual estou ali, o que a instituição espera de mim, manter o lugar instituído, atender o quantitativo de pacientes, produzir os eventos que me solicitam, receber o pagamento pelo meu trabalho, mas, ter uma relação distante. Isso está sendo realizado e posso dizer, com competência.

Ou, numa outra ótica, tomo “*a gente precisa trabalhar*”, no sentido de transformar o processo de trabalho em práticas singulares e significativas. Fazer esta transformação dentro do processo de trabalho, “analisando os atos de trabalho, seus dispositivos e relações” (ROMAGNOLI, 2014, p. 46). O que aparece nesta ótica do trabalho instituinte é um desassossego com o projeto de Saúde apresentado, sem discussão e sem empoderamento dos profissionais, outro modo de gestão, uma gestão verticalizada. Quando falamos “*a gente precisa trabalhar*” para alguns significa, discutir estas relações de trabalho, refletir e pensar junto como o grupo pode se articular novamente em busca de um projeto de Saúde que traga mais saúde também aos trabalhadores. E ainda, que possamos usar este espaço caro a alguns em um espaço de bons encontros de reflexão.

Nesta ótica pretendo entender o que se encontra nesta polarização, entre uns trabalhadores e outros, porque é no “entre” dessa polarização que vão surgir os agenciamentos, fazendo desnudar o novo. Negar estas polarizações, tentar abafar as tensões, não produz o novo. É o exercício da problematização, a valorização do saber de cada um, é ouvir o outro, é deixar vir à tona o não dito, é compartilhar as angústias, enfim o exercício de Educação Permanente que este Colegiado de Coordenadores produz nestas reuniões, que poderá talvez surgir um projeto de Saúde.

Adoto Guatarri para me ajudar na compreensão do processo de adoecimento quando este diz, referindo-se às instituições de saúde mental, que a própria instituição produz a doença, com suas relações e hierarquias entre os trabalhadores. Trago como analogia nos encontros do Colegiado de Coordenadores II, como sintoma deste adoecimento, vou falar das ausências.

Neste ponto, as ausências podem ser vistas a partir de vários prismas. Vou me ater a estas que as nomeei de: ausências físicas, ausências-presença e as ausências-esquivas.

Nas ausências físicas, aquelas que de fato não compareceram a reunião. É importante

marcar que três coordenadores nunca compareceram a nenhuma das reuniões e justificam as ausências com um *“hoje eu não posso”*, são sistematicamente convidados. Observo que estas três pessoas não participaram do outro momento do colegiado, são pessoas com pouco tempo no serviço e que trabalham fora da sede do município onde acontecem as reuniões.

As ausências – presença, termo este que uso para me referir aos que vão as reuniões, mas não ficam todo o tempo - os que chegam sempre atrasados e os que entram e saem sistematicamente. Neste grupo percebo que não compreendem este espaço como coletivo, que o usam para desempenhar tarefas. Que se referem *“ao meu programa”*, *“o que tenho que fazer”*, ou *“qual a minha parte”*. Fazendo um paralelo com o Colegiado de Coordenadores I, estes trabalhadores estão em um momento de uso de tecnologias duras, são tarefeiros, ou ainda, estão cumprindo as funções instituídas. Vão às reuniões, não faltam, mas também não contribuem com os outros, não participam ativamente do processo. Acredito que é possível, que estar nestes encontros possa, em algum momento, produzir nos participantes experiências que poderá gerar transformação no modo de viver essa prática coletiva.

E por fim, as ausências esquivas, as que mais falam pelo não dito. Os que comparecem e se comprometem a apresentar as experiências e ficam sempre mudando a data, os que assumem compromissos pessoais nos dias agendados dos encontros, os que têm sempre um inadiável para aquele dia, uma reunião de última hora, um trabalho que não pode esperar, mas esse trabalho pode. Não reconhecem este espaço com um espaço de EPS.

Na medida em que tomamos a discussão dos processos de trabalho, um assunto delicado neste cotidiano, por abarcar nesta discussão várias possibilidades, buscamos em nossas experiências singulares as marcas que produzimos pela vida. Compreendo que somos sujeitos dotados de singularidades, com nossas angústias e nossos medos, presentes quando apresentamos sintomas de adoecimento, como chamei acima e agora pretendo pensar em algumas possibilidades, sem pretensão de respondê-las.

É possível pensar estes sintomas como potência, à medida que eles nos incomodam, e até fazem as ausências das reuniões, podemos analisar essas ausências como linhas de fuga, de Deleuze, possibilidades outras de lidar com os desafios.

Outra direção é pensar: como os profissionais usam este espaço? Nessa pergunta estão implícitas várias situações, o medo de falar o que pensa e ser repreendido pela gestão; o medo de se mostrar enquanto profissional, a insegurança de não saber qual o papel desempenha no grupo, sair de sua zona de conforto. Estas angústias geram despotencialização deste espaço, desinvestimento pessoal para evitar frustração, talvez, só talvez, seja uma justificativa para estas ausências.

Mas posso pensar por outro ângulo e, como é bom poder mudar o foco! Sem polarizar, mas vendo outra possibilidade, este espaço deixa alguém desconfortável, tira-lhe do lugar comum, e a saída do conforto, discutir com os pares suas angústias, dúvidas, pode produzir mudanças em si e no outro. Este espaço valoriza o encontro, a experiência e o cuidado de cada um com todos e consigo mesmo. Será este espaço um dispositivo para mudança? Pode também ser um espaço de repressão. É preciso refletir sobre isso, será que este espaço de liberdade assusta alguns profissionais, produzindo um afastamento... Ainda, pode ser também um espaço de discussão do processo de trabalho, um espaço onde sugestões não são críticas, mas outras possibilidades. Ao participar do compartilhamento de experiência do colega, do seu modo de fazer, é possível trazer outros olhares a nossa prática, ouvir o outro pode ser ouvir a si.

Na conversa inicial sobre o que os participantes deste Colegiado esperavam destes encontros alguns apontam a importância das trocas.

“Enfermeira 2 – A gente sempre ganha, mas existe ganho nosso naquelas pessoas que estão sempre ali dispostas.

Psicóloga 2 – Mas existem pessoas que não vem, então não tem como fazer parceria.

Nutricionista – Sugerindo uma situação, que de repente o coordenador não estava enxergando, nós que estamos envolvidos, não conseguimos ver, uma sugestão de fora como aconteceu comigo também quando eu apresentei os programas. Vocês foram acrescentando, abrindo um leque. Colaborando para o coordenador ter a visibilidade e poder desenvolver outras estratégias para pensar a sua coordenação.

– Todos concordam”. (“Conversa Colegiado” II)

Um espaço de ousadia, de sempre acreditar que é possível mudar, fazer melhor, de um novo jeito, sair do lugar comum.

Na rede de pescar palavras, trago também “o trabalho dos sonhos, o trabalho que me transforma fazendo o que gosto”; neste espaço, alguns buscam compreender o lugar que o trabalho ocupa; as realizações e os desafios de construção do SUS. Aparece fortemente a necessidade de tomar posse desse espaço como um lugar de discussão do processo de trabalho e empoderamento dos participantes, um lugar caro que retoma seu funcionamento com o desejo de um grupo de profissionais, são eles que retomam as reuniões e tem a expectativa de com a participação de todos os coordenadores, podermos retomar esta atividade de Educação Permanente que foi fundamental em um período anterior, na colaboração em produzir o projeto de saúde dos sonhos.

Em uma das reuniões, a Nutricionista apresenta um vídeo introdutório para compartilhar de seu programa. Na discussão do vídeo, remeto-me às questões básicas da EPS.

O que vejo. O que penso do que vejo. E o que faço com o que penso do que vejo. Neste momento, quando eu vejo um vídeo motivacional sobre trabalho coletivo, e observo o impacto que o mesmo produziu nos presentes, incluo-me aos presentes, penso que este espaço de Educação Permanente vale a pena ser fortalecido, à medida que existe um investimento coletivo neste espaço e que todos em suas singularidades fazem uso deste espaço de problematização e compartilhamento de suas práticas. Quando remeto as singularidades pessoais é para apontar as diversas formas de compreensão do trabalho coletivo, por exemplo, os que compreendem como um trabalho para desempenhar uma tarefa e neste sentido, abafar as diversas formas de agir e pensar. Seria todos pensarem juntos para uma tarefa coletiva. Não é o pensamento comum do grupo, mas está presente em uma parcela.

