



**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Instituto de Psicologia**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional**

**Pedro Gomes de Lima Brasileiro**

**O que pode a Educação Permanente em Saúde?**

**Porto Alegre**  
**2014**

**Pedro Gomes de Lima Brasileiro**

**O que pode a Educação Permanente em Saúde?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Rosane Azevedo Neves da Silva

**Porto Alegre**

**2014**

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane Azevedo Neves da Silva  
Preside da Banca (Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Mainieri Paulon  
(PPGPSI – UFRGS)

---

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim  
(PPGCOL – UFRGS)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Inês Schaedler  
(ESP – SES/RS)

## AGRADECIMENTOS

A realização do projeto – de vida e de pesquisa – que ora conclui-se enquanto registro escrito desta dissertação, guarda sentimentos de gratidão que gostaríamos de fazer chegar a seus destinatários-responsáveis, num desejo de afago, de agradecimento, de estima e reconhecimento.

Gostaria de agradecer, num primeiro ato, a meus familiares que seguiram na Bahia, os quais, com maior ou menor dificuldade, calaram a saudade e os anseios de ter fora do alcance dos olhos e das mãos um filho-irmão-enteado-sobrinho que seguia seu caminho em terras ao sul. Dizer a eles um obrigado especial por todos os momentos em que, entre medo e angústia, optaram pela confiança e generosidade – afetiva e material.

Com-sequência, agradeço às famílias que me acolheram em terras gaúchas, abrindo as portas de suas casas para me fazer menos ‘solito’. Aos Pereira Borba, Fransen Pereira, Jalfim Maraschin, Bacchi, meu agradecimento mais que especial e incomensurável. Sem dúvida, tornaram a ‘escritura’ das páginas desta dissertação mais possíveis.

Agradeço, sem reservas, aos meus amigos ‘de todos os lados’ e de todas as horas: Bam, Meury, Mário, Márcio, Pablo, Paula, Alice, Carol, Bru, Cris, Luna, Juliano, Gisela, Diogo, Renato, Nathi, Mauro, Márcia, Tássia, Bruna, Belle, Debi, Dango, Pri, Mimi, Jojô... suas existências fazem, em mim, poesia.

Gostaria, também, de agradecer às professoras e professores – de sala e de lida – que, ao cruzarem minha trajetória, me convidaram para dançar. Assim foi com Ana, Kátia, Moliye, Naná, Osmar, Magali, Margô, Lúcio, Geno, Dení, Mário, Zezinho, Dudu, Marlon, Geraldo, Simone, Nair, Tânia, Neuza, Rosane, Lika, Ricardo, Lúcia, Obede, João Pedro, Mônica, Odile, Reginaldo.

Não poderia deixar de agradecer, em especial, a alguns desses professores.

À Rosane, minha orientadora, pelas tantas horas de supervisão, leituras, preocupação, sensibilidade, disponibilidade, carinho. Pela paciência, pela continência, pela presença, pela anuência... o meu muito obrigado.

À Simone, ‘bom encontro’ produzido ao longo destas an-danças, meu agradecimento mais que efusivo pelo tanto que me ensinaste e me acolheste, gentilmente, como um dos seus.

À Lúcia, ‘apoiadora’ desta pesquisa de mestrado, ‘facilitadora’ do processo de educação permanente vivido por este pesquisador-devir-trabalhador da saúde, a certeza da inestimável contribuição de sua presença para a configuração do que, nesta caminhada, se fez possível.

Ao Ricardo, pelo aceite do agenciamento de seu corpo-pensamento para a formulação e ensinamento do que, aqui, se faz campo e tema de pesquisa. Em especial, um agradecimento pelas aulas-esclarecimentos que, tendo tido este pesquisador a oportunidade de presenciar, fez-se trampolim decisivo das páginas que seguem.

Agradeço, profundamente, aos trabalhadores de saúde, usuários, gestores, militantes, pesquisadores e professores que, direta e/ou indiretamente, constroem o Sistema Único de Saúde brasileiro e a Reforma Sanitária Brasileira. Mais especificamente, agradeço àqueles que cruzaram o meu caminho e deram corpo a cada página que segue neste escrito.

Agradeço a Viviane, minha esposa, e a Maria, minha filha, pelo amor, pela paciência, pela aposta conjunta, pelo apoio em todas as horas, por con-fiar em mim o manto quente de suas vidas.

Finalmente, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pela bolsa de mestrado.

[acredito que] o ponto de partida de toda a pretensão de se conduzirem mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho. [...] Talvez o mais difícil seja [...] conseguir construir uma proposta de interrogação do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto. [...] Trata-se, então, com atores em ação, de criar e operar novas categorias e conceitos, que façam sentido para suas práticas, com base nessas práticas, num sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde (CECÍLIO, 2007, p. 348).

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo acompanhar e analisar os efeitos que a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode produzir na organização e execução do trabalho no SUS. Para isso, percorremos e habitamos territórios de experimentação e formulação da EPS, numa tentativa de esboçar os jogos de força que conformam os campos de possibilidade de a EPS se fazer potência instituinte, dispositivo de problematização e transformação das práticas constitutivas do trabalho no SUS. Foi-nos útil, para tanto, as contribuições do Movimento Institucionalista, o qual aponta, dentre outros, a radicalização da experiência de problematização como princípio ético e estético do pesquisar. Com a Pesquisa-Intervenção, encontramos reafirmada a perspectiva implicada de produção do conhecimento, onde o pesquisar é tomado como uma produção coletiva que se dá em ato, no processo de produção de encontros e co-engendramentos entre o pesquisador e o território no qual se atualizam as potencialidades do tema pesquisado. Encontramos parceiros e atores da proposta colocada por esta pesquisa em uma Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (CRS-RS), onde um grupo de trabalhadores tem buscado problematizar os modos como a organização e execução do próprio trabalho se instituíram ao longo do tempo naquele espaço, fissurando o instituído e abrindo passagem à experimentação coletiva de outros modos de se organizar e trabalhar. Implícita e explicitamente, recorrem à Educação Permanente em Saúde como tecnologia (leve e leve-dura) de operacionalização e sustentação dessas mudanças.

**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde; Educação na Saúde; colegiados gestores; pesquisa-intervenção; processos de subjetivação; psicologia social.

## ABSTRACT

This research aimed to monitor and analyze the effects that Permanent Education in Health (PEH) can produce in the organization and execution of work in the National Health System (NHS). We traverse and inhabit territories of experimentation and formulation of PEH, an attempt to sketch the power games that make up the field of possibility for the PEH do, instituting power of questioning and transforming work practices in constituent SUS device. It was useful to us, therefore, the contributions of Institutional Movement, which aims, among others, the radicalization of experience as problematic ethical and aesthetic principle of search. With Research-Intervention, we find reaffirmed the implied knowledge production, where the search is taken as a collective production that occurs in act, in the production process of meetings between the researcher and the territory in which perspective are updated the potential of the research topic. We found partners and stakeholders of the proposal raised by this research in a Regional Health Directory of Rio Grande do Sul (RHD-RS), where a group of workers have sought to problematize the ways in which the organization and execution of the work himself got instituted over time in that space, hitting the opening set and move to collective experimenting with other ways of getting organized and work. Implicitly and explicitly, they resort to Permanent Health Education as a technology for the deployment and support of these changes.

**Key-words:** Permanent Education in Health; Education in Health; managers collegiate; intervention-research; subjective processes; social psychology.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 1 – Mapa conceitual do campo teórico-prático do campo onde se situa a EPS;

FIGURA 2 – Quadro comparativo entre EC e EPS;

FIGURA 3 – Distribuição dos artigos da amostra ao longo dos anos;

FIGURA 4 – Quadro comparativo entre Pesquisa-Ação e Pesquisa-Intervenção;

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde;  
BA – Bahia;  
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;  
CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço;  
CIR – Comissões Intergestores Regionais;  
CMI – Capitalismo Mundial Integrado;  
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico;  
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde;  
DATA-SUS – Departamento de Informática do SUS;  
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde;  
EC – Educação Continuada;  
EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde;  
EPS – Educação Permanente em Saúde;  
ES – Educação em Serviço;  
ESP – Escola de Saúde Pública;  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz;  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde;  
GHC – Grupo Hospitalar Conceição;  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social;  
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul;  
LOS – Leis Orgânicas do SUS;  
MI – Movimento Institucionalista;  
MS – Ministério da Saúde;  
NURAS – Núcleo Regional de Ações em Saúde;  
NURESC – Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva;  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde;  
PEPS – Pólos de Educação Permanente em Saúde;  
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde;  
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;  
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;  
PNH – Política Nacional de Humanização;  
PPSUS – Programa Pesquisa para o SUS;  
Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde;  
PT – Partido dos Trabalhadores;  
PTS – Projeto Terapêutico Singular;  
PTSG – Projeto Terapêutico Singular de Gestão;  
RIS – Residência Integrada em Saúde;  
RS – Rio Grande do Sul;  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira;  
SES – Secretaria Estadual de Saúde;  
SFC – Saúde da Família e Comunidade;  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;  
SM – Saúde Mental;  
SUS – Sistema Único de Saúde;  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

VER-SUS – Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde.

*Dedico esta pesquisa aos  
'parceiros (dos) instituintes'.  
Pela possibilidade-desejo de,  
com eles, aprender.*

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO: Do que trata esta dissertação?</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1: Saúde Pública e Saúde Coletiva</b>	<b>21</b>
<b>Das margens opostas à EPS</b>	<b>21</b>
<b>Saúde Coletiva</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 2: Educação na Saúde</b>	<b>34</b>
<b>Educação em Saúde</b>	<b>35</b>
<b>Formação em Saúde</b>	<b>37</b>
<b>Educação em Serviço</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 3: EPS: política pública de defesa do trabalho em saúde</b>	<b>47</b>
<b>A EPS nos anos 2000</b>	<b>49</b>
<b>A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)</b>	<b>53</b>
<b>EPS: a quantas anda o interesse por ti?</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO 4: Acerca de operadores conceituais e operações metodológicas</b>	<b>62</b>
<b>Das operações metodológicas</b>	<b>64</b>
<b>Parêntesis</b>	<b>66</b>
<b>Fecha parêntesis: ... Das operações metodológicas</b>	<b>69</b>
<b>O Movimento Institucionalista (MI)</b>	<b>74</b>
<b>CAPÍTULO 5: Sobre condições e possibilidades de se experimentar EPS</b>	<b>84</b>
<b>Processo de trabalho do/no NURAS</b>	<b>84</b>
<b>Uma proposta, uma aposta</b>	<b>87</b>
<b>Inventando um dispositivo de mudança das práticas</b>	<b>94</b>
<b>CAPÍTULO 6: Experimentando EPS</b>	<b>104</b>
<b>EPS como estratégia de produção de conhecimento no NURAS</b>	<b>106</b>
<b>Projeto Terapêutico Singular de Gestão (PTSG)</b>	<b>111</b>
<b>De uma certa micropolítica</b>	<b>116</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>120</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>130</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>138</b>
<b>Anexo 1: Lista de artigos coletados em levantamento bibliográfico sobre a EPS</b>	<b>138</b>
<b>Anexo 2: Termo de Concordância Institucional</b>	<b>142</b>
<b>Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – rodas de conversa</b>	<b>143</b>
<b>Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – entrevistas individuais</b>	<b>144</b>

## APRESENTAÇÃO

### Do que trata esta dissertação?

A pesquisa que agora você tem em mãos, relatada em forma de dissertação de mestrado, emerge, especificamente, do encontro de duas experiências de atuação e colaboração com o Sistema Único de Saúde (SUS), as quais remeteram seus participantes a inquietações semelhantes. Uma delas se deu entre 2010 e 2011 como estágio supervisionado de Psicologia na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Salvador-BA<sup>1</sup>. A outra ocorreu na cidade de Porto Alegre entre 2009 e 2011 enquanto projeto de pesquisa aprovado e financiado pelo PPSUS<sup>2</sup>.

Desenvolveram-se, em ambas, atividades de formação com agentes comunitários de saúde (ACS) que privilegiaram a criação de um espaço ao mesmo tempo de escuta e acolhimento da experiência acumulada pelos próprios participantes acerca dos temas tratados – “o trabalho dos ACS” na primeira, “saúde mental na atenção básica” na segunda –, possibilitando-lhes, dentre outros, compartilhar problemas comuns e redimensionar os modos como estes concebiam e realizavam o próprio trabalho no cotidiano dos serviços de saúde.

Naquelas experiências, o caráter participativo das atividades e a ‘inversão/subversão da lógica de produção de conhecimento’ foram enfaticamente apontados pelos participantes como potentes, porém raramente encontrados nas atividades formativas voltadas aos trabalhadores da saúde. O surpreendente, a novidade naquelas experiências, segundo os participantes, dizia respeito não necessariamente aos temas abordados, mas, sobretudo, à forma da abordagem: abordagem do tema, abordagem com os participantes, abordagem sobre os saberes ali circulantes e presentificados na experiência singular e coletivamente produzida por cada trabalhador acerca do que era problematizado naquelas formações.

---

<sup>1</sup> Referimo-nos à primeira turma de um campo de estágio na graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, criado em consonância com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o qual estimula a integração ensino-serviço, com ênfase na atenção básica, tendo em vista a transformação dos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e prestação de serviços à população (Brasil, 2007a).

<sup>2</sup> O Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) é uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) que tem como objetivo o fomento e financiamento do desenvolvimento de pesquisas relevantes e estratégicas para o SUS. As produções decorrentes da pesquisa aqui mencionada foram publicadas em livro organizado por Paulon e Neves (2013).

A construção da proposta de realização da presente pesquisa seguiu, portanto, a pista apontada pelos participantes daquelas experiências, nos fazendo questionar: quais as perspectivas ético-políticas e teórico-metodológicas que têm norteado as atividades formativas realizadas com os trabalhadores da saúde? O que tem sido (ou tem deixado de ser) possível nelas e com elas? Como elas têm conseguido atingir os objetivos que se colocam e justificam suas proposições (isto é, a qualificação dos processos de trabalho em saúde)?

Com o aprofundamento de nossa apropriação acerca do que vinha se produzindo enquanto conhecimentos e práticas em torno desta problemática, fomos apresentados a um cenário em intensa disputa e em pleno processo de reformulações conceituais. Descobrimos, por exemplo, que a lógica na qual hegemonicamente se amparam os processos formativos voltados aos trabalhadores da saúde é comumente chamada de Educação Continuada (EC), sendo as ‘capacitações’, ‘treinamentos’ e ‘atualizações’ seus sinônimos possíveis, todos referidos a uma mesma prática: *transmitir* conhecimentos específicos para um público também específico de trabalhadores da saúde. Descobrimos, também, que vinha crescendo, em força e em visibilidade, o esforço de militantes e pesquisadores ligados ao campo da Saúde Coletiva de rompimento com tal perspectiva, a partir do que vinham construindo e experimentando um arcabouço teórico-conceitual que balizasse um outro modo de conceber e de realizar as atividades de Educação em Serviço com os trabalhadores da saúde. Conhecemos, assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS)<sup>3</sup>.

Cabe, aqui, nos remetermos a uma espécie de ‘iniciativa militante-institucional’ que balizou a criação e a aposta em experiências que apontam a centralidade da EPS como estratégia-dispositivo propícia à transformação das práticas no SUS, qual seja, o movimento “nós fazemos o SUS que dá certo!”. Trata-se, num primeiro momento, de um concurso para o qual foram convocadas a participar relatos de ‘experiências exitosas’ de implementação dos princípios e diretrizes do SUS, numa espécie de fortalecimento e revitalização do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Desde sua primeira edição, o que tem se mostrado ser uma característica compartilhada pelas experiências relatadas é que o êxito em implementar eficazmente o SUS em seus princípios e diretrizes refere-se menos ao que é feito, mas ao modo como é feito o que é feito nessas/por essas experiências.

---

<sup>3</sup> Aprofundaremos essa discussão nos capítulos 2 e 3.

Na esteira de nossa ‘tomada de conhecimento’ acerca das propostas- apostas derivadas/identificadas, dentre outros, com o referido movimento, encontramos com a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Nelas descobrimos parcerias das experiências como as que havíamos experimentado no RS e na Bahia, uma vez que elas se prestam, em linhas gerais, a apoiar, sustentar, oferecer subsídios para que os trabalhadores da saúde criem coletivamente, sempre singularmente, dispositivos que propiciem processos de problematização dos modos como o trabalho individual e coletivo é concebido, organizado e executado.

*“Implementar modelos participativos de Educação em Serviço, que abrissem espaço para o comparecimento do cotidiano de trabalho dos envolvidos, não é mais algo tão marginal então!”*, pensávamos. Animamo-nos com o que as experiências amparadas na PNEPS e na PNH, *“agora respaldadas legalmente e desenvolvidas em larga escala”*, estariam possibilitando – pensávamos novamente, baseados na lembrança da potência inerente a este *modelo* de desenvolvimento das atividades de Educação em Serviço, a qual nós mesmos tínhamos testemunhado nas experiências de Salvador e de Porto Alegre.

No que diz respeito à PNH, soubemos que ela tem colocado para si o desafio de deflagrar movimentos éticos, políticos e institucionais que confluam para a qualificação das práticas de atenção e de gestão do SUS, reencantando a dureza do trabalho cotidiano, fazendo dele trampolim para a proposição de meios inusitados, inventivos, inventados, de realização do trabalho em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Para a PNH, situações que caracterizariam um SUS ‘desumano’, “como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho, etc” (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 6), derivariam, em última análise, da precariedade da organização e do processo de trabalho no SUS. Nesse sentido, não se trata, para a PNH, de tomar estas situações como falhas individuais de trabalhadores e gestores do SUS, mas entendê-las como expressões de uma determinada concepção e organização do trabalho em saúde nos serviços desse sistema que precisaria ser problematizada e transformada.

A PNH é, portanto, uma política que se pretende transversal a todo o sistema de saúde brasileiro, pois toma os modos de concepção, organização, gestão e realização do trabalho em saúde como objeto de análise e intervenção (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007). Neste sentido, se faz tarefa primeira da PNH apoiar trabalhadores e gestores do SUS para lidarem com a heterogeneidade do vivo, produzir em alteridade e construir neste encontro o comum. Dar suporte a essa tarefa é o papel do apoiador institucional, figura central da PNH e por ela criada para intervir nos modos instituídos de realização do trabalho (em) coletivo. É função do apoiador se fazer suporte às equipes de saúde para ‘entrarem na roda’ (CAMPOS, 2000a) e construírem processos coletivos de análise das situações de trabalho por elas vividas, apostando no caráter transformador e formativo dessa experiência. São princípios norteadores da PNH:

1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); 2) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; 3) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 4) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 5) co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 6) fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; 7) *compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente* (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563, grifo nosso).

Dada a limitação temporal e a particularidade das trilhas que foram se abrindo ao longo do processo de construção desta pesquisa, fizemos a opção de nos determos nas formulações e configurações da PNEPS no que diz respeito às nossas perguntas de pesquisa<sup>4</sup>. Importa ressaltarmos, contudo, que ambas cumprem, de modos diversos, um importante papel no avanço do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao comporem, quando do primeiro mandato do Governo Lula no Brasil (2002-2006), uma retomada da discussão e crítica aos modos hegemônicos de realização da Educação em Serviço, construindo e propondo outros modos de experimentar-se, em ato, a aprendizagem no trabalho em saúde.

A estratégia adotada nesta pesquisa para nos aproximarmos/experimentarmos a EPS nos fez passar a freqüentar as reuniões da Comissão Permanente de Integração

---

<sup>4</sup> Aprofundaremos a discussão e descrição da PNEPS no capítulo 3.

Ensino-Serviço do Rio Grande do Sul (CIES-RS<sup>5</sup>), a fim de vermos ‘nós mesmos’ as transformações que a PNEPS, dentre outras, vinha operando. Nela, propusemo-nos a acompanhar uma ‘experiência exitosa de EPS’, isto é, uma experiência que conseguisse implementar, ‘fidedignamente’, a EPS em seus princípios teóricos e procedimentos metodológicos. Nossa pesquisa, neste sentido, pretendia descrever o desenrolar das experiências a serem acompanhadas por nós em suas etapas, nos modos de lidar com o conteúdo ministrado e com o público participante da atividade, nas mudanças produzidas na realização cotidiana do trabalho dos envolvidos, dentre outros. “*É preciso se ensinar a executar a EPS, pois o que se vê é a realização de atividades de EC com o nome de EPS*”, falávamos a nós mesmos, talvez um tanto inebriados com o posto de ‘pós-graduandos’, conhecedores da ‘*verdadeira EPS*’.

Tal proposta de pesquisa encontrava ‘respaldo’ no cenário delineado tanto em pesquisas avaliativas da PNEPS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006; MONTEIRO et al., 2007; SILVA et al., 2011; para citar algumas) quanto no que verificávamos nas próprias reuniões das CIES-RS: passados mais de 10 anos da promulgação da PNEPS, não era tão comum se identificar, em experiências práticas ou em formulações teóricas que se atribuíam o título de EPS, uma diferenciação entre esta e a EC. O que se verificava, muitas vezes, era a mudança do modo de nomear conceitos e práticas antes conhecidos por outros nomes – no caso, EC e seus sinônimos –, mantendo, contudo, os modos de concepção e de execução destas atividades, agora nomeadas de EPS.

Apresentamos nossa proposta de pesquisa em uma reunião ordinária da CIES-RS, solicitando aos presentes a indicação do que então chamávamos de ‘experiências exitosas de EPS’, ou seja, atividades que não se resumissem a cursos específicos sobre algum tema (o que representava grande parte dos projetos avaliados e aprovados naquela comissão<sup>6</sup>), mas que pautassem a discussão de temas relativos ao trabalho em saúde a partir da problematização do processo de trabalho dos envolvidos no que tange ao tema abordado, em consonância com a concepção do que seria a EPS anunciada pelo Ministério da Saúde:

---

<sup>5</sup> As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) “*são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde*” (BRASIL, 2007b). Caracterizam-se como os colegiados gestores da PNEPS em diferentes níveis (estadual, regional e mesmo interestadual), responsáveis pela organização, fiscalização, fomento e avaliação das atividades de educação permanente em saúde desenvolvidas no SUS.

<sup>6</sup> Veremos que a realização de capacitações são legítimas, necessárias e até, por vezes, requisitadas pelos trabalhadores do setor. O que se vem questionar, com a EPS, é a lógica de suas proposições, construções, operacionalizações e efeitos produzidos.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. [...] Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. *Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho* (BRASIL, 2009, p. 20, grifo nosso).

A experiência que viemos a acompanhar ‘não se enquadrava no perfil’ que havíamos traçado para a escolha das atividades que acompanharíamos, quando da elaboração de nosso projeto de pesquisa. Nem mesmo seguiu ‘os caminhos’ que havíamos desenhado para a escolha das mesmas. Iniciava-se, assim, o tanto que este pesquisador ainda aprenderia (e precisava aprender) acerca do que seria, ao que vinha, no que consistia, a EPS...

Em síntese, descobrimos que a EPS não se resumia a um modelo, a uma receita teórico-metodológica para a proposição e realização de atividades de Educação em Serviço. Descobrimos também que a simples aprovação da PNEPS (que de simples não tem nada) não garante a implementação da EPS em seus princípios e dispositivos. Acompanhar tal experiência nos permitiu perceber que um modo potente de se conceber e operar com a EPS a toma como um “dispositivo-ferramenta do trabalho em saúde”, capaz de transformar os modos de concebê-lo, organizá-lo, geri-lo e executá-lo, a partir da apropriação dos próprios trabalhadores do que na EPS se trata de uma *aposta* ético-política.

Ao longo desta dissertação, buscaremos compartilhar com o leitor os diferentes modos como fomos capazes (e incapazes) de compreender, sempre parcial e momentaneamente, a EPS não só em sua proposta, mas principalmente em sua aposta instituinte, em seu desejo de transgressão, na aliança entre Saúde e Educação pautada na invenção, em processos de singularização, em agenciamentos (d)e práticas de liberdade. Esperamos, com isso, contribuir com e para um estiramento dos horizontes de possibilidades com que fazemos uso, compreendemos e nos apropriamos da Educação Permanente em Saúde no processo de construção do SUS e na militância pelo avanço da implementação da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) em seus princípios e diretrizes.



## CAPÍTULO 1

### Saúde Pública e Saúde Coletiva

O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate (FOUCAULT, 1979, p. 18).

Neste primeiro capítulo, buscaremos revisitar os movimentos históricos de constituição dos campos teórico-práticos dos quais, a partir de suas disputas e tensionamentos internos, emergem as linhas de configuração de nosso ‘objeto’ de pesquisa. Ao que poderia parecer desnecessário em tal empreendimento, reafirmamos a importância que significou para nós ‘empreender tal devaneio’. Com ele, tornou-se possível, minimamente, retratar um delineamento do contexto histórico, teórico, político e social (portanto, *contingencial*) de formulação e proposição do que aqui tomamos para estudo.

Com isso se quer ressaltar que a consolidação da EPS como elemento objetificável, capaz de ser tomado para estudo e mesmo de ser enunciado enquanto formulação, indica não uma essência ou uma existência transcendente que, num dado momento, foi descoberta e descrita. De fato, assim como a Saúde Pública, a Saúde Coletiva, a Educação na Saúde e os demais campos e conceitos que tomaremos para estudo e análise nesta dissertação, a EPS foi produzida, inventada, construída, em resposta a uma necessidade sentida (intuída) em algum momento histórico do desenrolar do movimento de Reforma Sanitária no Brasil.

Desse modo, apresentaremos a seguir o que construímos como compreensão do que poderíamos chamar de ‘adjacências’ da formulação e operacionalização da EPS, isto é, o que nela opera, ao que ela se opõe, do que nela é constrangimento, do que ela é transversalização.

#### **Das margens opostas à EPS**

A primeira linha que trilharemos diz respeito ao campo teórico-prático conhecido como Saúde Pública. Sua institucionalização como área de intervenção política e de produção de conhecimento remonta às intensas transformações sociais que se encontram sintetizadas na expressão ‘I Revolução Industrial’ (séculos XVII-XVIII – Europa Ocidental). Vivia-se, então, uma rápida e massiva migração do povo camponês para as cidades-pólos industriais européias, em busca de trabalho neste crescente setor, profundamente sedento por mão-de-obra. Rapidamente configurou-se um vertiginoso crescimento do contingente populacional urbano, em cidades cuja infra-estrutura não dispunha, dentre outros, de condições habitacionais e sanitárias adequadas à concentração humana/urbana então verificada.

Neste contexto, doenças decorrentes das más condições de vida, trabalho, alimentação, descanso, dentre outros fatores sociais de condicionamento do processo saúde-doença, passaram a acometer uma grande quantidade de trabalhadores (homens e mulheres de todas as idades, crianças, jovens e idosos, ninguém ficava de fora). Incapaz de deixar de contar com qualquer força de trabalho disponível, os donos dos meios de produção, representantes do setor social política e economicamente dominante, investem, desde o lugar de Estado, no desenvolvimento de uma estratégia com a qual fosse possível intervir nessas populações, no sentido de minorar as probabilidades de acometimento da classe trabalhadora aos fatores sociais e ambientais de geração e transmissão de doenças. Ao setor-função estatal responsável pela intervenção junto a estes fatores deu-se o nome de Saúde Pública. Ao conjunto de estratégias por ele utilizadas, Michel Foucault (1988, 2008a) deu o nome de Biopoder – ou “poder sobre a vida”.

[...] esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais [...]. Um dos pólos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as *disciplinas: anátomo-política do corpo humano*. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-lo variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma biopolítica da população*. As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se

desenvolveu a organização do poder sobre a vida (FOUCAULT, 1988, p. 131, grifos do autor).

George Rosen (1994) caracteriza a Saúde Pública como um campo de formulações teóricas e de atuação prático-profissional tendo em vista: 1) a *prescrição moral* de estilos de vida saudáveis e 2) a regulamentação, enquanto Estado, das condições de vida adequadas a uma determinada população. Mira-se, desse modo, a manutenção das condições adequadas à reprodução social, por um lado, e por outro, as condições necessárias para o funcionamento dos processos produtivos – isto é, disponibilidade de trabalhadores ‘saudáveis’, aptos ao desempenho das funções requeridas pelos meios de produção – a partir de duas linhas de atuação:

Por um lado, a Higiene, conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, produz um discurso sobre a boa saúde francamente circunscrito à esfera moral. Por outro lado, as propostas de uma Política (ou Polícia) Médica estabelecem a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social, remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 36).

Em síntese, a Saúde Pública instituiu-se, consolidou-se, ganhou consistência teórica, técnica, política e ideológica, com um caráter eminentemente conservador, isto é, como um modo de dominação e de regulação das populações às quais se voltavam (e se voltam) suas ações, servindo como braço do Estado na efetivação da tarefa – extremamente necessária aos modos capitalísticos de organização da vida social – de docilização dos corpos, manutenção da capacidade produtiva e reprodutiva das populações, regulação moral dos ‘estilos de vida corretos’ de serem seguidos e adotados. No sentido foucaultiano, a Saúde Pública constituir-se-ia, assim, numa “disciplina”:

[...] as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação. [...] O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. [...] Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros [...]. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência) (FOUCAULT, 2007, p. 118-119).

No que tange ao interesse da pesquisa aqui realizada, importa guardarmos, desde já, uma compreensão, ligeira que seja, dos modos como a Saúde Pública compreende e/ou faz uso, especificamente, das noções de processo educativo e processo de trabalho em suas interfaces com o campo da saúde. Tais compreensões se farão importantes nas discussões que continuaremos travando ao longo das páginas que seguem.

No que diz respeito à concepção de processo de trabalho, mais especificamente de trabalho em saúde, desde a perspectiva da Saúde Pública, permanece forte a “racionalidade gerencial hegemônica” (CAMPOS, 2000a), na qual:

Os profissionais de saúde são pensados como meros insumos, a serem condicionados a executar certos objetivos previamente determinados por instâncias superiores de poder. A subordinação dos trabalhadores é considerada uma condição indispensável para o ‘adequado’ funcionamento da máquina, devendo ser operacionalizada segundo esquemas mais ou menos suaves, conforme a escola a que se filiem os especialistas de cada momento [...]. [...] a existência de um controle e de um comando centralizado são consideradas características indispensáveis à manutenção da unidade de ação e da busca dos objetivos institucionais. A justificativa aparentemente de fundamento operacional, para a centralização de comando e de tomada de decisões, procura, na realidade, encobrir a razão suficiente desse estilo de administração: a idéia da indivisibilidade do poder (Campos, 1992, p. 195).

Para Ceccim (2005a), esta é uma forma de *ordenar a execução* do processo de trabalho em saúde muito comumente encontrada. Segundo o autor, tal estratégia se ampara numa concepção de gestão do trabalho balizada nas formulações de pesquisadores do campo da Administração Científica e da Psicologia Organizacional, que buscam pensar a administração dos trabalhadores do mesmo modo como se pensa e se realiza a administração dos demais recursos de uma empresa – como, por exemplo, os recursos materiais, financeiros, logísticos, etc. Daí a utilização da expressão ‘recursos humanos’ para se referir aos trabalhadores de uma determinada organização. Em tal perspectiva, ao trabalhador cabe obedecer e executar *mecanicamente* as ordens traçadas pela gerência, sem refletir sobre as mesmas, alterá-las ou questioná-las.

O processo educativo concebido por tal perspectiva pode ser sintetizado naquilo que Paulo Freire (1979, 2005) chama de Educação Bancária. Nela, o aprendiz é tomado (não tão metafóricamente) como uma urna, um papel em branco, uma conta bancária, os quais aumentariam seu volume ou conteúdo na proporção em que neles fossem feitos depósitos ou inscrições de novos saberes, regras e procedimentos prescritos. Neste modo de conceber o processo de ensino-aprendizagem, faz-se imprescindível e

prioritário a assunção de um caráter passivo, domesticado, obediente por parte dos aprendizes, diante de um caráter ativo, messiânico, domesticador daqueles que ensinam. Como esclarece Freire (2005):

Quanto mais analisamos as relações educador-educandos, [...] mais nos podemos convencer [...] de serem relações fundamentalmente *narradoras, dissertadoras*. Narração de conteúdos que, por isso mesmo, tendem a petrificar-se ou a fazer-se algo quase morto, sejam valores ou dimensões concretas da realidade. Narração ou dissertação que implica um sujeito – o narrador – e objetos pacientes, ouvintes – os educandos. [...] Falar da realidade como algo parado, estático, compartimentado e bem-comportado, quando não falar ou dissertar sobre algo completamente alheio à experiência existencial dos educandos vem sendo, realmente, a suprema inquietação desta educação. A sua irrefreada ânsia. Nela, o educador aparece como seu indiscutível agente, como o seu real sujeito, cuja tarefa indeclinável é “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração. Conteúdos que são retalhos da realidade desconectados da totalidade em que se engendram e em cuja visão ganhariam significação. A palavra, nestas dissertações, se esvazia da dimensão concreta que devia ter ou se transforma em palavra oca, em verbosidade alienada e alienante. [...] Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. [...] Eis a concepção “bancária” da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los (p. 65-66, grifos do autor).

## **Saúde Coletiva**

Diante deste cenário, toma forma e força em diferentes lugares do mundo um movimento de crítica à Saúde Pública, no interior do qual são reavaliadas as bases político-ideológicas e epistêmico-metodológicas adotadas até então para se tentar atingir a tarefa colocada a este campo. Deflagram-se, assim, algumas iniciativas de revitalização da força e da consistência interna das respostas dadas, dos modos de responder e, principalmente, dos modos de formular as perguntas referentes aos problemas e às necessidades de saúde de uma determinada população. Deste movimento e neste processo foi se delineando, sobretudo nos países latino-americanos, o campo de saberes e de práticas que veio a ficar conhecido como Saúde Coletiva.

Um dos elementos que impulsionou a constituição deste movimento de (auto) crítica e (re)formulação de propostas alternativas à Saúde Pública, no que diz respeito ao modo de lidar com a problemática saúde-doença das populações, está atrelado à própria perda de espaço e legitimidade dos órgãos e instâncias a ela vinculados, com o processo de mudança (aprimoramento e perversão) do funcionamento do sistema capitalista, no qual as políticas de Estado dão lugar à política das empresas (SANTOS,

2008). Paim e Almeida Filho (1998, 2000) identificam que, com o avanço do neoliberalismo e da reorganização-interligação mundial do funcionamento do Capitalismo, o cenário político internacional empurrou o campo da Saúde Pública a uma crise de sentidos. No Capitalismo Mundial Integrado (CMI)<sup>7</sup>, a formulação das políticas sanitárias voltadas a uma determinada população deixa de concernir às instâncias estatais componentes do campo da Saúde Pública, a elas cabendo, estritamente, sua execução. Como nos falam Paim e Almeida Filho (2000, p. 49-50):

[...] muitas das reformas do setor saúde são apoiadas por organismos financeiros internacionais, a exemplo do Banco Mundial, cujos pressupostos e diretrizes divergem bastante dos projetos originais de reforma sanitária. [...] valorizam a eficiência e a eficácia em detrimento da equidade mediante políticas de ajuste macroeconômico e, no setor saúde, através da focalização e da cesta básica de serviços. Assim, muitas reformas setoriais não chegam a ser concebidas nem debatidas pelas escolas de saúde pública ou organismos assemelhados e, em certos casos, passam ao largo dos próprios ministérios da saúde, sendo negociados diretamente entre as agências financeiras e a “área econômica” do governo.

Neste modo de conceber a saúde como mercadoria, prevalece uma lógica que privilegia a contratação de serviços médico-hospitalares terceirizados pelo Estado, concebidos desde uma racionalidade médica liberal – médico-centrada, biologicista, procedimental, auto-desincumbida da concepção social, histórica e cultural do processo de saúde-doença-cuidado – e a oferta de pacotes básicos de cuidados mínimos de saúde às populações pobres (FRANCO; MERHY, 2007), a qual já demonstrou ao longo dos anos a sua ineficiência e não comprometimento com a resolução dos problemas de saúde das populações.