Enfim, o que faço com o que penso do que vejo, a utopia será ampliar este espaço de EPS para uma atividade em todos os setores e todos os níveis do SUS. Mas existe o SUS possível, e neste momento percebo vários ganhos nestas reuniões, onde a profissional, traz para o grupo suas angústias em transferir os grupos de HIPERDIA para a Estratégia Saúde da Família. A ESF funcionava ao lado da Policlínica onde estes grupos acontecem e foi transferida a um local mais distante. Por saber da necessidade de realizar este grupo na ESF é necessário fazer as articulações para a transferência. Todo o grupo se envolve em busca da melhor solução, não apenas os interessados, ou envolvidos no processo. Observar esse empoderamento do grupo mostra o valor destes encontros e suas implicações nas práticas de cuidado. Este exemplo, de uma situação cotidiana, é significativo das discussões que promove com os profissionais, aponta como o uso deste espaço colabora a reflexão do seu processo de trabalho a partir do trabalho do outro. Quando pensamos no trabalho do outro, pensamos no nosso e como estas reflexões podem produzir conexões para o trabalho. São essas conexões que produzem nossas experiências, o que acontece no meio, os agenciamentos, que colaboram para promover experiências pessoais de cuidado aos profissionais envolvidos.

Um nó é um abalo na tessitura, mas também é uma ocasião de buscar criatividade para lidar com esse embaraço. São através desses abalos que buscamos os processos de criação e recriação. Se tudo corre como o esperado, não buscamos a transformação do *status quo*. Penso na retomada destas reuniões como um abalo, uma movimentação com o intuito de resgatar a capacidade de trabalho coletivo entre os técnicos e a gestão. Percebíamos um desinvestimento no trabalho, um desânimo. Avançamos, construindo possibilidades para retomar o investimento no processo de trabalho. As reuniões retornaram e já se percebe impactos no trabalho dos coordenadores com os exemplos acima.

Um desafio é conseguir a participação ativa do gestor nas reuniões, embora tenha um

representante da gestão que busca fazer uma interlocução deste coletivo com a gestão. Como consequência, desabrocha em alguns momentos situações de ruídos na comunicação da gestão com os coordenadores dos Programas de Atenção à Saúde, esses ruídos acontecem em mão dupla, e nesses acontecimentos, pode-se vislumbrar a presença da gestão na próxima reunião. Um momento para comemorar avanços nas possibilidades de trazer mais atores para a arena de discussão e construção do processo de trabalho, fortalecendo os espaços de Educação Permanente em Saúde.

Outro ponto a tomar nesta tessitura diz respeito se as experiências pessoais construíram este espaço de Educação Permanente ou se este espaço é que produz experiências nos profissionais que irão interferir em seu processo de cuidado no SUS. Vale lembrar que retomar esse espaço de EP foi desejo de um grupo dos profissionais, no qual me incluo. Então com certeza, a construção deste espaço está inundada de expectativas, experiências e desejos de alguns em contaminar outros, desejo de produzir bons encontros. Como uma profissional refere em participar deste Colegiado.

“[...] eu estou em todas as reuniões, porque eu sou o tipo de pessoa assim, eu quero daqui a vinte anos, quando eu também tiver o tempo de trabalho de vocês, falar a mesma coisa com quem está entrando, porque eu estou aqui, eu sigo passos dos que considero bons, entendeu, a gente tem vários caminhos para seguir, então vamos seguir o que acreditamos ser o certo, quem está correto, quem veste a camisa, entendeu, eu penso dessa forma [...]” (“Conversa Colegiado” II)

Esses foram os pontos e nós que trouxe para discussão, outros vários apareceram, mas esta foi a rede que construí a partir das minhas experiências neste espaço de Educação Permanente em Saúde.

5.2.2 A Policlínica de São Sebastião do Alto/RJ: um espaço de multiplicidades

A Policlínica foi a primeira unidade de saúde do município e funcionava o pronto atendimento/emergência, antes da construção do Hospital São Sebastião. Atualmente a policlínica compartilha o espaço com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Centro de Reabilitação.

É um espaço múltiplo, envolvem os ambulatórios de especialidades³³, a farmácia básica e de medicamentos de alto custo, várias das Coordenações dos Programas de Atenção a Saúde³⁴ e algumas atividades de Educação Permanente em Saúde³⁵. O Centro de Reabilitação compreende os atendimentos especializados em fisioterapia e fonoaudiologia. A Gestão do SUS municipal, que também compartilha este espaço físico, compreende o gabinete do gestor e sua assessoria, o controle, avaliação e auditoria, o faturamento, o almoxarifado central e a central de regulação. Acontecem no espaço físico da policlínica as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, bem como a sede do controle social.

Por ser um espaço de multiplicidades, escolhi fazer um recorte a partir do programa de pré-natal, seu modo de funcionar e o foco na atividade de Educação Permanente em Saúde que acontece regularmente com as gestantes, conhecido como Grupo de Gestantes. Esta é outra entrada na busca de compreender como os trabalhadores deste território se apropriaram destes conceitos transformando-os em práticas efetivas de humanização no campo da saúde.

Conforme descrito anteriormente, neste processo, busco esta compreensão da apropriação da Educação Permanente em Saúde a partir do olhar das usuárias, neste caso em questão, de duas gestantes que acompanhei durante a participação delas no programa, no período de julho a dezembro de 2016.

5.2.2.1 A Rede de cuidado do Pré-Natal

[...] que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros, etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.
(BARROS, 2006)

³³A Policlínica Municipal oferece as seguintes especialidades: angiologia, cardiologia, clínica médica, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, ginecologia, nutrição, obstetrícia, odontologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psicologia e serviço social.

³⁴As coordenações que funcionam na Policlínica são: Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes, Programa de Controle das DST/AIDS, Programa de Imunização, Programa de Vigilância em Saúde, Programa de Controle do Tabagismo, Estratégia Saúde da Família, Programa de Combate à Dengue, Programa Bolsa Família, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Programa de Saúde da Criança e Adolescente, Programa de Saúde Bucal, Programa de saúde da Mulher, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Vigilância Sanitária e Ambiental, Programa de Farmácia Básica, Sistema de Informação de Mortalidade, Sistema de Informação de Nascidos vivos, Sistema de Notificação de Agravos.

³⁵As atividades de Educação Permanente em Saúde que funcionam na Policlínica são os grupos de gestantes, de Tabagismo, de HIPERDIA e o Colegiado de Coordenadores.

O Pré-Natal é componente integrante do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (PAISMCA), em São Sebastião do Alto/RJ é o item de maior atenção deste programa.

Para situar vamos a uma panorâmica da rotina do PAISMCA – Pré-Natal, oferecido no primeiro distrito na policlínica em parceria com o ESF e no segundo distrito, no pronto atendimento também em parceria com o ESF desta região. Nesta pesquisa, conforme dito anteriormente vou me ater ao funcionamento na Policlínica Municipal.

Rotineiramente as mulheres procuram o pré-natal após suspeitarem de gestação ou tê-la confirmado. Não é habitual procurar quando desejam serem mães. A grande maioria das mulheres procura a policlínica municipal em busca da consulta com obstetra, neste momento, são recebidas pela enfermagem e encaminhadas a comparecerem ao ESF para a primeira consulta de pré-natal, onde são cadastradas no Sistema de acompanhamento de pré-natal³⁶(SISPRENATAL). Nesta primeira consulta as gestantes são apresentadas à rotina de pré-natal, atualizam o cartão de vacinação e são solicitados os exames referentes ao primeiro trimestre gestacional, além de informadas a comparecerem regularmente as consultas na policlínica municipal e tomam conhecimento do grupo de gestantes que acontece após as consultas, mensalmente. Embora seja preconizado pelo Ministério da Saúde que o pré-natal de baixo risco deva ser realizado na unidade básica de saúde, por uma questão de logística municipal, o acompanhamento das consultas é realizado pelo obstetra e é quem geralmente está presente no momento do parto, ele é quem acompanha as gestantes neste período. Durante o pré-natal, as gestantes são orientadas a qualquer intercorrência entre as consultas com o especialista, procurarem o ESF onde foram cadastradas para avaliação.

Trazendo a lente para o foco, o grupo de gestantes! Vou trazer as experiências recolhidas por mim sobre este espaço de Educação Permanente em Saúde, serão minhas colaboradoras as duas gestantes guias, a enfermeira coordenadora do grupo de gestantes e as duas técnicas de enfermagem que participam do pré-natal.

A história de Maria está sendo contada por mim, porque está sendo contada na minha ótica, como eu percebi, senti e experienciei este encontro com ela. Conheci Maria através de uma técnica de enfermagem que contou a história de sua gravidez. Então, a *minha* Maria é uma grávida com alguns problemas crônicos de saúde, em uso de medicamentos para controle de crises convulsivas. Encontro com uma segmentaridade de Maria, e este segmento refere a um grupo. Maria é uma gestante, mas ela não só gesta, ela também é mais que esta faceta.