Tomando como base e operando uma ruptura com o modelo policial-prescritivo-moral da Saúde Pública, a Saúde Coletiva propõe, enfim, um outro modo de lidar com a problemática do processo saúde-doença das pessoas e das populações, no qual se constrói *com* a própria população o que se entende, se critica, se aceita e se deseja acerca dos modos de vida, saúde, sofrimento e morte. Trata-se, portanto, de uma perspectiva eticamente implicada com a produção da “saúde do público”, o que passa a ser tomado como questão e ato político de defesa radical da vida (CAMPOS, 2000b).

---

<sup>7</sup> Félix Guattari (2005) utiliza esta expressão, e não Globalização, para referir-se ao processo de expansão e interligação do sistema capitalista por todo o mundo. Para o autor, na utilização do termo ‘Globalização’ há uma tendência à descaracterização do fenômeno que ele expressa como um aprimoramento do próprio sistema capitalista, podendo fazê-lo parecer algo técnico, natural, destituído de intencionalidades e arranjos políticos.

Segundo Campos (2000b, p. 222), “o termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundos da saúde pública e da medicina preventiva e social procuraram fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica”. Complementam tal definição Paim e Almeida Filho (2000, p. 63), afirmando que:

A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças ou agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária.

Um bom exemplo ilustrativo daquilo que estamos tratando diz respeito ao próprio processo de construção da proposta do que veio a se instituir como Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS. Diante de um cenário em que o acesso a serviços ou cuidados à saúde condicionava-se 1) à capacidade dos cidadãos de pagarem por ele nas clínicas e consultórios particulares, 2) acessar serviços de saúde mantidos pelas categorias profissionais a qual se estaria vinculado como trabalhador assalariado – contribuinte, portanto, do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – ou 3) recorrer aos escassos e precários serviços ofertados por instituições filantrópicas assistencialistas (FLEURY, 2008), iniciou-se no Brasil, em plena ditadura civil-militar (1964-1984), um processo de mobilização social em torno, dentre outros, de uma Reforma Sanitária que pautasse o acesso aos serviços e ações de saúde necessários à população brasileira como um direito universal (garantido para todos, independente da condição financeira ou trabalhista), a ser realizado integralmente (isto é, de todas as formas demandadas por cada caso) e baseado no princípio da equidade, onde se prioriza e se concentra uma maior disponibilização de ações e recursos em saúde para aqueles que deles mais necessitariam, dada suas condições de vida (BRASIL, 1987). Como nos conta Jairnilson Paim (2008):

[...] surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde [...]. A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano

seguinte. Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da *saúde como direito de todos e dever do Estado*, recomendando-se a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado [...] e democrático [...]. A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de *Reforma Sanitária* (p. 26-27, grifos do autor).

A conquista verificada pela inclusão da proposta formulada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a, 1990b, respectivamente), encontrou sua força, portanto, na opção ético-política dos militantes do campo da Saúde Coletiva de se aproximar da população e, com ela, criar força política para formular e ter aceita – em grande parte – a proposta do que viriam a ser as medidas de reconfiguração da rede de sistemas de saúde brasileira (PAIM, 2008, 2009). A Saúde Coletiva foi se forjando e consolidando *pari passu* a esse processo, visceralmente atrelada às experimentações cotidianas de debate e produção de um conhecimento teórico-prático sobre a condição sanitária e as “reais necessidades de saúde<sup>8</sup>” (CAMARGO JÚNIOR, 2005) da população brasileira.

Tal qual fizemos na discussão sobre o campo da Saúde Pública, importa retomarmos as concepções de Educação e de Trabalho possíveis de serem tomadas desde o campo da Saúde Coletiva. Mais uma vez, salientamos não se tratar, aqui, de uma afirmação de tais compreensões como as únicas existentes e nem mesmo que sejam as hegemônicas neste campo. As concepções que elucidaremos diz, somente, de uma escolha deste pesquisador na direção daquilo que ele tem buscado construir ao longo desta dissertação, isto é, uma possível compreensão do que seria a Educação Permanente em Saúde.

O processo educativo, mais uma vez segundo Freire<sup>9</sup> (1979, 2005), é aqui entendido como algo que deve se dar através do diálogo, da partilha de saberes mútuos

---

<sup>8</sup> Keneth Camargo Júnior (2005) faz uma diferenciação entre as demandas por cuidados, serviços, procedimentos e ações de saúde, produzidas pelas ofertas existentes no mercado (a oferta gera a demanda) e as “reais necessidades de saúde”, isto é, o que a população realmente necessitaria enquanto cuidado, serviço, procedimentos, intervenções e tecnologias de saúde. Enquanto no primeiro caso, a oferta baseia-se no que é economicamente interessante (rentável) ao Complexo Industrial-Financeiro da Saúde, o segundo parte das reais condições de vida da população, tomando esta como norteadora do desenvolvimento e oferta de serviços e ações de cuidado à saúde.

<sup>9</sup> A linha de pensamento desenvolvida por Paulo Freire – constitutiva do que veio a ficar conhecido como Educação Popular – compôs uma nova ética, uma nova estética e uma nova política no campo teórico-prático da Educação. No que segue, veremos que suas formulações se farão essenciais para a proposição

entre educadores-educandos e educandos-educadores (BRANDÃO, 2010). Faz-se imprescindível, para isso, não só considerar, mas tomar como objeto mesmo de análise os próprios saberes e fazeres construídos e aplicados cotidianamente pelas pessoas envolvidas no processo educativo, uma vez que o aprendizado ocorre permanentemente (isto é, não só em salas de aula ou quando inseridos em algum processo pedagógico organizado), mobilizado pela necessidade ininterruptamente colocada aos seres humanos de intervir no e inventar o próprio mundo.

[...] no processo de aprendizagem, só aprende verdadeiramente aquele que se apropria do aprendido, transformando-o em apreendido, com o que pode, por isso mesmo, reinventá-lo; aquele que é capaz de aplicar o aprendido-apreendido a situações existenciais concretas. Pelo contrário, aquele que é “enchido” por outro de conteúdos cuja inteligência não percebe; de conteúdos que contradizem a forma própria de estar em seu mundo, sem que seja desafiado, não aprende. Para isto, é necessário que, na situação educativa, educador e educando assumam o papel de sujeitos cognoscentes, mediatizados pelo objeto cognoscível que buscam conhecer (FREIRE, 1979, p. 27-28).

Destacamos, acerca deste tema, as contribuições desenvolvidas por Virgínia Kastrup (1999, 2008) para uma compreensão dos modos de concepção do processo de aprendizagem, que aqui também nos serão úteis. Seguindo as pistas de seu pensamento, somos convidados a vislumbrar o processo de aprendizagem que se realiza para além da sala de aula – como o que se dá no desenvolvimento cotidiano do trabalho de uma profissional nos serviços de saúde do SUS, por exemplo.

Enquanto realiza seu trabalho, uma profissional de saúde entra em contato com uma diversidade de situações que a afetam e a fazem refletir. Colocam-se, assim, as condições de possibilidade para a construção da aprendizagem. Como nos diz a autora: “[...] tudo começa com perturbações. O meio comparece perturbando, e não transmitindo informações. Perturbar significa afetar, colocar problema. [...] Pequenas perturbações podem gerar grandes mudanças” (KASTRUP, 1999, p. 115-116).

Diante dos problemas colocados pelo meio, a autora identifica duas ‘políticas cognitivas’ possíveis. Numa, busca-se sanar tais perturbações – fazê-las desaparecer para si, deixar de incomodar – lançando mão de operadores conceituais e conhecimentos componentes de seu ‘repertório pessoal e profissional’ já existente. Em

tal situação, aprende-se a agir para com as perturbações do meio de modo a solucioná-las: adaptar-se a elas e ao meio, portanto – aprendizagem como solução de problemas.

Há, contudo, segundo a autora, um outro modo possível de conceber o processo de aprendizagem, no qual o aprender se daria pela contínua invenção de problemas. Desde esta perspectiva, “aprender é, antes de tudo, ser capaz de problematizar, ser sensível às variações materiais que têm lugar em nossa cognição presente” (KASTRUP, 1999, p. 152). A relação estabelecida com as perturbações imanentes ao meio não buscaria, aí, uma adaptação – proteção e manutenção da coesão orgânica-organizada de si e do mundo – mas a contaminação, a afetação, a possibilidade de responder às perturbações com perguntas, com problematizações acerca de si e do mundo, que abram brechas à criação-transformação do mesmo, recriando-se a si, a um só tempo (KASTRUP, 2008). Desde tal perspectiva, importa aprender a aprender, o que, paradoxalmente, consiste em aprender a desaprender:

O melhor aprendiz não é aquele que aborda o mundo por meio de hábitos cristalizados, mas o que consegue permanecer sempre em processo de aprendizagem. O processo de aprendizagem permanente pode, então igualmente ser dito de desaprendizagem permanente. Em sentido último, aprender é experimentar incessantemente, é fugir ao controle da representação. É também, nesse mesmo sentido, impedir que a aprendizagem forme hábitos cristalizados (KASTRUP, 1999, p. 151).

No que tange ao trabalho em saúde, importa compreender a especificidade das formulações do campo da Saúde Coletiva a este respeito. Encontramos em Emerson Elias Merhy, por exemplo, uma concepção do trabalho em saúde extremamente potente.

Merhy (2007) reconhece na discussão sobre as características intrínsecas ao trabalho em saúde, que o diferencia de outros modos de realização do trabalho (como o realizado nas indústrias), um dos principais ‘nós críticos’ instalados entre pensadores e militantes da Saúde Coletiva e do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, no momento em que estes, ao pensarem e proporem mudanças, muitas vezes negligenciam as condições de possibilidade e de configuração da realização desta atividade em si.

A realização do trabalho em saúde não pode ser plenamente estruturada – descrita, prescrita, normatizada, controlada –, não consegue, enfim, ser plenamente capturada pelo trabalho morto<sup>10</sup>. Isto porque o trabalho em saúde realiza-se, em grande

---

<sup>10</sup> Merhy (2007) faz uma analogia figurativa ao processo de trabalho de um artesão-marceneiro produzindo, em ato, uma cadeira de madeira, para pensar o trabalho em saúde. Nas palavras do autor: “Chamamos de trabalho morto, neste processo, a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos

medida, quando do encontro do trabalhador com o usuário, ao que o autor chama de “trabalho vivo em ato, [...] tipo de força que opera permanentemente em processo e em relação” (MERHY, 2002, p. 62). Como nos fala Merhy (2007), o trabalhador da saúde:

[...] torna-se um trabalhador neste sentido, tendo uma certa autonomia para “decidir coisas” neste seu encontro com o usuário. Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo “autogoverno” para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o “modo de atuar”. [...] o trabalhador da saúde opera em um espaço de “autogoverno” que lhe dá inclusive a possibilidade de “privatizar” o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter de prestar conta *do que e do como* está atuando (p. 76-77, grifos do autor).

O processo de trabalho em saúde configura-se, assim, como “quase-estruturado”. A conformação de sua realização é constantemente constrangida tanto pelo que o usuário espera e requisita do trabalhador a partir de suas necessidades de saúde, quanto pelo que, no trabalho em saúde, se constitui em tecnologias duras (representadas pelas máquinas) e leve-duras (os saberes estruturados) – constitutivas do trabalho morto. Ainda assim, “[...] há uma terceira modalidade de tecnologias, não tão estruturadas e que denominamos de leves, que são produtoras de relações intercessoras, como é o caso do processo de acolhimento ou de vínculo [...]” (MERHY, 2007, p. 89).

As tecnologias leves, características e diferenciadoras do trabalho em saúde, operam, portanto, no regime micropolítico do processo de trabalho, onde comparece a “temática do fazer cotidiano do trabalho e o espaço de autonomia do trabalhador” (MERHY, 2007, p. 80). Como sintetiza o autor:

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente. [...] ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos

---

– ou como ferramenta ou como matéria-prima, como o martelo e a madeira – e que são resultados de um trabalho humano anterior [...]. E os chamamos de trabalho morto neste processo do marceneiro porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho vivo, e de uma maneira distinta do próprio trabalho vivo em si do marceneiro, que neste momento é o trabalho em ato que permite a produção da cadeira [...]. [...] o trabalho vivo em ato do marceneiro é neste momento o trabalho criador, e o trabalho morto que ele utiliza para realizar a produção da cadeira já está instituído, dado, e lhe é ofertado como um conjunto de situações que entra comandando uma parte de sua atividade produtiva e criativa.

serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada (MERHY, 2007, p. 71-72).

As formulações de Emerson Merhy nos ajudam a abandonar um possível olhar maniqueísta para com os trabalhadores da saúde, categorizando-os entre bons e maus trabalhadores, entre trabalhadores acomodados, medíocres, frustrados, frustrantes, descomprometidos, tecnicamente incompetentes, de um lado, e os trabalhadores exemplares, militantes, criativos, engajados, implicados, tecnicamente competentes, de outro. Não seria possível leitura tão simplista do processo de trabalho e das relações estabelecidas no e com o trabalho pelos profissionais do setor, pois que este só se realiza *em ato*, sempre atualizado, sempre atravessado pelas circunstâncias do presente: do contexto, do trabalhador, dos usuários, das instituições.

Essa é uma pista extremamente importante para esta pesquisa, tendo em vista a relação que estabelecemos com a Educação Permanente em Saúde. Do que vimos até aqui, podemos afirmar que há uma notável diferença entre o que se compreende por produção da saúde desde o campo da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. Enquanto no primeiro esta produção é entendida e praticada a partir da prescrição e intervenção do Estado por sobre a população naquilo que este considera adequado e necessário para que se consiga manter funcionando o sistema de produção e reprodução social – isto é, o cuidado à saúde da população não é um fim em si mesmo, mas um meio para garantir a disponibilidade de um elemento indispensável ao funcionamento do sistema, qual seja, mão-de-obra –, no segundo, tal produção se dá com a população em questão, a partir dos modos como ela compreende e aciona, historicamente, saberes e práticas a este respeito. Para o campo da Saúde Coletiva, portanto, a produção de saúde é uma atividade-fim em si mesma, um direito inalienável e indispensável do/ao ser humano, e precisa corresponder, assim, a uma defesa radical da vida das pessoas, indo de encontro, muitas vezes, aos próprios interesses do sistema capitalista.

Tendo tais compreensões em vista, verificamos que o modo de conceber e lidar com os trabalhadores e os usuários dos sistemas de saúde também difere radicalmente para ambos os campos. Enquanto na Saúde Pública tanto os usuários quanto os trabalhadores da saúde são concebidos e tratados como ‘elementos de um sistema previamente concebido’, aos quais cabem obediência, passividade, execução do que lhes é orientado *ipsis litteris*, para a Saúde Coletiva importa que tanto os usuários quanto os trabalhadores assumam o protagonismo da produção da saúde *em ato*, uma

vez que esta não é um produto a ser consumido e consumido, mas uma produção sempre singular que varia de pessoa para pessoa, exigindo dos envolvidos em sua produção, também, a invenção de suas condições de emergência. Assim, faz-se necessário angariar esforços na construção de uma ‘caixa de ferramentas’ que torne possível deflagrar e/ou apoiar processos que tomem a produção da saúde como ato de defesa da vida nos espaços em que tal produção acontece, isto é, nos encontros de trabalhadores e usuários de saúde entre si, de cada um deles com o mundo e consigo mesmo. Em consonância com Merhy (2002, p. 63): “Quero pensar as tecnologias que podem tanto redefinir os processos de ‘captura’ do trabalho vivo em ato, como um dado modelo de atenção, quanto tornar mais públicos os processos que governam a sua direcionalidade. Quero compreender como os que disputam esses processos estão dispondo de caixas de ferramentas para suas intervenções”.

Para tanto, importa, novamente, nos perguntarmos: como têm se dado a formação dos trabalhadores da saúde? Como têm estes trabalhadores se formado para produzirem saúde? Que ‘saúde’ eles estão preparados para produzir? O que tem norteado os processos de aprendizagem dos mesmos acerca de seus próprios processos de trabalho – quando em exercício do mesmo ou em reflexão sobre o mesmo? Pode a Educação Permanente em Saúde vir a ser uma dessas tecnologias?

## CAPÍTULO 2

### A Educação na Saúde

Um conceito, nesse sentido, não morre quando se quer, mas apenas à medida que novas funções em novos campos o tornam caduco (BARROS, 2007, p. 202).

Educação na Saúde, Educação em Saúde, Formação em Saúde, Educação em Serviço. Educação Profissional em Saúde, Educação dos Profissionais de Saúde, Educação Popular em Saúde, Educação Continuada. Educação Permanente do Pessoal da Saúde, Educação Permanente em Saúde... Estes são apenas alguns exemplos da variedade de emprego da palavra Educação em expressões e conceitos formulados no campo da Saúde. Mas o que vem a ser cada uma delas? É sobre o que buscaremos discorrer agora.

Tomemos, para início de conversa, uma espécie de ‘fotografia aérea’ do território que temos a percorrer (Figura 2). Ele é, na verdade, uma espécie de ‘mapa conceitual’ que produzimos enquanto íamos ‘tomando conhecimento’ do campo problemático no qual se instala a nossa pesquisa<sup>11</sup>.

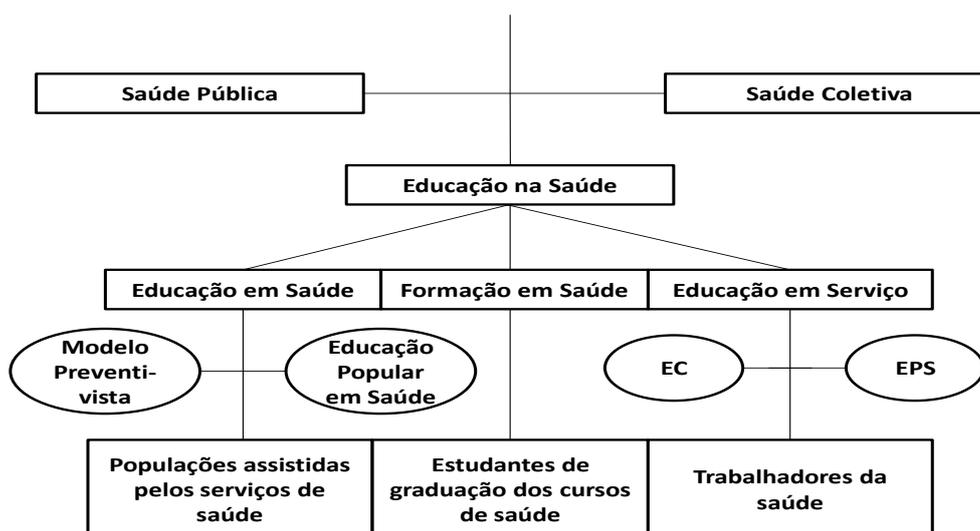


Figura 1: mapa conceitual do campo teórico-prático onde se situa a EPS.

<sup>11</sup> Salientamos, contudo, se tratar de uma sistematização com fins puramente didáticos, uma vez que não seria possível representar de forma tão estática, organizada e segmentada as linhas componentes deste campo, pois, na prática, elas se embaralham, se amalgamam, se sobrepõem e se superpõem umas às outras.

A expressão ‘Educação na Saúde’ passa a comparecer no cenário de nosso campo de pesquisa em 2003, quando da reforma do regimento do Ministério da Saúde (MS) com a posse da equipe de trabalho liderada pelo então ministro da saúde, Humberto Costa (PT), no primeiro mandato do Governo Lula no Brasil (2003-2006) (CECCIM, 2010). A propositura do termo Educação na Saúde teve o objetivo, segundo Ceccim (2010), de ampliar o campo de possibilidades provenientes da presença dos conhecimentos e práticas da Educação na área e no interesse do setor saúde.

Se uma seção, na saúde, seria de educação, essa seção absorveria, em nossa concepção, a educação dos profissionais de nível superior, a educação dos profissionais de nível médio, a educação dos segmentos desprofissionalizados e a educação popular, permeando tudo isso a educação permanente em saúde, a educação sem as fronteiras aí anunciadas (CECCIM, 2010, p. 132-133).

A criação da expressão Educação na Saúde buscou, portanto, atender à necessidade “de dar lugar, na gestão pública do setor da saúde, para a *área dos trabalhadores*” (CECCIM, 2010, p. 131, grifo do autor). Assim, na expressão “Educação na Saúde” encontramos incluídos tanto o campo das práticas de Educação em Saúde quanto as interseções da Educação com o mundo do trabalho em saúde, as quais englobam, segundo Ceccim (2005a), tanto a formação quanto o exercício profissional em saúde, isto é, tanto os cursos de graduação das profissões de saúde quanto as atividades de educação em serviço. Entendamos, portanto, o que tal mudança – menos ortográfica e mais política – quer dizer e conter, pois não se trata de uma simples troca de preposições em uma expressão para que ela soe de um modo diferente, mas que se amplie o campo de possibilidades (e) de utilizações das produções provenientes do campo da Educação no setor saúde.

### **Educação em Saúde**

Ceccim (2010, p. 131-132) define Educação em Saúde como “as práticas educativas que fazemos em serviços de saúde, escolas e bairros, tendo em vista construir conhecimentos de saúde, a promoção de culturas de saúde e a consciência política de saúde”. Corresponde, portanto, às atividades pedagógicas e momentos de

aconselhamento que pessoas, dentre elas os profissionais de saúde, realizam com alguém ou com um público com o qual se entra em contato por algum motivo.

Assim o é, por exemplo, quando uma mãe ou um pai orienta seus filhos a lavarem as mãos, ou uma campanha insiste na importância de uma certa população tomar determinada vacina, ou quando uma professora de ensino primário explica às crianças a importância de se comer frutas (isto é, a educação em saúde não se resume às ações estritamente realizadas por trabalhadores da saúde).

No caso dos profissionais de saúde, em específico, as ações de Educação em Saúde podem ser, por exemplo, palestras, rodas de conversa, grupos de aconselhamento, diálogos travados em salas de espera sobre os mais variados assuntos, tais como: esclarecimentos acerca dos cuidados com e a administração dos medicamentos tomados por hipertensos e diabéticos; a orientação acerca dos modos de proteção e contracepção sexuais entre adolescentes ou profissionais do sexo; a importância de alimentação saudável vinculada à prática de atividades físicas para pessoas com sobrepeso; a importância de não se descartar lixo ou dejetos humanos em locais próximos a residências ou em fontes de abastecimento de água para consumo humano ou para uso nos afazeres domésticos; e assim por diante.

Desde as primeiras tentativas de melhoria dos índices de saúde das populações, esta prática tem se feito recorrente e estratégica para o campo da Saúde Pública. Com ela, opera-se uma espécie de ‘pedagogização’ da população acerca dos ‘modos corretos e apropriados’ de cuidados com a saúde individual e/ou coletiva. Como esclarecem Marandola et al. (2009, p. 58), “na educação em saúde, o público alvo são pessoas da comunidade que recebem orientações em saúde. [...] busca a valorização dos saberes populares e a co-responsabilidade do sujeito para com sua saúde”. Aqui, estamos chamando de ‘preventivista’ ao modelo de realização das atividades de Educação em Saúde desenvolvidas desde a perspectiva da Saúde Pública.

Outro modo de concepção e de realização destas atividades, mais alinhada aos princípios da Saúde Coletiva, ganha o nome de Educação Popular em Saúde. Esta foi proposta num modo de crítica ao ‘modelo preventivista’ de Educação em Saúde, o considerando, como vimos acima, como um instrumento de dominação e de responsabilização dos indivíduos pelas suas condições de vida. Como nos dizem Gomes e Merhy (2011, p. 11):

A educação em saúde é, muitas vezes, entendida como um modo de fazer as pessoas do povo mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças. Entretanto, para os autores que se baseiam na educação popular, educar para a saúde é justamente ajudar a população a compreender as causas dessas doenças e a se organizar para superá-las. [...] A educação popular faz uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à proporção que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história.

Educação Popular em Saúde é, portanto, um modo de realizar atividades de Educação em Saúde. Neste, contudo, não se intenciona necessariamente o desenvolvimento de atividades que conscientizem e co-responsabilizem os participantes acerca de eventuais ‘hábitos saudáveis para com a vida’ e possíveis ‘comportamentos de risco’, mas, sobretudo, construir junto com a população uma compreensão acerca dos fatores intervenientes à produção individual e coletiva da saúde e dos processos de adoecimento. Ganha centralidade, assim, a construção comum de uma compreensão acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença (CARVALHO; BUSS, 2008) que acometem a população participante das atividades desenvolvidas, tais como: a desigual distribuição da renda; as dificuldades ou mesmo impossibilidade de acesso à educação e à informação; o estabelecimento de moradia em ambientes e condições inóspitas, sem saneamento básico, água encanada ou energia elétrica; para citar apenas alguns exemplos. Desse modo, a compreensão do que seja saúde ou doença amplia-se, extrapolando as condições biológicas de um corpo, levando em conta os fatores que nele se atravessam produzindo estados de saúde ou doença.

### **Formação em saúde**

Outro ponto de encontro do campo da Educação com a área da Saúde diz respeito aos cursos de graduação relativos às profissões de saúde. Como é sabido, é na graduação que os profissionais devem ser apresentados às diferentes perspectivas técnicas, teóricas e aos modos de realização prática das áreas de atuação constitutivas de seus campos profissionais. No caso dos cursos componentes da área da saúde isso não deveria ser diferente.

Faz-se determinante, na conformação do campo de atuação das profissões existentes, o modo como se realiza a formação dos profissionais durante a graduação. Contudo, é característica hegemônica uma configuração marcada pelo distanciamento e

mesmo negação de modos de conhecer e lidar com as reais necessidades de saúde da população, em detrimento do privilégio dado às ‘demandas do mercado’, isto é, ao que se coloca como necessidade dos meios de produção capitalistas de absorção de mão de obra qualificada. Como nos falam Ceccim e Feuerwerker (2004a):

[...] há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde (p. 1402).

O que se verifica, neste cenário, é uma sobreposição dos interesses do sistema capitalista, que tem por política, como vimos no capítulo 1, a transformação dos atos e do próprio trabalho em saúde em mercadoria. Verifica-se, com isso, a perpetração de uma inconstitucionalidade, uma vez que, segundo o inciso III do artigo 200 da Constituição Federal, cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988). Disso depreende-se que:

O entendimento da autonomia universitária tem exorbitado de seus limites diante da natureza pública ou de responsabilidade social da educação das novas gerações profissionais do país. A universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social. A universidade exerce um mandato público, socialmente outorgado, e não uma soberania acadêmica [...] (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1402).

Sendo assim, a formação em saúde deveria ordenar-se com base nos princípios constitucionais de concepção do sistema de saúde brasileiro, os quais preveem, no que tange ao trabalho realizado pelos profissionais de saúde, a capacidade e a obrigatoriedade de prestar cuidado integral às pessoas que se apresentem em cada e em todos os usuários que, por ventura, acessem ao sistema de saúde. Mas como fazê-lo quando a formação profissional não prepara para tal?

Como nos falam Ceccim e Feuerwerker (2004a), “uma das áreas menos problematizadas até hoje na formulação de políticas do SUS é a da *formação*” (p. 1400, grifo dos autores). A partir de 2002, contudo, “a agenda das mudanças na formação dos

profissionais de saúde passou a ser fortemente influenciada pelas políticas e programas do Ministério da Saúde para essa área” (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013, p. 39).

Encontramos nas produções de Laura Feuerwerker um vasto material de referência e registro dos movimentos, iniciativas e experiências de mudanças na formação dos profissionais de saúde. Remontam às décadas de 1960 e 1970 as primeiras iniciativas inovadoras na formação médica, por exemplo, sobretudo no que diz respeito à integração docente-assistencial, o que veio a expandir-se, aglutinando-se num movimento envolvendo diversas graduações em saúde.

Essas experiências, que se caracterizavam principalmente como projetos de extensão universitária, acumularam saberes importantes em relação à conexão universidade-serviços e universidade-movimentos sociais, mas tiveram limitada capacidade de influir no desenho e dinâmica das graduações em saúde. Foram experiências isoladas, sem capacidade de ativar processos mais amplos de mudança. Por isso mesmo, desde o início do movimento pela reforma sanitária no Brasil, setores dele participante identificavam a necessidade de sintonizar amplamente a formação dos profissionais com os princípios do sistema de saúde que se pretendia construir (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013, p. 36-37)

No que destes movimentos colocou-se como eixo de problematização da formação em saúde está, por exemplo, a necessidade de trabalhar com os ‘formandos’ uma compreensão ampliada do que seja o processo saúde-doença, a partir do que se designa por “conceito ampliado de saúde”. Segundo Vasconcelos e Pasche (2009, p, 532):

[...] a incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que incluiu os condicionantes econômicos, sociais culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Sem negar o peso e a importância da doença na configuração de sistemas de saúde e na conseqüente oferta de ações, o entendimento ampliado sobre a produção da saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhes novas concepções e modos de operação.

Outros elementos também foram ganhando destaque naquelas experiências e se consolidando como pistas aos redirecionamentos agenciados pelos movimentos de mudanças nos cursos de graduação da área da saúde, tais como: uma maior aproximação e integração entre ensino, serviços de saúde e comunidades assistidas durante a própria formação dos profissionais de saúde ao longo da graduação; o estímulo e

desenvolvimento de experiências de participação e realização do trabalho em saúde em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; a adoção de perspectivas pedagógicas baseadas em metodologias ativas de aprendizagem, incorporando a noção de aprendizagem significativa e o desenvolvimento da capacidade analítica e crítico-reflexiva dos estudantes (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Este desafio segue colocado para o setor saúde. Contudo, é preciso reconhecer o avanço registrado no cenário brasileiro com a abertura de uma agenda comum entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, a partir do que vem se verificando a criação de uma série de projetos, programas e políticas de indução de mudanças nos cursos e contextos da formação em saúde, como os já mencionados Pró-Saúde e PET-Saúde<sup>12</sup>, assim como o VER-SUS<sup>13</sup> e o próprio incentivo à criação de campos de aproximação entre ensino, serviço e comunidade, possibilitando a insurgência/emergência de novos cenários de prática antes inexistentes ou não-incentivados, como as relatadas por Capozzolo, Casetto e Henz (2013), assim como o estágio experimentado por este pesquisador, o qual, dentre outros, agenciou a proposição da pesquisa realizada neste curso de mestrado e aqui relatada em forma de dissertação.

### **Educação em Serviço**

Outro modo de utilização das contribuições do campo da Educação pelo setor saúde corresponde à realização de atividades educativas voltadas ao conjunto de trabalhadores deste setor, qual seja: a Educação em Serviço.

A Educação em Serviço se constitui como uma estratégia de viabilização do acesso pelos trabalhadores da saúde aos conhecimentos técnicos e teóricos referentes e necessários aos seus processos de trabalho. Haja vista 1) a ininterrupta atualização dos conhecimentos teóricos e técnicos; 2) o constante desenvolvimento de novas

---

<sup>12</sup> O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) foi criado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde com o intuito de fomentar, organizar e financiar processos de educação em serviço para os profissionais do setor, assim como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências aos estudantes dos diferentes cursos componentes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008).

<sup>13</sup> O Programa conhecido como VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) tem como objetivo estimular a integração e articulação dos estudantes dos cursos de graduação componentes da área da saúde com o movimento estudantil e demais movimentos sociais na luta pela construção do compromisso da formação em saúde com o SUS (BRASIL, 2003).

tecnologias, políticas e programas constitutivos ao trabalho em saúde; 3) a defasagem dos cursos de graduação com relação à formação de profissionais para atuarem no e segundo o Sistema Único de Saúde; faz-se imprescindível o delineamento e a implementação de uma estratégia de qualificação dos trabalhadores do setor e, conseqüentemente, de seus processos de trabalho – isto é, a atenção à saúde da população – facilitando e mesmo garantindo acesso por parte destes trabalhadores ao que se mostre necessário ao seu saber-fazer.

Fazendo uma analogia à definição de Educação em Saúde antes referida, podemos dizer que, na Educação em Serviço, o público alvo são os trabalhadores da saúde, que recebem orientações acerca de seus processos de trabalho, tendo em vista a co-responsabilização dos mesmos para com a produção do cuidado à saúde das populações por eles assistidas. Entram aí a Educação Profissional em Saúde – isto é, os momentos formativos voltados para os trabalhadores ‘desprofissionalizados’ dos serviços de saúde, como os trabalhadores dos serviços gerais, motoristas, seguranças, etc. – e a Educação dos Profissionais de Saúde, voltada tanto aos profissionais de nível médio quanto aos de nível superior, separada ou conjuntamente, a depender da atividade realizada. Segundo Oliveira et al. (2011, p. 51):

A educação em serviço foi o [...] conceito posto em marcha [...] como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70. [...] constitui-se em um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais eficazmente para atingir diretamente os objetivos da instituição.

Há, contudo, dois modos de concebê-la e executá-la: um, baseado nas formulações do campo da Saúde Pública – chamada de Educação Continuada (EC); outro, formulado desde o campo da Saúde Coletiva – conhecido como Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EC tem como sinônimo mais famoso as ‘capacitações’, mas também é comumente chamada de ‘treinamento’ ou ‘atualizações’. Estas se caracterizam pela aplicação em larga escala – isto é, invariante aos contextos em que se realizam – de pacotes de conhecimento sobre determinada técnica, tecnologia, nova política ou portaria relacionadas ao trabalho em saúde, dentre outros. São, geralmente, aulas-padrão, focadas, em sua maioria, em recurso audiovisual (slides), onde a qualidade da capacitação é calculada numa proporção direta ao ‘grau de excelência acadêmico-

científica’ daqueles que a ministram e da complexidade com que o conteúdo é ministrado, não considerando, por exemplo, as reais mudanças geradas a partir da mesma.

Desde esta perspectiva, importa transformar as ações formativas numa ferramenta útil à gestão, tendo em vista o combate aos indicadores bioestatísticos de saúde que não coincidam com as médias prescritas como ótimas à população atendida. Por um lado, considera-se necessária a manutenção da atualização dos trabalhadores no que se refere às ‘evoluções científico-tecnológicas’ de suas profissões e áreas de atuação. Como nos falam Oliveira et al. (2011):

A educação continuada foi conceituada como um conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, *caracterizando, assim, a competência por atributo individual* (p. 51, grifo nosso).

Por outro lado, se mostra importante desenvolvê-la como uma ferramenta que a administração direta e indireta dos serviços de saúde possa lançar mão frente às ‘falhas do sistema’, falhas estas traduzidas em números que tanto representariam o estado de saúde e doença da população quanto justificariam a incidência de ações da gerência por sobre os trabalhadores – no caso, a prescrição de capacitações que restaurassem, desde esta lógica, o saber e o fazer do trabalhador da saúde.

Com isso, foi-se tornando cada vez mais freqüente aos trabalhadores da saúde verem as capacitações atravessarem suas rotinas de trabalho em favor da instauração de um espaço de aprendizagem entendida como transmissão de informação sobre determinado conjunto de práticas que precisariam ser atualizadas pelo arsenal tecnocientífico apropriado. A aprendizagem, desde esta perspectiva, se daria de forma ‘descontextualizada’, isolada do contexto real de trabalho. O profissional de saúde é visto aí como uma máquina, um recurso que, uma vez instalados os programas necessários, executaria perfeitamente as funções a ele passadas, ao mesmo tempo em que, se rotineiramente identificados os índices que precisariam apresentar ‘melhores resultados de desempenho’, poderia estar sendo aprimorada, sempre que preciso<sup>14</sup>.

Não há encontro possível, desde o ponto de vista da Educação Continuada, entre a educação e o trabalho em saúde, entre a aprendizagem sobre o trabalho e a realização

---

<sup>14</sup> Desenvolvemos mais detidamente essa discussão no capítulo 1.

do mesmo, entre o contexto espaço-temporal em que se aprende e aquele em que se realiza o trabalho em saúde. Para Davini (2009, p. 39), caracteriza esta perspectiva de formação:

[...] a simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem a compreensão substancial de seus enfoques e sem a compreensão estratégica do contexto político institucional de realização; a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional; o imediatismo, que acredita na possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação [...]; a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim, além de sua dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo.