³⁶Sistema nacional com acesso de qualquer ponto do SUS em que todas as gestantes devem ser cadastradas e o sistema deve ser alimentado a cada comparecimento em uma unidade de saúde durante este período.

Daí, busquei seu prontuário na unidade e percebi que já havia encontrado Maria em outro momento na rede de saúde. Maria agora possuía um rosto e uma história um pouco maior, ainda cheia de interrogações, preenchida por minhas lembranças, sabia em que comunidade morava, se possuía companheiro, qual era seu núcleo familiar e as coisas que gostava, todas as informações no passado, porque em um momento convivi com ela em outro serviço de saúde. Com estas lembranças, Maria tem outras formas de ser vista, a multiplicidade do uno se apresenta.

Encontro pessoalmente com Maria e construo uma história atual do que ela se apresenta neste momento. Está gestante, sem planejar, mas muito feliz com a surpresa. Com várias inseguranças comuns a este período. Com as intercorrências que são parte de sua história, as crises convulsivas e a baixa acuidade visual, duas situações que necessitam de medicamentos e que é preciso adequá-los ao uso na gestação.

A história de Maria com suas singularidades também é repleta das mesmas dúvidas das demais gestantes de primeira vez, quanto à imagem do momento do parto, do medo do desconhecido. Essas preocupações aparecem em suas falas:

“Eu estou com bastante medo porque eu sou alérgica a remédio, o Dr. já me tranquilizou, mas mesmo assim eu estou com medo, com medo assim, eu fico assim, ih, será que eu vou morrer na hora da cirurgia? Eu fico pensando essas coisas... Por eu estar com medo da cirurgia, estou achando que está passando rápido, porque eu fico pensando muito assim, eu fico pensando na pressão alta, eu fico com medo de ter pressão alta... Só que aí eu fico botando na cabeça assim, “eu vou ficar com a pressão alta, eu vou ficar com a pressão alta”, porque às vezes alguém sente, aí eu fico com medo que vou sentir, aí vai “tira isso da cabeça”, aí eu conversei com Dr. sobre isso e ele até falou pra eu ter cuidado na alimentação, que está tudo tranqüilo.” (M. gestante)

Nesta fala, percebo que quando estudo o uno, também estudo a multiplicidade, o coletivo, estas são dúvidas que fazem parte do imaginário das gestantes, são questões que serão levadas ao grupo, talvez não por essa gestante, mas por outras.

O grupo de gestantes está presente na história de Maria quando esta relata que toma conhecimento deste por uma amiga que também está grávida. E que enquanto aguarda a consulta com o especialista a enfermeira reforça a reunião de gestantes. *“Foi até ela (referindo-se a amiga) que me falou que ia ter o grupo... Eles colocaram, mas aí eu não abri a caixa de correio, mas é bem avisado, avisa todo mundo, vem quem quer, mas deixa avisado”* (M. gestante). Esta colocação corrobora com a enfermeira que diz que as informações do grupo acontecem em vários momentos do pré-natal.

“através da agente comunitária, eu faço um convite individual e aqui na frente também, assim que elas vêm marcar, as meninas entregam o convite individual

também... No dia do grupo, eu chego aqui, já venho conversar com as gestantes “olha, hoje tem o grupo”, pra lembrar, porque mesmo a gente afixando o cartaz, entregando o convite, elas esquecem, muitas não querem ficar, tem gestante que só veio uma, duas vezes no grupo e não quer ficar.” (I. Enfermeira, 5)

Antonia é outra gestante que conheço nesta pesquisa. Quem me apresenta a ela é a Técnica de Enfermagem, dizendo que é uma gestante de gêmeos, da zona rural, e que começou o pré-natal com a gestação adiantada. Convido-a para um conversa e é a partir desta que a mesma toma conhecimento das reuniões de gestantes. Nesta conversa me diz que já tem um filho de nove anos, que não havia planejado a gestação, embora tenha tentado engravidar nos últimos anos sem sucesso. Desistiu no ano passado. Quando percebeu a gestação, levou algum tempo para acostumar-se à ideia, só procurou o médico quando teve uma intercorrência e descobriu que era uma gravidez gemelar. Iniciou o pré-natal no fim do terceiro trimestre. Comparece regularmente às consultas com o médico especialista.

A primeira informação sobre o grupo de gestante aconteceu no nosso primeiro encontro, nas conversas desta pesquisa, quando perguntei se participava do grupo, me respondeu que desconhecia o grupo. Este ruído nas informações sobre o funcionamento dos grupos de gestante é analisado pela enfermeira:

“Ela também é da zona rural, não tem agente comunitário, esta localidade é de outro município, tem muito isso aqui, como é que ela vai saber do grupo se ela não é daqui... Tentamos ao máximo, eu mando o convite para o PSF, para as agentes comunitárias entregarem, mas as gestantes mais distantes, de zona rural, outra que veio a reunião de hoje, que eu não conhecia também, você vê ela estuda em outro município e só vem pra cá no final de semana... As gestantes daqui mesmo, elas conseguem ficar sabendo pelas agentes comunitárias de saúde.” (I. Enfermeira, 2,5)

Nesta análise da enfermeira alguns nós são levantados, a presença de gestantes de outros municípios, e com isso não são informadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das reuniões de gestantes. Outro ponto são as informações chegarem aos locais mais distantes da zona rural.

Antonia, a partir do momento que toma conhecimento do grupo, passa a frequentá-lo regularmente, indicando que umas gestantes realmente não participam por desconhecimento.

As gestantes e o grupo de gestantes, gostaria de trazer uma breve narrativa do funcionamento deste encontro. As reuniões são sistemáticas e ocorrem mensalmente após a consulta do especialista, no dia de maior presença das gestantes. O formato das reuniões é bastante informal, dura em média de quarenta a sessenta minutos, é aberto a todas as gestantes, mas não é imposto. Existe uma gratificação pelo comparecimento das gestantes, independente do número de comparecimento as reuniões, oferecem um enxoval básico às

participantes, como forma de atração ao grupo, após o sétimo mês de gestação. Existe um roteiro prévio dos assuntos a serem tratados, organizado pela Enfermeira em parceria com a equipe do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Esse roteiro não é fixo podendo ser adaptado aos interesses das participantes.

Acompanho estas mulheres nas idas ao grupo, observo que vários pontos são levantados pelos profissionais que participam do grupo, e são trazidos pelas gestantes. Um ponto que me tocou foi a importância que uma gestante levanta sobre estar neste espaço falando de seus medos em relação ao parto. Um ponto que havia sido tratado anteriormente como Maria relata *“a segunda reunião que eu fui falou sobre mitos e verdades da gravidez”* (M. gestante). Neste momento é importante para outra pessoa, é o tempo dela e esse assunto volta a ser tratado, levando em conta a singularidade desta gestante. Num outro momento, uma gestante solicita partilhar com o grupo sua fé, diz que deve ser sua última participação no grupo e deseja fazer uma oração. Os encontros de Educação Permanente têm em seus preceitos fundamentais estar a serviço do usuário, colocar em discussão suas questões e não a verticalidade do que foi planejado, cabe sempre o inusitado. Estamos em conexões com pessoas, nestas conexões somos atravessados pela verticalidade e pela horizontalidade das relações, temos que estar abertos. O grupo existe para a gestante. Então, ela é quem dá a direção a ser seguida.

Nestas reuniões são incentivadas as consultas com a nutricionista e com a odontologia, bem como o cuidado com a atualização do cartão de vacinas,

“Enfermeira estava falando sobre a vacina, a importância da vacinação, que eu nem sabia direito, estou até tomando por causa disso... O Dr. pediu pra eu trazer o cartão, só que o cartão sumiu, até eu ir a reunião eu achava que não tinha muita importância a vacina.” (M. gestante).

Maria aponta quando avalia seus ganhos no grupo, *“Eu achei interessante porque você sai sabendo mais coisas, sai mais por dentro dos seus direitos também...”* (M. gestante).

O pré-natal, a partir do olhar do técnico de enfermagem, assinala para uma direção de que a Educação Permanente não se restringe ao encontro no grupo de gestante, mas está presente em todos os momentos do Pré-Natal. Na pré consulta, no momento da rotina, de aferir a pressão e avaliar o peso muito pode ser feito como relata a técnica.

“[...] a gente que observa, se a gestante está muito abaixo do peso, a gente tem esse olhozinho clínico assim porque é pelo costume, por estar em contato sempre com elas, a gente mesmo chama a nutricionista e fala ‘ah, tem uma gestante assim, assim, assado, não tem como você dá uma olhadinha?’ A pessoa vem. É porque a gente, pelo tempo que a gente tem ali, vai observando esses pontos, se a pessoa está com depressão... A mãe tem uma criança que não tem nem um ano, já está grávida

de novo, a gente observa que a mãe não está bem, entendeu, a gente vai falando, 'vai para o psicólogo, vai para a nutricionista porque você está muito magrinha', que a gente observa, isso não tem como passar sem você não perceber, você percebe isso porque é rotina, você vai percebendo, um pouquinho tempo que a gente tem ali, a gente observa essas coisas, dá pra observar” (M., técnica de enfermagem).

Nestas observações percebo que na prática do cuidado, no cotidiano, no encontro entre pessoas, dão-se estas ações que podem mudar a experiência dos usuários que estão no serviço. As experiências de cuidado não são apenas as que são transmitidas na formação, mas as adquiridas no cotidiano, por observações e prática diária. O cuidado a estas gestantes ultrapassa a apenas a rotina que está sendo realizada. Estas mulheres são vistas em sua integralidade. Isso é cuidado integral.

Procuo saber um pouco sobre como as informações do funcionamento do grupo de gestantes chega até elas, se as gestantes fazem algum relato, ela informa que *“Muito raro porque a gente tem que preencher a parte burocrática, com a enfermagem se torna rotina, não dá tempo de você conversar muito porque o médico tem que atender”* (M. técnica de enfermagem 1). Apesar de não conversarem sobre o grupo de gestantes e existir muitos afazeres nesta consulta, muitas vezes as técnicas de enfermagem não percebem que o cuidado está em elas observarem o desenvolvimento da gestante e fazerem várias observações e encaminhamentos aos cuidados técnicos necessários.

Indago também sobre a participação das técnicas de enfermagem na reunião, uma técnica informa que *“tem algumas que eu participo, a gente fala sobre a importância do teste do pezinho, a importância da vacinação, então a gente participa”* (C., técnica de enfermagem 2).

Solicito das técnicas de enfermagem e da enfermeira uma avaliação do impacto das reuniões de gestante no pré-natal e no cotidiano das gestantes várias são as colocações, algumas vale compartilhar aqui.

Quanto às informações que são compartilhadas, uma delas diz: *“muito importante porque tem gestante que não sabe da amamentação, na reunião ensina como é a pega, o banho, muita coisa que a gestante de primeira vez não sabe, fica por dentro de muitas coisas sobre o recém-nascido”* (C., técnica de enfermagem 2).

No que tange ao funcionamento do pré-natal, as trabalhadoras avaliam que funciona adequadamente, que a frequência é regular as atividades oferecidas, *“as meninas vêm direitinho”* (M. Técnica de Enfermagem 1), comparecem regularmente ao controle nutricional, as consultas com o especialista, realizam os exames e vacinas solicitadas. Relatam

que conseguem fazer esta avaliação através do acompanhamento do cartão de gestante, inclusive da presença as reuniões de gestante.

Em uma visão de implantação de ações futuras, a enfermeira sinaliza a necessidade de ações de cuidado no pós-parto. Indicando o desejo de inserir outras atividades como relata:

“Eu queria montar aqui, mas eu estou sem braço, eu precisava da ajuda de alguém, para um encontro quando elas retornassem para o teste do pezinho, logo após o parto para falar sobre amamentação, para reforçar, ‘vamos botar o neném no peito, vamos ver como é que ele está sugando, vamos ver se ele está fazendo a pega correta...’, eu pretendo implantar para o próximo ano” (I., enfermeira).

Este foi o retrato das ações de Educação Permanente que estão sendo realizadas no Programa de Pré- Natal. Reafirmo que este é o retrato a partir do meu olhar, apresenta a imagem a partir do meu foco, a imagem do fotógrafo, podem existir outras imagens, que com certeza será vista por outro pesquisador a partir de outro foco.

5.3 POSSIBILIDADES APONTADAS NA PESQUISA

Muitos caminhos se descortinaram nesta pesquisa. No entanto, tinha uma pretensão inicial, apesar de ter-me adentrado nas sendas da cartografia, e embora tenha contemplado muitas paisagens, minha questão inicial era compreender como os profissionais de saúde deste território se apropriaram da Educação Permanente em Saúde, em busca da construção de uma Saúde onde o cuidado é o centro desta produção. Por isso, vou apontar algumas direções que observei durante toda a pesquisa de campo.

Retorno neste momento aos *fios da trama* que tecem todo o processo de trabalho nesta pesquisa, são eles, o *cuidado*, a *experiência*, o *encontro* e a *prática do cuidado em saúde*, para nesta luz, apontar possibilidades e desafios da Educação Permanente em Saúde em produzir novas possibilidades de cuidado ao outro.

Considerarei situações que transparecem nos dois movimentos estudados. Início pelo Colegiado de Coordenadores e farei as pontuações dos conceitos observados.

Tomando o conceito de cuidado, percebo que duas direções se apresentam. São elas, o cuidado como possibilidade de transformação na vida, de empoderamento e protagonismo de quem é cuidado, e o cuidado como tutela ao outro, invisibilizando o usuário e o que o mesmo deseja para si.

Em todas as direções, observo que o trabalhador em saúde produz cuidado ao outro e que está em busca de transformar a vida do usuário, embora esta transformação esteja intimamente ligada à direção ética de quem cuida. Percebe-se que alguns profissionais trazem o usuário para o centro da cena, quando tomam para si a resolutividade de uma situação cotidiana como os exemplos abaixo.

Caso 1 – fragmento de uma apresentação do Programa Bolsa Família na reunião do Colegiado de Coordenadores.

“No Programa Bolsa Família, tenho que informar o desenvolvimento nutricional, posso simplesmente pedir que um técnico de enfermagem faça a pesagem e mantenho o programa atualizado. Este programa é muito mais que isso, tenho que acompanhar o usuário e acompanhamento é uma ação de cuidado, é estar disponível para ouvir estes beneficiários em suas angústias, é orientar e pensar junto as formas de cuidado nutricional” (V. Nutricionista, 15).

Caso 2 – fragmento de uma história apresentada pela coordenadora do Programa do Pré-Natal, na reunião do Colegiado de Coordenadores

“Uma gestante moradora da zona rural que necessita de realizar exames complementares que são autorizados pelo gestor. No dia do comparecimento da gestante a unidade de saúde, o gestor não compareceu. A coordenadora do pré-natal relata na reunião de coordenadores que sustentou esta ausência e acompanhou a gestante para a realização do exame” (I. Enfermeira,5).

Em outra direção, observamos a manutenção de atividades e atitudes dos profissionais que indicam um saber *a priori* sobre o outro, com atividades educativas previamente definidas a partir do que o profissional considera o melhor para o usuário, corroborando na manutenção da invisibilidade do outro, produzindo uma dicotomia entre quem cuida e quem é cuidado.

Caso 3 – Relato de como a Coordenadora do Programa Saúde na Escola organizou as palestras sobre ambiente familiar.

“A partir de uma solicitação da direção de uma escola, sobre uma intervenção com os alunos considerados ‘desajustados’, produziu uma palestra aos pais de todos os alunos da Escola com o objetivo de orientar sobre como deve ser o ambiente familiar, valorizando o amor e o respeito dos pais com os filhos e orientando sobre evitar a violência familiar” (T. Psicóloga,4).

Nestes três casos apresentados onde o *cuidado* é o *fio da trama* para se produzir a prática cotidiana nos programas de saúde em tela e refletir sobre os modos de um profissional produzir cuidado em sua forma singular, ampliamos esta discussão à luz de diferentes formas de compreensão do cuidado.

Dois autores vão colaborar nesta compreensão das direções seguidas. São eles, Boff e

Santos. Em um primeiro ponto compreendo que nos três casos apresentados, não há falta de cuidado, “um estigma do nosso tempo” (BOFF, 1999), há sim modos diferentes de produzi-lo, porque estamos em busca de “um novo paradigma de convivência” (ibid.).

Num segundo ponto, observo que se produz cuidado, embora o mesmo seja ofertado na lógica do saber do profissional, em uma relação vertical, justificando “práticas de cuidado hegemônicas que colocam o usuário como objeto das ações de Saúde” (FEUERWERKER, 2014, p.60). A prática oferece modos de vida ao outro sem que o desejo deste usuário seja levado em consideração. Neste sentido, percebo a presença de prática de cuidado que cumpre a tarefa solicitada. Santos colabora na compreensão esta forma de produção de cuidado quando afirma que “não há uma única maneira de não existir, há produção de não-existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível” (SANTOS, 2012, p.246). Neste contexto, o saber do usuário foi invisibilizado, na medida em que toda a oferta de cuidado acontece a partir da superioridade do saber do profissional sobre o outro.