Para exemplificar aquilo que estamos apontando, pensemos um caso-problema, hipotético, e o modo de lidar com o mesmo, desde a lógica da EC. Imaginemos que os profissionais responsáveis pelo processamento e análise dos dados produzidos pelos serviços de Atenção Básica de um município verificaram não só a não diminuição, como também um aumento ao longo do tempo da quantidade de crianças obesas em um determinado território. Tratando-se de um problema de saúde importante de ser combatido e prevenido pelos profissionais dos serviços da Atenção Básica daquele município (o que os *indicadores certificam* não estar ocorrendo eficazmente), a Secretaria Municipal de Saúde contrata um renomado grupo de pesquisa de uma famosa instituição de ensino superior para realizar um processo de capacitação dos trabalhadores municipais dos serviços de atenção básica à saúde acerca dos problemas da obesidade na infância: suas causas prováveis; suas conseqüências à saúde na adolescência e vida adulta; as mais modernas técnicas e exames de monitoramento das funções metabólicas de crianças obesas; os centros especializados instalados no município ou na região para o acompanhamento e o tratamento dos casos mais graves; os exames e atividades possíveis de serem realizadas pelos próprios profissionais da Atenção Básica no que tange àquela temática; dentre outros.

Contratado o grupo de especialistas, inicia-se a série de aulas com os profissionais de saúde. Estes deixam seus serviços pelo período de duração do curso, assistem palestras, desenvolvem discussões com trabalhadores de outros serviços, ganham seus certificados de ‘atualizados’ sobre obesidade na infância pelo curso de ‘x’ horas realizado pela instituição ‘y’, e retornam ao seu cotidiano de trabalho com a

responsabilidade de gerar a diminuição nos índices de prevalência de crianças obesas entre a população adscrita aos serviços de saúde onde eles atuam – num espaço de tempo ‘z’.

Poder-se-ia levantar algumas questões a partir do exemplo criado: como as atividades realizadas e as aulas ministradas levaram em conta a realidade cotidiana de trabalho dos participantes da capacitação para lidar com a questão tratada? Quais as reais condições que os mesmos dispõem em seus serviços para implementar aquilo que recomendam os especialistas a respeito daquela temática? Com que parcerias eles contam para isso? Trata-se, em resumo, de uma responsabilidade individual do trabalhador ‘capacitado’, de um problema particularmente seu, os crescentes índices de obesidade verificados entre as crianças de uma determinada comunidade?

[...] existe um acordo mais forte a respeito das limitações das “estratégias de capacitação” como “braço efetuator” à implementação das políticas. Particularmente para os gestores estaduais e municipais é evidente o esgotamento do arranjo “incentivo financeiro/estratégias de capacitação”. O anterior supõe a *necessidade de desenvolver novas iniciativas capazes de produzir a mudança de conceitos e práticas de saúde requeridas pelos princípios do SUS*, em especial a combinação de acesso universal e gratuito com atenção integral e de qualidade, em um país em franca transição epidemiológica (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006, p. 150, tradução e grifo nossos).

Diante da necessidade de reformulação das bases ético-políticas e teórico-metodológicas das atividades de Educação em Serviço, grupos de pesquisadores e militantes do campo da Saúde Coletiva latino-americana passaram a se dedicar à tarefa de construir modelos alternativos de concepção e execução dos processos formativos voltados aos trabalhadores da saúde. Deste esforço adveio a proposição daquilo que veio a ficar conhecido como Educação Permanente em Saúde.

De modo geral, as ações desenvolvidas sob esta perspectiva colocam-se um desafio bem claro: refundir a cisão artificialmente criada, também no setor saúde, entre educação e trabalho, isto é, entre o aprender sobre o trabalho, o aprender com o trabalhar, e o trabalhar em si mesmo. Reconhece-se, aí, o potencial educativo das situações de trabalho, analisando crítica e reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco de realização. Em outras palavras, é afirmada a necessária construção de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde – e, conseqüentemente, a reinvenção do processo de trabalho em

saúde – a partir das e de acordo com as especificidades do nível local onde a política de saúde se instala e se atualiza.

É possível identificar dois momentos distintos de desenvolvimento teórico e de experimentação prática da EPS. Por ora, nos deteremos no primeiro deles, o qual esteve ligado à iniciativa de pesquisadores latino-americanos ligados à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), situadas, sobretudo, entre as décadas de 1970 e 1990. Como nos contam Lopes et al. (2007, p. 147):

[...] a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) iniciou um conjunto de pesquisas na década de 70 para compreender a lógica prevalente de formação e desenvolvimento profissional e institucional dos trabalhadores da saúde, além de propor estratégias para aproximar o ensino no campo da saúde à realidade dos serviços.

As experiências por ela apoiadas, reunidas sob a insígnia da Educação Permanente do Pessoal da Saúde, partiam do reconhecimento da necessidade de instauração de processos educativos que colocassem o cotidiano do trabalho em saúde em análise, levando em consideração: a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano dos serviços; a incorporação do ensino e do aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto mesmo em que elas ocorrem; a modificação substancial das estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento, problematizando-se assim o próprio fazer (DAVINI, 2009). Adota-se aí o conceito de ‘aprendizagem significativa’, oriundo das formulações teóricas do campo da Educação Popular, para pensar os processos educativos “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (ROVERE, 1994, p. 64, tradução nossa). Segundo Stroschein e Zocche (2011, p. 508):

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais da saúde, pois, através desta, refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, com o intuito de identificar as situações-problema. [...] A troca de saberes entre os atores envolvidos e a aplicabilidade do processo educativo no processo de trabalho torna o aprendizado significativo. Além do mais, o aprender não se dissocia do ensinar, mas implica mudanças. Mudanças essas muitas vezes pessoais ou coletivas de aceitar a subjetivação dos atores, de determinar as prioridades coletivas, de identificar a importância da integração da teoria com a prática, de refletir que não adianta somente analisar as práticas, mas criar meios para mudá-las e, principalmente, que os atores envolvidos tenham ação e reflexão das suas práticas coletivas.

Desde esta noção, faz-se imprescindível às atividades formativas desenvolvidas com os trabalhadores da saúde levar em consideração: 1) as características dos contextos nos quais se realiza o cotidiano de trabalho dos envolvidos nas atividades formativas; 2) os conhecimentos previamente construídos pelos participantes acerca do tema tratado na atividade em questão. Na contramão da ‘educação bancária’ combatida e denunciada por Freire, prevalece a adoção de metodologias participativas e problematizadoras do cotidiano de trabalho em saúde, numa tentativa de não somente passar o conteúdo pretendido, mas de, principalmente, contar com o engajamento dos participantes naquilo que é trabalhado nas atividades de formação.

**FIGURA 2: Quadro comparativo entre EC e EPS.**

	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
PRESSUPOSTO PEDAGÓGICO	O ‘conhecimento’ preside/define as práticas. A aprendizagem é pressuposta enquanto transmissão de conteúdos, centrada no conhecimento;	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.). A aprendizagem requer que se trabalhe com elementos que produzam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa), assim como possibilite criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrados nas relações;
OBJETIVO PRINCIPAL	Atualização de conhecimentos específicos;	Transformação das práticas;
PÚBLICO	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar;	Equipes de atenção e/ou de gestão em qualquer esfera do sistema: docentes, estudantes e usuários;
PLANIFICAÇÃO/ PROGRAMACÃO EDUCATIVA	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, se identificam temas e conteúdos para trabalhar com os profissionais, geralmente em formato de cursos;	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho se identificam os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, na formação e na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas;
ATIVIDADES DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS	Cursos standardizados: carga horária, dinâmica e conteúdos definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de modo desarticulado em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social;	Muitos problemas são resolvidos/enfrentados <i>in situ</i> . Quando são necessárias, as atividades educativas são construídas de modo ascendente, tomando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de modo articulado com medidas para a reorganização do sistema (atenção-gestão-formação-controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico;
REPERCUSSÕES EDUCATIVAS	Acumulação cognitiva, erudição, racionalidade instrumental na condução de processos e métodos;	Construção de equipes para apoio técnico em temáticas específicas prioritárias, instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas, desenvolvimento de habilidades assistenciais, desenvolvimento de capacidades pedagógicas, racionalidade ético-estético-política na condução de processos e métodos;

Fonte: MERHY,FEUERWERKER; CECCIM, 2006, p. 155

## CAPÍTULO 3

### EPS: política pública de defesa do trabalho em saúde

O grande jogo da história será de quem se apoderar das regras, de quem tomar o lugar daqueles que as utilizam, de quem se disfarçar para pervertê-las, utilizá-las ao inverso e voltá-las contra aqueles que as tinham imposto; de quem, se introduzindo no aparelho complexo, o fizer funcionar de tal modo que os dominadores encontrar-se-ão dominados por suas próprias regras (FOUCAULT, 1979, p. 25-26).

Educação Permanente em Saúde – ou simplesmente EPS. O deparar-se com tal expressão constitui experiência multifacetada de possibilidades. Alguém que se proponha a estudar, mesmo que ligeiramente esta temática, provavelmente constatará tanto uma variedade de definições quanto uma imprecisão dos bordejamentos das mesmas, o que dá margem tanto para confusões e imprecisões quanto para recriações dos sentidos a ela atribuídos. Encontrará também uma variedade considerável de expressões supostamente semelhantes (como aquelas trabalhadas no capítulo anterior), muitas vezes tomadas ou tidas como sinônimos, o que também pode se colocar como empecilho à compreensão daquilo que seja e que propõe a EPS.

Tendo-a tomado para si como seu campo-tema de pesquisa<sup>15</sup>, este pesquisador não pôde se furtar a experimentar tal dança. Em verdade, nem mesmo o quis. Quis dançar, quis brincar, quis emprestar seu corpo-pensamento aos movimentos possibilitados pelos diferentes ritmos ecoados desde este campo problemático. E ao fazê-lo percebemos que as variadas configurações que tomaram e tomam os modos de realização das atividades de Educação em Serviço compartilham de uma mesma problemática: a necessidade colocada no e para o setor saúde de se desenvolverem atividades para com seus trabalhadores com o intuito de qualificar seus processos de trabalho e, conseqüentemente, a atenção prestada à saúde da população. Percebemos

---

<sup>15</sup> A noção de campo-tema aqui referida é trabalhada por Spink (2008, p. 73), numa releitura da noção de *campo* de Lewin: “[...] quando Lewin entrou na questão de hábitos alimentares, ele se colocou dentro do campo do tema dos hábitos alimentares, passando a fazer parte de seu cotidiano. Tanto faz se ele estava observando crianças, lendo seu jornal diário, conversando com colegas ou comendo com a família; ele estava presente no campo-tema dos hábitos alimentares”.

também que os modos de concepção e realização destes processos formativos não são únicos, variando de acordo com o campo político-científico no qual se ancoram, e mesmo dentro de um mesmo campo – como no caso dos distintos momentos e modos de formulação da noção de EPS. Como explica Ceccim (2005b):

A Educação Permanente em Saúde difundida pela Organização Pan-Americana da Saúde, segundo a proposta de Educação Permanente do Pessoal da Saúde, reconhecia que somente a "aprendizagem significativa" seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano, mas *na aposta* de que trata este texto, a Educação Permanente em Saúde configurou-se do desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais da área, na atenção em saúde, na gestão setorial e no exercício do controle social no setor. *Na aposta*, a aprendizagem significativa se desapegou da implicação ensino-serviço para implicar-se com: a porosidade do ensino à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; a ligação política da formação com a composição de perfis profissionais e de serviços; a introdução de mecanismos, espaços e temas que gerem auto-análise, autogestão e mudança institucional; a introdução de práticas pedagógicas e institucionais que gerem, enfim, processos de pensamento (problematização de instituídos, fórmulas e modelos: disrupturas) e experimentação (em contexto, em ato: vivências) (p. 982, grifos nossos).

Além disso, se mostra comum, mesmo entre atores sociais e pesquisadores alinhados às propostas teórico-políticas da EPS e da Saúde Coletiva, uma confusão entre o que se entende por Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007; MARANDOLA et al., 2009; SILVA et al., 2011). É o que verificam Marandola et. al. (2009), por exemplo, ao analisar os trabalhos inscritos em um importante congresso deste campo<sup>16</sup>:

A análise dos dados revelou a existência de confusão com relação à definição dos termos, por parte de alguns autores, pois os mesmos utilizaram educação permanente em saúde como sinônimo de educação continuada (EC) ou educação em serviço (ES). [...] O principal equívoco encontrado no estudo foi a educação continuada e a educação permanente em saúde tomadas como sinônimos (p. 55-57).

Ao que complementam as autoras:

[...] a educação permanente em saúde deve ser colocada pelos serviços como estruturante inclusive das eventuais necessidades de atualizações técnicas. Muitas vezes por trás de uma pseudo-necessidade de atualização estão outros problemas do processo de trabalho daquela equipe, que vão desde estrutura física até a forma de organização do trabalho e os desafios do trabalho em equipe. Portanto, o interesse em continuar realizando debates em torno do

---

<sup>16</sup> VII Congresso Nacional da Rede Unida, realizado em Curitiba-PR em julho de 2006.

conceito de educação permanente se dá pela preocupação de que, ao tratar os conceitos como sinônimos, possa acontecer uma perda do seu potencial, no sentido de ser uma ferramenta de reflexão e de transformação das práticas em busca da implementação dos princípios do SUS (MARANDOLA et al. 2009, p. 58-59).

Por concordarmos com a avaliação de se fazer necessário um esforço de esclarecimento acerca das especificidades e potencialidades agenciadas pela noção de Educação Permanente em Saúde, prosseguiremos, neste capítulo, as discussões sobre o que aqui estamos chamando de ‘segundo momento de formulação teórico-política da EPS’. Assim o fazemos para diferenciá-lo do que compreendemos ter sido seu ‘primeiro momento de formulação’, desenvolvido por grupos de pesquisadores ligados a OPAS, sintetizada na expressão Educação Permanente do Pessoal da Saúde, fortemente influenciado pela concepção freireana de processo educativo –, tal como tratamos no capítulo anterior.

### **A EPS nos anos 2000**

O segundo momento de formulação da noção de EPS ganha consistência, sobretudo, ao longo dos anos 2000. Ele guarda a especificidade de ter se consolidado entre experimentações oportunizadas pela ocupação de importantes espaços de direção e de gestão da Saúde Pública por pensadores e militantes alinhados ao campo da Saúde Coletiva, oportunidades estas geralmente viabilizadas por vitórias do Partido dos Trabalhadores (PT) em eleições municipais e estaduais e, principalmente, para o governo federal em 2002.

Segundo Ceccim (2005c, p.161), a difusão da proposta da Educação Permanente do Pessoal da Saúde pela OPAS criou condições de possibilidade para se “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 será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano”. Deste primeiro momento-formato da EPS, mantiveram-se influentes, no segundo, as formulações teóricas oriundas do campo da Educação Popular, sobretudo as referentes ao uso de metodologias participativas na realização das atividades com os trabalhadores, guiadas pelos princípios da ‘aprendizagem significativa’.

Contudo, outras contribuições e perspectivas teóricas agregaram-se àquelas, tendo destaque as oriundas do Movimento Institucionalista. Deste advêm, por exemplo, as noções de autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005c). Segundo Baremlitt (1996), “as diferentes escolas do movimento institucionalista se propõem propiciar, apoiar, deflagrar nas comunidades, nos coletivos, nos conjuntos de pessoas, *processos de autoanálise e processos de autogestão*” (p. 14, grifos do autor). Ao que complementa:

[...] autogestão e auto-análise são dois processos simultâneos e articulados. Por quê? Porque auto-análise, para as comunidades, significa a produção de um saber, do conhecimento acerca de seus problemas, de suas condições de vida, suas necessidades, demandas etc., e também de seus recursos. Mas até para que a auto-análise seja praticada pelas comunidades, elas têm de construir um dispositivo no seio do qual esta produção seja possível. Elas têm de organizar-se em grupos de discussão, em assembléias; elas têm de chamar experts aliados para colaborar com elas; elas têm de dar-se condições para produzir este saber; e para desmistificar o saber dominante. Ao mesmo tempo, tudo o que elas descobrirem neste processo de autoconhecimento só terá uma finalidade: a de auto-organizar-se para que possam operar as forças destinadas a transformar suas condições de existência, a resolver seus problemas (BAREMLITT, 1996, p. 19).

Baseado nas contribuições institucionalistas de concepção e experimentação das relações sociais, dentre elas as de trabalho<sup>17</sup>, Campos (1998) propõe um método de gestão dos serviços de saúde por ele chamado “gestão democrática ou gestão colegiada centrada em equipes de saúde” (p. 864), também conhecido como “método da roda” (CAMPOS, 2000a) ou “método paidéia” (CAMPOS, 2003). Como ponto de partida, faz-se imprescindível abandonar a concepção que toma os trabalhadores da saúde enquanto peças de uma engrenagem – os recursos humanos do setor saúde –, isto é, enquanto objetos plenamente administráveis e imputáveis a uma miscelânea de normas prescritas, as quais devem ser operacionalizadas *ipsis litteris*, sem qualquer participação dos trabalhadores nos processos de formulações e decisões sobre seu próprio trabalho. Como nos esclarece o autor:

O que se pretende descrever aqui é um Método de Gestão que [...] almeje mais do que adaptar e moldar Sujeitos. Na realidade, realizar um duplo trabalho. Por um lado, assegurar o cumprimento do objetivo primário de cada organização – produzir saúde, educação, etc. –; e por outro, ao mesmo tempo, permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de co-gestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal. A velha utopia grega da democracia direta dos cidadãos agora encarnada em instituições concretas inseridas em uma sociedade profundamente contraditória, injusta e desigual. Criar espaços de democracia ampliada,

---

<sup>17</sup> Aprofundaremos a discussão acerca do Movimento Institucionalista no capítulo 4.

processos produtores de sujeitos-cidadãos, grupos capazes de impor resistência às determinações adversas do meio. Equipes capazes de lidar com os saberes estruturados sem permanecer presas em suas cadeias de controle fundamentalista. [...] Novas e velhas utopias (CAMPOS, 1998, p. 865).

Destacamos, ainda neste texto de Gastão Campos, o que para nós se coloca como reflexão importante para os desígnios dessa pesquisa: justamente, pensar e propor a criação de espaços e/ou estratégias que favoreçam as necessárias transformações no trabalho em saúde, tendo em vista a real implementação dos princípios e diretrizes indicados pela RSB para o sistema de saúde brasileiro. Utilizando novamente palavras do autor:

[...] haverá constantes disputas em torno de modelos e programas de atenção, divisão de trabalho e atribuições de responsabilidades! Mas, e então? Na verdade o Método nunca se propôs a resolver estes conflitos e muito menos a eliminar essas contradições. Ao contrário, tratar-se-ia de, ao admitir a inevitável existência destas polaridades, [...] se criar espaços onde pudessem ser explicitadas e trabalhadas, considerando-se, sempre, os vários interesses e, portanto, as várias racionalidades envolvidas. Na verdade, sugere-se aqui uma máquina gerencial instituinte. [...] Uma máquina supostamente coprodutora de sujeitos aptos para o exercício da liberdade, para assumir os riscos e o prazer da criação, mas também preparados para contratar compromissos, para respeitar a missão primária da instituição em que estivessem inseridos (Campos, 1998, p. 869).

Com Ceccim (2005a), nos encontramos novamente diante do desafio de repensarmos o trabalho em saúde, sua gestão, sua concepção, assim como possíveis estratégias e dispositivos que nos façam avançar nas transformações almejadas. Como sugere o autor já no título do referido texto: “Onde se lê ‘Recursos Humanos da Saúde’, leia-se ‘Coletivos Organizados de Produção da Saúde’: desafios para a Educação”.

A noção de *coletivo* vem dar conta da disposição em grupo de pessoas interligadas por uma tarefa que constitui finalidade produtiva; a noção de coletivo *organizado* põe a esse agrupamento de pessoas uma convergência, uma composição em roda. [...] Um coletivo organizado, entretanto, não configura necessariamente uma unidade, ele não é um organismo, mas um dispositivo. [...] O que dá organização ao dispositivo *coletivo organizado* não é a *identidade entre seus membros*, mas seu *objetivo de produção*. [...] O objetivo de produção que configura o coletivo do qual nos ocupamos aqui é o de produção da saúde. [...] Produzir é inventar. Não mais o mundo *dado*, ocultado ou revelado, mas o mundo *se dando*. Sob o vigente (representações), as linhas de fuga em produção do novo. Produzir o novo é inventar novos desejos, novas crenças, novas associações, novas formas de cooperação e novas maneiras de experimentar o mundo. A relação profissional-usuário empreendida nessas circunstâncias deve ser a relação entre indivíduos que se dizem respeito, como parceiros e como aliados na construção de si próprios e de um mundo de produção singular da saúde (CECCIM, 2005a, p. 170-172).

Na proposição de Ceccim, contudo, há um investimento e uma aposta em uma ferramenta de e para intervenção neste cenário e nesta direção, qual seja, a Educação – mais especificamente, a Educação Permanente em Saúde.

Estou propondo a Educação como a constituição de um público de variações ao assujeitamento, regulação e controle, onde prevaleça o contato com as linhas de fuga, pela organização de coletivos locais em exposição e experimentação, pela ampliação de responsabilidades com a alteridade com todos os tipos de diversidade. [...] Educação que coloque os públicos em cruzamento, que aceite/incentive as conexões, contágios e contaminações, mas também esteja ali onde as relações vivas estão em operação, onde as tecnologias leves precisam ser operadas. [...] A defesa de uma educação capaz de participar da gestão do trabalho com estes valores se encontra na formulação de Educação Permanente em Saúde (Ceccim, 2005a, p. 174-175).

A EPS, neste contexto, se constitui como um dispositivo-ferramenta ético-estético-político do trabalho em saúde e dos trabalhadores da saúde, na direção das transformações almejadas para este setor. Ético, por se ocupar em problematizações dos modos como têm se configurado as relações dos trabalhadores da saúde consigo, com os colegas e com os usuários dos serviços de saúde, tornando central – e mesmo objeto de (auto) análise – os modos como são produzidos, hierarquizados e coletivizados (ou não) os conhecimentos inerentes e imanentes ao ‘trabalho em saúde’. Estético porque, ao criar condições de experimentação da problematização das práticas de si (trabalhador da saúde) e de mundo (o que seus processos de trabalho em saúde produzem), abrem brechas ao processo de derivação, defasagem de si, ressingularização e recriação do trabalho em saúde. Político, por se constituir como estratégia de resistência frente à ‘racionalidade gerencial hegemônica’ do trabalho em saúde, produzindo condições de possibilidade à emergência da auto-análise, autogestão, co-responsabilização dos trabalhadores com a produção da saúde e da própria instituição Saúde.

As formulações oriundas do Movimento Institucionalista se constituem, enfim, como contribuições muito caras às bases teórico-conceituais de sustentação deste segundo momento de formulação da noção de EPS, tais como o Método da Roda desenvolvido por Gastão Campos (2000a, 2003) e a perspectiva micropolítica do trabalho em saúde, este entendido como um trabalho vivo em ato por Emerson Elias Merhy (2002, 2007). Segundo relatório da FIOCRUZ (2006), é do encontro destas perspectivas que se demarcará a singularidade deste momento-formato da EPS em relação ao anterior. Com ele, dá-se consistência teórica ao movimento de

“descentralização e disseminação da capacidade pedagógica” (CECCIM, 2005b) no sistema de saúde brasileiro. Este avança enquanto criação, experimentação e implementação de uma política pública que viesse a “cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (CECCIM, 2005b, p. 976).

### **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**

Uma das estratégias adotadas para o alcance desta meta consistiu na construção e propositura de uma política nacional que partisse da noção de EPS para tornar a educação dos profissionais de saúde uma ação investida de potência de transformação do e no cotidiano de trabalho nos serviços, com o intuito-fim de avanço na implementação dos princípios e diretrizes apontados ao setor desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1987).

Ricardo Burg Ceccim publicou um artigo (CECCIM, 2005b) no qual descreve o processo de produção e idealização desta política. Segundo o autor, com ela buscou-se a criação de instâncias na gestão pública do setor saúde que funcionassem como espaços de apoio, incentivo, produção de encontros e legitimação de experiências e iniciativas pautadas nos princípios da EPS. Com isso, dar-se-ia visibilidade, suporte político-legal e mesmo financeiro a experiências até então desenvolvidas como iniciativas contra-hegemônicas, minoradas, contudo, em suas capacidades de intervenção e impacto na perspectiva hegemônica no MS de concepção e implementação da política educacional do setor saúde voltada aos trabalhadores, qual seja, a compra de pacotes de cursos de atualização pontual dos trabalhadores de saúde, vendidos e ministrados por ‘centros de excelência’.

Uma atitude complexa dessa política foi optar pela interrupção da compra de serviços educacionais das instituições de ensino para implementar pacotes de cursos, assim como a interrupção dos treinamentos aplicados, pontuais e fragmentários que sobrepunham a técnica aos processos coletivos do trabalho e a contratação de consultores externos para as análises e formulações da tomada de decisões. A atitude se pretendeu coerente com a opção de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica, uma vez que a manutenção da noção de centros de excelência serve mais à centralização e à concentração dessas capacidades. [...] Colocou-se em debate a formação e desenvolvimento para necessariamente gerar atores comprometidos e não para gerar profissionais mais ilustrados sobre o tema objeto das suas capacitações (CECCIM, 2005b, p. 979).

O ato formal de aprovação das bases legais de referência à criação destas instâncias – que ganhariam o nome de Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) – realiza-se no dia 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004), após um período de seis meses de apresentação, debates e reformulações do que estava se propondo como PNEPS. Em consonância com a proposta de descentralização da gestão da política de educação na saúde do SUS, os PEPS foram propostos desde a lógica de funcionamento e abrangência das “bases locorregionais” da rede de saúde. Como explica Ceccim (2005b):

As bases locorregionais são maiores que um município, mas menores que um Estado, podendo incidir em territórios interestaduais, cumprindo um papel de ativação de processos solidários entre os vários atores da saúde e da educação na saúde, sem nenhum suposto hierárquico entre os entes federados (poderes públicos que dialogam entre governos, sem relação de comando). [...] Cada Pólo de Educação Permanente em Saúde registra uma singular etapa de sua construção, não havendo identidade (imagem e produção única) entre os projetos de cada um, o que há é uma espécie de personalidade entre eles (constroem-se desde um plano de educação, mas também de singularização na saúde). Essa heterogeneidade, entretanto, longe de depor contrariamente à sua implementação, justifica a sua importância como instância política. Diferentemente da noção programática de implementação de práticas previamente selecionadas e com um currículo dirigido ao treinamento de habilidades, a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde (p. 976-977).

Com a criação da PNEPS, portanto, forjou-se uma nova instância/dispositivo na rede do SUS, antes inexistente. Objetivou-se, com isso, consolidar e alavancar as condições de possibilidade do SUS se fazer efetivamente uma rede-escola, onde a participação dos atores sociais ligados à luta pela saúde pudesse incluir os delineamentos de uma política de educação para os trabalhadores do sistema, tomando-a por atividade-fim, e não meio.

Uma formulação conceitual importante para a compreensão da função política depositada nos e aos PEPS diz respeito à noção de “quadrilátero da formação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). Seus quatro componentes – ensino, gestão, atenção e controle social – conformariam os vetores de interferência e composição do que se colocaria como necessidade de análise dos PEPS para a implementação das necessárias ações de EPS.

Interessa destacar o grau de novidade colocado para o SUS com a criação dos PEPS, na sua proposta de composição – representantes dos quatro vetores intercedentes

na e pela educação na saúde – e no modo de seu funcionamento – em roda/em rede. Até então, era inexistente um espaço, próprio ou autônomo ao SUS, que aproximasse representantes dos diferentes níveis de gestão do setor, as instituições de ensino – formadoras de trabalhadores da saúde –, do controle social e movimentos sociais – dentre eles o movimento estudantil dos cursos da saúde –, e os próprios trabalhadores dos serviços. Caberia ao coletivo destes atores, composto em cada localidade do país, explorar, debater e formular suas necessidades no que tange à educação na saúde, sem pressupostos hierárquicos entre seus membros (‘não há quinas numa roda’), assim como articular, acionar e ativar os meios necessários para a execução dos projetos assim construídos, priorizando, sempre que possível, a utilização dos recursos dispostos na própria localidade.

Para além disso, enfim, coloca-se a possibilidade de produção de afecções em e entre cada vetor do quadrilátero, avaliando-se e construindo co-responsabilidade entre os entes na efetivação de uma política de educação na saúde que contribua efetivamente para a superação dos problemas de saúde da população.

A mudança na formação e no desenvolvimento por si só ajuda, mas essa mudança como política se instaura em mais lugares, todos os do Quadrilátero, pois todos esses lugares estão conformados em acoplamento. Como em um jogo de vasos comunicantes, cada interferência ou bloqueio afeta ou produz efeito de um sobre todos. Tanto a incorporação sem crítica de tecnologias materiais, como a eficácia dos cuidados ofertados, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais representam a interferência ou bloqueio da educação permanente em saúde. Assim, afetam ou produzem efeito sobre os processos de mudança (CECCIM, 2005b, p. 984).

Com a PNEPS, portanto, inventou-se uma instância/dispositivo – inicialmente chamada de PEPS, nomenclatura posteriormente alterada para CIES (BRASIL, 2007b) tendo em vista colocar-se em consonância com a portaria nº 399/GM, a qual estabelece, dentre outras coisas, o Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006) – e puseram-se em roda atores sociais capazes de mobilizar-se pela/mobilizar a transformação dos variados graus de defasagem da política educacional do setor saúde nos mais diversos cenários locais componentes da rede de sistemas e serviços de saúde brasileira. Criaram-se condições, assim, para a sedução e conquista de aliados a um processo de mudança que vai além de governos momentâneos.

Ocorre, contudo, que sua promulgação e instalação de seus dispositivos operacionais não garante sua implementação na radicalidade da aposta teórico-política

agenciada quando de sua formulação. Nos resta tentar rastrear o que tem (ou não tem) sido possível experimentar/ganhar passagem/apoiar com a PNEPS, nestes mais de dez anos de existência. Como nos lembra Lourau (2004):

O ato de promulgar uma lei ou um regulamento é, sem dúvida, um ato instituinte; mas a lei, o regulamento, não são mais que o aparelho jurídico da instituição, a organização singular do campo de aplicação e da previsão próprios a qualquer prática jurídico-social. A confusão, no entanto, é quase inevitável, na medida em que a acumulação de textos jurídicos e de jurisprudência acaba por fazer esquecer a instituição em si, as condições materiais e sociais de seu funcionamento, sua finalidade e sua história (p. 48).

Uma pesquisa realizada pelo Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (2006) acerca dos projetos aprovados para execução pelo Ministério da Saúde nos dois primeiros anos de funcionamento da PNEPS (2004-2005) já apontavam, à época, alguns elementos que poderiam se interpor como empecilhos ao alcance dos objetivos idealizados pela referida política quando de sua formulação e aprovação:

Os projetos apresentam uma frágil orientação conceitual [...] as propostas práticas denunciam a pulverização e fragmentação das ações de EPS em um mesmo projeto e a demanda formal de educação permanente propriamente dita, segundo a formulação do Ministério da Saúde, veio sob a velha forma de ações pontuais e localizadas de educação continuada. A transformação das práticas, tão cara na formulação da EPS, não advém de processos educativos pontuais [...]. É necessário acompanhar o desenvolvimento dos projetos de EPS. Observa-se a ausência de critérios relativos ao acompanhamento dos projetos nas diferentes instâncias envolvidas [...]. Percebe-se certa incoerência entre a formulação e a implementação da EPS no que se refere ao papel dos facilitadores da política, tanto na elaboração dos projetos, quanto no desenvolvimento destes. Chama-se atenção para a necessidade de envolvimento destes atores desde o início do processo, participando da própria definição dos projetos a serem elaborados, considerando-se que muitos recursos foram utilizados para a formação desses sujeitos considerados centrais na operacionalização da proposta de EPS. [...] Os projetos que relacionam os trabalhadores como agentes de mudança da prática com as precárias condições e relações de trabalho nos serviços de saúde são raros (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006, p. 92-93).

Além disso, Ferraz et al. (2013) apontam que tem se colocado como uma dificuldade às CIES a utilização dos recursos financeiros destinados à PNEPS. Características como a burocratização do trâmite por que passa cada projeto aprovado para execução pelas CIES até que seus propositores acessem os recursos necessários à

sua realização – o que chega a levar muitos meses e, por vezes, perder-se das condições que os tornavam possíveis e necessários de serem realizados – tem se configurado como um desafio ao apoio de processos de mudança aos quais a PNEPS se emparceira.

### **Educação Permanente em Saúde: a quantas anda o interesse por ti?**

Diante do cenário acima colocado, fez-se importante para nós formularmos algo como uma impressão acerca de como tem se configurado o interesse pela EPS entre os atores construtores do SUS. Numa primeira tentativa de delineamento de algum indício que nos ajudasse a formular uma impressão a respeito da pergunta feita acima, fomos consultar as bases de indexação de publicações científicas a fim de ter uma notícia do que vinha sendo produzido como pesquisas e experiências publicadas em artigos científicos a respeito da Educação Permanente em Saúde.

Ao solicitar a busca de 1) textos completos 2) em português, 3) publicados como artigos científicos, 4) até o ano de 2012, 5) relacionados à expressão ‘educação permanente’, obtivemos exatamente 471 arquivos. Passando à leitura dos títulos e, quando necessário, dos resumos dos artigos disponibilizados, pudemos separar aqueles que nos pareceram abordar de algum modo o tema da Educação Permanente em Saúde. Assim chegamos a um total de 80 artigos completos sobre EPS, disponíveis em meio eletrônico na Biblioteca Virtual de Saúde.

Após retermos os resumos e, quando preciso, o próprio texto dos artigos selecionados, pudemos abstrair quatro categorias gerais nas quais se agrupariam os artigos da amostra, quais sejam: relatos de experiência de EPS (27 artigos); ensaios teórico-conceituais sobre o tema (20 artigos); pesquisas relacionadas à PNEPS (22 artigos); identificação de necessidade de implementação estratégica de EPS (11 artigos). A figura 4 mostra a distribuição desses artigos ao longo dos anos, e o Anexo 1 traz a listagem dos mesmos, distribuídos nas 4 categorias supracitadas, por ordem cronológica.

**Figura 3: Distribuição dos artigos da amostra ao longo dos anos.**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Relatos de experiência	01	01	00	01	02	03	08	02	09	27
Estudos Teóricos	01	01	03	03	04	02	04	02	00	20
Análise da PNEPS	01	01	00	01	02	05	01	06	05	22
EPS necessária	00	00	02	01	00	02	01	02	03	11
TOTAL	03	03	05	06	08	12	14	12	17	80

**Base de dados: Biblioteca Virtual de Saúde.**

Cabe destacar que não tivemos aqui qualquer pretensão de vir a realizarmos uma pesquisa de revisão sistemática, integrativa, padronizada segundo critérios rigidamente estabelecidos de consulta a base de dados, escolha de material, análise do conteúdo encontrado e discussão dos resultados assim gerados, tal qual descrevem Hedin e Källestal (2004). Objetivamos, somente, esboçar um desenho, precário que seja, da composição e disposição dos estudos já realizados sobre nosso tema de pesquisa, a fim de resguardarmos alguma chance de contribuirmos com os dilemas que seguem colocados ao campo da Educação Permanente em Saúde.