Outro fio que tece esta trama e que colabora para pensar sobre este espaço de Educação Permanente em Saúde, é a *experiência*. Nessa apropriação do conceito de experiência, segundo Larrosa (2016), como aquilo que nos passa, que nos acontece, penso a experiência do acontecimento destas reuniões de colegiado, à medida que entro em conexão com estas vidas, com esses outros, com pares, usuários que participam no grupo com suas histórias, compartilho com eles a diversidade de modos de cuidar. Falo do que sinto a partir das minhas experiências, pois não é possível falar do que toca ao outro. Participo junto ao grupo, problematizando os caminhos escolhidos por cada um, ouvindo os relatos de casos e vivências cotidianas. Sou atravessada por essas histórias que produzem marcas em mim. Experiências que me acompanharão e constituirão as práticas diárias de cuidado durante minha trajetória profissional quais sejam os espaços de trabalho que esteja inserida.

A experiência não é isolada ela acontece no entre, nos encontros, neles produz transformações nos sujeitos que estão presentes. É necessário refletir como se constroem os encontros,

[...] é importante considerar como entram as partes nesse encontro: como cada um considera o outro – sujeito ou objeto –; como são encarados seus saberes e aspirações – legítimos ou ilegítimos; se se abre a possibilidade de mútua interação ou se os fluxos são unidirecionais – sempre do trabalhador/instituição para o usuário (FEUERWERKER, 2014, p. 49).

O que aprendi é que a partir do encontro, existe transformação. O que esta transformação vai produzir é singular, íntimo e pessoal.

Nesta busca de novos paradigmas de cuidado, de um novo contrato social pode colaborar nestas reflexões para os espaços formais de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista que problematizar o processo de trabalho contribui na busca de produzir novas práticas de cuidado “a partir da participação respeitosa, na valorização das diferenças, na acolhida da complementaridade e na convergência construída pela diversidade de sentidos de vida” (BOFF, 1999, p. 25).

Os espaços regulares de Educação Permanente em Saúde, como este Colegiado de Coordenadores, permitem ao trabalhador articular os conhecimentos acadêmicos com sua prática cotidiana,

[...] permitindo ao trabalhador a gestão de seu conhecimento como uma estratégia fundamental para as situações de complexidade. Organizando conhecimentos úteis e oportunos para a organização do trabalho, que precisa das evidências do cotidiano e de um processo de aprendizagem para que haja o desenvolvimento de atividades e capacidades profissionais mais adequadas à diversidade e a essa característica de complexidade do trabalho. (FERLA, 2016).

Neste estudo fica caracterizada a indicação de que este espaço de EPS colabora na formação no trabalho, compartilhando saberes e fazeres, locais e cotidianos. Indica alguns desafios que devem estar presentes, tais como o fortalecimento desta prática pela gestão e trabalhadores, com o respeito ao espaço e decisões coletivas, para o desenvolvimento e a efetivação da Educação Permanente em Saúde. Corroborar com os desafios nacionais apontados no Seminário: Desafios e perspectivas para a Atenção Básica (OPAS, 2016),

[...] os gestores tendem a ver os profissionais e usuários, não como atores do processo. Os gestores desenham modos de funcionamento do SUS e esperam que simplesmente os profissionais e usuários adiram a este modo de funcionar, são adestrados. Os gestores têm que perceber que os outros atores também fazem parte da construção do processo de como o SUS deve funcionar (GOMES, 2016).

Observando a trajetória deste Colegiado de Coordenadores percebo que as práticas da Educação Permanente em Saúde independem das ações e desejos dos trabalhadores que dela participam, pois muitas vezes o gestor municipal valoriza essas práticas de acordo com sua ideologia, interferindo no processo de trabalho, conforme advertido quando relatamos as atividades do período de 2013 a 2015. Neste momento em que passaremos por mudanças políticas certamente impactará no espaço da educação permanente.

Debruço no grupo de gestante buscando indicar as possibilidades apontadas na pesquisa, priorizo o conceito de *encontro*, à medida que este grupo se dá em um encontro mensal de mulheres que compartilham um momento singular, a experiência de estar gestante.

Esta vivência em Educação Permanente em Saúde focaliza na usuária deste serviço. É para a gestante que ele existe, para compartilhar com as outras mulheres esse momento.

Neste compartilhar de emoções, no momento do encontro, observo que este ato produz uma energia que sustenta este grupo. As participantes sentem-se tocadas umas com as outras, as histórias se entrelaçam, vivem um mesmo estágio. Produzindo o que Spinoza denomina de *connatus*, neste caso, são os bons encontros, os que produzem vida, energia vital. Esta energia é o motor para que as gestantes retornem mensalmente.

Um ponto positivo que deve ser destacado é que quem participa do grupo não deixa de comparecer à maioria das reuniões, indicando que as usuárias observam ganhos pessoais com a participação, conforme observei nos relatos das reuniões acompanhadas.

Um dos desafios observados diz respeito em refletir como ampliar o acesso à divulgação dos encontros. Tais informações acontecem em várias frentes, através da visita das agentes comunitárias que convidam pessoalmente ou por convite impresso às gestantes de suas áreas, a divulgação na consulta médica de pré-natal, além de vários cartazes nas unidades de saúde. Ainda assim, algumas gestantes desconhecem seu funcionamento, situação apontada pela usuária Antonia, quando pergunto de sua participação nas reuniões, esta demonstra desconhecimento: *“Olha, eu não venho porque eu não sei. Eu venho sim, eu venho certinho, faço meu pré-natal tudo certinho, as minhas vacinas estão todas certas graças a Deus. Agora em reunião, ninguém nunca falou comigo que tinha reunião de gestante”* (A., gestante).

Observo que as premissas da Educação Permanente são garantidas à medida que é a partir dos desejos das gestantes que os assuntos são levados ao grupo, neste espaço elas trazem suas dúvidas, angústias e medos que rondam este tempo de gestação. Percebo também que em alguns momentos existe a necessidade de trazer para o grupo informações sobre o protocolo do pré-natal, quando a enfermeira coordenadora aponta a necessidade de cumprir as ações de vacinação e avaliações clínicas, avaliando e controlando a carteira de gestante. Sugerindo que nas ações de EPS a horizontalidade e verticalidade estão presentes simultaneamente.

5.4 TECENDO COM VÁRIOS FIOS: DIREÇÕES APONTADAS POR OUTROS OLHARES

Durante a pesquisa de campo, mais especificamente nas conversas, várias situações foram se apresentando, questões do processo de trabalho, da heterogeneidade do grupo de profissionais, no que tange ao modo de cada um estar no SUS. Enfim... Cada vez que retorno ao material produzido neste período da pesquisa, descortinam várias pesquisas que podem ser desenvolvidas, vários caminhos podem ser trilhados... Elegi para serem descritos dois fios porque são fios que só percebi pelo olhar do outro. São caminhos anunciados por quem contribuiu nesta pesquisa e merecem estudos posteriores. Provavelmente outros fios também apareceram, mas estes foram os acontecimentos que mais me causaram impacto.

1º fio: Outra direção à pesquisa.

Durante a conversa com um profissional de saúde, quando da apresentação da pesquisa, este fica mobilizado com o estudo sobre a formação em serviço e faz várias sugestões de outros caminhos a serem pesquisados. Sugere que eu pesquise se os médicos se sentem efetivamente preparados para exercer sua função e apresente os resultados aos médicos recém-formados para, de alguma forma, sensibilizá-los. Explico para ele que esta não é a direção deste trabalho, mas que no futuro, as discussões do mesmo poderão contribuir neste sentido.

Em um novo encontro, onde percebo sobre como nos mobilizamos nos encontros, como saímos diferentes deles, penso como uma conversa a partir do meu interesse de pesquisa, toca no outro que está neste encontro. Não permanecemos o que éramos antes do encontro, nem eu nem ele. Ele volta à pesquisa, com o seu olhar, mostra que saiu diferente do encontro anterior, e sugere agora que façamos uma pergunta aos recém-formados sobre se estão preparados. Sua questão é investigar se os recém-formados têm dúvidas quanto a seus conhecimentos e formação ou se consideram a formação acadêmica e os conhecimentos adquiridos suficientes para o cuidado com o outro. Esta questão instiga um caminho mais específico sobre a formação acadêmica dos médicos, que não é pretensão nesta pesquisa, mas é um fio que poderá contribuir a um desdobramento a este tema pesquisado. Sinto-me impelida a dar um sentido a este desejo, que a princípio não é meu, mas que me toca e produz uma experiência em mim. Registro como uma experiência deste percurso e um caminho a percorrer.