Um primeiro elemento que nos chama atenção neste levantamento diz respeito ao ano em que começam a aparecer publicações sobre o tema: 2004. Impossível não relacionar tal elemento com a aprovação da PNEPS, em 13 de fevereiro de 2004. A partir de então, verifica-se uma linha crescente da quantidade de artigos publicados anualmente sobre o tema da EPS. Disto pode-se depreender que a aprovação da PNEPS conseguiu ‘pautar’ a discussão sobre o tema no campo de produção de conhecimento vinculado à saúde no cenário nacional – nos resta saber como tem se dado esta discussão. De todo modo, como ratifica Guattari:

O que conta aqui não é o resultado, mas a emergência da problemática [...] Se tudo for pro brejo [...] isso apenas vai querer dizer que a consistência do processo não pegou neste tipo de agenciamento. E que as lutas de revolução molecular vão seguir por outras vias. Com otimismo ou pessimismo, o problema se recolocará de qualquer maneira (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 201-202).

Outro elemento interessante de se destacar diz respeito aos estudos que apontam a necessidade de desenvolvimento dos dispositivos e princípios da EPS em serviços de

saúde do setor público e de organizações privadas ('EPS necessária', 11 artigos). Apesar de terem se apresentado em menor quantidade, em tais artigos indica-se a EPS como a estratégia sugerida para se tentar minorar alguns problemas prevalentes nos processos de trabalho de equipes de saúde, tais como: atualização técnica dos profissionais da equipe; necessidade de estabelecimento de relações democráticas entre membros de diferentes categorias profissionais; possibilidade de circulação da palavra, da informação e do poder em equipes de saúde; dentre outros. Com isso percebe-se que, mesmo não tendo necessariamente 'experimentado a EPS', há um reconhecimento, a partir das formulações teórico-conceituais acerca da EPS, de que ela pode efetivamente contribuir para os sistemas e serviços de saúde enquanto política de educação na saúde e ferramenta de suporte aos processos de transformação das práticas profissionais do setor.

Com base nos artigos encontrados, verifica-se também um esforço de discussão, revisão, problematização e/ou atualização do conceito de Educação Permanente em Saúde ('estudos teóricos', 20 artigos). Encontram-se, aí, desde remontagens dos contextos e momentos determinantes nas diferentes formulações dadas ao longo do tempo para o conceito, assim como a caracterização das influências teóricas e políticas das correntes de pensamento que compuseram o desenvolvimento da formulação de EPS. Principalmente, encontram-se, em grande medida, esforços de diferenciação entre as perspectivas que norteiam e balizam as atividades de formação desenvolvidas em serviços de saúde, quais sejam: Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde.

Na categoria 'análise da PNEPS', encontramos estudos exploratórios, descritivos, críticos e/ou avaliativos de atividades ligadas à PNEPS, tais como: cursos de formação de facilitadores de EPS; implementação de políticas estaduais e municipais de EPS; revisão documental de materiais ligados à PNEPS – portarias, manuais dos cursos de formação dos facilitadores de EPS; processos político-pedagógicos ligados aos Pólos de EPS ou às CIES – como seus funcionamentos, os cursos por ali aprovados, etc.

Na categoria anterior, encontram-se também relatadas algumas experiências de EPS desenvolvidas a partir da PNEPS, isto é, com financiamento e execução aprovada nos PEPS/CIES. Optamos por distingui-las das que não contaram com tal 'vinculação' ou apoio, justamente para dar destaque a um dado de notável relevância, que se

depreende do levantamento feito, qual seja, o grande número de experiências de EPS desenvolvidas autonomamente e relatadas nos artigos encontrados ('relatos de experiência', 27 artigos). Em tais artigos, encontramos a descrição, análise e, por vezes, avaliação de experiências e dispositivos de educação permanente em saúde desenvolvidos em variados contextos.

O que gostaríamos de destacar, quanto a esta última categoria, coincide com o que apontamos ainda na primeira delas, assim como ao longo de toda esta dissertação: parece haver um certo consenso de que a EPS constitui-se numa aposta e numa estratégia-ferramenta potente e potencializadora dos necessários processos de transformação das práticas profissionais, educacionais, gestoras, de participação social, no SUS e para o SUS. Além disso, verifica-se que sua utilização/atualização, em diferentes contextos e independente da vinculação de seus executores/participantes com a política instituída de EPS, aponta para uma 'publicização' da condução, construção e efetivação da política de EPS como uma política *pública* de defesa do trabalho em saúde.

A revisão sistemática das publicações sobre Educação Permanente em Saúde realizada por Márcia Chaves Moreira (2010) ratifica os resultados aqui encontrados e os elementos deles depreendidos. No resumo de seu trabalho de conclusão de curso de especialização em Práticas Pedagógicas em Saúde, ela aponta uma síntese de seus resultados:

Resultados: mostram que ainda há pouca produção sobre Educação Permanente em Saúde no âmbito dos descritores eleitos; que a maioria das produções tem como temas necessidades e demandas por processos formativos em educação permanente em saúde, descrição de dispositivos de educação permanente em saúde e implementação da política; a maioria das produções concentram-se no período compreendido entre os anos de 2005 e 2009 e as publicações encontram-se diluídas em 27 veículos de informação; cerca de 20% das produções relatam experiências de educação permanente em saúde; também indicam sua presença em todos os níveis de atenção do SUS (hospitais, serviços especializados, serviços de urgência, atenção básica) (MOREIRA, 2010, p. 05).

Nesta revisão sistemática, a autora encontrou um total de 101 artigos sobre EPS, os quais foram divididos em seis categorias: demanda por processos formativos em EPS (34 artigos); descrição de dispositivos de EPS (27 artigos); implementação da política de EPS (21 artigos); explanação do conceito de EPS (10 artigos); avaliação de processos de EPS (4 artigos); formulação da política de EPS (3 artigos); outros (2 artigos). Dentre

os 101 artigos, a autora ressalta que 20 deles abordam ou se referem a experiências de EPS:

Observa-se uma importante produção sobre experiências no âmbito dos trabalhos sobre o assunto. Entende-se que relatos de experiências são de grande relevância para futuros estudos acerca de como as atividades de EPS estão sendo realizadas, bem como para balizarem, ou servirem de parâmetro para futuras iniciativas (p. 33).

É nesta direção que pretendemos seguir agora. É, também, com este intuito, que gostaríamos de contribuir com o campo teórico-prático-político-institucional no qual se situa nossa pesquisa. Pretendemos, no que segue, acompanhar e relatar uma ‘experiência exitosa’ de EPS, concordando com Moreira (2010) acerca da importância de tal tarefa.

## CAPÍTULO 4

### Acerca de operadores conceituais e operações metodológicas

Não, não tenho  
Um caminho novo.  
O que tenho de novo  
É o jeito de caminhar  
(MELLO, 2009, p. 23).

Escolhemos, para abrir a conversa acerca do quarto capítulo desta dissertação, narrar uma cena-acontecimento muito cara ao que veio a se tornar esta pesquisa. Trata-se de uma situação vivida por este pesquisador, a qual, de certo modo, se colocou como momento de clareamento e favorecimento dos elementos convergentes à escolha por seguir uma determinada trilha, vislumbrada a uma certa altura do andamento desta pesquisa.

Sentados em roda numa sala do Instituto de Psicologia da UFRGS, à espera do início de uma aula qualquer, pusemo-nos a papear com uma colega sobre a vida, o curso de mestrado, os momentos que passávamos no andamento de nossas pesquisas, as afecções em nós produzidas neste/por este caminhar. Àquela altura, já havíamos iniciado nossa ‘pesquisa de campo’, vínhamos um tanto desiludidos com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e aproveitávamos para desabafar: *“É uma pena que uma política como a de EPS esteja neste estado. Recentemente, até vazou na rede um projeto de minuta de portaria que descaracterizaria as CIES como instâncias deliberativas da PNEPS, reduzindo-as a um fórum de debate e monitoramento da política. Enfim, a impressão que dá é que é uma questão de tempo para a Educação Permanente em Saúde morrer...”*<sup>18</sup>.

No exato momento em que pronunciava esta última frase, uma outra colega adentrou a sala. Tratava-se de uma trabalhadora de saúde concursada de um município próximo a Porto Alegre. Ainda ajeitando suas coisas numa carteira, se intrometeu na

---

<sup>18</sup> Cabe esclarecer que as CIES nunca foram deliberativas. Instituídas após o Pacto de Gestão em 2006, elas substituem os PEPS, cabendo, contudo, à gestão, por via das Comissões Intergestores Regionais (CIR), a deliberação final sobre os assuntos, projetos e decisões encaminhadas nas CIES. Destaca-se, aí, uma diferença central entre CIES e PEPS, quando este constituía-se enquanto instância máxima de deliberação e gerenciamento da PNEPS e de seus recursos financeiros. Ressaltamos que, apesar disso, as CIES guardam a qualidade de se fazerem importantes espaços de encontro, troca e articulações entre atores componentes do Quadrilátero da Formação para a Saúde.

conversa e interpelou: *“Mas a EPS não está morrendo! Tu achas?! Olha, eu uso diariamente a EPS em meu trabalho, e participo de uma série de fóruns que se constituem e são propostos enquanto espaços de EPS. Agora mesmo estava vindo de um... Ah, não sei, eu acho que não, eu acho que a EPS nunca esteve tão consolidada como está. Não tem chance de ela estar para morrer...”*

Aquilo nos chegou como um atropelo. Sua feição contrariada, sua revolta diante de uma alegação tão ‘descabida’, ao mesmo tempo tão grave frente à importância por ela atribuída à EPS, nos fez ruborizar pela posição de enunciação que ela nos punha a ocupar – ou nos fazia perceber estar ocupando. Não contive a ânsia de me explicar, de dizer que ela pegou a conversa pela metade, e que eu estava me referindo à política instituída de EPS, isto é, à PNEPS. *“Ah, dessa aí eu não sei. Só conheço aquela do meu dia-a-dia de trabalho mesmo...”*

Enquanto decorria esta cena, percebíamos a importância para nossa pesquisa do que ali se delineava. Uma trabalhadora da saúde, mesmo desconhecendo a PNEPS em suas instâncias, diretrizes e estratégias de implementação, falava da EPS com propriedade. Principalmente, falava da EPS como uma propriedade, uma ferramenta de trabalho por ela tida como um patrimônio, seu e daqueles que operavam cotidianamente o Sistema Único de Saúde, a qual estava tão consolidada e pulverizada nos diversos ambientes e instâncias do SUS por onde ela circulava que lhe soava absurdo alguém dizer que a EPS estaria para morrer. Não, a EPS nunca teria estado tão consolidada como ela avaliava estar atualmente, independente da situação em que se encontrava a PNEPS.

Compartilhamos esta cena pela clareza com que ela traz uma questão que se tornou determinante a esta pesquisa no transcurso de nosso envolvimento com a educação permanente em saúde<sup>19</sup>. Nos ficou claro, a certa altura, que, como vimos no capítulo anterior, existem modos diversos no Brasil de se ocupar da EPS. Um deles consiste na eleição da PNEPS como escopo de desenvolvimento de estudos e pesquisas. Nesta linha, encontramos trabalhos voltados à análise e avaliação das ações e propostas da política. Outra linha consiste numa espécie de investigação, consolidação e disputa conceitual da noção de Educação Permanente em Saúde, isto é, do que ela toma

---

<sup>19</sup> Como nos diz Marília Silveira (2013, p. 36): “[...] talvez tenha sido aí que essa dissertação começou a nascer. Uma pergunta que fica ressoando. Uma pergunta que nos persegue e que aceitamos levar conosco”.

emprestado de outras correntes de pensamento, no que ela se diferencia de outras propostas conceituais do campo da Educação na Saúde, no que ela traz de novidade e de aposta para o campo da Saúde Coletiva, do trabalho em saúde e da educação na saúde. Contudo, objetivamos nessa dissertação situarmo-nos numa terceira linha de investigação sobre a EPS. Nesta, o foco recai sobre as experiências de EPS, ou as experiências com a EPS, isto é: como têm se desenvolvido as experiências de EPS com os trabalhadores de saúde? Como estas têm sido vivenciadas pelos mesmos? O que e como elas têm conseguido ou podido operar, agenciar, dar passagem?

Queremos, com isso, seguir o rastro daquilo que nossa colega, trabalhadora municipal de saúde, nos indicava como potência possível à educação permanente em saúde: sua capacidade de comparecimento no dia-a-dia de trabalho, seja como espaços formativos, seja como dispositivo do trabalho individual e/ou das equipes de saúde inseridas nos serviços do SUS. É desta EPS, espécie de ferramenta de transformação micropolítica do processo de trabalho em saúde, que buscaremos nos ocupar.

### **Das operações metodológicas**

Esta dissertação de mestrado constitui-se, portanto, tal qual um mergulho no território no qual se atualiza e ganha existência concreta e virtual o tema de nossa pesquisa. Se concordarmos que, até aqui, fizemos uma espécie de sobrevôo no nível molar da EPS – isto é, nos modos como ela é representada, entendida, enunciada –, nesta segunda parte, queremos nos mover com a EPS em seu nível molecular – dimensão em que ela ganha corpos, em que é encarnada.

Baremlitt (1996) explica que:

[...] dentro dessa concepção da vida social como uma rede, em que os processos são imanentes um ao outro, pode-se distinguir o molar, que, dito de uma maneira simples, é aquilo que é grande, que é evidente, que tem formas objetais ou formas discursivas, visíveis e enunciáveis. Por outra parte temos o molecular, que é o que na física, se costuma chamar micro, por oposição a macro [...]. [...] o institucionalismo afirma que as grandes mudanças históricas, as macromudanças, são sempre resultados de pequenas micromudanças e que os grandes poderes que vigoram na sociedade são apenas formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam em espaços microscópicos de uma sociedade. [...] o institucionalismo confia em analisar e propiciar as mudanças locais, as transformações microscópicas, as conexões circunstanciais, porque espera delas efeitos à distância que, ao generalizarem-se, resultam nas grandes metamorfoses [...]. Em outras palavras, o institucionalismo pensa que as pequenas conexões locais são o lugar do instituinte, e entendê-lo assim está estritamente relacionado com as

estratégias de intervenção nos âmbitos, nos espaços de atuação que o institucionalismo vai tentar propiciar (p. 45-46).

Neste sentido, pretendemos agora nos desapegar de qualquer ortodoxia ou fidelidade aos ‘modos instituídos’ de compreensão da EPS e/ou de sua execução – seja como política do SUS, seja como modelo às atividades de ES. Queremos experimentá-la, perder a pressa por ‘entendê-la’ e nos demorarmos em sua com-vivência. Praticar, assim, a torção sugerida por Foucault (2008b, p. 05), na qual:

[...] em vez de partir dos universais para deles deduzir fenômenos concretos, ou antes, em vez de partir dos universais como grade de inteligibilidade obrigatória para um certo número de práticas concretas, gostaria de partir dessas práticas concretas e, de certo modo, passar os universais pela grade dessas práticas.

Os delineamentos metodológicos e operacionais que constituíram a pesquisa que aqui relatamos foram se conformando na medida em que caminhávamos no território existencial que sedia esta expedição – o da EPS.

Num primeiro momento, quando nos decidimos por tomar como campo-tema de pesquisa a EPS, a partir do aprofundamento de nossas análises e compartilhamentos acerca das experiências por nós vividas, mencionadas na introdução desta dissertação, ocupamo-nos com a construção de uma primeira apropriação a respeito daquilo que vinha sendo produzido enquanto conhecimento a este respeito. Tal processo foi nos tomando em interesse, curiosidade, dúvidas, aprofundamentos, aberturas, relações... a ponto de sentirmos inadiável necessidade de habitar não só o que dela se dizia, mas o que dela – e com ela – se fazia.

Passamos a freqüentar as reuniões mensais da CIES-RS, e começamos a dar forma (variadas formas) ao que podíamos e desejávamos desenvolver como pesquisa neste cenário. Uma coisa era certa: haveria de ser uma pesquisa-intervenção. Uma, porque víamos nos operadores conceituais e nos dispositivos operacionais do Movimento Institucionalista uma perspectiva potente, na qual gostaríamos de ‘nos experimentar/experimentar em nós’ neste (também) processo formativo que é um curso de mestrado. Outra, e principalmente, porque acreditávamos que, com tal perspectiva – ética, estética, teórica, política, metodológica – poderíamos vir a contribuir de algum modo com o que, para nós, estava colocado (à época) como principal desafio para a

própria PNEPS: distinguir-se da lógica pontual e fragmentária dos cursos de Educação Continuada, o que nela ainda seguia muito presente.

Propusemos, portanto, como projeto de pesquisa, o acompanhamento de uma ‘experiência exitosa de EPS’, isto é, de um curso aprovado pela CIES-RS e financiado pela PNEPS o qual se pautasse e operacionalizasse, ‘fidedignamente’, a Educação Permanente em Saúde. Objetivávamos descrever e analisar a realização deste curso em sua concepção, operacionalização e efeitos produzidos. Esperávamos, com isso, produzir um material que pudesse servir de ‘modelo’ para a construção, proposição e realização das atividades relacionadas à PNEPS.

Quisemos destacar aqui este nosso ‘momento-compreensão’ da EPS justamente por identificar nele um ‘analisador’ tanto desta pesquisa quanto, talvez, do que tem hegemonizado os esforços teóricos de ‘esclarecimento’ acerca ‘do que é a EPS’ (assim como do que ela não é). Como vimos no capítulo anterior, grande parte das publicações neste campo guarda para si tal objetivo.

De fato, viemos a propor, em uma reunião ordinária da CIES-RS, a realização de tal pesquisa. De fato, nos propusemos a acompanhar uma ‘experiência exitosa de EPS’. O ‘agenciamento’ que se produziu a partir daí, contudo, subverteu todas as normas, pré-concepções, expectativas, entendimentos até então formulados por nós acerca do que queria esta pesquisa. Como isso se produziu? Esta é a história que aqui gostaríamos de contar com mais calma, pois tudo nela tem a nos ensinar.

## **Parêntesis**

Ao iniciar a escrita do relato da experiência acompanhada nesta pesquisa, atravessou-nos a lembrança de um livro por nós lido há algum tempo atrás: “Esquecer para Lembrar”, de Carlos Drummond de Andrade (1980). Esquecer para lembrar... não parece algo para levarmos ‘ao pé da letra’. Afinal, esquecer e lembrar são palavras antônimas, não? Para um dicionário, sim. No Michaelis (2009) encontramos que o significado de esquecer é “*deixar sair da memória [...] antônimo de lembrar*”, e o de lembrar, “*trazer à memória, recordar [...] antônimo de esquecer*”.

Lendo a expressão como uma metáfora, contudo, imaginamos entrever uma pista metodológica – ou duas, talvez – sobre o trato do poeta para com as memórias das

situações por ele vividas<sup>20</sup>. A primeira pista que derivamos da expressão nos faz pensar numa espécie de procedimento praticado por Drummond para escrever autobiografias-poemas. Não se trata de confessar-se, de descrever, com estrita e precisa exatidão, detalhes das situações vividas ao longo de uma vida. Trata-se, antes, de recriá-las, revivê-las desde este momento outro, tornado mesmo pelo ato de lembrar, jamais sendo o mesmo pelo tempo que se interpôs entre ambos e introduziu a diferença. Relembrar, nesse sentido, é reinventar. Reinventar para podê-las sentir, mais uma vez. Como uma brincadeira boa que queremos, mais uma vez, saborear. Tal qual uma criança a narrar histórias e, invariavelmente, reinventá-las.

Faz-se cara, para esta pesquisa, a intimação de Drummond (ANDRADE, 1980, p. 3):

#### INTIMAÇÃO

- Você deve calar urgentemente  
As lembranças bobocas de menino.
- Impossível. Eu conto o meu presente.  
Com volúpia voltei a ser menino.

A segunda pista não deixa de ser uma brincadeira. Neste caso, trata-se de realizar contra-sensos, experimentar impossíveis, “*errar na gramática para acertar na poesia*” – diz Manoel de Barros em “Só Dez Porcento é Mentira” (2008). Esquecer para lembrar, isto é, praticar antonímias para alargar os possíveis do mundo: “*invenção é uma coisa que serve pra aumentar o mundo sabe?*” – nos auxilia Manoel, mais uma vez.

Fazer pesquisa, para nós, precisa poder dizer da aproximação de (pré)supostos antônimos – cuja fecundação mútua serviu de parteira das páginas desta dissertação. Estamos querendo dizer de nosso modo de fazer pesquisa. Em algo ele se assemelha – ou tenta se assemelhar – ao *ethos* de composição da – de contar a – vida, praticado pelos artistas que referimos. Dedicar-se menos à descrição e mais à recriação daquilo que foi, para podermos inventar – transformar – os modos ‘únicos, corretos, verdadeiros’ de ser. ‘Razoáveis’, simplesmente, diria Manoel de Barros.

---

<sup>20</sup> O referido livro consiste no terceiro volume das poesias autobiográficas de Drummond.

Mas este não é um livro de poesias. Ao menos, não daquelas em forma de versos, rimas, estrofes. Essa dissertação se quer, quem sabe, outro tipo de poesia: aquela para a qual importa alargar o mundo, ou melhor, nossos modos-mundos existenciais. Nela, fizemos pesquisa. Mas o fizemos referenciados na feitura de poesia, isto é, no ato criativo, inventivo, de produção de conhecimento. Falamos de arte e de ciência. Arte-ciência, arte da ciência, arte na ciência. Antônimos. Antônimos?

Há, é preciso lembrar, diferenças significativas entre produções artísticas, produções científicas e cotidianas. Essas diferenças, no entanto, foram historicamente produzidas e cumprem uma função social clara: delimitam lugares sociais, territórios condísos, fronteiras que se erguem sob a égide de instituições que demarcam o dentro e o fora, quem pertence ou não a cada um desses territórios. [...] Diferenças, portanto, que precisam ser consideradas e ao mesmo tempo problematizadas, uma vez que arte, ciência e vida se intercambiam e se entrecruzam incessantemente (Zanella, 2013, p. 47).

Zanella (2013) compara o processo de produção de conhecimento (ofício do cientista) ao processo criativo. Para a autora, caracteriza o trabalho do artista o inventar, o inovar, o recriar o mundo, tendo como fundação a própria realidade. Tal labor tem como ferramenta as “relações estéticas: relação sensível em que os corpos se afetam e se deixam afetar pela simples possibilidade do encontro e do que este, de modo imprevisível, pode possibilitar” (p. 44). Relações estéticas, nesse sentido, são “relações que provocam fissuras no supostamente natural e nos falsos permanentes/estáveis” (p. 45).

O estabelecimento de relações estéticas com o mundo é, para a autora, uma condição inexoravelmente humana. É característica do humano se relacionar e criar. O pesquisador, nesse sentido, é um artista da vida, assim como as demais pessoas. Seu processo criativo, contudo, se distingue por, além de reinventar constantemente a própria existência, produzir (criar) conhecimento na esfera da ciência.

Ciência, portanto, também é arte, já que ao compreender/explicar a vida, o pesquisador a reinventa através das teorizações produzidas e tecnologias que desta derivam. Teorias e tecnologias são, pois, ferramentas que, divulgadas e apropriadas por diferentes pessoas, em contextos e condições diversas, transfiguram os olhares sobre a própria realidade (Zanella, 2013, p. 49).

Estamos, portanto, de brincadeira. Brincando, como Drummond, de borrar as configurações dadas aos modos de (re)tomar – de fazer uso de – nossas experiências de/na/com a pesquisa realizada ao longo desse curso de mestrado. Não se trata de

re(a)presentá-las desde o momento presente – tendo-as encerradas no tempo passado – mas de recriá-las nas páginas que seguem, a fim de “mergulhar o leitor nos impasses e nas estratégias inventivas que emergem ao longo da experiência investigativa” (Passos, Kastrup & Tedesco, 2013, p. 218).

### **Fecha parêntesis: ... Das operações metodológicas**

Apresentamos nossa proposta de pesquisa na reunião ordinária da CIES-RS de abril de 2013, solicitando a colaboração dos presentes no sentido de intermediarem nosso encontro com uma ‘experiência exitosa de EPS’ de conhecimento dos mesmos. Representantes de três diferentes coordenadorias regionais de saúde manifestaram tal conhecimento e a disponibilidade em intermediar tal encontro, ao que procedemos pegando os contatos dos mesmos e nos comprometendo em procurá-los em momento apropriado. De todo modo, nos preocupava o fato de todas elas se darem em cidades bem distantes a Porto Alegre, o que provavelmente inviabilizaria a realização de nossa pesquisa, uma vez que esta contava somente com financiamento do próprio pesquisador para sua execução.

Encerrado o momento cedido na reunião da CIES para a apresentação de nossa proposta de pesquisa, inicio um registro no diário de campo acerca do que e do como havia se configurado na apresentação da pesquisa à CIES, assim como do que ‘sentíamos’ a respeito. Enquanto o fazia, percebo duas pessoas pararem em minha frente. Todos esperávamos o reinício da reunião, a qual havia sido transferida, após minha apresentação, para uma outra sala. Ainda absorto na escrita no diário, escuto ambas referirem a sigla ‘NURESC’ e se demorarem numa ‘conversa cochichada’ a respeito da mesma.

Eu vinha escutando aquela sigla meio que sussurrada já há algumas reuniões da CIES. Sempre que comparecia, ela me chamava atenção. Ao que conseguira depreender até ali, em algo ela se relacionava com a EPS, mas não sabia como. Aproveitando a oportunidade, intrometo-me na conversa e pergunto o que significaria ‘NURESC’. A pessoa interpelada, então, nos explica que os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) foram criados na gestão de Ricardo Ceccim como diretor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS – 1999-2002) com o objetivo de descentralização da gestão e da atuação da ESP no estado. Assim, os NURESC

ficavam alocados nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e tinham por finalidade o fomento, organização, realização, acompanhamento de ações e projetos de Educação em Saúde Coletiva nas regiões de saúde do estado, o que se configurou, de algum modo, como uma experiência anterior e piloto à PNEPS, desenvolvida no estado do RS<sup>21, 22</sup>.

Johnny Alvarez e Eduardo Passos (2012) nos dizem que “o conhecimento ou, mais especificamente, o trabalho da pesquisa se faz pelo engajamento daquele que conhece no mundo a ser conhecido. [...] é sempre pelo compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e codeterminam” (p. 131). Prosseguem os autores:

Não se trata, portanto, de uma pesquisa sobre algo, mas uma pesquisa com alguém ou algo. Cartografar é sempre compor com o território existencial, engajando-se nele. [...] Nesse processo de habitação de um território, o aprendiz-cartógrafo se lança numa dedicação aberta e atenta. Diferente de uma pesquisa fechada, o aprendiz-cartógrafo inicia sua habitação do território cultivando uma disponibilidade à experiência. [...] é necessário cultivar uma receptividade ao campo (p. 135-136).

Neste *ethos* de produção de conhecimento, de co-engendramento e co-determinação entre pesquisador e território existencial dos elementos constitutivos do campo de pesquisa, os dados e acontecimentos de uma pesquisa são produzidos (ALVAREZ; PASSOS, 2012). Assim, a decisão por acompanhar a experiência da qual aqui nos ocuparemos produziu-se a partir dessa receptividade ao campo, desse engajamento com o mundo que desejávamos conhecer, dessa dedicação aberta e atenta ao que se compunha e ganhava passagem neste território existencial em que a EPS é desejada, atualizada, experimentada – como se esforça para ser a/se fazer na CIES-RS.

Na conversa que relatávamos acima, a presteza e boa acolhida por parte da pessoa que nos respondeu, o clima amistoso que se estabeleceu naquela ‘conversa de

---

<sup>21</sup> No site da ESP-RS encontramos a seguinte informação: “A ESP/Rs tem sua sede em Porto Alegre, mas mantém atividades em todo o Estado por meio de Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), vinculados às Coordenadorias Regionais de Saúde. Os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva são parte integrante da estratégia de atuação da ESP/Rs, projeto este iniciado em março de 1999, que vem determinando a presença da ESP/Rs nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. Esta política de descentralização acompanha a política estadual de saúde de caracterizar cada Coordenadoria Regional como instância de gestão regional do SUS/Rs e a Educação em Saúde Coletiva como tarefa política de condução do SUS” (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

<sup>22</sup> Ricardo Ceccim tornar-se-ia idealizador e primeiro diretor (2003-2005) do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), criado em 2003 com a reforma do regimento do Ministério da Saúde, o qual assumiria papel central na formulação e promulgação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

corredor’, atrelado à ‘coincidência’ de tal pessoa ser uma das que se manifestou a respeito do conhecimento e disponibilidade de intermediação para nosso encontro com uma ‘experiência exitosa de EPS’, nos fez aproveitar para saber mais detalhes da experiência que ela referira conhecer. Ao que ela nos conta se tratar de um grupo de trabalhadores que vinha experimentando tentativas de transformação dos modos de organização e execução dos próprios processos de trabalho. A EPS era usada, naquela experiência, como um suporte ao processo de mudança intentado... Era para lá que iríamos, não tínhamos dúvida. Aquele era exatamente o tipo de experiência que nem imaginávamos mais vir a encontrar, quanto mais acompanhar nesta pesquisa e poder relatá-la.

O que daí adveio voltou-se a articulações, contatos, informações, enfim, o que se fizesse necessário à realização da nossa pesquisa junto àquele grupo, àquela experiência. Após e-mails trocados, ligações feitas, o grupo consultado a respeito da disponibilidade à nossa presença, fizemos, em maio de 2013, a primeira das cinco visitas que compuseram esta pesquisa. Nela, buscamos conversar com mais calma com seus idealizadores, esmiuçar a história da mesma, assim como sua contemporaneidade – desafios atuais, momento vivido, etc<sup>23</sup>. Assim descobrimos que a tal ‘experiência exitosa de EPS’ vinha sendo desenvolvida há pouco menos de um ano, a partir, sobretudo, da conformação de um colegiado gestor composto por trabalhadores de um determinado setor de uma CRS do estado do Rio Grande do Sul (RS). Em seus desdobramentos até ali, se havia identificado como contribuição possível à experiência em curso a criação de um momento ou espaço de aprofundamento para o grupo acerca do que viria a ser a Educação Permanente em Saúde – alguns membros do tal colegiado gestor viam nela uma ‘estratégia parceira dos processos de mudança das práticas’, como a ali em andamento, e reconheciam na própria experiência em desenvolvimento semelhanças muito claras com o que propunha a EPS.

Quando apresentamos nossa pesquisa ao grupo, estabeleceu-se uma contratualização na qual este pesquisador, de um lado, realizaria entrevistas e acompanharia atividades realizadas no grupo ou por parte de seus integrantes, a fim de aprender com eles acerca do processo de operacionalização da EPS no cotidiano do processo de trabalho em saúde. Em contrapartida, este pesquisador mediará rodas de

---

<sup>23</sup> Aprofundaremos a discussão e descrição acerca da referida experiência nos capítulos 5 e 6.

conversa com o grupo as quais objetivariam constituírem-se tanto como espaço de apropriação teórica acerca da EPS por parte dos participantes da experiência, quanto como momento de reflexão e crítica acerca dos modos como a EPS era ou deixava de ser experimentada no grupo, pelo grupo e por cada um de seus trabalhadores em seus cotidianos de trabalho.

Como nos diz Luiz Cecílio (2010):

São necessários processos pedagógicos institucionais – seja na linha proposta pela educação permanente, seja em processos de análise ou apoio institucional – para que o coordenador, bem como o maior número possível de membros da equipe, reconheçam as tensões que constituem o colegiado de gestão, suas linhas de força de determinação, suas contradições e os interstícios de liberdade/governabilidade e possibilidade de experimentação de uma nova rede de relações na unidade. Nenhum colegiado de gestão, mesmo o que se aproxime da idealidade anunciada pelos seus formuladores como estratégia de gestão, dará conta da complexidade da vida organizacional (p. 563-564).

Assim, a pesquisa aqui realizada compôs-se, de certo modo, como um espaço-dispositivo semelhante a este ‘processo pedagógico institucional’ indicado por Cecílio (2010) como necessário às experiências de implementação de colegiados de gestão nos mais diversos contextos. A proposta de realização da pesquisa junto àquele grupo foi bem aceita tanto pelos participantes da experiência quanto pela direção da instituição que a sedia. As cinco idas deste pesquisador à cidade-sede da experiência em questão se deram entre os meses de maio e agosto de 2013.

Nossa permanência na cidade-sede da experiência em questão compôs-se, enfim: no acompanhamento de atividades realizadas no grupo, pelo grupo ou por parte do mesmo; na realização de entrevistas individuais semi-estruturadas com participantes da mesma acerca da experiência em questão; na realização de rodas de conversa sobre os modos de uso da EPS na experiência em questão. Ao todo foram 17 entrevistas realizadas com 13 pessoas diferentes, quatro rodas de conversa e o acompanhamento de cerca de 9 atividades realizadas no e/ou pelo grupo. Todas as rodas de conversa e entrevistas individuais foram audiogravadas e posteriormente transcritas.

As entrevistas individuais realizaram-se tanto com participantes da experiência em questão (14 entrevistas com 10 pessoas diferentes) quanto com pessoas que fomos conhecendo ao longo da pesquisa e que, de algum modo, tinham um envolvimento com a política ou com experiências de EPS no estado do RS (3 entrevistas). Estas últimas se fizeram importantes oportunidades de esclarecimentos de eventuais dúvidas tidas por

este pesquisador acerca de seu campo-tema de pesquisa. Quanto às primeiras – entrevistas com os participantes da experiência em questão –, elas vieram a cumprir algumas funções interessantes (não necessariamente previstas antes da realização das mesmas, vale destacar): primeiro, como processo de reconstituição da memória coletiva acerca da experiência aqui acompanhada; segundo, como estabelecimento e fortalecimento do vínculo entre os participantes da referida experiência e este pesquisador; e por último, como um dispositivo de instauração de um momento de reflexão de cada entrevistado acerca de seu próprio processo de trabalho, e dos modos como a EPS nele se fazia presente, seja enquanto atividades desenvolvidas ou acompanhadas, seja enquanto processo de aprendizagem ativa e inventiva a partir de seus cotidianos de trabalho.

As rodas de conversa constituíram-se como momentos/espços de discussão em coletivo acerca dos modos de comparecimento e utilização da EPS, individual e coletivamente, pelos trabalhadores participantes da experiência acompanhada nesta pesquisa. Para a primeira delas foi sugerida a leitura prévia do texto “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”, de Ricardo Ceccim (2005c), tendo em vista a solicitação feita pelo grupo de que tivéssemos um primeiro momento de aprofundamento teórico acerca do que seria e do que propunha a EPS. Nesta primeira roda de conversa, portanto, fez-se oportuno, a partir do que os participantes foram trazendo de dúvidas e elaborações compreensivas, distinguir EC e EPS, assim como a EPS como proposta teórico-metodológica de realização de atividades de educação em serviço e a EPS como processos inventivos de aprendizagem no/pelo/com o trabalho. Nas duas rodas de conversa seguintes, ocupamo-nos mais especificamente de pensar os modos como a EPS comparecia e era utilizada no cotidiano de trabalho daqueles participantes. Por fim, na quarta roda de conversa detivemo-nos em apontar modos possíveis de experimentação da EPS no e pelo grupo, já vislumbradas de forma marginal, minoritária, virtual, mas ainda não concretizadas/atualizadas na experiência em questão.

O uso do diário de campo se fez uma constante, no registro descritivo-analítico tanto de cenas, acontecimentos e atividades acompanhadas ao longo da pesquisa, quanto das impressões, incompreensões, dúvidas, descobertas, análises, angústias, sofrimentos e alegrias vividas por este pesquisador ao longo da mesma.

A realização desta pesquisa contou com a aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, tendo havido livre concordância e consentimento tanto por parte da organização-sede da experiência – na figura de sua diretora geral e de sua coordenadora adjunta – quanto dos participantes da experiência em questão e, conseqüentemente, desta pesquisa. Para oficialização de tais concordâncias, utilizou-se um Termo de Concordância Institucional (Anexo 2) – assinado pela diretora da instituição – e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (anexos 3 e 4), lidos e debatidos coletivamente tanto pelas pessoas entrevistadas individualmente quanto pelos participantes das rodas de conversa mediadas por este pesquisador.

### **O Movimento Institucionalista (MI)**

Nesta pesquisa, pretendeu-se habitar um território – existencial e de produção de conhecimento (ALVAREZ; PASSOS, 2012) – com toda a parcialidade e passionalidade características àqueles que comungam da vida em sociedade – nós, pesquisadores, sendo apenas mais um de seus membros (LATOUR, 2000). Transitamos seus labirintos, percorremos suas vielas, ‘estupefamos’ com suas surpresas, nos demoramos em suas matas fechadas. De todos os modos, o experimentamos – nos experimentamos nele, o experimentamos em nós. Algo parecido com o que apontam Kátia Aguiar e Marisa Rocha (2007, p. 653):

No cotidiano das práticas, a realidade se constitui como campo de problematização, de intensificação da vida, de experimentação do pensamento. O sentido se instaura entre representação e expressão, facultando novos modos de apreensão-produção do real. Pensar não é uma questão de vontade, é um exercício que se dá por provocação: nos encontros com o inusitado, nos afetos deslocados, na tensão entre o que já ganhou forma como homem e mundo, sujeito e objeto e o que vai se produzindo, evocando novas formas.

Anuncia-se, nesse modo de conceber o pesquisar, um tensionamento, espécie de subversão dos moldes hegemônicos de produção de conhecimento, pautados na perspectiva positivista. Esta, afirma-se desde uma suposta posição de neutralidade do pesquisador em relação àquilo que ele pesquisa, querendo tornar factível a possibilidade de observação, mensuração, previsão, controle e modificação daquilo que se pesquisa desde uma posição de cisão com o ‘mundo real’, de não envolvimento político e afetivo no e com o ato de pesquisar.

A neutralidade aparece aqui em toda sua crueza estratégica: não é uma questão de ingenuidade ou ignorância, é opção política. São neutros, ou melhor, se autodefinem assim, aqueles que querem o espaço esquadrinhado e homogêneo, o tempo regulado e ordenado, os cheiros separados e distanciados, os corpos alocados em postos visíveis e disciplinados e até a autorização das desterritorializações a serem executadas, aqueles-que-querem-conservar (os costumes, as regras, as classes, os modos de produção: de bens, de subjetividades etc.) (BARROS, 2007, p. 235).

Neste percurso, um recurso se fez caro, potencializando em seus momentos de comparecimento deslocamentos ao corpo-pensamento, nosso instrumento de pesquisa, por sobre o campo-tema que percorremos, o da Educação Permanente em Saúde. O recurso referido diz respeito a um hábito aprendido no transcurso dessa pesquisa-expedição (SCHAEDLER, 2003): o de colecionar fragmentos de lugares, de pessoas, de conversas, de cenas, de afetos, de acontecimentos que acessamos – em testemunho ou em imaginação. Como nos fala Peter Spink (2008, p. 72-73):

Ao contrário dos métodos planejados em que se delinea *a priori* um roteiro de perguntas sobre um tema previamente acordado e operacionalmente definido, ser um pesquisador no cotidiano se caracteriza frequentemente por conversas espontâneas em encontros situados. [...] No processo, pequenos momentos foram gravados na memória, acontecimentos não planejados, associações entre o social e o material, entre as redes frouxas de sentidos que conectam os pedaços do dia a dia. São os pequenos momentos do fluxo diário, abertos às possibilidades da convivência cotidiana; são fragmentos, às vezes de conversas, às vezes de acontecimentos, às vezes de pedaços de materialidade, às vezes de documentos que nos chegam às mãos e às vezes de relatos na mídia.

Muito do aprendizado acerca deste modo de fazer pesquisa se deu a partir de nosso agenciamento com as produções teóricas e políticas constitutivas do Movimento Institucionalista. Movimento institucionalista, segundo Paulon (2009), é uma expressão genérica utilizada para designar um movimento internacional de mais de meio século, no qual primou-se pelo desenvolvimento de intervenções institucionais voltadas à promoção de auto-análise e autogestão de coletivos. Como nos fala a autora:

O termo *Movimento* é utilizado para fazer referência ao conjunto de práticas voltadas para promover a auto-análise e auto gestão dos coletivos – na compreensão de intervenção institucional proposta pelo institucionalismo –, já que engloba diversas disciplinas, ciências e orientações teóricas que aspiram a manter-se em constante movimento, sem se identificarem, especificamente, com um saber instituído, com o que geralmente se denomina “Escola” ou “Corrente” (PAULON, 2009, p. 226, grifo da autora).

Os contextos históricos, políticos e sociais dos quais emergem as linhas de configuração de tal ‘movimento’<sup>24</sup> guarda, como idiossincrasia, um compromisso/aposta ético-política de agenciamento de condições de possibilidade (e) de emergência de práticas de liberdade. Assim o era com os movimentos de protesto contra a Guerra do Vietnã em solo estadunidense e em outros mais. Assim também o era nas manifestações e mobilizações sociais contra as ditaduras civil-militares na América Latina. E se tomarmos mais um exemplo, justamente aquele que marcaria para sempre o Institucionalismo – o ‘Maio de 68’ francês, também conhecido como “*A Grande Recusa*” (RODRIGUES, 1999, p. 209, grifos da autora) – perceberemos a pujança com que isso estava colocado em escala mundial. Urgia a necessidade de transformação, de recriação dos modos e dispositivos de agenciamento e de defesa da liberdade em suas mais diversas formas de expressão.

Uma certa Psicanálise e um certo Marxismo, por exemplo, foram duramente criticados no Maio de 68. Quer dizer, perspectivas e grupos por vezes tidos como revolucionários foram postos em xeque, assim como as organizações do Estado, as instituições burguesas, as mazelas do capitalismo, as guerras imperialistas, a guinada neocolonialista, dentre outros. Destacamos, dentre esses, a Psicanálise e o Marxismo, tamanho comprometimento com o qual estes haviam se imbuído para com a manutenção do *status quo*, deixando de ancorar as maquinações desejanter de transformação – teóricas, políticas, culturais – que, por vezes, deram passagem, deram guarida, a/enunciaram. A liberdade, enquanto força, enquanto prática, enquanto *devoir*, precisava encontrar outros caminhos para desabrochar, naqueles e noutros territórios.

“Instigados por passados ainda tão presentes [...] arriscamos um presente-futuro ‘outro’”, nos diz Heliana Conde Rodrigues (1999, p. 208) acerca das experimentações teórico-políticas de contestação do instituído e ‘farejamento’ das forças instituintes a rogarem passagem nos mais diversos modos e contextos da vida em sociedade. Eis o que constitui o MI. Forjam-se, aí, outros modos de conceber a compreensão e atuação ético-política no campo da(s) militância(s), articulando contribuições da clínica e da política (PASSOS; BARROS, 2000) para disparar e apoiar processos de experimentação instituinte, de transformação social.

O Institucionalismo afirma que a sociedade é composta por uma rede, um tecido de instituições entendidas como “composições lógicas que, segundo a forma e o grau de

---

<sup>24</sup> Período compreendido, sobretudo, entre as décadas de 1940 e 1970.

formalização que adotem, podem ser *leis*, podem ser *normas* e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser *pautas*, regularidades de comportamentos” (BAREMBLITT, 1996, p. 27, grifos do autor). Fala-se, assim, na instituição Educação, Família, Direito, Trabalho, Estado, Saúde, as quais “formam uma trama social que une e atravessa os indivíduos” (LOURAU, 2004, p. 68).

Toda instituição seria composta por dois planos, duas dimensões, duas forças em relação dialética: o instituído e o instituinte. Como nos explica Barembritt (1996):

[...] se pode distinguir nelas [as instituições] uma potência, um movimento de transformação constante que tende a modificar, a operar mutações, transmutações nas suas características. [...] a estes momentos de transformação institucional, a estas forças que tendem a transformar as instituições ou também a estas forças que tendem a fundá-las (quando ainda não existem), a isso se chama *instituinte*, forças instituintes. São as forças produtivas dos códigos institucionais. Este grande momento inicial do processo constante de produção, de criação de instituições, tem um produto, geram um resultado, e este é o *instituído*. O instituído é um efeito da atividade instituinte. [...] O instituinte aparece como um processo, enquanto o instituído aparece como um resultado. O instituinte transmite uma característica dinâmica; o instituído transmite uma característica estática, congelada. [...] a vida social, entendida como o processo em permanente transformação que deve tender ao aperfeiçoamento, [...] só é possível quando ela é regulada por instituições e organizações, quando nessas instituições e organizações a relação e a dialética existentes entre o instituinte e o instituído [...] se mantêm permanentemente permeáveis, fluidas, elásticas (p. 32-33, grifos do autor).

Tratam-se, portanto, de duas forças opostas e complementares, cada uma com sua função. E nisso consiste nossa aposta: no encontro com o *instituinte* lá onde o cotidiano das práticas diárias falseia-se *instituído*. Lembre-se: nada é só instituído; nada é puramente instituinte; tudo *está momentaneamente* instituído ou instituinte; tudo *é* instituído *e* instituinte. Não se tratam de entidades atuando por sobre o destino da humanidade, em um equilíbrio que, teleologicamente, nos levaria irremediavelmente a ‘dias melhores’. Elas são agenciadas, são postas (ou não) em prática, são atualizadas a todo momento, em cada lugar em que se der o encontro entre um ser humano e o mundo, seus (des)semelhantes e consigo mesmo. E não se trata, também, de uma distinção maniqueísta entre ‘os bonzinhos’ – os do ‘time do instituinte’, que tudo querem transformar para melhor – e os ‘do mau’, que, beneficiados pelo modo como as coisas se perfilam, querem mantê-las como estão. Como nos fala Emerson Merhy (2002):

Somos muitos sujeitos e não sujeitos em diferentes situações. Instituídos e instituíntes. [...] Não há nunca uma identidade, individual ou coletiva, que fica para sempre no tempo em nós. Esta, está sempre em produção. Partindo de um certo território, partindo para outros possíveis. [...] Somos dados e dando. Somos definidos. Quando chegamos, algo já estava ali. [...] devemos assumir que somos responsáveis, com os nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã. Ou o fazemos diferente, ou não o será (p. 12-15).

Tendo em vista que a matriz institucionalista de produção de conhecimento compreende haver uma gênese teórica e uma gênese social dos conceitos (LOURAU, 2004; BAREMBLITT, 1996; RODRIGUES, 2003), intrínsecas e complementares uma à outra, tentamos percorrer, nos capítulos anteriores, os bordejamentos e as condições de possibilidade para a emergência da noção de EPS; enfim, o contexto histórico que tornou possível e, sobretudo, necessária sua formulação. Como nos fala um institucionalista:

[...] se bem o institucionalismo se interessa em estudar as leis do que tende a repetir-se, ele está mais interessado em assumir uma práxis que propicie o advento do inesperado, do acontecimento, da inovação. [...] A história se estuda para aprender como militar a favor da transformação, não de uma transformação previsível, não de uma transformação prefigurada, mas da transformação em direção ao radicalmente novo e, portanto, relativamente desconhecido (BAREMBLITT, 1996, p. 43-44).

O Movimento Institucionalista desenvolveu uma sólida contribuição no que diz respeito às estratégias de produção de conhecimento, sobretudo no que tange à perspectiva que se convencionou chamar de ‘pesquisas participativas’. Encontramos entre pesquisadores brasileiros um notório esforço por produzir e comunicar em meio literário-científico uma sistematização dos agenciamentos de constituição MI, e neste, da pesquisa-intervenção. Em grande parte do material por nós acessado, percebe-se um esforço por caracterizar e diferenciar as ‘modalidades’ existentes de pesquisas participativas, tais como a pesquisa-ação psicossociológica, a pesquisa-ação crítica e a pesquisa-intervenção. Importa nos determos brevemente em torno deste debate.

A Psicossociologia americana caracteriza-se como uma perspectiva socioterapêutica desenvolvida, sobretudo, no período pós-guerras (décadas de 1940/50) em solo estadunidense. Toma como problema de pesquisa e intervenção os comportamentos considerados inadequados ou conflitantes com a ordem social e econômica, e sobre eles buscava incidir tendo em vista a restauração ou manutenção do *status quo* (ROCHA; AGUIAR, 2003). As experiências desenvolvidas sob essa

perspectiva se caracterizavam pelo trabalho com pequenos grupos de pessoas. Eram demandadas, grande parte das vezes, por empresas interessadas em potencializar ou salvaguardar seus processos produtivos, de modo que:

[...] o questionamento se fazia sobre uma análise microorganizacional que objetivava a otimização do funcionamento social. [...] O pesquisador se via como agente de mudança e o privilégio de sua ação era o amadurecimento das pessoas através da evolução das relações, conduzindo a uma maior sensibilização e conscientização (BARROS, 2007, p. 230).

Robert Farr (2004) atribui a Kurt Lewin papel central no desenvolvimento da psicologia social moderna como “*um fenômeno caracteristicamente americano*” (p. 19). A psicologia social psicológica (ou americana) se caracterizaria como uma ciência experimental e aplicada, filiada ao paradigma positivista de concepção da realidade. Rosane Neves da Silva (2005) ressalta a importância do Movimento Behaviorista para a consolidação das bases epistemológicas da psicologia produzida em solo estadunidense:

O movimento behaviorista teve [...] uma influência decisiva para o desenvolvimento da psicologia social americana, ao lhe dar ao mesmo tempo um objeto de investigação (o comportamento observável) e um método (o método experimental) capazes de aproximar o domínio dessa nova ciência do tradicional modelo experimental das ciências naturais (p. 90).

A perspectiva positivista de produção do conhecimento afirma-se desde uma suposta posição de neutralidade do pesquisador sobre aquilo que ele pesquisa – sujeitos ou objetos – segundo a qual se afirmaria a possibilidade de observação, mensuração, previsão, controle, modificação daquilo que se pesquisa. É também Kurt Lewin quem abre as portas à possibilidade de crítica desse modo de produção do conhecimento, quando formula a noção de pesquisa-ação. Barros (2007) destaca dois aspectos do movimento daí advindo. Por um lado, ele causa um estremeamento nos mitos de neutralidade e objetividade das pesquisas em Ciências Sociais uma vez que: 1) faz funcionar um processo de articulação entre teoria e prática, teoria e ação; 2) o pesquisador se reconhece como incluído no campo que investiga; além de 3) admitir que sua ação modifica o objeto estudado. Todas essas são características que vão de encontro ao método positivista de produção de conhecimento nas Ciências Sociais, que concebe 1) a teoria como anterior à prática, devendo esta vir a afirmar ou refutar a primeira, numa lógica de causa e efeito; e 2) o pesquisador como um ser exterior ao

campo pesquisado, estéril a este e desinvestido da capacidade de afetação do/com o mesmo.

Por outro lado, a noção de pesquisa-ação de Lewin desenvolve-se ao longo de suas pesquisas com pequenos grupos de operários. No período pós-guerras, percebe-se que os trabalhadores tendiam a compor grupos informais em seus locais de trabalho, e que a capacidade produtiva dos mesmos tendia a aumentar quando o trabalho era realizado em coletivo, e não individualmente. Lewin passa, então, a coordenar pesquisas direcionadas à compreensão das disfunções, resistências à mudança e crises vividas pelos grupos, encaradas como patologias sobre as quais o técnico em dinâmica de grupo deveria atuar para restaurar seu bom funcionamento, isto é, um funcionamento adaptado ao sistema capitalista.

Desse modo, as pesquisas coordenadas por Lewin atendiam a uma demanda ao mesmo tempo econômica e política. Por um lado, criavam novas formas de controle que garantissem a produtividade. Por outro, ajudavam a consolidar o modelo experimental característico da psicologia social americana. Como nos diz Barros (2007), “*visava Lewin, em suas pesquisas, ao alívio das preocupações das pessoas em situação problemática mas, simultaneamente, ao desenvolvimento das ciências sociais*” (p. 228).

Preocupados em construir modelos alternativos de concepção e execução de pesquisas participativas, grupos de pesquisadores se colocaram o desafio de reformular as bases éticas, epistemológicas e políticas nas quais estas se assentavam, pautando uma outra lógica de produção do conhecimento e construção das práticas de pesquisa. Tais esforços ganham consistência e notoriedade, sobretudo, entre os anos de 1960 e 1970, em diferentes lugares do mundo.

O contexto latino americano se mostrou propício, por exemplo, à reformulação da concepção de pesquisa-ação. Movimentos de resistência aos governos ditatoriais e de luta pela democracia voltavam seus esforços à organização popular e ao trabalho de base junto às comunidades de periferia, aproximando militantes e intelectuais de esquerda às teorias marxistas e à Educação Popular. Um dos resultados desse processo foi a formulação do que veio a ser chamado de Pesquisa-Ação Crítica – “[...] *em oposição às experiências reformistas desenvolvidas nos EUA*” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 60).

O que está colocado na Pesquisa-Ação Crítica é a convocação da população no que respeita tanto ao diagnóstico de suas condições de vida quanto à ruptura com o

*status quo* (AGUIAR; ROCHA, 2007). Ela estaria ligada, assim, a projetos emancipatórios e autogestionários junto às populações excluídas e seria entendida como uma ação que visa a mudanças na realidade concreta, tendo seus objetivos definidos no campo de atuação tanto pelo pesquisador quanto pelos participantes. Seus resultados estariam vinculados à tomada de consciência dos fatores envolvidos nas situações de vida imediata e na participação coletiva para a mudança da ordem social, na medida em que o conhecimento e a ação sobre a realidade se fariam na investigação das necessidades e interesses locais, na produção de formas organizativas que atendessem às demandas da realidade imediata e de uma atuação efetiva sobre essa realidade. O pesquisador apresentar-se-ia como um intelectual orgânico às causas populares, tendo a pesquisa-ação como uma ferramenta potencializadora da organização de espaços de participação coletiva (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Aguiar e Rocha (2007) reconhecem que a pesquisa-ação crítica avança no questionamento da ordem instituída e se coloca como instrumento de problematização do sistema capitalista. Contudo, segundo essas autoras, mantém-se tanto a aposta na conscientização como meio garantidor da transformação da realidade imediata das pessoas, quanto a perspectiva cartesiana dicotômica da relação interior/exterior, sujeito/objeto, teoria/prática, pesquisador/participante. Como nos falam Aguiar e Rocha (2007):

O que para nós está em jogo são as ilusões e os mitos que nesses exercícios costumam ser perpetuados, reeditando um ‘otimismo socrático-platônico’ que credita ao conhecimento o caminho para a transformação (armadilhas que concentram a solução pelo acesso ao conhecimento) e a essa emancipação intelectual, a garantia da autonomia. O mito racionalista se atualiza tanto na conscientização quanto no consenso regulador de múltiplas racionalidades, como estratégias dialógicas (político-pedagógicas) que, em lugar da emancipação, ratificam o controle e a tutela (p. 652).

Outra corrente componente do campo das Pesquisas Participativas é a Pesquisa-Intervenção. As linhas de sua composição atrelam e se encontram atreladas, segundo Passos e Barros (2000), à clínica e à política. A pesquisa-intervenção desenvolveu-se, como vimos, a partir das formulações do Movimento Institucionalista. Tinha em seus objetivos, portanto, produzir outra relação entre teoria e prática, entre sujeito e objeto.

As experiências desenvolvidas segundo os preceitos da pesquisa-intervenção buscam instaurar um processo de desnaturalização permanente das coisas, interrogando seus diversos sentidos cristalizados e tidos como dados. Para isso, se propõem a

produzir evidências que tragam à tona o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação. Essas evidências são tomadas como ‘analísadores’, isto é, “[...] *acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalizam fluxos, que produz análise, que decompõe*” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73).

O Movimento Institucionalista chama atenção para a necessidade de análise das implicações do pesquisador (PAULON, 2005) para com as instituições em jogo numa determinada situação, uma vez que o que está proposto nas intervenções não é a manutenção, mas sim a problematização e abertura à possibilidade de transformação do modo como as coisas estão arranjadas numa determinada organização social. Daí advém também a crítica à neutralidade do pesquisador e a sua possível atuação como um ‘agente promotor de mudanças’. Ambos – pesquisador e participante, sujeito e objeto do conhecimento – não se constituíram numa anterioridade, numa realidade *a priori* de onde já seria possível dizer como são, o que são, como se darão as relações numa pesquisa (desde suas formulações teórico-metodológicas até o modo como se procederá à análise dos resultados encontrados). Eles se constituem no mesmo momento, no mesmo processo, que é o da situação de intervenção. A Figura 5, retirada do artigo de Paulon (2005), nos ajuda a dimensionar as características e diferenças entre a pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção.

**Figura 4: Quadro comparativo entre Pesquisa-Ação e Pesquisa-Intervenção;**

PESQUISA -	- AÇÃO	- INTERVENÇÃO
CARÁTER/ FINALIDADE	Intencional Planejada Reflexiva + Conhecimentos	Interpor-se/vir entre Intrusão ↔ Intersecção Mediação
CONCEPÇÃO DO SUJEITO DE PESQUISA	SUJEITO ATIVO ↓ Sujeito – Objeto	MODOS DE SUBJETIVAÇÃO ↓ Processos de singularização
“LUGAR” DO PESQUISADOR	Inserção do pesquisador no campo	Análise de Implicação
REFERENCIAL	Materialismo-dialético Psicossociologia	Filosofia da Diferença Análise Institucional
OBJETIVO	Fornecer instrumentos e meios para uma AÇÃO TRANSFORMADORA ↓ Conscientização	Criar/identificar dispositivos analísadores que favoreçam a PRODUÇÃO DE ACONTECIMENTOS ↓ Auto-análise e auto gestão
“LEMA”	“Conhecer para transformar”	“Todo conhecer é um Fazer”

Fonte: Paulon, 2005.

## **CAPÍTULO 5**

### **Sobre condições e possibilidades de se experimentar EPS**

[...] os resultados apresentados só podem ser valorizados e apreendidos no contexto institucional de sua produção e apropriação pelos atores organizacionais (CECÍLIO, 2010, p. 560)

A experiência por nós acompanhada realizou-se – e segue se realizando – no Núcleo Regional de Ações em Saúde (NURAS) de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do estado do Rio Grande do Sul (RS). Para melhor compreendê-la, importa esclarecermos alguns elementos acerca do que é uma CRS e no que consiste o trabalho do/no NURAS em questão.

#### **Características do processo de trabalho do/no NURAS**

As CRS são instâncias gestoras ligadas à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS). Foram criadas em 2002 durante o mandato de Olívio Dutra (PT) como governador do estado (1999-2002), com o intuito de se avançar na implementação do SUS em suas diretrizes organizativas de regionalização e descentralização da gestão do sistema de saúde estadual.

As CRS são responsáveis:

[...] pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2002, p. 18).

O trabalho do NURAS consiste na coordenação regional do processo de implementação, monitoramento, avaliação e assessoria técnica aos municípios componentes da região de saúde sob responsabilidade de uma CRS acerca das políticas de saúde componentes do SUS. De acordo com o Decreto 7.508, que regulamenta a Lei 8.080/90, uma região de saúde corresponde ao:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A região de saúde sob responsabilidade da CRS-sede da experiência em questão contém mais de 30 municípios adscritos. A coordenação regional das políticas de saúde do SUS nestes mais de 30 municípios vinha sendo executada, no período em que se realizou esta pesquisa, por aproximadamente 12 trabalhadoras de saúde, com diferentes vínculos empregatícios e, conseqüentemente, diferentes regimes de trabalho. Varia muito, também, o período de tempo no exercício desta função por cada uma dessas trabalhadoras: há pessoas o fazendo há mais de vinte anos; outras, a dez anos; sete, cinco, dois anos; ou mesmo há alguns meses. Como nos conta a então diretora geral da CRS:

[...] aqui a gente tem pessoas de cinco, seis lugares diferentes aqui dentro. Os técnicos que fizeram concurso, os extra-nerários que são pessoas que entraram há muito tempo atrás e que não tem os mesmos direitos desses técnicos [...] pessoas advindas da antiga caixa estadual, que foi fechada e que daí vieram assim na marra pra cá. O pessoal da FUNASA, a antiga FUNASA, pessoal do LACEN, que é o laboratório do estado, estagiários, enfim, acadêmicos, residentes. Eu acho que eu ainda to esquecendo de [...] contrato emergencial né. Então todos com vínculos diferentes, com salários diferentes, cargas horárias né, então é bem complicado.

O trabalho de cada membro do NURAS consiste na coordenação regional de uma ou mais política(s) de saúde, não sendo raro o acúmulo de políticas coordenadas por uma mesma pessoa, o que, ainda assim, não contemplava o exercício da coordenação de todas as políticas de saúde existentes no SUS pelo NURAS em questão<sup>25</sup>. Vale destacar que a identificação de uma coordenadora regional para cada política não representava, segundo as participantes da experiência, um contingente suficiente para a realização de todas as tarefas relativas à coordenação regional de uma política de saúde. A queixa com relação à sobrecarga de trabalho foi um dos primeiros e mais recorrentes elementos que compareceram nas entrevistas e conversas realizadas ao longo desta pesquisa. Como se costumava dizer: “*estamos sempre apagando incêndio*;

---

<sup>25</sup> Ainda assim, o NURAS aqui acompanhado é um dos que dispõe de um maior número de trabalhadores, quando comparado aos NURAS das demais CRS do estado.

*não dá tempo de planejar, e quando dá, é difícil executar como planejado; sempre se impõem demandas que atravessam a nós e à nossa organização do trabalho”.*

Grande parte das tarefas sob responsabilidade de uma coordenadora regional de política(s) de saúde consiste em deslocamentos para outras cidades: 1) para realização de visitas técnicas, reuniões, participação ou realização de eventos relacionados à(s) política(s) sob sua coordenação nos municípios integrantes da região de saúde em questão; 2) para participação em reuniões e eventos relacionados à(s) política(s) de saúde sob sua coordenação em âmbito regional (envolvendo os municípios de uma mesma região de saúde), macrorregional estadual (envolvendo outras regiões de saúde de um mesmo estado), estadual, macrorregional nacional (envolvendo outros estados brasileiros) ou nacional. É comum, portanto, a ocorrência de períodos mais ou menos longos em que alguma(s) trabalhadora(s) do NURAS esteja(m) ausente(s) da sede da CRS – e conseqüentemente da cidade em que esta se localiza, e assim, também de sua própria casa.

Para além das coordenadoras regionais, compartilhavam o espaço-sede e as tarefas de trabalho relativas ao NURAS, entre maio e agosto de 2013 (período de realização de nossa pesquisa): duas fonoaudiólogas, alunas de uma residência multiprofissional com ênfase em vigilância em saúde, a qual se realizava naquela CRS; uma estagiária, estudante de psicologia; cerca de três alunos vinculados ao PET-Saúde; e um auxiliar administrativo. Importa esclarecer, contudo, que a contribuição destes ‘parceiros’ ao processo de trabalho das coordenadoras regionais limitava-se, muitas vezes, à preparação para e organização de eventos e atividades noutras localidades (mas não o acompanhamento e realização das mesmas), só conseguindo estar presentes naqueles que se realizavam na cidade-sede da CRS em questão, uma vez que não era permitido, até então, o uso ou a presença em veículos da CRS por pessoas que não os trabalhadores da própria CRS.

O processo de trabalho de cada coordenadora regional de política de saúde tendia a assumir um caráter eminentemente individualizado, isto é, executado, organizado e concebido, sobretudo, individualmente. Não era incomum o desconhecimento por parte dos demais colegas acerca de onde está, por que está, com que finalidade está e quando volta cada membro que, porventura, estivesse ausente do salão-sede do NURAS. Este desconhecimento tendia a aumentar proporcionalmente ao número de políticas sob responsabilidade de uma mesma coordenadora regional, isto é,

quanto mais diversos fossem os eventos, atividades, reuniões e visitas técnicas com as quais cada uma devesse corresponder. Outra fala ilustrativa deste cenário parte novamente da diretora geral da CRS:

[...] aqui na coordenadoria, quando nós começamos o trabalho aqui o que a gente percebeu assim, é uma fragmentação muito grande né, um desconhecimento do que um fazia, do que cada setor era responsável. Havia pessoas aqui dentro que trabalhavam há mais de dez anos e não se conheciam, nunca tinham conversado, não tinham compartilhado experiências né. [...] [No NURAS] não havia uma coordenação também, e que se percebia essa fragmentação muito acentuada assim, “eu sou responsável por essa política, eu faço isso, eu não preciso tomar conhecimento do restante, eu agendo visita pra um município sozinha, vou lá resolvo o problema da minha política e deu”.

O trabalho de uma coordenadora regional de política de saúde, enfim, é investido de uma significativa carga de responsabilidade. Diariamente, suas decisões e ações, assim como as indecisões/incapacidade de decidir e agir, podem ter conseqüências muito graves e acarretar em cobranças igualmente severas. Depende da decisão e ação de uma coordenadora regional de política(s) de saúde, por exemplo: a liberação e entrega de medicamentos específicos aos municípios adscritos na região de saúde correspondente àquela CRS, tais como insulina e outros medicamentos de alto custo garantidos pelo SUS; o contra-referenciamento e a liberação de vagas em leitos destinados à internação de usuários de saúde mental, por exemplo, de acordo com a solicitação dos municípios da região de saúde; o intermédio da relação, demandas e eventuais solicitações feitas pelos municípios e voltadas à SES-RS; dentre outros. De modo que o fato de seus processos de trabalho se configurarem e terem se naturalizado como realizados, sobretudo, individualmente, sob responsabilidade, portanto, da CRS, e, nesta, do coordenador regional de política de saúde, os faziam se sentirem sobrecarregados, desapoiados, engolfados por e submetidos a um ‘trabalho impossível’.

### **Uma proposta, uma aposta**

A experiência em questão constituiu-se, enfim, numa aposta. Diante do contexto acima descrito, apostou-se na possibilidade de sua transformação: transfiguração dos modos de concepção, organização e execução do processo de trabalho do/no NURAS, a partir de um movimento gerido e gestado pelos próprios trabalhadores do núcleo.

Dentre as condições que possibilitaram a emergência do que viria a se tornar a experiência aqui analisada, as pessoas com quem conversamos apontaram o papel central que teve neste processo uma ‘cobrança administrativa’ por parte da direção geral da CRS que resultou numa proposta desta mesma direção, disparadora da experiência em questão. Trechos de algumas entrevistas nos ajudam a remontar tal cenário:

[...] acho que tudo começou em função de que os núcleos dentro da regional, cada núcleo tinha uma coordenação, e o nosso núcleo das ações não tinha coordenador né, a figura do coordenador, que historicamente nós vínhamos trabalhando sempre sem coordenador, depois tivemos algumas experiências com coordenador que durou pouco tempo, as pessoas tinham que assumir outras funções, e aí essa gestão quando chegou ela propôs ‘ó, precisamos de um coordenador no núcleo’ [...] E a nossa [diretora geral] chamou eu num certo momento me fazendo a proposta, pra mim assumir a coordenação do núcleo. [...] Eu sempre argumentei com a coordenadora ‘olha, eu não assumo porque eu acho que não pode ser uma pessoa dali, tem que mobilizar muitas coisas né, tem que mexer com a estrutura do núcleo, tem que redistribuir as tarefas’, e que eu achava que uma pessoa interna não conseguiria fazer né. E aí eu rejeitei a proposta. E eu acho que a coordenadora chamou outras pessoas também, eu sei que chamou outros colegas, e sempre fazia a proposta pra uma pessoa sozinha né, e todo mundo disse não, e eu acho que elas reelaboraram essa proposta e nos apresentaram essa... então a proposta de fazer um grupo... uma gestão compartilhada, um grupo ampliado né... (L.)<sup>26</sup>

E aí eu fiquei pensando como fazer né, porque é um grupo muito potente né, que tem [no NURAS] um grupo com muito conhecimento, uma potencialidade de fazer a diferença nos municípios, desde que mudasse a forma de trabalhar, desde que mudasse o seu processo. E aí eu tive a idéia de convidar... aí pensei assim ‘mas e se for um grupo já que são várias pessoas? Vamos fazer um grupo né, em vez de ter uma pessoa coordenando’. Aí fiquei pensando quem. Quem? O perfil da pessoa, a política que coordena né, tentando fazer esse link. Daí eu e a [delegada adjunta<sup>27</sup>] conversamos bastante e aí pensamos assim, política nacional de humanização porque transversaliza, educação permanente né, [...] NURESC enfim, CIES, saúde do trabalhador né, que também perpassa tudo, e atenção básica. E as pessoas também, a gente avaliou o perfil das pessoas. Daí fizemos a proposta, num primeiro momento o pessoal ficou assustado né, achou que era muita responsabilidade, e a questão de... ‘não, não é só a questão de fazer essa... essa junção, essa... junção não, essa integração entre as políticas, essa transversalidade, esse trabalhar junto. Mas também a parte administrativa sim, também um pouco, puxar essas questões e me chamar quando vocês não conseguirem...’. Não é jogar pra eles entende, é participar também, e eles daí participando também da equipe diretiva aqui do núcleo gestor né, que a gente reúne toda semana, de forma a compartilhar tudo isso, e quando houver qualquer dificuldade a gente então interfere, vai junto né, apóia. (Diretora Geral)

Há algum tempo, portanto, o NURAS vinha sem uma figura de coordenação interna, isto é, sem alguém do próprio NURAS que respondesse pela coordenação do núcleo. Com a troca de direção da CRS, retoma-se esta questão. Algumas integrantes do

---

<sup>26</sup> Por questões éticas de sigilo quanto à identidade dos participantes da pesquisa, identificaremos a autoria dos trechos destacados ou a referência a pessoas do grupo apenas por uma letra maiúscula. Esclarecemos que todos são membros do NURAS, e L., G., D. e M. são, além disso, componentes do G4.

<sup>27</sup> O cargo de delegada adjunta de uma CRS equivaleria, numa comparação ilustrativa, à vice-diretoria geral da instituição.

NURAS são convidadas a assumir tal função, mas todas declinam do convite. Segundo elas, a função de coordenação de núcleo não acrescentava em remuneração ou liberação de funções já exercidas, relacionadas às políticas de saúde que coordenavam, e sim mais trabalho, mais responsabilidades e, na maioria das vezes, deterioração da relação pessoal com as demais colegas de trabalho.

Passados alguns meses e sem sucesso nas tentativas experimentadas<sup>28</sup>, a direção da CRS convocou uma reunião com todo o NURAS e propôs que se experimentasse uma gestão colegiada no/do núcleo. Importa destacar, quanto a esta proposição, a progressiva aceitação e consolidação nos espaços e organizações do setor saúde acerca dos colegiados de gestão entendidos como meios inovadores de democratização da gestão de seus estabelecimentos e tarefas. Como nos fala Cecílio (2010, p. 558):

Fazer gestão colegiada, materializada em colegiados de gestão, em todos os níveis de decisão, formulação e avaliação de políticas de saúde e em todos os espaços de trabalho, transformou-se em uma espécie de garantia de inovação da gestão, que deveria resultar em efetivas mudanças no paradigma clássico da administração pública, com suas bem conhecidas e denunciadas mazelas de rigidez, baixa comunicação, autoritarismo, alienação dos trabalhadores, e, mais importante, na insensibilidade para com as necessidades dos usuários.

Assim, nas propostas de composição dos colegiados de gestão, “o objetivo é instituir processos de compartilhamento de gestão por meio da participação de sujeitos e grupos nos processos institucionais de formulação, decisão, planejamento, execução e avaliação” (ESCÓSSIA, 2009, p. 691).