2º Fio: A experiência de recordar.

Durante as conversas e alguns dias após, alguns profissionais explicitaram o quanto foi importante para eles uma recordação da trajetória profissional. Relatavam que esta conversa mobilizou sentimentos e os fez refletirem sobre suas práticas, trazendo à baila situações

cotidianas que os mobilizaram em algum momento de sua prática profissional, podendo dar um novo caminho, se não real, pelo menos reflexivo, como uma aprendizagem atualizada.

Marcante foi o que cada um fez com suas memórias e o quanto foram tocados por elas, indicando que encontros transformam vidas, ligam caminhos, abrem outros e criam conexões, escorrem de suas mãos, vão a outros lugares, produzem desejos... Outro caminho vislumbra as possibilidades de pesquisa, o estudo da memória do trabalhador em saúde e sua relação com seu campo, outro fio que se apresenta.

Possibilidades de tecer com os vários fios...

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta é uma trama com sua incompletude. Em um rizoma, a velocidade se adquire no meio. Mas não há fim e nem início, já que as conexões são possibilidades em cada ponto da trama. Tecida em vários caminhos, em inúmeros encontros, produz diversos acontecimentos. A trama que se apresenta agora, não é mais atual, tornou-se antiga, desatualizada, porque os processos apresentam o acontecimento, no próximo momento apresentam outras configurações, se modificam, as pessoas são outras, outras tramas podem ser tecidas com outros matizes e fios. É fundamental esta compreensão quando trabalhamos com uma narrativa rizomática.

Esta pesquisa em sua construção, desterritorializou-me e reterritorializou-me em infinitos momentos, momentos que me sentia como uma folha ao vento. Capturando-me nas memórias, nos caminhos e descaminhos produzidos no SUS em São Sebastião do Alto/RJ. Acompanhar um processo de Educação Permanente em Saúde que participo ativamente e vê-lo por outros olhares precisou de aliados epistemológicos. Os companheiros que me sustentaram nesta tessitura, a alguns dei a mão, Deleuze e Guattari, produziram um desconforto que me move. Larrosa e Spinoza me afetaram para dizer o que sinto em palavras, escrever sobre experiência e encontro me transformou. Boff com o seu cuidado a todos os seres cuidou de mim nesta construção. Merhy e a confiança de que um dia vamos juntos construir um SUS equânime alimentou meu ideário. Os sujeitos desta pesquisa, porque não são objetos dela e sim a constroem, movendo-a em várias direções, produzem aprendizagens de outras formas, diferente das hegemônicas, fazem as experiências circularem, os caminhos se entrecruzarem sem hierarquia. Todos eles alimentaram meu desejo por aprendizagem em um prato fundo sem fim que não mata a fome do mundo. Este trabalho não se extingue aqui, não dá conta de todo o processo de EPS que construímos, é apenas uma faceta, um possível caminho.

Pensar processos singulares de cuidados, no cotidiano de cidades pequenas, olhar o micro, possibilita trazer e compartilhar academicamente esta experiência do processo, da construção, da narrativa de uma trajetória de pesquisa em que pesquisador e campo de pesquisa são inundados de envolvimento. Envolve-me na construção do campo, na apropriação e reflexão do processo de educação permanente e nas tensões cotidianas do trabalho, com suas realidades adversas, seus embates e conflitos de todas as ordens. Sinto o desafio de andar na corda bamba sem nunca ter sido proposta alguma proteção. É um

desassossego. Aceitei este desafio do meu desejo e estou aqui.

Esta pesquisa, no seu caminhar, reafirma que para se produzir aprendizagens todos os lugares são possíveis, em todos os encontros, nos seus fazeres cotidianos. Sentimos a presença da Educação Permanente em Saúde na condução dos casos, no compartilhamento de sentidos, no olhar, na escuta, enfim no cotidiano. Quem colabora nesta aprendizagem de pensar as práticas de cuidado em saúde não é apenas a técnica, mas as singularidades de cada um, que aqui nomeei de *fiões da trama*, o simbólico que nos constrói enquanto sujeitos. Nossas experiências, o cuidado ao outro e a si, a forma como nos colocamos nos encontros que constroem nossas práticas de cuidado no campo da Saúde.

Neste campo, as tensões do fazer operam na realidade adversa dos serviços, atravessados por estes tempos de escassez, tempos longos esses... Pelas tensões e incertezas dos embates político local e nacional. Do recomeço a cada guinada política, a cada dança das cadeiras alimentando os pactos pessoais. As pedras no caminho fortalecem as equipes sem as enrijecerem, colaboram na reflexão e na construção de ideários. Ensinam a trabalhar com a provisoriedade e a aprender a construção coletiva. Não há garantia dos lugares ocupados por sujeitos comprometidos com os conhecimentos, mas interesses diversos interferem nestas indicações. Aprendemos com suas interrupções, a desviar as rotas e andar por outros caminhos, construir outros espaços de aprendizagem.

Este trabalho não traz notícias do perfeito funcionamento das coisas, traz como caminhamos nas dobras do caminho, nas idas e vindas, nas bifurcações, nos avanços e retrocessos. Apresenta algumas pistas, mesmo que provisórias, transitórias e incompletas. Ele aponta no que diz respeito à EPS, que a multiplicidade das formas de pensar e agir, nos encontros instituídos ou instituintes, fazem o aprendizado acontecer. Lembra que a aprendizagem não é linear, mas complexa, acontece em vários espaços e a todo o tempo no campo da Saúde e no campo interno de cada sujeito.

A potência dos dispositivos de EPS acompanhados nesta pesquisa está em sua imprevisibilidade de direção. Tal direção acontece no ato do processo, “a quente”, impossível de ser capturada. Todos os participantes são capitães da nau, são sujeitos com um desejo compartilhado, o de construção de um projeto de saúde para todos. Cada sujeito em seu desejo, traz seu modo de pensar singular, e essas singularidades que vão contribuir para a complexidade deste desejo, para as múltiplas direções da construção deste projeto de Saúde. Neste sentido, todos trazem suas questões, compartilham seus casos e a condução destes casos é coletiva. Estamos em formação, quem participa deste espaço de formação em algum ponto é tocado com as experiências, cada sujeito em sua singularidade, se transforma enquanto

sujeito, e nessa transformação a aprendizagem acontece.

A relevância de trazer para a academia o cotidiano de um trabalho no campo da saúde, em um lugar menor, uso esta palavra no sentido que estou falando de um lugar não hegemônico, um lugar diverso, com múltiplos saberes, com características próprias, mas um lugar potente de produção de conhecimento. O particular de uma experiência em Educação Permanente em Saúde é importante na medida em que, como dizem Kohan (2017, p.6) e Larrosa, “escrevemos para transformar o que sabemos, não para transmitir o já sabido” (LARROSA, 2016, p. 6), para refletir sobre a prática e produzir novas formas de aprender. Produzir esta transformação na prática de cuidado, compartilhar o percurso desta experiência, uma experiência singular, incompleta certamente, pois não há conhecimento que dê conta de todas as facetas. Colabora a indagar a micropolítica para a compreensão dos processos de construção do SUS na macropolítica.

Trago, o relato de práticas sociais que produzem um conhecimento à medida que a direção é dada pelos pares, por quem participa. Tanto na experiência do Colegiado de Coordenadores, quanto nas reuniões de gestantes, são os pares quem dão a direção do processo, mesmo tendo um coordenador que muitas vezes traz assuntos pré-estabelecidos para serem discutidos. Quem dá a direção é o grupo. São os pares que dão a dimensão da construção deste projeto de Saúde, que produzem um percurso de aprendizagem próprio.

Enfim, quero crer que não contei uma história, mas no processo desta dissertação refleti junto com os sujeitos da pesquisa diversas formas de conduzir suas práticas de trabalho, que poderão gerar ou não modificações nas formas de estar no SUS. Em mim, esta dissertação deslindou cada dia mais minha incompletude, apontou mais encruzilhada que destinos, em um eterno porvir...

A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito.

Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas,
que puxa válvulas, que olha o relógio,
que compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.

Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas. (BARROS, 1998)

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**. Botucatu: UNESP, v. 18, sup.49, p. 313-324. 2014.
- ALVES, R. **Filosofia da Ciência: introdução ao jogo e suas regras**. Brasília: Brasiliense, 1981.
- ARAÚJO, J. C. de S. Fundamentos da Metodologia de Ensino Ativa (1890-1931). In: REUNIÃO NACIONAL DA ANPED, 37., 2015, Florianópolis. [**Anais...**] Florianópolis: UFSC, 2015. [18]p.
- BARROS, M. de. **Meu quintal é maior que o mundo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.
- _____. **Memórias Inventadas: a segunda infância**. São Paulo: Planeta, 2006.
- _____. **Exercício de ser criança**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1999.
- _____. **Retrato Do Artista Quando Coisa**. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- _____. **O Livro das Ignorâncias**. Rio de Janeiro: Record, 1993.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓCIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52-75.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40. jan./jun. 2011.
- BEZERRA Júnior, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R.(org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 171-191.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano: compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BORGES, S. A. C. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 107-113, maio/ago. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1012>>. Acesso em: 06 mar. 2017.
- BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BRANT, L. C.; MINAYO, C. G. A Transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.9, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS. V.13)

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Senado Federal. **Constituição Federal.** Brasília. 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/ConstituicaoTextoAtualizado_EC95.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** [Brasília]: Ministério da Saúde, 1986.

BRITO, M. R. Notas sobre a ideia de intercessores como um conceito na filosofia de Gilles Deleuze: por um teatro filosófico. **Revista Alegrar**, n.11, jun. 2013. [p. 1-14].

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CASTRO, C. H. M. Primeira Carta. In: NISKIER, A. **Crônica para a Cidade Amada: as cidades brasileiras na literatura.** Rio de Janeiro: Altadena, 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWEKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B. A Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. **Caderno Saúde Mental: Os desafios da formação,** Belo Horizonte: v. 3, p. 67-90, 2010.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação.** Botucatu: UNESP, v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CECILIO, L. C. O As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p. 113-126.

CERQUERA GOMES, M. P. et al. Uma Pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In.: CERQUEIRA GOMES, M. P.; MEHRY, E. E. (org.) **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 25-42. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

CERQUEIRA GOMES, M. P. et al. Desinstitucionalizando a formação em saúde mental: uma história em dois tempos. In: PINHEIRO, R. et al. **Desinstitucionalização da Saúde Mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, ABRASCO, 2007.

CONASEMS. Carta de Natal **XX**. In.: CONGRESSO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. 2004, Natal. [Anais...] Natal: 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Carta_Natal_2004.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2016.

DAMATTA, R. **A Casa & A Rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Ed. 34, 1997.

_____. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. **A Lógica do Sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **Spinoza e o Problema da Expressão**. [S.l.], [201?]. Disponível em: <<https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/deleuze-g-espinosa-e-o-problema-da-express3a3o.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a Filosofia**. São Paulo: Ed. 34, 1993.

_____. **Mil Platôs**. São Paulo: Ed. 34, 2014. v.1.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Abecedário de Deleuze**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=uojVXjdBwg0>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

DOCUMENTÁRIO Estamira. Direção Marcos Prado, Rio de Janeiro: Ancine, 2005. 01:52:23 h. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=jSZv8jO9SAU>>. Acesso em: 16. jan. 2017.

EPS EM MOVIMENTO. **Educação e trabalho em saúde**: a importância do saber da experiência. 2014 a. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-aimportancia-do-saber-da-experiencia>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

_____. **Um mergulho no mundo do trabalho em saúde.** 2014b. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/um-mergulho-no-mundo-do-trabalho-em-saude>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

ERNST, B. **O espelho mágico de M. C. Escher.** São Paulo: Taschen, 1991.

FERLA, A. A. **Seminário: Desafios e perspectivas para a Atenção Básica brasileira para a próxima década.** Realizado pela OPAS, em 11 nov. 2016. Brasília. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=u7OTr_Dq6p0>, Parte 2. Exibido em 16 nov. de 2016. Acesso em: 17 nov. 2016.

FEUERWEKER, L. C. M. **Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, T. B. Entrevista. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos.** n° 233, ano VII, 2007. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1251&secao=233>. Acesso em: 28 ago. 2016.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____. **Vigiar e punir.** Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 1989.

_____. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão. **Revista Fronteira da Educação,** Recife, v. 1, n. 2, 2012. p. 1-27. Disponível em: <<http://www.frenteirasdaeducacao.org/index.php/fronteiras/article/view/14>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.747-763, set./dez., 2016.

GOHN, M. G. **Educação não formal e o educador social.** São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.,** Rio de Janeiro, v.14, n.50, p. 27-38, jan./mar. 2006.

GOMES, L. **Seminário: Desafios e perspectivas para a Atenção Básica brasileira para a próxima década.** Realizado pela OPAS, em 11 nov. 2016. Brasília. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Zt8B-UaKozM>>, Parte 1. Publicado em 16 de nov. 2016. Acesso em: 17 nov. 2016.

GUATARRI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2011.

GUIZARD, F. L.; LOPES, M. R.; CUNHA, M. L. S. Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de Políticas Públicas de Saúde. In.: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 319-346.

HEIDEGGER, M. **Ser no Mundo**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. Parte. I.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**; v.3, n. 19, p.88-95, 2007.

JULIANO, M. R. **Hino do Município de São Sebastião do Alto**. Disponível em: <https://pt.wikisource.org/wiki/Hino_do_munic%C3%ADpio_de_S%C3%A3o_Sebasti%C3%A3o_do_Alto>. Acesso em: 21 jun. 2016.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45. Nov./dez. 2000.

KOHAN, W. **O mestre inventor: relatos de um viajante educador**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

LACERDA, M. P. A Pesquisa em cidades pequenas. **Revista Currículo sem Fronteiras**, v. 16, n. 1, p. 78-98, jan./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol16iss1articles/lacerda.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

LACERDA, M. P. **A Professora e o Cotidiano da Cidade Pequena**. Niterói: UFF, 2014.

LARROSA, J. **Tremores: escritos sobre experiência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

MACHADO, M. F. A. S.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n.12, v. 2, p. 335-342, 2007.

MARX. K. H., **Teses sobre Feuerbach**, 1845. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/feuerbach.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

MATTOS, R. A. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA J. C. F. (org.) **Estado, Sociedade e Formação**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 313-352.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v.13, s.1, p.771-800, 2009.

MELO NETO, J. C. **Morte e Vida Severina e outros poemas para vozes**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

MERHY, E. E. Desafios de Desaprendizagens no Trabalho em Saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A. M. (org.). **Caderno de Saúde Mental: os desafios da formação**, Belo Horizonte: ESP, 2010. V.3. p. 23-36.

_____. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004a.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (org.). **Acolher Chapecó**. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 21-45.

MERHY, E. E.; CECCIM, R. B. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política de Humanização. 2011b. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

MERHY, E. E. et. al. **Pesquisa Saúde Mental acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado**: o caso de Campinas. Relatório Final. CNPq. 2011a. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/acessibilidade/>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA GOMES, M. P. Dalla ripetizione alla differenza: costruendo significati con l'atro nel mondo dei cuidado. In: MERHY, E.; STEFANINI, A.; MARTINO, A. (org.). **Problematizzando Epistemologie in Salute Colletiva** Saperi dalla Coperazione Brazil e Italia. Porto Alegre: REDEUNIDA, 2015 p. 34-54.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA I. B., LIMA, J. C. F. (org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 289-284.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MITRE, S. M.; et.al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n.13, p. 2133-2144, 2008.

NEWTON e a maçã - experiência e experimento. MERHY, E. E. Vídeo. Porto Alegre: UFRGS em 17 abr. 2014. Curso de Especialização em Educação Permanente em Saúde em Movimento. 02:27:14 h. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XiOO7ROZnjQ>>. Acesso em: 04 set. 2016.

PAIM J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 29, v.10, p. 1927-1953, out. 2013.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA J. C. F. (org.) **Estado, Sociedade e Formação**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p.

91-122.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIS, J. M. Nas Rotas do Cotidiano. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. n. 37, p.105-115, jun. 1993.

PÁL PELBART, P. **Entrevista sobre conexão, produtividade, modos de existência e mecanismos de controle na sociedade contemporânea**. 2014. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/online/artigo/compartilhar/8624_PETER+PAL+PELBART>. Acesso em: 19 ago. 2016.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: SEMINÁRIO NACIONAL DO PRÓ-SAÚDE II, 1., 2009, Brasília. [**Anais...**] Brasília: MS, 2009. [12] p. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/formacao_e_humanizacao_seminario_pr_o_saude_marco_2009.doc>. Acesso em: 28 ago. 2016.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓCIA, L. (org.) **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. PEREIRA I. B., LIMA, J. C. F. (org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 73-76.

PORTELLI, A. Tentando aprender um Pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral. **Projeto História**, São Paulo, v. 15, p. 13-49, abr. 1997.

RIO DE JANEIRO, Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria Geral de Planejamento. **Estudos Sócio Econômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro 2014**: São Sebastião do Alto. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.tce.rj.gov.br/web/guest/estudosocioeconomicos1?p_auth=vnQNMz66&p_p_id=estudosocioeconomico_municipios_WAR_tcerjestudosocioeconomicomunicipiosportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=2&_estudosocioeconomico_municipios_WAR_tcerjestudosocioeconomicomunicipiosportlet_doSearch=doSearch&_estudosocioeconomico_municipios_WAR_tcerjestudosocioeconomicomunicipiosportlet_javax.portlet.action=doSearch>. Acesso em: 12 jan. 2016.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Revista Psicologia & Sociedade**. v. 21, n.2, p. 166-173. 2009.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A.C. (org.). **Odontologia em Saúde**

Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 28-49.

SANTOS, B. de S. Para além do Pensamento Abissal. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (org.) **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almedina, 2009.

_____. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 63, out. 2002. p. 237-280.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12 n. 34 jan./abr. 2007. p. 152-180.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 29-41, 2007.

SOUZA, R. C. de. EPS em Movimento – UFRGS. **III Encontro Estadual de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro, 2016. Apresentação em slides.

SPINK, P. K. O Pesquisador Conversador no Cotidiano. **Psicologia & Sociedade**; n. 20, Edição Especial, p. 70-77, 2008.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

TEDESCO, S., SADE, C., CALIMAN, L. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.25, n. 2, p. 299-322, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1112>>. Acesso em: 13 out. 2015.

TRILLA, J. **La educación fuera de La escuela: ámbitos no formales y educación social**. Barcelona: Ariel, 1996.

VALLA, V. V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, M. et. al. **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde: módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

ZOURABICHVILI, F. **O Vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DO NOROESTE FLUMINENSE DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
CURSO DE MESTRADO EM ENSINO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: A Educação Permanente em Saúde como Estratégia de Humanização e Valorização da Vida

Pesquisador Responsável: Adriana Chaves de Oliveira Ruback.

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense.

Telefones para contato do Pesquisador: (22) 992040583

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos

R.G. _____

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “A Educação Permanente em Saúde como Estratégia de Humanização e Valorização da Vida”, de responsabilidade do pesquisador Adriana Chaves de Oliveira Ruback.

Este projeto tem como objetivo compreender se a educação permanente de fato melhorou a qualidade de atenção à saúde dos usuários, interferindo no acolhimento, na relação entre os profissionais e os usuários e entre os pares. Entender o cotidiano dos serviços de saúde como um espaço contínuo de ensino/aprendizagem, a partir dos desafios surgidos no cotidiano, como possibilidades de produção de outras práticas e experiências.

Justificando tal trabalho, refletimos que a dicotomia entre a formação das profissões da saúde e o trabalho no campo da saúde pública, especificamente na assistência em saúde no SUS, apresenta hiatos na formação deste profissional para o trabalho com o outro.

Realizaremos uma pesquisa de campo com trabalhadores do SUS neste município, através de entrevistas semi estruturadas, que serão gravadas em áudio. Ficarão sob a posse, guarda e responsabilidade da pesquisadora por 10 anos, e serão destruídas após este tempo. A população alvo será de usuários do SUS e servidores das profissões da saúde lotados na Secretaria Municipal de Saúde, nas categorias: medicina, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, odontologia, fisioterapia, farmácia, enfermagem, nutrição e veterinária.

Em relação aos desconfortos e riscos, existe necessidade de considerar as emoções despertadas ao ser questionado sobre suas atividades.

A sua participação nesse estudo é voluntária. Sua identidade, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal, será mantida como informação confidencial. Os

resultados do estudo podem ser publicados, mas a identidade do profissional não será revelada. Caso as informações venham a ser descritas, ainda que mascarando dados que possa vir a identificá-los, o seu consentimento está sendo solicitado por escrito. Apenas os pesquisadores terão acesso aos registros das entrevistas.

Você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem incorrer em nenhuma penalidade. Esta pesquisa não implica em danos diretos. Caso você se sinta prejudicado em algum momento pela participação na pesquisa ou sinta ter sofrido algum dano eventual pela participação na pesquisa, fica assegurado o seu direito de buscar seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por tais danos eventuais.

A sua participação é muito importante. Desta maneira você estará contribuindo para o avanço do conhecimento científico e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A equipe de pesquisa se coloca disponível a maiores esclarecimentos. Durante os meses de pesquisa (junho de 2016 a agosto de 2016), na Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Alto/RJ e na Universidade Federal Fluminense no Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior – INFES, no Programa de Pós-Graduação em Ensino.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:

E.mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

Eu declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

São Sebastião do Alto, _____, de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador: Adriana Chaves de Oliveira Ruback

Psicóloga – CRP 05/13218

CPF: 802306367-72

Rua Major Padilha 62. Bairro São Félix. Santo Antonio de Pádua - RJ

ANEXO

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Educação Permanente em Saúde como Estratégia de Humanização e Valorização da Vida.

Pesquisador: Adriana Chaves de Oliveira Ruback

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54357718.2.0000.5243

Instituição Proponente: Curso de Pós-Graduação Mestrado em Ensino

Fórmula de Financiamento: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.583.050

Apresentação do Projeto:

O foco deste estudo é a relação da educação não formal na saúde como ferramenta de humanização da saúde e valorização da vida. Objetivando investigar no campo do trabalho se o ensino das profissões da saúde instrumentaliza este trabalhador, colaborar para que o trabalhador da saúde possa construir /vivenciar ferramentas para a educação permanente no cotidiano dos serviços de saúde e ainda fortalecer a educação permanente em saúde como um modo de produção de ensino não formal, tomando por base o ensino aprendizagem como uma ação relacional de cuidado, fortalecendo o protagonismo dos usuários do SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar, no campo do trabalho, se o ensino das profissões da saúde instrumentaliza este trabalhador com habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde para todos, onde a saúde se relacione amplamente com a qualidade de vida e trabalho.

Objetivo Secundário:

- colaborar para que o trabalhador da saúde possa construir / vivenciar ferramentas para a educação permanente no cotidiano dos serviços de saúde.
- fortalecer a educação permanente em saúde como um modo de produção de ensino não formal.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303-4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2020-9189 **Fax:** (21)2020-9189 **E-mail:** etica@em.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.583.056

tomando por base o ensino aprendizagem como uma ação relacional de cuidado, fortalecendo o protagonismo dos usuários do SUS.

Atualização dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa será realizada através de entrevistas com os profissionais de nível superior do Sistema Único de Saúde. Em relação aos desconfortos e riscos, existe necessidade de considerar as emoções despertadas pelos profissionais de saúde participantes quanto a serem questionados sobre suas atividades.

Benefícios:

Justificando tal trabalho, refletimos que a dicotomia entre a formação das profissões da saúde e o trabalho no campo da saúde pública, mais especificamente na assistência em saúde no SUS, apresenta hiato na formação deste profissional para o trabalho com o outro.

O conceito ampliado de saúde, que busca a valorização da vida e o protagonismo do usuário enquanto conhecedor de sua história e de seus desejos, muitas vezes esbarram com o trabalhador deste serviço que possui uma formação altamente tecnicizada, emergendo o usuário através de padrões biológicos, com o hospital no topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho.

Ultrapassar esta barreira é urgente e não pode aguardar as mudanças no processo de educação formal no ensino superior, precisamos ferramentalizar este trabalhador no serviço, para se apropriar do lugar de "educador em saúde" para que a humanização da saúde e a valorização da vida sejam norteadores para a produção dos serviços em saúde. Entender que a conformação das tecnologias se dá no terreno de construção dos saberes e fazeres em saúde, expressos pelos: equipamentos/máquinas; conhecimentos implicados com a ação produtiva e os processos relacionais em ato; produtores do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa sobre as atividades de instrução dos profissionais de saúde e levantamento das práticas desenvolvidas no decorrer do exercício profissional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Esclareceu sobre a responsabilidade de quem assina pelo município, autorizando a execução do projeto, adequou o TCLE, e reviu os riscos.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Endereço: Rua Marquês de Parnaíba, 303-4º Andar
Bairro: Centro CCF: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.583/2016

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram cumpridas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_684229.pdf	17/05/2016 11:54:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	17/05/2016 11:53:01	Adriana Chaves de Oliveira Ruback	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_resposta_as_Pendencias.pdf	17/05/2016 11:46:49	Adriana Chaves de Oliveira Ruback	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Declaracao_de_anuencia.pdf	17/05/2016 11:45:30	Adriana Chaves de Oliveira Ruback	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/05/2016 11:36:12	Adriana Chaves de Oliveira Ruback	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Adriana.pdf	01/03/2016 14:35:06	Adriana Chaves de Oliveira Ruback	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

NITERÓI, 06 de Junho de 2016

Assinado por:
ROANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@em.uff.br