Pegas de surpresa, as pessoas indicadas a compor o grupo gestor pedem um tempo para refletirem e discutirem sobre a proposta e o aceite (ou não) da tarefa. Já contavam, contudo, com a aprovação do grupo do NURAS e a própria indicação da direção<sup>29</sup>. Iniciam, enfim, um ciclo de conversas entre as quatro (que viriam a ser batizados pelos demais colegas de ‘G4’) acerca do que pensavam a respeito, do que teriam a propor, do que gostariam de experimentar, do que não as agradava na idéia. O consenso encontrado indicava a aceitação da tarefa, restringindo-a, contudo, à gestão-

---

<sup>28</sup> Além das recusas aos convites feitos a algumas integrantes do NURAS, a direção da CRS convidou uma trabalhadora de saúde de um município componente da região sob sua responsabilidade técnico-administrativa para se agregar à equipe do NURAS e coordenar o núcleo. Dada a grande resistência que se configurou no grupo ao exercício da coordenação pela nova integrante, a solução encontrada para o problema não durou mais que alguns meses.

<sup>29</sup> Importa destacar que as pessoas indicadas compartilhavam características como, por um lado, terem uma boa relação pessoal com os demais membros do núcleo, podendo ser entendidas como ‘líderes do grupo’, como, por outro, se mostrarem ‘proativas’ para com a realização de seus processos de trabalho, isto é, serem também referências técnico-profissionais.

gestação de um processo de reformulação dos modos de realização do trabalho atribuído ao núcleo. Questões burocráticas, tais como escala de folgas, férias, agendamento de uso do carro da CRS, continuariam sendo administradas pela e tratadas com a própria direção da CRS (o grupo avaliou que eram esses tipos de questões que fragilizavam a relação dos coordenadores de núcleo com os demais colegas de trabalho, o que não era objetivo e nem estratégico para o G4, tendo em vista o próprio processo de mudança que intencionavam encabeçar). Os trechos destacados abaixo, extraídos de algumas entrevistas por nós realizadas, ilustram com mais detalhes como se deu esse processo de conversa entre o grupo e negociação acerca de sua proposta de trabalho:

Então, nós não sabíamos fazer, os 4 tiveram que aprender no dia a dia. O quê que nós pensamos? Que nós, entre os 4, precisávamos nos fortalecer [...]. Então nós passamos a nos reunir semanalmente nas segundas-feiras, das 8 às 9, pra planejar o processo de trabalho com o grupo. (G.)

[...] de início a coisa foi... tanto pra nós foi aprendizado, foi uma educação permanente pra nós porque a gente... sentava nós quatro pra gente pensar como é que a gente ia ser o grupo gestor, como que nós íamos... que estratégias, que ferramentas a gente ia usar pra poder aumentar a comunicação entre a equipe, aproximar mais as ações né, e claro que as gurias, a G. e a L. bem mais tempo de casa, já foram sinalizando, vendo algumas coisas que precisavam mudar né, e eu vejo que eu fui otimizando um pouco as coisas. (D.)

E aí se compôs esse grupo do g4. E a gente conseguiu acho avançar porque a gente se motiva um ao outro, conseguimos mobilizar algumas coisas dentro do núcleo né... assim, a gente se encoraja eu acho pra fazer uma coordenação onde a gente vê muitos problemas, porque a gente que tá ali todo dia, a gente enxerga muita coisa, e daí não se sente encorajado de peitar sozinho né, mas no grupo do nosso G4 acho que a gente consegue se mobilizar, se motivar e... e são mais idéias, mais cabeças pensando. (L.)

[...] a necessidade de mudar o rumo ela sempre surge de conversas informais ali no... na coordenação né, a gente vai conversando, vai fazendo link, vai... chega um momento que a gente dá conta 'bom, agora vamos... vamos tentar diferente'. A gente tá sempre tentando, na verdade é isso... (G.)

[...] o que na época a gente negociou? 'Nós vamos trabalhar processo de trabalho, mas as questões administrativas, aquelas duras, a gente não quer', tipo controlar horário, controlar folga. E aí a gente foi se constituindo uma coisa que a gente nunca tinha feito com esse grupo daqui. (G.)

[...] a gente tinha uma preocupação em acompanhar algumas coisas administrativas, mas porque poderia ter um impacto no processo de trabalho, bom, o núcleo... todo mundo vai tirar folga no mesmo dia, o núcleo vai ficar sem ninguém pra atender os municípios? Então a gente acompanha isso mas num olhar, numa lógica de processo de trabalho, não aquela coisa de cobrança de horário e tal, fiscalização. Então nós se reunimos e devagarinho fomos elaborando também isso com os colegas do núcleo né, pra eles conseguirem ver que nós éramos parceiros do processo de trabalho, que a gente tava

mais pra conduzir, pra dar uma direção, e não como chefia né, chefia que ia mandar fazer né. (L.)

Buscou-se, com isso, intuitivamente e com base na empiria da própria experiência de trabalho acumulada por cada membro do grupo gestor, evitar aquilo que Cecílio (2010) aponta como dificuldade e desafio aos colegiados de gestão:

A pauta do colegiado de gestão parece ser [...] tomada por questões do cotidiano da unidade, incluindo as escalas, discussão de substituições nas licenças, as faltas, o não cumprimento de horário, os conflitos interpessoais, e toda espécie de "assunto administrativo", como falta de pessoal, insuficiência de recurso materiais, problemas com a manutenção predial e de equipamentos etc. Há um reconhecimento de que "problemas internos" consomem a pauta, que se torna cansativa e desgastante. [...] o colegiado de gestão não é utilizado para o planejamento e avaliação dos processos de trabalho da unidade e não consegue operacionalizar instrumentos e mecanismos mais regulares de avaliação da qualidade do cuidado prestado (p. 562).

Aceita a contra-proposta pela direção, oficializa-se a criação do 'G4'. Para compreendermos o que a partir daí se dá início, importa retomarmos a memória de algumas tentativas anteriores de mudança no NURAS – o que nelas se experimentou, o que nelas se tentou dar passagem – relatadas em algumas entrevistas que realizamos – pois foi com base nisso, isto é, no que cada participante da experiência (membro ou não do G4) guardava de história pessoal, de (in)sucessos e realizações que, por agenciamento, pôde se produzir o novo, o instituinte, o inédito nesta/desta/com esta experiência. Como nos ajuda a compreender Liliana da Escóssia (2009, p. 690) acerca das potências coletivas/de coletivos:

Estamos nos referindo a um certo modo de conceber a relação, na qual esta comparece como agenciamento, espaço-tempo entre, plano relacional produtor dos termos, e não como uma relação entre termos já constituídos. As relações mudam em função de circunstâncias, ações e paixões, produzindo sempre novos termos ou novos sentidos aos termos. O que significa dizer que o sentido é dado não por uma natureza imutável dos termos, mas pelos agenciamentos/relações que, em cada lugar e a cada momento histórico, acontecem entre os termos.

Em algum tempo passado, quando do exercício do mandato de um outro grupo de direção na CRS, ordenou-se a retirada das paredes divisórias de madeira que recortavam e dividiam o salão-sede do NURAS em pequenas salas individuais, uma para cada coordenadora regional de política(s) de saúde. Dizia a então diretora: “é

*preciso que vocês se vejam; é preciso que vocês conversem; é preciso que vocês compartilhem suas experiências*". Com a retirada das paredes, espontaneamente juntaram-se mesas de trabalho, reorganizou-se a dinâmica espacial e de distribuição de móveis no salão. Percebeu-se o quanto ele era amplo, algo impossível de se 'sentir' desde a perspectiva limitada das pequenas salas de trabalho. Como nos conta G.:

[...] a gente trabalhava em salas, cada um na sua salinha, as vezes duas pessoas. Eu trabalhava com a Saúde Bucal. Daí veio uma proposta na época que mudou o governo, que a gente tinha que tirar as barreiras arquitetônicas para sair das caixinhas. Fizemos isso, viemos pra cá, e nada mudou, a gente se enxergava, mas não se conversava, algumas pessoas achando que tinha que ser diferente e outras pessoas achando que estava tudo muito bem.

*"As paredes continuaram em nossas cabeças"*, conclui G. O processo de trabalho de cada uma seguiu realizando-se individualmente, organizando-se individualmente, concebendo-se do modo como bem o entendia cada trabalhadora do núcleo. Enfim, para cada trabalhadora um processo de trabalho, cada processo de trabalho um feudo, uma propriedade privada, fechada sobre si mesma, concernente somente a si mesma.

De modo que, quando o G4 começou a pensar o que fazer, o que tentar, no que apostar para conseguir gerar algum grau de mudança no NURAS, sabia-se que seria preciso mais do que remover paredes físicas ou rearranjar a disposição das mesas. Por mais que iniciativas como estas pudessem vir a ajudar, que tais ações pudessem gerar algum estranhamento, surpresa e novidade, se fazia necessária a proposição, *paripassu* a tais ações – ou transversais a elas – de dispositivos que abrissem caminhos e sustentassem a passagem do instituinte.

Importa destacar, neste sentido, que, iniciada mesmo antes do aceite da proposta de criação do G4, manteve-se a prática de se reunirem uma vez por semana as quatro coordenadoras indicadas ao G4, e extra-ordinariamente sempre que necessário, para discutirem os assuntos que dissessem respeito à coordenação do núcleo, tais como: a experiência de mudança em curso (o que fizemos, o que deu certo, o que não deu, o que importa mudar o modo de fazer); as tarefas de responsabilidade da coordenação de cada núcleo da CRS (como a participação na reunião semanal do comitê gestor da CRS, composto pelas a. diretora, b. coordenadora adjunta e c. coordenadores de cada setor da CRS); o modo de proceder com determinada demanda interna e/ou externa ao núcleo; etc. Agora é L. quem nos ajuda:

[...] a gente se reúne né toda semana, e isso formalmente a gente instituiu que toda segunda-feira das 8 às 9 a gente se reúne. Mas informalmente, ali na própria sala, a gente se colocou os 4 juntos [...]. Tipo, a G. ela ficava lá na entrada da sala né, eu e a M. e o D., nós já estávamos ali no fundo. A G. sentiu falta de se comunicar também, de estar mais perto de nós, agora a gente ali se juntou no espaço também né. Então informalmente a gente tá todo dia trocando informação assim com... questionando um ao outro, e como G4 tentando responder né, então a gente tem esses encontros, formais e informais...

Com isso, mantinha-se um processo de avaliação permanente da experiência em curso, mesmo porque, como nos diz G., em linhas gerais: “*nós não sabíamos fazer, os 4 tiveram que aprender no dia a dia [...]. Nós, entre os quatro, precisávamos nos fortalecer no sentido de ter um olhar e uma compreensão do quê que era [a proposta de mudança]*”.

Importa destacar, também – e este é um elemento central –, que não se estava seguindo uma receita, um modelo prescrito de regras e procedimentos acerca do que fazer, do que tentar, do que experimentar. Como nos diz Cecílio (2010, p. 563), “não há uma ‘fórmula’ de colegiado de gestão”. Tinham-se idéias, discutia-se cada uma delas, experimentavam-se as que se mostravam potentes e consensuais, avaliavam-se os efeitos gerados, pensavam-se estratégias de potencializá-los e sustentá-los quando positivos, ou minorá-los quando indesejados. Novas ações, novas avaliações, novas tentativas, novas apostas, algumas frustrações – não poucas nem pequenas. Mantinham-se, em práticas, a força e o fluxo do processo em curso. Como salienta Guattari (1992, p. 187):

Essa atividade incessante de questionamento, aos olhos de um organizador-conselho, pareceria inútil, desorganizadora e, entretanto, é somente através dela que podem ser instauradas tomadas de responsabilidade individuais e coletivas, único remédio para a rotina burocrática e para a passividade geradas pelos sistemas de hierarquia tradicionais.

Do mesmo modo, não se quer e nem se pode querer fazer desta experiência um modelo a ser replicado, seguido em contextos e situações outras, em outros ou neste mesmo serviço – do SUS ou de qualquer lugar. O êxito das experiências como a que aqui relatamos não está no que nelas veio a ser feito e/ou implementado, mas no fato mesmo de seus atores, personagens, protagonistas, como se queira, terem tido a coragem, a ousadia, enfim, terem se disposto a assumir os problemas existentes, a não tomá-los como naturais, mas produzidos, construídos social e historicamente, por

diferentes práticas ao longo dos tempos e, assim sendo, perceber-se que outras práticas podem, conseqüentemente, construir “presentes-futuros outros”: outros modos de realização, organização e concepção do trabalho, das relações que se estabelecem cotidianamente, da vida em si. Como fizemos questão de restituir ao grupo na segunda roda de conversa realizada nesta pesquisa:

[...] essa experiência que vocês vivem, eu acho que é importante ter claro o quanto que ela é desafiadora, desafiada todos os dias, e do quanto isso que vocês trazem como feed back pra vocês mesmos, da importância que ela tem e da transformação que ela foi capaz de fazer e vem sendo capaz de fazer, do quanto isso tem de ser uma aposta diária, porque isso que ela se dedica a fazer, que é resolver problemas, conflitos do trabalho, vai continuar emergindo todos os dias de diferentes formas. Então só dizer pra vocês assim, quando parecer que não dá, essa é uma metodologia que já deu provas inúmeras vezes de que é possível de fazer avançar coletivamente o trabalho, tá? [...] Essa experiência está completando um ano de oficialmente começado, [...] e eu queria dizer pra vocês disso, do quanto é potente, do quanto é desafiador e do quanto ainda tem pela frente, é o início da conversa, não tá dado que isso é uma vitória que está ficando, essa vitória ela precisa ser alimentada, sustentada, aquilo que a gente falava na reunião anterior, a sustentabilidade dessa experiência né, e isso é algo que não é o G4 que vai fazer, é o NURAS, então como o NURAS pode tomar posse da condução desse processo de coletivização da gestão desse grupo [...].

### **Inventando um dispositivo de mudança das práticas**

Baremblytt (1996, p. 74-75) nos fala o seguinte a respeito do que seja um dispositivo:

Trata-se de uma montagem [...] de elementos extraordinariamente heterogêneos [...]. [...] o importante nele é seu funcionamento, sempre simultâneo a sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo. Um dispositivo forma-se da mesma maneira e ao mesmo tempo em que funciona gerando acontecimentos insólitos, revolucionários e transformadores. [...] tem a peculiaridade de nascer, operar e extinguir-se enquanto seu objetivo de metamorfose e subversão histórica se realizam. Um dispositivo em geral não respeita para sua montagem e funcionamento os territórios estabelecidos e os meios consagrados; pelo contrário, os faz explodirem e os atravessa conectando singularidades cuja relação era insuspeitável e imprevisível. Gera assim o que se denomina linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade, acontecimentos inéditos e invenções nunca antes conhecidas. [...] um dispositivo não é a obra de indivíduos ou sujeitos, ele os inclui, os constitui e os ‘maquina’ para concretizar suas realizações.

Mais sintética, Liliana da Escóssia (2009, p. 692) compreende por dispositivo “aquilo que faz funcionar um método”. Como veremos, a experiência aqui em questão

tratou de constituir um dispositivo: um dispositivo de mudança das práticas cotidianas de trabalho no e do NURAS.

Uma primeira linha de composição do dispositivo inventado nesta experiência corresponde às conversas formais (todas as segundas-feiras pela manhã) e informais do próprio G4, como vimos acima. Nestas, muitas das conversas travadas apontavam para um mesmo ‘diagnóstico’: *“seguimos em nossas salinhas particulares, feitas não mais de madeirite, mas de um comportamento aprendido, um modo-individualizado de realização do trabalho no NURAS”*. Era preciso aumentar o grau de comunicação, de troca, de ‘publicização’ do trabalho individual e coletivamente realizado no e pelo núcleo. Mas como? O que fazer neste sentido? Não se tinha uma resposta pronta, nem a garantia de êxito às que se arriscavam em tentativas.

Numa dessas reuniões do G4, conversava-se sobre o incômodo que se sentia quando se atendia uma ligação, ou mesmo quando alguém comparecia na sala do NURAS à procura de alguma das coordenadoras ausentes no momento, e não se sabia onde a pessoa procurada estava, o que estava fazendo, quando seria possível encontrá-la novamente. *“Seria interessante se tivéssemos tipo uma agenda compartilhada sabe, algo que todo mundo pudesse ter acesso para passar esse tipo de informação, quando necessário”*. Subitamente, alguém se lembra de um grande quadro branco que estava escorado, sem uso, na entrada da CRS. É um momento de euforia. Na tarde daquele mesmo dia, o quadro já estava instalado numa das paredes do salão-sede do NURAS. Como relata um dos participantes do G4:

Então já há alguns anos aquele mural de comunicação que tá lá tava numa parede, tava atirado num corredor, e a L. disse assim ‘a gente podia usar aquele mural’, e eu como sou bem organizado, prontamente já peguei aquele mural, já pedi pro cara lá embaixo que lida com as coisas, de ‘vamos tirar esse mural daqui, vamos botar na sala que nós estamos precisando!’. Prontamente, [...] a gente já arrumou e já fez. (D.)

Juntam-se algumas trabalhadoras presentes, curiosas com o que seria aquilo. Uma das integrantes do G4 explica que pensaram em desenhar no quadro os dias da semana, para que cada uma o preenchesse, no início da semana, de acordo com os dias em que estaria ausente da CRS, onde estaria e quando voltaria, de modo a facilitar o conhecimento e a transmissão dessas informações por qualquer uma das integrantes do NURAS, sempre que preciso fosse. Todos sentiam o mesmo incômodo, a mesma necessidade. Dá-se tempo à experimentação da proposta. Uns gostam, outros acusam se

tratar de um ‘controle brando’ do grupo. De todo modo, é notável: a intervenção gera alguma coisa. Movimenta o grupo. Nem todas adotam imediatamente o hábito sugerido com tal medida. Nem todas preenchem o quadro da semana com sua agenda. É preciso ir solicitá-lo pessoalmente, e por vezes até preenchê-lo pelas outras colegas.

Novas reuniões, outras avaliações, mais uma idéia: *“e se preenchêssemos a agenda todas juntas?! E se criássemos um momento para, todas ao mesmo tempo, compartilharmos o que temos agendado para a semana seguinte, e depois passássemos isso para o quadro?”* Duas novas linhas de composição do dispositivo em questão criadas num só ato: a construção da ‘agenda compartilhada’ numa ‘reunião semanal ordinária’. Destacamos novamente alguns trechos das entrevistas que realizamos com membros do NURAS para ilustrar o processo acima relatado:

[...] historicamente a gente já tinha momentos de encontro no núcleo, mas eram quinzenais, aí ficava muito espaçoso, por qualquer outra agenda ela não acontecia, se não tava a maioria não acontecia, então ela não era prioridade né, não tava instituída mesmo, então com o G4 a gente instituiu e assim, como nós já éramos 4, 4 já era garantido que tinha na reunião né [risos], e a gente pactuou de que independente das agendas, independente do que tivesse ela aconteceria, se tivesse dois no núcleo os dois sentariam e registrariam o que eles discutiram na reunião. E fomos sempre trabalhando junto a agenda da semana e a gente foi também regulando essa prioridade da quinta-feira, se alguém chegava e na sua agenda da semana tinha uma viagem na quinta de manhã a gente questionava né, ‘não vai viajar no turno da reunião? Não pode ser num outro turno?’, e aí devagarinho a gente foi doutrinando. (L.)

[...] todas as quintas-feiras, já vai fazer um ano, nós fechamos o núcleo e nos reunimos com todo o grupo do Núcleo Regional de Ações em Saúde. O quê que aconteceu a partir das nossas reuniões? Antes dessas reuniões, como é que a coordenadoria fazia função-apoio nos municípios? No nosso olhar, da forma mais fragmentada possível. Por quê? Porque ia lá a G., que coordena a Saúde do Homem, coordena a PNH, falava com a gestão e com a atenção. Dali a uma semana ia o D. falar sobre educação permanente, ou na mesma semana, L., que coordena a atenção básica, ia lá nos municípios e falava sobre atenção básica. [...] nesta lógica a gente começou a pensar com um novo olhar, e aí qual foi a primeira ação do grupo? A construção de agenda compartilhada. Ninguém mais planeja sozinho sem conversar, sem diálogo, passamos a conversar nas reuniões de quinta-feira. Então cada um chegava com a sua agenda e dizia ‘eu vou em tal, em tal, em tal município, vou fazer isso’. A gente na roda começou a reorganizar a função-apoio nos municípios pensando na realidade dos municípios. O quê que hoje tá... o quê que a agenda compartilhada nos potencializou? Primeiro, nos mostrou o quanto a gente tava frágil no sentido de dar conta da demanda do todo, e aí nós precisamos fazer encontros de educação permanente no sentido de, por exemplo, eu G. não sou a coordenadora da Atenção Básica, mas eu quando vou no município, o mínimo da Atenção Básica eu tenho que dar conta, por exemplo o PMAQ, por exemplo as especificidades regionais. E assim como eu, todo o grupo passou a compartilhar mais, tanto referenciais teóricos, como a metodologia, como a prática do processo de trabalho, pra a gente se dar conta que não precisa ser o coordenador no município para dar conta da resposta, e sim todo o grupo. [...] qual foi a outra ação? A gente criou uma estratégia de comunicação interna com a criação de um quadro de viagens e ações fora da regional, que é atualizado toda segunda-feira. Então também na quinta-feira [...] a gente faz... coloca a agenda da semana e passa pra esse quadro. [...] então a gente tentou fortalecer a comunicação no processo de trabalho para acompanhar de uma forma mais organizada e

compartilhada, tanto internamente, internamente que eu digo, no núcleo de ações em saúde como nos outros núcleos. (G.)

Novos movimentos, resistências e aceitações. Novas experimentações. No início, poucas presenças. Muitas seguiam marcando compromissos para o mesmo momento das reuniões – manhãs de quinta-feira. Outras, mesmo presentes, não se juntavam ao grupo. Respeitava-se isso. Não era uma imposição, era um convite. Participava quem queria. Às ausentes, cabia passar em outro momento sua agenda para o quadro-rascunho preenchido na reunião em uma folha de papel, para o preenchimento do quadro branco no primeiro horário da segunda-feira. Às que não o faziam, alguma das componentes do G4 ia solicitá-lo pessoalmente.

As ‘conversas individuais’ também vão se consolidando como uma importante estratégia utilizada. Que não se confunda: o G4 exercia a coordenação do grupo. Há sim uma relação de poder aí estabelecida. Importa atentar, contudo, ao modo como ela se estabelece. Quando se fazia necessário procurar pessoalmente alguém para conversar, seja porque esqueceu de passar sua agenda para o grupo, seja porque deliberadamente não o passou, ou ainda porque seguia não comparecendo às reuniões, este não era um ato fortuito, qualquer. Ponderava-se quem das quatro tinha maior e melhor aproximação com a colega, ou quem se sentia mais tranqüila para abordar a questão evitando possíveis desavenças – o que nem sempre era possível ou acontecia como desejado, mas se fazia uma preocupação levada em conta pelo G4. Como relata L. em sua entrevista:

A gente teve várias situações assim também que a gente teve que aproximar pessoas das reuniões, porque a gente começou a instituir a reunião semanal né e daí as pessoas não tinham participação 100%. [...] Ainda temos algumas situações mas muito raras, pessoas já tem uma preocupação em não marcar nada na quinta-feira e participar, teve situações que a gente teve que chamar o colega, o g4 chamou pra conversar em particular, ver porque tinha dificuldade de socializar as suas ações, ver a política né, ver o que poderia fazer pra estar mais integrado ao grupo, por que não participava das reuniões né, o que é que tava entendendo do g4, a gente sentiu uns momentos de rejeição né, e aí a gente chamou pra uma discussão em particular.

Destacamos este elemento para chamar atenção a um detalhe importante: como membros do G4, adotavam tal modo de atuação como uma posição ético-política. Queriam evitar, ao ocuparem o lugar de coordenação, uma distinção hierárquica entre elas e as demais colegas. O exercício do papel de coordenação, para elas, não se vinculava à manutenção e/ou resgate das paredes que, um dia em madeira, noutra em hábitos aprendidos, as separavam umas das outras, fragmentavam e compartimentavam

seus processos de trabalho. Ao contrário, queriam derrubá-las cotidianamente, sempre que possível, sempre que preciso.

Pensando com Foucault (2006, p. 284):

[...] as relações de poder não são alguma coisa má em si mesmas, das quais seria necessário se libertar; acredito que não pode haver sociedade sem relações de poder, se elas forem entendidas como estratégias através das quais os indivíduos tentam conduzir, determinar a conduta dos outros. O problema não é, portanto, tentar dissolvê-las na utopia de uma comunicação perfeitamente transparente, mas se imporem regras de direito, técnicas de gestão e também a moral, o *êthos*, a prática de si, que permitirão, nesses jogos de poder, jogar com um mínimo possível de dominação. [...] Não vejo onde está o mal na prática de alguém que, em um dado jogo de verdade, sabendo mais do que um outro, lhe diz o que é preciso fazer, ensina-lhe, transmite-lhe um saber, comunica-lhe técnicas; o problema é de preferência saber como será possível evitar nessas práticas – nas quais o poder não pode deixar de ser exercido e não é ruim em si mesmo – os efeitos de dominação [...].

Aos poucos, enfim, a proposta foi se consolidando e sendo aceita. Às que seguiam não comparecendo às reuniões semanais, buscou-se conversar pessoalmente, saber dos motivos das ausências, insistindo na liberdade em optar pela não participação, mas sustentando o convite à experiência de, de repente, viver/trabalhar outramente. Quando compareceram, foram saudadas, a ponto de ruborizarem, ou mesmo se irritarem, mas não sem se afetarem, ‘se sentirem’ num trabalho diferente. Abaixo destacamos falas de duas dessas pessoas que foram procuradas individualmente (A. e Gi.), realizadas na segunda e na terceira rodas de conversa, respectivamente, onde se verifica por parte das mesmas um processo de problematização de si, auto-avaliação e sinalização do(s) movimento(s) individuais de mudança com a/a partir vivência da experiência em curso:

[...] quando se optou por reunião todas as quintas já melhorou bastante. Eu que sou uma pessoa... eu confesso que tenho dificuldade de trabalhar em grupo, tenho, e ainda eu... sempre tive e ainda tenho, eu acho que to assim bem evoluída [risos], que eu acho que é o grupo que vai somar sempre né, então eu me sinto mais do grupo né, [...] Eu acho que é muito bom! [...] Então eu to aprendendo com vocês a ser grupo! A ser grupo... [G., uma dos membros do G4, chora, emocionada]. (A., na segunda roda de conversa)

L.: Eu acho que é a nossa caminhada, eu acho que é uma coisa boa. [...] acho que a Gi. não foi nunca explícita, tão clara...

M.: Ahan!

D.: É, como agora...

C.: Talvez essa fala da Gi. possa mudar o... agora na segunda-feira vocês tem... a gente tem uma reunião pra definir né, redefinir, e talvez a partir da fala dela e desse encontro surjam... uma nova forma de fazer...

L.: O encontro que nós teríamos segunda, sem a tua fala poderia ser outro, com a tua fala ela já ganha um...

Gi.: Eu também tenho uma certa culpa nisso, eu sou muito... eu acho que as vezes eu afasto as pessoas também né, eu tenho um jeito muito duro, truculento... (diálogo extraído da terceira roda de conversa)

Portanto, a instalação do quadro branco gerou a possibilidade de criação da ‘agenda compartilhada’. A criação da ‘agenda compartilhada’ gerou a possibilidade de criação da ‘reunião semanal’. Nada disso linearmente. O processo, enquanto processo, foi se formulando na medida de sua vivência, da encarnação do mesmo pelo G4 e por cada membro do NURAS, da experimentação no mesmo do que vingava e do que gorava (ROLNIK, 2006), da ousadia de deixá-lo ser na medida do que o grupo fazia dele.

As ‘reuniões semanais’, por exemplo, vingaram e goraram algumas vezes. Isto é, as formas dadas e tomadas pela mesma seguiram mudando ao longo do processo. A forma ‘reuniões semanais’ seguiu se transformando, se consolidando, se defasando, apontando a possibilidade de ser mais, de ser além do que veio a ser num dado momento, assim como vieram a ser aquém, a ‘poder menos’, a necessitarem se transformar para desinvestirem-se dos movimentos de captura que o instituído já lançava sobre elas.

A primeira forma nelas experimentada consistia na destinação de um momento para cada uma, à sua vez, listar seus compromissos agendados para a semana seguinte, os dias em que estaria presente e os em que estaria ausente do NURAS. Nesta primeira forma se verifica que, mais importante, talvez, do que compartilhar a agenda, vinha-se operando um processo molecular<sup>30</sup> de transformação das relações pessoais no grupo. Maior parte do tempo da reunião era despendido em conversas espontâneas: sobre o lanche providenciado; o prato que cada uma levou; a cuca<sup>31</sup> que alguém fez; receitas antigas de família; enfim, conversas e assuntos antes ‘descabidos’/não compatíveis naquele espaço/configuração de trabalho. Em algum momento, alguém se lembrava da agenda, ou comentava que precisaria sair para um compromisso marcado para logo mais, e procedia-se a rodada de relato das atividades da próxima semana. Destacando

---

<sup>30</sup> Falaremos mais sobre isso no capítulo 6.

<sup>31</sup> Prato típico gaúcho, a Cuca é um misto de pão e bolo. Influência da culinária alemã entre o povo gaúcho, pode ser doce ou salgada, a depender dos ingredientes utilizados.

novamente alguns trechos das entrevistas e rodas de conversas realizadas, percebemos uma avaliação que aponta para uma mudança do ‘clima’ no ambiente de trabalho a partir destas iniciativas:

[...] queria falar da importância dessas nossas reuniões né, da gente poder estar conversando, falando, da importância que eu acho que cada um tenha pra dar, no seu nível né, que como a L. falou, ai, que bom que tu tá falando isso agora né Gi., eu acho que cada um de nós tem sempre uma contribuição valiosa, e agora ouvindo a Lu. né, a maturidade do nosso grupo de hoje, a gente estar nessa tranquilidade podendo falar de coisas tão sérias e tão importantes sem ninguém se alterar [...] Porque já houve momentos que a gente... que, desde eu cheguei aqui pelo menos, 2011, das pessoas se alterarem né [...] e falarem mais alto, de repente até em função do estresse, da carga, é muita responsabilidade, muita pressão [...]. Porque é muito duro isso aqui gente, [...]. O trabalho aqui é muito duro, é muita responsabilidade, é muita pressão [...] e a gente começou a diluir, começou a ficar com a mesma responsabilidade, mas conseguir se olhar mais um pouquinho, não sair tanto na briga né, a importância de tudo isso. Como a gente avançou, que maturidade, que coisa boa poder estar assim sentada conversando assim... (M., na terceira roda de conversa)

[...] no dia a dia a gente percebe que há uma... integração maior, primeiro começando a parte de relacionamento, a gente percebe que mudou o clima dentro... do salão, como a gente chama. Então o relacionamento entre as pessoas parece que deu uma abertura assim, saiu um peso maior assim, as pessoas conseguem falar, conseguem dizer as coisas. (diretora geral)

Num formato outro das reuniões ordinárias de equipe, para além do preenchimento da agenda e da conversa descontraída, alguém sente vontade de relatar uma atividade realizada, uma reunião que participara, uma tarefa cobrada ou delegada a alguém do núcleo ou ao próprio núcleo, e que gostaria de discutir e/ou informar ao grupo. Em roda, em conversa aberta, em debate de idéias, o grupo experimenta uma novidade: ter notícia e/ou participar de um trabalho que não só o próprio. Mesmo sendo executadas individualmente, as tarefas de cada uma tinham espaço para serem pensadas, planejadas, ponderadas, (re)formuladas, em grupo. No decorrer do trabalho cotidiano, passa-se a saber que, caso preciso, poder-se-ia recorrer ao grupo, ao G4 ou a uma colega que seja. O processo de trabalho de uma podia levar – e levava – consigo vários outros, e várias outras possibilidades. Como se verifica no trecho a seguir:

eu vejo assim, que no momento que a gente senta toda semana e o fato de a gente contar o que fez na reunião ou passar uma informação simplesmente, desperta no outro alguma necessidade de saber mais sobre aquilo, de saber ‘bah, mas o que ele tá fazendo é muito parecido como que eu to fazendo, então a gente tem que discutir isso’ né, acho que acaba suscitando assim, puxando momentos de educação permanente, como a gente já teve várias situações de ter que discutir um assunto, ter que ler um texto, talvez... a gente ainda não instituiu isso muito formalmente nas nossas reuniões, as nossas reuniões ainda começam muito assim, com trazer

agenda da semana, cada um contar o que fez ou pra onde vai né, mas daí daqui um pouquinho pinta uma... uma coisa que a gente vê ‘não, isso é mais educação permanente’. (L.)

Num formato outro, ainda, não só a concepção e a organização do processo de trabalho podem se dar coletivamente, mas sua própria realização. Ao se comunicar as atividades que alguém tinha agendado para a semana seguinte, como uma visita técnica ao município ‘x’, ou a realização ou participação em um evento ‘y’, torna-se possível e passa a ocorrer de outras colegas constatarem que também precisam visitar o município ‘x’ ou realizar uma atividade com os participantes do evento ‘y’. De modo que as visitas técnicas passam a ocorrer cada vez menos solitariamente/individualmente, assim como as atividades realizadas por alguém do NURAS passam a envolver, direta e indiretamente, outras colegas de trabalho <sup>32, 33</sup>.

Vai um grupo de três pessoas, eu G. uma das políticas que eu coordeno é a política de saúde da pessoa idosa, a minha responsabilidade é passar as evidências dessa política. Então uns quinze dias atrás o grupo foi num determinado município, todos nós passamos as evidências, os indicadores, a realidade daquele município pro grupo que vai chegar lá com conhecimento da realidade pra discutir com quem? Com a Atenção Básica e com a figura do gestor. E o PMAQ também é outra experiência que também tem sido bem interessante, porque no primeiro ano do PMAQ quem coordenava o PMAQ era a coordenadora da Atenção Básica, hoje quem trabalha com o PMAQ em todos os municípios é o grupo, ninguém sabe mais do que o outro, qualquer um responde pelo PMAQ em todos os municípios. Nós temos a coordenadora da Atenção Básica, mas nós tivemos momentos de Educação Permanente [...]. (G.)

Se percebe também que os técnicos eles estão se sentindo mais responsáveis, não só pela sua política, mas pelo grupo como um todo, responder pelo grupo, se apropriar do que o colega trabalha, ajudar, quando tem as capacitações ninguém vai mais sozinho, sempre tem três quatro do grupo apoiando, nas idas para os municípios eles se programam para ir juntos, o que não acontecia antes né, eles iam sozinhos, então já se programam, ‘olha, eu vou... to precisando ir em tal município verificar tal questão, mas acho que é importante você ir comigo e tal, daí a gente já verifica isso, já verifica aquilo’. Então esse movimento a gente começou a sentir. (diretora geral)

Ao longo do processo, as ‘reuniões semanais’ já não se destinam somente ao preenchimento da ‘agenda compartilhada’. As estratégias ‘reuniões do G4 – quadro branco – agenda compartilhada – reuniões semanais’ foram, assim, conformando um dispositivo de operacionalização de mudanças no processo de trabalho do NURAS,

---

<sup>32</sup> Importa esclarecer que, antes do início da experiência em questão, tais ‘parcerias’ também ocorriam. Não se tratava, contudo, de uma ‘política instituída de gestão do trabalho’, mas de eventualidades ocasionais.

<sup>33</sup> As distinções aqui feitas entre os ‘formatos’ de realização das reuniões semanais não equivale de modo algum a algo como uma ‘evolução-superação’ de um formato para outro. Ao contrário, os referidos formatos compunham-se, intercalavam-se entre reuniões ou numa mesma reunião. O que determinava tal ou qual emprego era a necessidade colocada em cada momento do grupo.

realizado pelo próprio NURAS. Criam-se estratégias secundárias, pontuais, recriam-se as estratégias em função de seus usos (e desusos)... Nada disso, contudo, é simples. Nada disso se dá, simplesmente, e nem de uma vez por todas. Tensões, discussões, incômodos, afetações. O processo é embrenhado de afecções. Importa que isso esteja muito claro. Como nos fala Guattari (1981, p. 141):

‘Nada é adquirido de uma vez por todas’. Nenhuma fase, nenhum complexo nunca são vencidos, nunca são superados. Tudo permanece sempre em suspenso, disponível a todos os reempregos, mas também a todas as degradingoladas. [...] Nenhum objeto pode ser designado por uma identidade fixa; nenhuma situação é garantida. Tudo é uma questão de consistência de agenciamento e reagenciamento.

Antes de finalizar este capítulo, importa destacarmos ainda um último, mas crucial elemento, que foi sendo reconhecido e apontado como notoriamente relevante para a conformação das condições que possibilitaram a emergência da experiência aqui analisada. No trecho abaixo, extraído da transcrição da primeira roda de conversa, Ma., uma dos membros do NURAS, faz referência aos ‘contextos-cenários’ em que o trabalho em saúde se realiza (na gestão e/ou na atenção), nos quais os coordenadores ali presentes realizam seus trabalhos de assessoria técnica e apoio institucional:

[...] dentro dessa questão de ter que trabalhar assim algum assunto que é mais frágil na equipe, eles nem... normalmente eles não se colocam capacitados pra aquilo, eles tem que buscar fora, eles não se habilitam né, embora tenha pessoal bastante qualificado né, e eles não se habilitam a fazer uma fala sobre determinado assunto que eles tem a prática né, e não... depende assim ó, da [CRS], de chamar a universidade, fazer esse tipo de coisa. [...] eles tem o mesmo material, mas eles querem que eu vá lá falar, eles não se habilitam a falar.

Referimo-nos ao que pode ser chamado de uma certa autoria/autonomia experimentada, assumida, cada vez mais praticada pelos participantes da experiência aqui em questão. De tudo o que temos falado neste capítulo, tal característica comparece como um fio que perpassa e atravessa cada iniciativa, cada idéia, cada inovação vislumbrada e experimentada. Como destacam os trechos abaixo:

[...] a gente tá acompanhando e ta assim... se alegrando né, com o que vem acontecendo, porque é... assim, é muito bonito ver que os quatro ali, eles assumiram esse papel né de gestor do núcleo, todo um cuidado pra trabalhar com os colegas, para administrar os conflitos, que são de todas as ordens né, e que vem assim, [...] os problemas chegam e já chegam assim com possíveis soluções né, o que mostra assim que tem uma coisa dum protagonismo mesmo assim, de uma incorporação desse lugar de gestor assim né, pelos colegas do núcleo, então a gente ta se alegrando assim, acho que tem sido uma experiência legal [...]. (delegada adjunta)

[...] acho que o NURAS tá com outra cara hoje, a gente consegue ver cada coordenador de política com um olhar mais ampliado, as pessoas também estão se enxergando dessa forma, mais responsáveis por dar conta do todo, mesmo não... não sendo responsáveis por uma determinada política, eu vejo que os trabalhadores estão... estão sendo mais resolutivos no processo de trabalho. (G.)

Enfim, gostaríamos de destacar que o êxito da experiência aqui tratada não se refere a, nem se trata de, um início, meio e final feliz – mesmo porque um processo não tem final, nem início e nem meio. O processo prossegue, atemporalmente, naqueles que dele se fazem e se fizeram corpo, no NURAS e em qualquer outro lugar.

[...] os movimentos instituintes têm esse intuito: que os coletivos presidam a definição de problema, a oferta de soluções, a colocação dos limites do que é possível e do que é impossível, o que normalmente é feito pelas instituições, organizações e saberes de grupos dominantes. Por isso a autogestão não é tarefa fácil: a prova está em que as iniciativas auto-analíticas e autogestivas não se caracterizam por seu sucesso. Elas têm aparecido muitas vezes na história e muitas vezes têm sido destruídas ou sufocadas. E as que hoje insistem em existir lutam duramente contra um conjunto de imensas forças sociais que tentam destruí-las. E quando não conseguem eliminá-las tentam recuperá-las, incorporá-las (BAREMBLITT, 1996, p. 24).

## CAPÍTULO 6

### Experimentando EPS

*Os dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar. [...] Penso, cada vez mais, que interrogar é o “método”* (CECÍLIO, 2007, p. 348, grifos do autor).

Neste capítulo, pretendemos aprofundar a discussão acerca de alguns caminhos encontrados naquela experiência e nos quais testemunhamos a EPS ser experimentada e operacionalizada no cotidiano de trabalho no/do NURAS, tácita e/ou deliberadamente. Buscaremos, para isso, tanto remontar cenas e situações por nós vivenciadas ao longo de nosso período de permanência junto ao grupo-sujeito da experiência, quanto articular tais acontecimentos com formulações e discussões teórico-conceituais constitutivas e transversais ao campo da Saúde Coletiva que se mostram pertinentes para nossa questão de pesquisa.

De início, importa destacarmos um elemento que se fez caro logo no início dos diálogos travados entre nos e os participantes-autores da experiência aqui em questão, trazidos à tona tanto ao longo das entrevistas individuais quanto durante as rodas de conversa, qual seja, o que as participantes compreendiam por Educação Permanente em Saúde. Vale lembrar que as conversas travadas nas rodas promovidas por esta pesquisa-intervenção eram disparadas sempre por uma mesma pergunta: “Como se faz EPS aqui no NURAS?”

Primeiramente, fez-se importante estabelecer um entendimento comum sobre o que seria EPS. Para tanto, esclareceu-se a distinção teórica e prática entre educação continuada e educação permanente em saúde, mesmo porque o conhecimento de tal distinção não era comum a todos, muito menos sua compreensão. Importa destacar que tais esclarecimentos foram feitos pelos próprios membros do grupo, sobretudo nas primeira e segunda rodas de conversa. Os trechos abaixo exemplificam o modo como o entendimento do que seria EC foi compartilhado no grupo:

[...] eu vejo a educação continuada, mesmo com o tema ‘continuada’, pode até ser um equívoco meu, como ações pontuais, tipo um curso. E eu acho que a permanente é qualquer ação, ou

qualquer tipo de tecnologia, que qualifique processo de trabalho. Uma reunião pra mim é educação permanente. (G.)

D.: Eu posso te trazer um exemplo, agora que tu falou ‘trazer alguém de fora’ me lembrei que eu trabalhava em [um município daquela região de saúde], fiquei até 2011, e aí eu tava... a prefeitura estava passando por uns problemas assim, interno da secretaria de saúde, e aí chamaram, contrataram, contrataram uma empresa pra fazer treinamento. Eu me senti um palhaço, porque o homem fazia trocentas dinâmicas com a gente, nos botava lá na frente, e fazia bolinha pra cá, e fazia não sei o que...

Lu.: E não sabia nada da realidade...

D: E aí era assim ó, os trabalhadores faziam oficinas aqui, os secretários e... os cabeças né, o próprio ‘o corpo faz e a cabeça pensa’ o cuidado. E era isso, esse era o momento de capacitação pra nós pra pensar os problemas internos, não havia conversa, e eu sai indignado daquilo, me achando um miquinho né pra ficar picando aqui. E bem essa idéia assim, de que tem que ter alguém de fora que vai te iluminar quase. (primeira roda de conversa)

Em outros trechos, os participantes compartilham o que entendem por educação permanente em saúde:

[...] educação permanente [...] é um processo de reflexão né no trabalho, sobre aquilo que eu faço [...]. Então é um processo, pra mim a educação permanente tá muito ligada a esse cotidiano, e refletir sobre o trabalho. (Lu., na primeira roda de conversa)

eu acho que a gente respira educação permanente no processo de trabalho, acho que isso que eu to fazendo contigo é educação permanente, essa conversa que eu tive com a L. é educação permanente, a reunião que a gente vai ter do NURAS é educação permanente, qualquer organização de processo de trabalho, a nossa ferramenta é a educação permanente. [...] Eu entendo como uma estratégia de qualificação de processo de trabalho, reordenação dos processos de trabalho, [...] por que eu vejo ela uma estratégia? A gente... a coordenadoria consegue, a partir das necessidades reais de cada realidade, de cada espaço diferente, que pode ser de atenção e gestão, junto, reorganizar, e dá conta. Eu não vejo nunca a educação permanente como uma coisa pronta, eu sempre vejo ela como construção. (G.)

a educação permanente eu... tenho aprendido muito, porque envolve muitas coisas eu acho sabe? Envolve... envolve tu pensar no âmbito da instituição eu acho, aquelas questões assim institucionais mesmo, no sentido de... acho que envolve questões institucionais de Análise Institucional por exemplo, nesse aspecto né em que tu meche com coisas instituídas não é, em que tu também precisa te desacomodar eu acho né, o próprio servidor, o próprio trabalhador que quer trabalhar com isso. Eu acho que isso é um constante desafio para quem lida com essa política [...] que faz com que tu te desacomode, porque senão tu acaba... em vez de potencializar as coisas acho que tu acaba... sabe? Não sei... enfraquecendo ou mantendo aquele *status quo* ali. (D.)

No que elencamos acima, importa atentar ao fato de nem todos os presentes nas rodas de conversa tinham a mesma compreensão e apropriação sobre o que seria, ou melhor, ao que se tratava a EPS. Para a maioria, ela nada mais era do que um sinônimo da EC, praticada, portanto, somente em momentos planejados de capacitação ou treinamento sobre determinado assunto, temática, programa. Pode-se dizer, então, que

as rodas de conversa configuraram-se como momentos de capacitação sobre educação permanente em saúde para as profissionais do NURAS, onde o conhecimento das próprias trabalhadoras presentes serviram de matéria e conteúdo para o compartilhamento de experiências, conhecimento e aprendizado. Como esclarecem G., L. e D. na primeira roda de conversa:

G.: [...] eu acho que o que mais entrava a gente incorporar a educação permanente, como tomar o chimarrão, é compreender o que ela é, porque a gente faz ela. Acho que a gente... acho que a gente pensa que é algo mais complexo do que de fato é.

L.: [...] as vezes a gente questiona o município né, ‘mas vocês têm espaços de educação permanente, vocês tem uma organização pra a educação permanente?’, daí eles respondem não, e a gente também não consegue colocar pra eles esses outros espaços que... que eles tem sim em algum momento reuniões, encontros, juntam-se alguns outros setores, e a gente fica cobrando as vezes aquela coisa mais institucionalizada, com pessoas de referência...

E aí eu acho muito importante ver que... valorizar o saber, o saber do trabalhador. Eu acho que isso é um... talvez possa ser uma ferramenta de sustentação, ou uma estratégia de sustentação de EPS assim, de movimentos de EPS, porque as vezes isso com essa lógica de especialismos né, que cada vez tem que ser mais especialista, não se... isso soterra né. (D.)

No texto que segue, buscaremos organizar aquilo que o grupo produziu enquanto resposta à pergunta norteadora das rodas de conversa e entrevistas individuais realizadas ao longo desta pesquisa, acima referida, atentando para três modos de comparecimento da EPS no cotidiano de trabalho do/no NURAS.

## **EPS como estratégia de produção de conhecimento no NURAS**

*[...] Era uma reunião de equipe, onde cada um coloca aos demais sua agenda para a semana seguinte, a partir do que é montada uma grade com as atividades que todos estarão realizando/envolvidos em cada dia. Também acontecem de serem feitos convites para que outros colegas participem ou estejam juntos numa determinada atividade. Auto-convites também ocorrem. É interessante de pensar que esse é um recurso de gestão compartilhada do trabalho coletivo e individual que não havia até então [antes da criação do G4]. Ali se problematiza as práticas. Um exemplo foi a oposição [...] a um evento que estaria sendo organizado pela Associação Brasileira de Medicina sobre HiperDia voltada exclusivamente aos médicos trabalhadores do município, e de início defendido pela coordenadora da política que contempla o HiperDia. Problematizou-se o fato de ela ser fechada somente para os médicos, o que iria de encontro às diretrizes e princípios susistas. Outro exemplo, e esse é extraordinário, [...] se deu a partir da fala da coordenadora da política de saúde mental sobre o MentalTchê<sup>34</sup>, realizado na semana anterior em São Lourenço do Sul.*

---

<sup>34</sup> “São Lourenço do Sul [RS], por sua longa trajetória na Atenção Psicossocial Comunitária, que perpassa as esferas nacional, estadual e municipal, em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, criou o Mental Tchê, um evento que acontece desde 2005 no município, reunindo mais de 3000 pessoas. Este evento anual tem por objetivo ser espaço de exercício de cidadania e protagonismo dos usuários, de

*Passou-se a discutir a Saúde Mental (SM), o quanto é uma demanda que atravessa quase todas as outras políticas, mas que muitas vezes essas políticas não sabem como lidar com essa demanda. A coordenadora da SM passou a fazer uma fala de esclarecimento, rebatimento, posicionamento a partir das colocações, diante do que [duas membros do G4] ponderaram 1) que aquele não era o momento adequado para se fazer aquela discussão, que era para compartilhar a organização do trabalho de cada um para os próximos dias e que isso precisava ser garantido; 2) mas que aquela era uma discussão necessária, claramente demandada por todos, diante do que se sugeria que a reunião seguinte da equipe fosse dedicada a uma 'capacitação em SM', onde se teria toda uma manhã para se apresentar a política de SM, tanto ela em si quanto seus atravessamentos nas demais (isto é, o que cabe a cada uma). Para mim o que se mostra mais potente nessa cena é o processo de proposição do 'momento capacitação': ele se dá a partir das necessidades reais dos trabalhadores, constatadas/enunciadas a partir da análise coletiva do processo de trabalho no que nele é ruído, não-saber, incapacidade, sofrimento. Nesta cena, fica perfeitamente demonstrada a complementaridade entre a EP e a EC. A EC é legítima, importante, necessária, potente e potencializadora do trabalho em saúde. Contudo, assim o é somente se construída enquanto resposta às reais necessidades do processo de trabalho, aos 'nós' deste. Quando não é assim, não faltam relatos do quanto fica uma coisa solta, vindo até a atrapalhar o trabalho. [...] Diante [daquela cena] relativizei a forma como concebia EP. Percebi que eu fazia um movimento de procurar por algo 'bem acabadinho', conformado, delimitado, delineado segundo uma forma/fôrma do que seria a EP. Em outras palavras, para mim o que importava é que determinado dispositivo se desse o nome de EP: 'vamos fazer EP; estamos fazendo EP'. [...] A EPS [ao contrário] seria um princípio, uma ética, ao mesmo tempo que o efeito desse princípio e dessa ética. Assim, a EPS não tem e não pode ter uma cara, uma forma, uma fôrma. O que ela tem/pode são condições de possibilidade para a emergência desse efeito de problematização e transformação das práticas de trabalho em saúde [...]. Assim, a EPS é informe e multifôrme [...].*

O trecho acima transcrito corresponde a uma elaboração feita no diário de campo deste pesquisador após sua primeira visita de acompanhamento da experiência aqui em questão. Como se nota, é a primeira vez que ele acompanha uma 'reunião semanal' do NURAS. Quisemos destacar esta cena pela possibilidade de visibilização do que nesta experiência identificamos como um modo potente e importante de operacionalização da Educação Permanente em Saúde.

Como o próprio relato já indica, o contato com tal experiência foi propiciando ao pesquisador modificar sua compreensão acerca do que fosse a EPS. Enquanto seu contato com a mesma se dava, exclusivamente, através de estudos de materiais relacionados ao tema – artigos, livros, portarias ministeriais, materiais didáticos como cartilhas, relatórios de gestão, etc. – sua compreensão acerca da EPS era uma. Nela, ele concebia a EPS como uma forma, um modelo de realização de atividades de educação em serviço nos quais aqueles que ministravam a atividade adotavam uma postura mais dialógica, incentivando e dando espaço à participação dos 'alunos', buscando intercalar

explicações teóricas com exemplos práticos, hipotéticos ou reais e, quando possível, com situações vividas pelos próprios participantes.

Não se trata de tal concepção estar certa ou errada. De fato, há um modo consolidado de se conceber a EPS segundo tal perspectiva – daí a centralidade para a EPS da noção de ‘aprendizagem significativa’. Contudo, a cena acima relatada o faz refletir se o que ali estaria operando também não seria um modo de operacionalização da EPS. Em outras palavras: será que a EPS somente se realizaria em momentos educativos organizados como aulas, seminários, discussão de algum texto, etc.? No caso da cena descrita: a EPS estaria se realizando somente no momento de desenvolvimento, por exemplo, da tal ‘capacitação em saúde mental’?

Estas questões nos fizeram reconfigurar nosso entendimento do que seria a EPS. Passaram a fazer mais sentido, assim, as contribuições tomadas nas formulações da noção de EPS nos anos 2000 e nas produções teórico-conceituais oriundas do Movimento Institucionalista. Tal ocorre, por exemplo, quando relemos o seguinte trecho no artigo de Ricardo Ceccim (2005c):

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS. Nesse sentido, segundo Mário Rovere, o desafio da política brasileira foi o de *ultrapassar a utilização pedagógica de natureza educacional* da formulação trabalhada pela Organização Pan-Americana da Saúde, relativa à Educação Permanente do Pessoal da Saúde, para *implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens* nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, *conectando-a às ações contra-hegemônicas necessárias* [...]. Por isso, para Rovere, no desafio brasileiro, houve um desapego às referências originais, em consistência com seu ideário, para qualificar a própria educação permanente em saúde, colocando o desafio assumido no tamanho das lutas de produção da saúde, abrindo fronteiras e desterritorializando instituídos (p. 979, grifos do autor).

Sim, a EPS ia além dos cursos, não se restringia a modelos pedagógicos, não escolhia hora e nem lugar para acontecer. Ela acontecia. Ela operava. Ela se constituía num... ‘dispositivo de mudança das práticas’. E tais dispositivos, como nos esclarecia Baremblyt no capítulo anterior, não têm uma forma única, uma regra de funcionamento. Eles maquinam situações e pessoas, operando(-se) (n)as mudanças que os constituem e os caracterizam. Como chamam atenção os trechos abaixo:

D.: [...] nós aqui né, a gente chegou hoje de manhã e, bom, o que é que a gente estava discutindo? O que é que foi nossas impressões da reunião da CIR ontem, como é que a gente vai lidar com aquilo.

M.: Pois era isso que eu ia dizer, eu acho que a gente acaba fazendo educação permanente diariamente quando conversa com o colega do lado, porque se a gente vai em algum encontro, alguma reunião, a gente chega, os colegas geralmente mais próximos né, então eu converso geralmente com a J. que tá ali do lado né, algumas vezes com a L., e uma simples troca de como foi uma visita minha num hospital com a J. com algumas das gurias aqui, ou com o D. [...], a gente já tá fazendo uma educação... uma educação permanente, porque eu... não sei se em função de que eu sou mais nova aqui, mas eu aprendo muito em qualquer troca de conversa [...] Então eu acho que isso seja feito diariamente. Se você reparar as conversas, acho que surtem bastante efeito. [...] Embora a gente não perceba, que é o que a gente está comentando aqui. [...] Tu tá conversando, cada conversa tu tá trocando, tá aprendendo. (primeira roda de conversa)

M: Mas foi a nossa conversa que a gente teve ontem, que pra mim foi bem interessante, de que, por exemplo, eu sou saúde do trabalhador, e a gente tá fazendo projetos em conjunto com os CEREST [Centro de Referência em Saúde do Trabalhador], fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica, e daí a gente conversando a L. disse ‘bom, mas a princípio a tua política tu tem que cuidar a atenção básica, média e alta complexidade’, eu nunca tinha parado pra pensar nisso [risos]... Que daí ela disse ‘ah, eu sou atenção básica e lá eu vou e trabalho a saúde do trabalhador, mas na verdade quem é da política teria que pensar nos três níveis’, e é verdade, eu nunca tinha parado pra pensar nisso... (terceira roda de conversa)

No título dado a esta sessão deste capítulo, lia-se: “EPS como estratégia de produção de conhecimento no NURAS”. Com o ‘dispositivo de mudança das práticas’ inventado na experiência aqui relatada, torna-se possível – e mesmo comum – produzir e compartilhar conhecimentos no e sobre o processo de trabalho do NURAS.

Momentos de capacitação interna, por exemplo, tornam-se cada vez mais freqüentes. Assim como o fizeram com a necessidade sentida pelo grupo de se compreender melhor a atuação da e com a política de saúde mental, realizaram-se também capacitações internas sobre: a participação de cada coordenadora na execução do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na região; a utilização de dados demográficos e epidemiológicos disponíveis em meio eletrônico no DATA-SUS (Departamento de Informática do SUS) para geração de informações que permitissem uma compreensão do perfil epidemiológico da população de um determinado município ou região, tendo em vista o trabalho de assessoria técnica das coordenadoras regionais nestes municípios; o que era educação permanente em saúde e como ela comparecia no processo de trabalho do NURAS; para citar apenas alguns exemplos. Como destacam os trechos abaixo:

O momento que a gente fez quinta passada da saúde mental, bah, pra mim assim, eu brigava, brigava, brigava mesmo com a [risos] com a Lu. né, [...], que eu digo que só de falar meu coração já palpitava de tanta ânsia que eu tinha de como quando discutia atenção básica lá nos

municípios a gente discutia saúde mental né, a política de saúde mental [...]. Daí ela fez na quinta passada, bah, assim, me abriu vários horizontes pra discutir, tanto que eu já fui em dois municípios a semana passada e já consegui abordar saúde mental, questionar saúde mental no município sabe? Coisa que eu deixava isso velado, fechado, ‘não, saúde mental eu não sei falar sobre isso’ né, e aí num simples fato da gente conversar um pouquinho, olhou o pedaço dum vídeo né, do filme, já abre algumas coisas. Na verdade eu acho que a gente sabe o que é que a gente tem que falar e já li, mas a gente não... como a gente não socializa no grupo... deixa meio adormecido aquela temática né. Então eu acho que ali é um momento de educação permanente que a gente podia explorar bem mais né, poderia trazer mais questões. (L.)

O PMAQ a L. disse que não ia dar conta sozinha, que não ia se envolver sozinha, que era uma demanda da... atenção básica, mas que ela... colocou todo mundo na roda, todo mundo estudou, todo mundo foi pra os municípios pra desencadear o processo, a gente durante um certo tempo tinha PMAQ na cabeça... (Gi.)

Eu acho que assim, com o próprio PMAQ vamos dizer né, que foi uma proposta de... um programa que vem dentro da atenção básica, e eu consegui fazer com que pelo menos todos do núcleo, todas as coordenadoras das políticas, conseguissem ver que o programa ele vem mexer com a qualidade de ações de todas as políticas, então todas sabem o que é o PMAQ, o ano passado a gente conseguiu fazer um movimento de ir nos municípios, cada dupla se sentindo responsável por um grupo de municípios pra trabalhar o PMAQ com as equipes né, são movimentos bem incipientes eu acho, bem superficiais, mas eram coisas que, vamos dizer, anterior a isso, se a gente questionasse no núcleo ‘que é o PMAQ?’, ‘Ah, PMAQ é com a L., porque é da saúde da família, lá nas equipes da atenção básica’ né, hoje não, todo mundo já sabe que é um programa que tá unido em todas. Um outro exemplo, vamos pensar que outros movimentos... as especificidades regionais né, que são recurso que o ministério manda pra os municípios superar a questão de indicadores de vulnerabilidade social né, também, a [diretora geral] me chamou, passou a missão pra mim ‘ó, tem 11 municípios que tem que aplicar esse recurso e tu como coordenadora da atenção básica né, desencadeia esse movimento com os municípios’, e aí quando eu olhei e me apropriei o que é que era a aplicação desse recurso, os indicadores que mexia, digo ‘bom, é uma questão que mexia... que todas as coordenadoras de políticas de atenção básica estejam envolvidas’, dessa forma fiz, socializei com todas né, dividimos municípios, fizemos momentos de capacitação entre todas né, todas se apropriaram do que é que era o programa das especificidades, e elas assumiram. Por exemplo hoje tem um grupo de coordenadoras das doenças crônicas, da primeira infância e da saúde da mulher que estão trabalhando lá em [determinado município]. (L.)

O que importa aqui destacar é menos o conteúdo das capacitações, e mais o processo de suas proposições e realizações. Naquela experiência, os momentos de educação continuada constituíam-se como uma ferramenta ativada – requerida e utilizada – pelos próprios trabalhadores de saúde, a partir do que se sentia ou se identificava como uma carência, uma demanda, um não-saber, uma necessidade de conhecer melhor *para a realização do próprio trabalho*. De modo que eram os próprios trabalhadores, baseados na análise coletiva – e em coletivo – dos próprios processos de trabalho, que identificavam suas demandas por uma capacitação ‘x’ e requeriam a realização de atividades destinadas às suas ‘atualizações’.

Importa destacar que, nos casos aqui relatados, as atividades foram organizadas e realizadas pelos próprios colegas de trabalho. Em tal estratégia, as atividades de educação em serviço não representam gastos (na maioria das vezes), fortalecem as relações de trabalho, favorecem a instalação de um circuito interno de troca de experiência e possibilitam o aprimoramento didático dos envolvidos. Enfim, aspectos muito diferentes do que se coloca com a supremacia da política de compra e venda de pacotes de capacitações entre governos e instituições de ensino e pesquisa, os quais, em nenhum momento, encontram o trabalhador em seu cotidiano de trabalho.

### **Projeto Terapêutico Singular de Gestão (PTSG)**

No transcurso da experiência aqui relatada, com a intensificação e consolidação do vínculo entre os colegas – se não afetuosos e intimistas, certamente de um respeito profissional mútuo – foi se consolidando algo como uma ‘publicização’ do processo de trabalho de cada trabalhadora do NURAS, assim como do NURAS como um todo. Com o avançar da estratégia traçada para e com as reuniões semanais, tornou-se conhecimento coletivo os modos como cada uma não só realizava, mas preferia realizar o seu processo de trabalho: as preferências por trabalhar sozinho ou em parcerias; a desenvoltura e gosto por estar nas frentes de auditórios e reuniões, ou nos bastidores, organizando e mesmo articulando a realização de eventos; etc. Enfim, sabia-se as características, aptidões, fragilidades, de cada membro do NURAS. De modo que emergem no horizonte dos possíveis, tentativas a se experimentar: quem sabe, a constituição de uma ‘equipe de trabalho’, isto é, de um trabalho realizado, de fato, em equipe, com tarefas, responsabilidades, execução e planejamento não mais solitários, mas compartilhados.

Algumas linhas foram confluindo para a composição do que veio a ser chamado pelo grupo de PTSG. As primeiras experiências neste sentido se deram com a organização e realização por todo o NURAS de eventos específicos como palestras, seminários, reuniões ampliadas de trabalho, etc. – o que não era inexistente anteriormente, mas ganha outra possibilidade do que podia, daí, vir a ser. Outra condição de possibilidade coloca-se, também, com as realizações conjuntas de visitas técnicas aos municípios da região por coordenadoras que o fariam separadamente e que,

com as reuniões semanais e o compartilhamento da agenda, descobrem poderem ‘otimizar seus trabalhos’ realizando-as conjuntamente. Como ilustrado abaixo:

A gente conseguiu também... acho que eu consegui passar essa questão de que quando a gente ia no município a gente ia sempre sozinho né, ‘ah, é pra discutir problema da saúde da mulher, vai só a coordenadora da saúde da mulher’, isso já a gente conseguiu fazer essa prática ampliar, vai a política diretamente e as afins né, então sempre a gente vai num grupo ampliado, então a discussão também se amplia no município né... (L.)

Além destas, uma necessidade inusitada emerge em um dado momento e gera efeitos interessantes. Estando uma das componentes do G4 impossibilitada de sair da cidade-sede da CRS por questões pessoais, ela pede a duas colegas que estariam realizando uma visita técnica a um município que ela também precisava visitar, para a representarem. Para isso, ‘ensina às duas’ o que elas precisavam fazer naquele município no que diz respeito a sua política (de saúde da pessoa idosa). Os resultados foram muito positivos. A possibilidade de estar ajudando uma colega que estava passando por problemas, além da avaliação positiva de estarem fazendo e pensando outras coisas para além de suas próprias políticas – “*poder mudar um pouco também né?!*”, como diz na reunião semanal seguinte uma das pessoas da dupla que representou a colega no município visitado – mostra que aquela poderia ser mais do que uma experiência isolada. É o início de um intenso processo de EPS/mudança das práticas internas do/no NURAS, o que seria utilizado como estratégia para alicerçar uma radical mudança no processo de trabalho no e do núcleo.

Tendo-se experimentado com sucesso e num período ainda recente as ‘novidades’ acima listadas, aproveitou-se a necessidade de realização pelo NURAS de uma ‘tarefa mais complexa’ para tentar fazê-la coletivamente. Tendo em vista o princípio do SUS que estabelece a necessidade de equidade na atenção à saúde prestada à população usuária do sistema, chega à CRS a encomenda de desenvolver um trabalho de assessoria técnica mais enfática a alguns municípios específicos de sua região, por estes apresentarem indicadores de saúde tidos como problemáticos. O G4, então, propõe que as coordenadoras regionais, juntas, delineassem um plano de ação para cada um daqueles municípios, naquilo que se mostrasse, após discussão e consenso no grupo, como mais importante e estratégico para cada um dos ‘municípios-caso’, e prestassem toda assessoria técnica necessária à implementação do plano de ação traçado em equipe,

a partir de um processo coletivo de planejamento e compartilhamento das responsabilidades e tarefas. Como descreve D.:

[...] conversa vai conversa vem a M. que é uma das nossas colegas do NURAS, disse assim ‘pois é, o problema é que a gente vive apagando incêndio, sempre apagando incêndio’, aí a G. tava junto também, a gente se olhou e disse ‘pois é, a gente tem que... vamos ter que repensar as nossas reuniões do NURAS, porque a gente não pode estar sempre só apagando incêndio, a gente vai pro município, escuta eles fazendo isso né, e aí a gente enquanto coordenadoria, diz que eles tem que planejar as ações, e nós também estamos apagando incêndio né’. Então eu acho que é um baita desafio a gente conseguir sair desse nível de ficar só atendendo coisas e conseguir planejar melhor né. Aí a gente conversando pensou que a gente precisava reavaliar como a gente tava conduzindo aquelas reuniões do NURAS né, e a gente pensou em propor agora nessa semana, nessa quinta, que nós pudéssemos fazer um... tipo pegar um município-piloto né como exemplo, e enquanto grupo de ações em saúde pensar o caso daquele município. A gente tem alguns municípios bem problemáticos aqui, capengas em várias coisas, então ao invés de eu ir lá fazer uma coisa, a L. vai e faz outra né, então quem sabe a gente tentar programar um plano de assessoria né pra aquele município sinalizando várias coisas, e construindo isso em grupo, nós ali né, e é obvio que isso vai surgir fruto de uma discussão de educação [permanente], de como fazer isso né. [...] acho que a gente precisa sair um pouco daquele momento só de dizer o que cada um fez na semana, o que participou, como é que foi o evento que foi, que organizou né, e dizer a sua agenda pra próxima semana né, que é o que tem sido as nossas reuniões. Eu acho que as reuniões estão potencializando a conversa, a comunicação né, e claro, daí fazendo mais costuras, mas eu acho que a gente podia tentar avançar um pouquinho em algumas outras... em algumas outras coisas.

Para o primeiro município-caso eleito para desenvolvimento de tal proposta, foi pensada uma metodologia de trabalho na qual convidou-se uma colega de outro setor da CRS para realizar uma oficina de trabalho em que a convidada – mestranda em Epidemiologia – pudesse qualificar o grupo para gerar o perfil epidemiológico da população daquele município. Naquele caso, de forma mais acentuada, urgia delinear-se uma intervenção pautada, especialmente, nos indicadores de saúde da população, visto que este foi o elemento mais preocupante identificado pelo grupo quanto ao caso do município em questão. A estratégia traçada, portanto, foi a do desenho do perfil epidemiológico da população com a ajuda de uma colega de outro setor, mais qualificada na utilização deste tipo de metodologia analítica, ao mesmo tempo em que o próprio núcleo aprendia a utilizá-la (trabalhou-se com dados fornecidos pelo DATA-SUS).

Dando seqüência a tal tarefa, passou-se a pensar a estratégia de atuação junto a outro município-caso. A partir da análise coletiva da realidade do mesmo e do que cada coordenadora considerava ser a estratégia apropriada de realização do apoio àquele segundo município-caso analisado, percebeu-se que tal estratégia diferia da adotada no

caso anterior. Neste, seria preciso abrir e mediar um espaço de conversa e debate entre o próprio coletivo de trabalhadores da secretaria municipal de saúde. Avaliava-se que os principais problemas vividos na gestão da saúde em tal município eram consequência dos desentendimentos, disputas e divergências internas à própria equipe da secretaria de saúde de tal município. Destacam-se três membros do NURAS com um maior grau de proximidade com tais trabalhadores, a fim de colocar esta questão e mediar o desdobramento de uma análise coletiva da situação entre os próprios trabalhadores. Alinhava-se tal intervenção na perspectiva do apoio institucional. Como demonstra este trecho da primeira roda de conversa:

L.: Na verdade assim, o pedido da secretária foi com uma intenção, o pedido da enfermeira que está trabalhando junto é com outra, que ela quer que a gente vá lá pra que os profissionais escutem uma fala de valorização deles na atenção básica né, porque eles estão se sentindo desvalorizados até por esse método de chamar uma empresa lá que vai... [...] Então tem dois objetivos diferentes, e tem um terceiro objetivo de quem vai estar nos esperando lá né, uma outra expectativa.

G.: [...] eu acho que é um momento de... ficar com o município. Não é de namoro ainda né, eu acho que é uma aproximação sem nenhuma receita pronta. [...] Porque eu acho que vai entrar na roda muita coisa, [o município em questão] tem uma história diferente, se a gente for voltar no tempo, ela tem uma história... um pouco tensa.

Começa-se, assim, a se delinear o que viria a ser chamado de “Projeto Terapêutico Singular de Gestão” (PTSG). Inspirado na concepção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), pensa-se que o trabalho do NURAS poderia ser repensado segundo esta nova lógica. Segundo Cunha e Campos (2010, p. 43):

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para um sujeito individual ou coletivo como resultado da discussão grupal de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial caso seja necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, sendo analisada a fundo, uma variação da discussão de caso clínico. O conceito eventualmente pode ser aproveitado em qualquer equipe para discussão e responsabilização de problemas complexos. O PTS foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental, depois da reforma psiquiátrica, como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos no tratamento dos usuários além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Portanto, é uma reunião de toda a equipe, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações nesse sentido. No entanto, é relativo a uma equipe que realmente tem uma responsabilidade e um vínculo pelo resultado global final.

G. analisa e sintetiza no trecho abaixo tal empreendimento, seus efeitos e transcurso:

A função-apoio ela tá acontecendo, se eu fosse contar, em cada município de uma forma diferente, esse município foi a figura do gestor que nos pediu ajuda, que nos pediu apoio, o que é que nós estamos fazendo com esse município? A gente tenta ser estratégico, a gente viu que tinha um atrito no processo de trabalho interno, com a equipe, a equipe estava frágil, então a gente fez momento com a equipe, momento com a gestão, nós vamos ter agora um momento com o prefeito, um momento com a equipe, um momento com a gestão. A gente vai construindo os próximos encontros a partir do encontro, não tem uma receita de bolo para a função-apoio, a gente tá considerando a necessidade do município. Tem uma outra experiência que a gente começou e que tá parada, que foi tentando fazer a função-apoio com o núcleo de atenção básica de um município, nós trabalhamos dois meses com a... equipe desse município, essa equipe que responde por algumas políticas, e a gente partiu bem assim da realidade. O que é que a gente pensou? Em avançar pra chegar nas equipes. Nesse momento tá parado, porque o município também tem autonomia de querer continuar ou não né, a regional não pode forçar a sua presença quando o município, naquele momento, não vê mais a necessidade. E tem uma terceira experiência da função-apoio que eu acho que te responde assim ó, tem a dinâmica do apoio sim, porque é o nosso papel, é estar no município fazendo apoio, que também foi a figura do gestor que nos procurou, mas por uma outra necessidade, o nó não é processo de trabalho, o nó é... indicador, os indicadores de saúde estão muito baixos, e aí o que é que nós fizemos? Cada coordenador de política construiu o perfil epidemiológico daquele município pro grupo que for apresentar a fotografia daquele município. Então nós vamos... e na verdade esse município está nas especificidades regionais, então a gente tá trabalhando os indicadores das especificidades regionais junto com os indicadores da política, vamos ter um próximo encontro agora com os trabalhadores da atenção básica e a gestão. Eu to sempre falando na figura do gestor porque o que é que a gente tem percebido? O trabalho não pode ser só do... só da figura do gestor ou trabalhador, tem que ser da gestão e da atenção, e aí entra trabalhador e gestor, tem que ter essa aproximação, senão não rola.

Disto depreende-se que, ao invés de seguirem realizando individualmente o trabalho de apoio/assessoria técnica aos municípios adscritos à região de saúde sob responsabilidade daquela CRS, no que tange à política sob responsabilidade individual de cada coordenadora, apontou-se a constituição de uma equipe de trabalho e de um trabalho em equipe, onde: 1) a atuação do que concerne a cada política de saúde do SUS em cada município componente da região de saúde sob responsabilidade técnico-administrativa da CRS aqui em questão passa a ser fruto de um debate e construção coletiva; 2) distribui-se a realização das visitas não mais a partir do que precisaria ser feito por cada política, isto é, não existiria mais a figura centralizada da coordenadora regional de política de saúde, e sim das apoiadoras de referência de cada município, escolhidas, dentre outros, a partir do vínculo com a equipe de trabalho daquele município (co-responsabilização); 3) realização contínua de atividades de educação permanente internas no NURAS, onde cada uma contribuiria com o acúmulo pessoal

acerca de alguma temática necessária de ser trabalhada pelo grupo, ou mesmo do convite de atores externos para facilitação deste processo, numa espécie de ampliação do raio de alcance e mesmo da espaço-temporalidade das reuniões semanais – delas se parte, a elas se volta, nelas se avalia o trabalho realizado e as estratégias adotadas, nela se verificam as necessidades de qualificação e apoio externos colocados à realização das atribuições de responsabilidade do núcleo, conformando-se, enfim, uma equipe, um coletivo organizado para a implementação do apoio à produção municipal de saúde desde os princípios e diretrizes do SUS.

### **De uma certa micropolítica**

Outro elemento que se mostrou marcante no andamento da experiência aqui em questão diz respeito à ‘dimensão micropolítica do processo de trabalho do NURAS’. Micropolítica quer dizer “política dos afetos” (GUATTARI; ROLNIK, 2005). Quando lá chegamos pela primeira vez, um elemento foi se colocando nas entrevistas e conversas informais, e nos chamando atenção. Ele dizia respeito a uma certa perseguição/condenação do que aqui estamos chamando de ‘momento-cafezinho’.

Como já falamos, compartilhavam o trabalho na CRS pessoas com variados períodos de tempo de vinculação. Havia colegas – não poucos – que ali trabalhavam há mais de vinte anos, mas não se sabia uns dos outros muito mais do que os nomes próprios. Cordialidades com ‘bom dia’, ‘até logo’, ou uma (pré)ocupação com a vida dos demais, para além do que nelas se constrangia enquanto trabalho, também não era algo ‘comum’, por assim dizer.

Ao se dar conta da cronicidade de tal ‘contexto institucional’, a direção empossada em abril de 2011 (a mesma que sugeriu a criação do colegiado gestor em agosto de 2012) organiza uma série de três ‘paradões’ – dias em que a CRS parou suas atividades internas e externas, participando seus trabalhadores de atividades e dinâmicas as quais cumpriram o papel, em linhas gerais, de criar condições para as pessoas ‘se conhecerem’, para além do que nelas se referia/se restringia ao trabalho na CRS. Como descreve a diretora geral:

[...] foram acho quase noventa por cento dos funcionários, dos trabalhadores, e fizemos uma dinâmica de cores e fitas [...]. Aí a gente viu a... o que é que cada cor significava, nós colocamos um painel com os significados das cores, e colocamos várias fitas mimosas de várias cores, e

que então era pra a pessoa pegar uma fitinha da cor que ela achava que tinha a ver com aquela pessoa que ela escolhesse e dizer porque que ela tava... e amarrar a fita no braço. Isso a gente levou a manhã toda porque era muita gente, e tinha pessoas que não se conheciam, não sabiam o nome, não sabiam [...] Foi um movimento muito importante. [...] Depois fizemos um outro momento com a Liane Righi da humanização sobre a questão do apoio, assim, mais o papel da coordenação né, qual é o papel da coordenação junto aos municípios, foi bem interessante. Daí esse terceiro, que foi com [...] um professor da universidade, ele trouxe vários materiais assim... água, óleo, vinagre, farinha... enfim, tintas e... anilina... enfim, vários materiais, e ele fez toda uma conversa da importância de cada um no todo, e do quanto era importante o meu... o quanto o meu trabalho refletia no trabalho do outro enfim, que era uma dificuldade que a gente tava sentindo aqui. Tipo do protocolo, se tu não encaminha direito uma papelada que não chega no lugar certo, o quanto que isso aí vai implicar no trabalho do colega, que o meu trabalho é importante, mas que se eu não fizer bem feito né [...]. Ele reuniu em grupos enfim, e pediu para as pessoas misturarem e criarem alguma coisa a partir daquilo, e aí surgiu várias coisas né, surgiram pessoas que fizeram misturas que não se homogeneizavam né...

Foram momentos muito ricos. Como nos dizem as diretora geral e delegada adjunta, assim como as próprias trabalhadoras, pôde-se viver momentos tanto emotivos quanto disruptivos de indignação, raiva, desagrado para com o trabalho realizado, sofrimento com a atividade impedida, impossível de se realizar, mas cobrada cotidianamente em metas e responsabilidades. Uma coisa ficou evidente: havia uma clara demanda por espaços e momentos em que se pudesse falar sobre ‘o que ia mal’ no processo de trabalho individual e institucional, assim como uma carência pela construção de laços entre os colegas de trabalho que ampliassem os horizontes de possíveis das relações pessoais entre as trabalhadoras da organização.

Com o decorrer e o avançar desta experiência, o gelo interposto entre cada trabalhadora pôde ir se desfazendo. No trabalho passou a caber descontração, momentos de confraternização – dentro e fora do ambiente da CRS –, conversas e apoio mútuos, para além das tarefas laborais. Como destacam os participantes na primeira roda de conversa:

Lu.: [...] a gente conseguiu sair aqui de um processo que era isolado pra um processo de equipe né. Eu até anotei educação permanente como afetação, né, então eu me afetei. [...]

M.: [...] importância não só... dos textos, da conversa, da troca, mas também desse afeto né, da importância nesses lugares dos relacionamentos, das boas relações, de a gente saber, como o D. estava falando, que se eu estou triste hoje, alguém, algum colega vai estar ali, vai me levantar [...]. Porque faz parte né, não só aqui, em tudo que é serviço. Mas eu acho muito importante isso também, do afeto, do apoio. [...]

D.: É um diferencial, e algo que a gente precisa, a gente tem que ter esse... afeto mesmo né, de ver o teu colega como um colega, como uma pessoa que tu precisa dele né, e cuidar disso, acho que isso é um... eu não sei nem que palavra a gente usa, mas eu acho que é algo muito importante pra ti poder manter as coisas ali né, manter coeso esse... um pouco coeso esse desejo.  
Lu.: Porque esse trabalho ele vem sendo feito por um humano né...

Enfim, progressivamente o trabalho no NURAS humanizou-se, e não segundo um humanismo piegas-cristão, mas aquele que apresentam Benevides e Passos (2005, p. 570):

[...] levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas. Neste sentido, não havendo uma imagem definitiva e ideal do Homem, só nos resta aceitar a tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade, o que não pode se fazer sem o trabalho também constante da produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde. Este trabalho só o fazemos, ou pelo menos só garantimos a ele sua máxima consistência, quando nos organizamos coletivamente em movimentos de resistência ao já dado, como assistimos no processo constituinte do SUS ou na proposta/aposta da PNH. É preciso manter vivo este processo afirmando o seu não esgotamento.

No caso específico do NURAS, o caminho encontrado para a criação/abertura de espaço para esta ‘dimensão afetiva’ do/no trabalho cotidianamente realizado consistiu na ‘ressignificação do momento cafezinho’. Antes entendido como um modo de ‘matar o trabalho’, isto é, ‘enrolar’ para realizá-lo, ou mesmo não fazê-lo, os momentos de interrupção do trabalho individualmente realizado para, junto com as demais colegas, tomar um café, um chimarrão, comer algum lanche, ou mesmo simplesmente para conversar, ganha outras conformações e carrega consigo a emergência de outros modos – muito potentes – de comparecimento da EPS. Já não se pára mais sozinho – vem pro cafezinho quem quer, quem pode, quem precisa. Torna-se uma prática cotidiana. Como destacam os trechos abaixo:

[...] eu tava tentando relacionar o que é que nos ajudou a... vivenciar educação permanente todos os dias aqui na regional, e eu acho que isso foi uma coisa que a gente foi aprendendo junto. Eu acho que o que nos efetiva enquanto equipe que faz educação permanente foi o movimento de construção de vínculo que a gente conseguiu fazer... agora me caiu a ficha, eu acho que a palavra vínculo, a concepção de vínculo, está associada a educação permanente... (g., na primeira roda de conversa)

[...] nós sempre fazemos uma terapiazinha de manhã, é uma terapia com um, uma terapia com outro, é uma terapia... e todo mundo começa a trabalhar aliviado e ninguém fica carente, tu acredita?! Que a gente vai em setores fora daqui e tu percebe assim ó, a carência que as pessoas tem de... de trocar idéia com pessoas que chega né, e nós não temos essa carência porque nós... a nossa terapia é aqui mesmo, é no NURAS né, é no grupo, é com um, é com outro, tu bota uma conversinha fora, daí já começa a trabalhar numa boa, é bem interessante também isso. (A., na segunda roda de conversa)

O que nos interessa destacar acerca deste momento é o que nele ganha espaço de ocorrência. Inúmeras vezes, este próprio pesquisador pôde presenciar o compartilhamento de dúvidas, angústias quanto ao processo de trabalho nestes momentos, ao que, coletiva e livremente, gerava-se acolhimento, pensamento de estratégias, compartilhamento de informações úteis, ou mesmo, e principalmente, da própria experiência de alguém acerca da questão colocada por alguma colega. D. pondera:

E eu acho que a pessoa que fica como coordenadora, como referência, tem que ter um certo perfil assim de tentar agrupar mais entende? [...] eu acho que tu tem que facilitar as coisas né, articular e possibilitar que esse objetivo ou essas forças ali sabe, vão... vão rolando né? [...] Eu trabalho muito na lógica do... tentar aproximar as pessoas, eu acho que isso é uma coisa que as pessoas gostam né, quando tu te dispõe, quando tu abre pra conversar né, pra ouvi-los, pra... não sei, eu acho que essa coisa da micropolítica tá muito relacionada com essa coisa do afeto assim, sabe? Dessa postura ali... que as vezes né, pode não dar muito certo, sei lá, na verdade eu to recém lançando as sementes mas algumas... algumas eu fui lançando e fui tendo retorno né.

A educação permanente já não precisava marcar hora para acontecer. A reorganização do processo de trabalho do NURAS, a reformulação da própria concepção do mesmo pelas participantes do núcleo, a transformação radical de sua execução e do próprio papel de cada uma na preparação, aptidão, competência do grupo para realizar as tarefas de sua responsabilidade... isso tudo dá lugar à experimentação de uma aprendizagem inventiva e de ensino-aprendizagem na execução do trabalho em saúde. Fizemos questão de ressaltar a importância desta ‘via de comparecimento, experimentação e atualização da EPS’ em diferentes momentos, sobretudo nas rodas de conversa, como ilustra o trecho abaixo:

É justamente essa dimensão afetiva... [...] Um espaço... a condição que se ganha de dar espaço pra se externalizar o que incomoda ou que agrada, que é a dimensão afetiva. Seja a expressão afetiva pela raiva, pelo descontentamento, pela insatisfação, seja pela amizade, pela demonstração de carinho, por um ombro que se dá, um abraço, isso tudo é fazer educação permanente. Por que? Porque é o momento em que... se ancora pro outro a possibilidade de ele falar sobre seu trabalho, sobre o que incomoda no seu trabalho né, e aí sejam os secretários, com o trabalho de gerir no município, seja o agente comunitário de saúde ou o auxiliar de enfermagem na unidade de saúde da família, qualquer um desses nesse momento, entendendo aquela idéia de educação permanente como um meio de transformação, e não um objeto-fim né, então nesse momento se está fazendo educação permanente, talvez não com palavras, mas é uma forma de fazer educação permanente, é uma forma de ancorar o grupo, o colega, a si mesmo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria de iniciar a conclusão desta dissertação retomando seu título: “O que pode a Educação Permanente em Saúde?”. Pergunta bastante ampla e pretenciosa, é verdade. Não tivemos, contudo, a presunção de construir uma resposta única, final, fechada, a tal pergunta – mesmo porque tal esforço se faria inútil. Quisemos, antes, lançar um ponto de interrogação por sobre as experiências que vêm se nomeando contemporaneamente de EPS. Questioná-las em sua ‘vontade de potência’, digamos assim. O que quer a EPS? Ou: o que querem aqueles que fazem uso da EPS? O que fazem, estes, da EPS? – seriam outros modos de apontar aquilo que nos toma em interesse por este conceito, o qual refere, sobretudo, práticas.

É preciso dizer que, durante o curso de mestrado que compôs e deu guarida à pesquisa que aqui apresentamos, este pesquisador quis realizar alguns desejos seus. Um deles diz respeito ao seu processo formativo como psicólogo. Tendo cursado a graduação num ‘cenário curricular pouco afeito ao social’, isto é, escasso em disciplinas, professores, estágios curriculares, projetos de pesquisa e extensão voltados a uma atuação junto a programas sociais e políticas públicas, o curso de mestrado em Psicologia Social e Institucional colocou-se como complementação e qualificação à sua graduação em Psicologia. Neste, ele pôde ter notícia e, minimamente, se apropriar de saberes e práticas, assim como experimentar atuações pautadas, por exemplo, na Análise Institucional, na Pesquisa-Intervenção, na Filosofia da Diferença. Enfim, numa perspectiva ético-estético-política de produção de conhecimento e de modos de existência.

Outro desejo seu que se buscou contemplar ao longo deste percurso faz referência à opção deste pesquisador-psicólogo por eleger como campo de atuação profissional a militância em defesa da política pública de saúde brasileira. De modo que, além de ‘re-formar-se’ numa Psicologia contra-hegemônica pois transgressora, parceira dos processos instituintes e dos movimentos de transformação social, buscou também, como trabalhador de saúde, viver, no mestrado, uma intensa e profunda experiência pessoal e profissional de Educação Permanente em Saúde. Nela, pôde problematizar, a partir da experiência em terceira, mas também em primeira pessoa, os modos hegemônicos de configuração dos cursos de graduação em psicologia, e nas demais

profissões da área da saúde, de modo geral. Como pudemos ver no capítulo 2, é notório o desalinhamento entre as estruturas curriculares das formações em saúde e as necessidades sociais de atuação destes profissionais<sup>35</sup>.

Tendo em conta tais considerações, mostrou-se oportuna a escolha da EPS como tema de nossa pesquisa de mestrado, para além dos motivos listados na apresentação desta dissertação. Ao longo de todo o processo de pesquisa bibliográfica e de intervenção com os trabalhadores do NURAS/do SUS, tomávamos aquilo que produzíamos enquanto conhecimento acerca da EPS e que propúnhamos enquanto pesquisa implicada com os processos de mudança das práticas no SUS desde uma experiência que também nos tomava, irremediavelmente, dentre os ‘objetos de análise’ da própria produção em curso. A prática de produção de conhecimento, nesta pesquisa, consistiu, portanto, numa prática de si (FOUCAULT, 1985), processo de ressingularização (GUATTARI, 1992), experimentação de outros modos possíveis de um exercício profissional-militante.

De modo que, no transcurso deste processo, nos emaranhamos completamente por entre a multiplicidade de fios componentes do novelo de concepções daquilo que se pode entender por EPS no Brasil hoje. Certamente não se trata de um novelo homogêneo, de um fio só: tais linhas têm cores, tamanhos, texturas, prevalências e aparências bastante variadas – e por vezes radicalmente diferentes. Tentamos apresentar ao longo da dissertação esta variedade, encontrada tanto na literatura quanto nos cenários onde a EPS ganha corpo e se atualiza. No que entendemos, com a EPS quer-se dar visibilidade, incentivar e apoiar os agenciamentos entre práticas educativas, processos de aprendizagem e trabalho em saúde, nos cenários mesmos em que tais práticas se fundem e são experimentadas. Assim, se faz (ou deve se fazer) caro àqueles que recorrem a este conceito encontrarem-se com os trabalhadores da saúde em seus cotidianos de trabalho, a fim de produzir em tal encontro tempo e espaço para a problematização coletiva do que nestes se faz furo, incoerência, insuficiência.

---

<sup>35</sup> Nos últimos momentos de escrita desta dissertação, este pesquisador já havia iniciado suas atividades enquanto psicólogo residente da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), ênfase em Saúde da Família e Comunidade (SFC), de modo que lhe foi possível notar, no contato com outros colegas residentes, que, apesar da distância e descompromisso de grande parte dos cursos de graduação em profissões constitutivas da área da saúde com as necessidades sociais referidas à atuação dos profissionais da saúde, os programas e projetos referidos nesta dissertação, tais como Pró-Saúde, PET-Saúde, VER-SUS, PNEPS, têm-se configurado como importantes estratégias de formação política e conquista afetiva entre os estudantes, já durante seus cursos de graduação, para uma atuação no/militância em defesa do SUS.

As práticas educativas e processos de aprendizagem desenvolvidos e fomentados enquanto EPS colocam-se, assim, um compromisso ético-político para com o trabalho em saúde. Em tal compromisso, compartilha-se a compreensão de que a qualificação do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde perpassa necessariamente pela problematização dos modos como este é concebido, organizado e executado. Com este movimento, intenta-se fazer saltar à superfície os nós críticos enredados nos processos de trabalho individuais e coletivos nos serviços de saúde. As atividades de EPS inserir-se-iam aí, tendo em vista a assunção e, quiçá, o desembaraço de tais nós.

É inevitável reafirmarmos que o conceito e a prática da EPS busca ampliar e aprofundar a noção de Educação em Serviço pautada na perspectiva da Educação Continuada. Isto porque é consensual a necessidade de realização de atividades educativas e implementação de estratégias de gestão que proporcionem a qualificação do saber-fazer dos trabalhadores da saúde, tendo em vista a apropriação por parte destes do que se faça necessário à realização eficaz de suas tarefas cotidianas. O que se coloca neste ponto é uma questão de método: como fazê-lo? Como fazer para atingir, portanto, tal objetivo?

Desde a perspectiva da EC, trata-se de reciclar rotineiramente o saber destes trabalhadores, o que se consideraria garantido pela participação dos mesmos em capacitações pontuais sobre temas específicos, a princípio relacionados a seus processos de trabalho, prescritas e organizadas desde o lugar da gestão do sistema, voltadas ao que os indicadores de saúde da população assistida atestariam precisar de um melhor desempenho dos profissionais em questão. Em tal perspectiva, a qualificação do fazer cotidiano dos participantes das tais capacitações se daria natural e conseqüentemente à atualização do saber dos mesmos.

Entretanto, a experiência histórica em diferentes sistemas de saúde vem demonstrando que tal mecanismo não tem conseguido garantir os objetivos que promete. Para os formuladores da EPS, tal objetivo só se atinge com a oportunização de uma ‘aprendizagem significativa’ por parte dos trabalhadores acerca dos temas que se façam necessários de serem trabalhados, o que só pode ser garantido quando se leva em consideração, na abordagem dos temas tratados, as características do contexto local onde o processo de trabalho dos participantes acontecem, assim como os modos como tal tema comparece no cotidiano de trabalho dos envolvidos. Como enfatiza Paulo Freire (1979, p. 27), “só aprende verdadeiramente aquele que é capaz de aplicar o

aprendido-apreendido a situações existenciais concretas”, o que nem sempre se verifica como resultado das capacitações ministradas.

Além disso, a EPS aponta a centralidade da autoanálise e auto-gestão dos trabalhadores da saúde para a configuração das atividades de Educação em Serviço. Com elas, as práticas educativas em contexto de trabalho vincular-se-iam diretamente às necessidades sentidas e identificadas pelos próprios profissionais acerca do trabalho realizado pelos mesmos. Assim, a identificação das necessidades de atualização e a própria proposição das mesmas passariam a ser pautadas pelos próprios trabalhadores, numa subversão da lógica veiculada pela EC.

No que vimos acerca de nosso campo-tema de pesquisa, importa destacar, portanto, à guisa de conclusão, que convivem, neste momento histórico, modos diversos de concepção e operacionalização das atividades de educação em serviço, ainda prevalecendo a lógica e as atividades da educação continuada, apesar dos esforços políticos, sociais, financeiros, institucionais, de fortalecimento e priorização da educação permanente em saúde como modelo e como princípio dos processos formativos desenvolvidos nos serviços de saúde, formal e cotidianamente. Passados pouco mais de dez anos da aprovação da portaria nº 198/GM, a qual “institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004), percebe-se que muito ainda precisa ser feito para a implementação factual desta meta institucional.

Ao registrar o que seriam algumas considerações de finalização desta dissertação, importa destacar algo que se fez marcante quanto à singularidade da pesquisa aqui construída, implicada com o desejo de compreender o que seria, o que podia, ao que viria, a EPS. Num primeiro momento-formato desta nossa compreensão-apropriação, concebíamos a EPS como um *modelo* possível de ser adotado nas atividades de educação em serviço, o qual ia de encontro à perspectiva da Educação Continuada, denunciando o limite da estratégia de compra e realização de capacitações pontuais e descontextualizadas com os trabalhadores da saúde.

Imbuídos deste modo de compreender a EPS, nos propusemos a acompanhar uma ‘experiência exitosa de EPS’, isto é, um processo formativo envolvendo um grupo de trabalhadores da saúde o qual seguisse e operacionalizasse, fidedignamente, os princípios ético-políticos e as propostas teórico-metodológicas da EPS. Pretendíamos,

com isso, descrever a experiência acompanhada por nós com o intuito de construirmos uma espécie de ‘manual de instruções’ sobre como pôr em prática a EPS Brasil afora, visto que uma série de artigos e pesquisas atestavam se fazer comum o desenvolvimento de iniciativas de EC, financiadas inclusive pela PNEPS, adotando o nome de EPS.

A certa altura de nossa caminhada no transcurso do mestrado, passamos a freqüentar as reuniões da Comissão de Integração Ensino-Serviço do Rio Grande do Sul. Assim o fizemos pela necessidade que sentimos de 'conhecer mais de perto' o que vinha se colocando enquanto práticas de EPS após a aprovação da política nacional, em 2003. Vimos que a mesma heterogeneidade nos modos de conceber e operacionalizar a EPS que marcavam as publicações que acessáramos até ali comparecia também entre os cursos e atividades que transitavam na CIES. Quisemos, diante disso, acompanhar o desenvolvimento de uma ‘experiência exitosa de EPS’, isto é, uma atividade que fosse para além da realização de uma capacitação sobre algum tema, e que tocasse de algum modo na problematização dos processos de trabalho dos atores envolvidos. Importava, para nós, justamente verificar: o que pode a EPS?

A experiência que viemos a acompanhar vem se realizando em uma Coordenadoria Regional de Saúde deste estado. O encontro entre nós se produziu por caminhos imprevistos de uma reunião ordinária da CIES-RS. Algumas palavras despreziosamente trocadas nos corredores da Escola de Saúde Pública com alguns dos presentes naquela reunião nos apresentaram uma compreensão e utilização da EPS que superava todas as nossas expectativas. Após consulta ao grupo de trabalhadoras com o qual ela vinha acontecendo, passamos a acompanhá-la entre os meses de maio e agosto de 2013.

O agenciamento que se produziu na CIES-RS entre nós e um grupo de trabalhadores que vinham experimentando um processo por eles identificado como uma experiência exitosa de EPS nos fez reformular radicalmente o que compreendíamos acerca da EPS e, sobretudo, no que consistia seu ‘êxito’. Já em nossa primeira visita à sede da CRS em que se desenvolvia a experiência em questão, percebemos que não se fazia possível a restrição do processo de educação em serviço/aprendizagem no, pelo e com o trabalho em saúde a momentos formalizados de realização de alguma atividade pedagógica. A aprendizagem acerca do próprio processo de trabalho se dava *em ato*, enquanto se trabalhava, na atualização de modos os mais variados e singulares possíveis.

Tal constatação nos fez expandir nosso modo de compreender o que viria a ser a EPS. Acompanhar e descrever aquela experiência não poderia se resumir aos seus momentos de produção e compartilhamento de conhecimento. Uma série de outros caminhos eram utilizados no transcurso da aprendizagem no/com o/pelo trabalho, como tentamos – não sem alguma dificuldade e incompletude – relatar nos capítulos 5 e 6.

Importa que se diga que a experiência de EPS acompanhada por nós está visceralmente relacionada à criação de um colegiado gestor entre o grupo de trabalhadores que conhecemos – no caso, do Núcleo de Ações em Saúde de uma CRS. A implementação deste dispositivo de gestão do trabalho em saúde, somado à vontade e disponibilidade de alguns e ao sofrimento causado pela excessiva individualização dos processos de trabalho no contemporâneo, compuseram condições de possibilidade à emergência duma 'postura interrogativa' frente ao trabalho cotidiano dos integrantes daquele grupo. Não consideramos adequado, contudo, creditarmos os méritos do processo vivido a alguém ou a alguma das estratégias ali inventadas e postas em prática. Avaliamos ter-se feito central na experiência em questão menos as formas por ela tomada, e mais a disponibilidade individual e coletiva à problematização e reinvenção dos modos como o trabalho acontecia e se concebia ali – isto é, em coletivo.

Mas do que estamos falando? O que veio a ser, enfim, a experiência em questão? Quais modos aqueles trabalhadores encontraram para experimentar EPS? Foi este o interesse que nos moveu ao longo de nossa estadia junto ao referido grupo de trabalhadores. Importa dizer que, já em nossa primeira visita à CRS, tudo o que pensávamos a respeito da EPS rogou mudança. Ali, não encontramos o formalismo que esperávamos das práticas educativas e processos de aprendizagem no trabalho em saúde. Eles não se davam, necessariamente, a partir de um planejamento prévio, com hora marcada e licença concedida para acontecer. Não, eles compareciam. Se produziam, se construía, fissurando a série de atos e tarefas costumeiras, fazendo ganhar primeiro plano a política dos afetos no trabalho necessário.

O meio comparecia produzindo perturbações, afetando os trabalhadores. Até aí, nenhuma novidade. Diante disso, contudo, os trabalhadores participantes da experiência em questão, amparados numa série de mecanismos detalhados nos capítulos 5 e 6, passaram a conseguir reivindicar que tais perturbações encontrassem meios para sua vazão e elaboração de modos de trabalhar mais próximos do que poderíamos chamar de

prazer: transitar, enfim, “da dor ao prazer no trabalho”, como propõem Benevides e Barros (2007), dentre tantos outros.

De modo que o incômodo da equipe com a falta de saber, ou mesmo o sentimento de despreparo para lidar com temas como Saúde Mental, PMAQ, Vigilância em Saúde, EPS, o manuseio do DATA-SUS, para citar apenas alguns exemplos, justificaram a realização de capacitações internas, organizadas e ministradas pelos próprios integrantes do grupo. Temos aí o modo clássico, por assim dizer, de operacionalização da EPS, do que ela pode, digamos... as capacitações são demandadas, organizadas e mesmo executadas pelos próprios trabalhadores que, em processo autoanalítico e autogestivo, decidem qualificar-se e/para qualificar o próprio trabalho.

De outra parte, experimentou-se ali reorganizar-se parte substancial do processo de trabalho das profissionais daquele núcleo, ao bancarem, planejarem e executarem, em coletivo, a modificação do modo de realizar o trabalho de assessoria técnica aos municípios adscritos à região de saúde sob responsabilidade daquela CRS. Não mais visitas técnicas aos municípios individualmente realizadas por cada coordenadora de política de saúde. Não mais várias visitas de diferentes coordenadoras a um mesmo município para tratar de assuntos variados. Não mais visitas para tratar estritamente da política sob sua responsabilidade. Tantos Projetos Terapêuticos Singulares de Gestão quantos municípios existissem para serem assessorados, num trabalho repartido e co-responsabilizado para toda a equipe. Este foi o movimento que, coletivamente, foi-se configurando enquanto horizonte real para um trabalho possível. Para sustentar tal processo de mudança, reuniões semanais de equipe, ordinárias e extra-ordinárias, formais e também de bastidores, de corredores, enfim, radicalização do compartilhamento e do pensar junto o trabalho de cada dia. Educação permanente em saúde.

Por fim, destacar que, na experiência de/com EPS aqui relatada, operou-se uma revolução micropolítica nos processos de trabalho do grupo de profissionais aqui acompanhados. Seja pela via da raiva, da ira, da briga, ou do riso, do afago, da acolhida, os corpos que ali trabalhavam reivindicaram cuidado: serem cuidados uns pelos outros, e também respeitados em suas alteridades.

O que nisso tudo é EPS? Ou melhor: o que aí não o é? O que pode a EPS, enquanto macro e micropolítica dos trabalhadores da saúde? Do que é capaz a EPS, quando instituída, quando instituinte? O que pode a EPS? O que pode a EPS?

Como nos falava Regina Benevides na abertura do capítulo 2, “um conceito [...] não morre quando se quer, mas apenas à medida que novas funções em novos campos o tornam caduco” (BARROS, 2007, p. 202). Neste sentido, é possível perceber a construção de esforços na direção da superação desde quadro hegemônico do binômio Saúde Pública-Educação Continuada em prol de uma política voltada aos trabalhadores da saúde pautada na Saúde Coletiva-Educação Permanente em Saúde.

Alguns elementos atestam tal ‘movimento subversivo’. Um deles verificamos no capítulo 3, onde destacou-se o crescente número de publicações científicas comunicando ou defendendo o desenvolvimento de atividades/experiências de EPS, desde uma posição de reconhecimento do potencial transformador ou de apoio aos processos de mudança intentados ou desejados nos mais diferentes contextos do SUS. Outro, reconhecemos, por exemplo, na aprovação da resolução nº 590 pela Comissão Intergestores Bipartite do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2013), a qual institui a Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC) no referido estado. A referida resolução:

[...] estabelece dispositivos de intercâmbio entre trabalhadores, movimentos sociais, conselhos de políticas públicas, instituições de ensino e gestores, e viabiliza que atores sociais de diversos espaços da rede intersetorial constituam relações sistemáticas de educação em saúde coletiva, fortalecendo a regionalização, a descentralização, a participação, a cooperação e a articulação solidária (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 02).

Verifica-se, assim, a retomada do investimento, em aposta, na estratégia político-gestiva dos NURESCs como política gaúcha de educação na saúde, anterior à própria PNEPS.

Um último elemento que aqui gostaríamos de destacar diz respeito ao lançamento, em 2013, do curso de especialização “EPS em Movimento”, o qual consiste numa parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), o EducaSaúde/UFRGS e a Rede Governo Colaborativo em Saúde, que tem por objetivo formar 6.000 especialistas em “EPS em Movimento” nas 435 regiões de saúde brasileiras. No momento em que finalizamos a escrita desta dissertação, já havia sido iniciado o processo de preparação dos 600 tutores selecionados para acompanhar, semi-presencialmente, o processo formativo dos 6.000 trabalhadores de saúde que se tornarão, oficialmente, especialistas em “EPS em Movimento”.

Com tudo isso, queremos ressaltar que segue na ordem do dia ‘uma certa aposta na EPS’. Procuramos mostrar e ‘incorporar’ isso ao longo desta pesquisa. Ao fazê-lo,

percebemos que tal proposição consiste em um desafio ético-político e teórico-metodológico. Enquanto desafio teórico-metodológico, propusemos uma primeira aproximação do nosso campo-tema de pesquisa. Para conhecer e experimentar a proposta-aposta teórico-conceitual da EPS em sua radicalidade, fez-se necessário mais do que um ‘contato rápido’ com tal literatura, haja vista a ‘confusa pluralidade’ dos modos de concebê-la e tomá-la no cenário atual.

O desafio ético-político que descobrimos inevitável na proposta de ‘conhecer a EPS’ diz respeito a precisar – e querer – experimentá-la. E experimentar a EPS, nesta pesquisa, constituiu-se numa coreografia do pensamento em dois movimentos. Primeiro, numa certa descoberta da insuficiência das instâncias gestoras criadas para a e pela PNEPS em garantir a implementação de sua proposta – uma política pública de educação em defesa dos trabalhadores da saúde. Contudo, fora dela e mesmo dentro, em seus bastidores, corre, sorrateiro, o potencial virtual de atualização da EPS em sua potencialidade instituinte. Tê-lo ‘sentido’ nos fez embarcar numa viagem – literal e ‘literária’ – rumo aos cenários em que dela não necessariamente se fala, mas, indubitavelmente, se a pratica desde as reais necessidades dos coletivos de trabalhadores para os quais ela foi pensada como ferramenta em potencial de mudança das práticas. Conhecer-experimentar a EPS consistiu, portanto, em pôr-se em movimento, o que nos fez re-des-cobrir a EPS, em potência e em devir.

Para finalizar, sublinhar novamente que, diante da experiência aqui acompanhada, portanto, fez-se imprescindível a nós perguntarmo-nos: em que consiste, enfim, o êxito nas experiências de EPS? Nos parece, a esta altura do percurso, que tal êxito consiste menos no que se produz – no produto – de tais experiências, e mais em seus processos de composição e experimentação. Não necessariamente na existência ou inexistência de momentos-cursos de formação, mais ou menos longos, mais ou menos participativos, acerca de determinada(s) temática(s), mas no quanto o processo cotidiano de trabalho de cada profissional, em cada estabelecimento de saúde, consegue fazer-se poroso ao que nele/dele não se sabe. Como nos diz Ceccim (2005c, p. 162):

[...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

“EPS em Movimento”. Queremos crer que se inicia um novo ciclo da política pública em defesa do trabalho na saúde a qual chamamos EPS, no qual contamos não só com instâncias gestoras inerentes à malha burocrática do Estado brasileiro, mas, principalmente, com o trânsito politicamente consciente e afetivamente convencido da potência de insurreição que reside na proposta da EPS, quando afeta/encontra atores dispostos a construir, em ato, a política pública de saúde brasileira. É aí, neste encontro que, nesta pesquisa, pudemos experimentar se projetar, como projétil, a potência instituinte da Educação Permanente em Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Kátia F.; ROCHA, Marisa L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.

ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. pista 7, p. 131-149.

ANDRADE, Carlos D. **Esquecer para Lembrar: Boitempo III**. Rio de Janeiro: José Olímpio Editora, 1980.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, Regina B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

BENEVIDES, Regina B.; BARROS, Maria E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, Maria E. B. (Orgs.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí. cap. 2, p. 61-71.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRANDÃO, Cláudio. R. Hoje, tantos anos depois... In: SOUZA, Ana I. (Org.). **Paulo Freire: vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. Prefácio, p. 07-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01\\_Constituicao.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil: vivência e estágio na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília, 2003

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)**. Objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: **Série Pactos pela Saúde 2006**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).

CAMARGO JÚNIOR, Keneth R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005. cap. 6, p. 91-101.

CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000a.

\_\_\_\_\_. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPOZZOLO, Angela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (Orgs.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARVALHO, Antonio I.; BUSS, Paulo M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** (pp. 141-166). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. cap. 4, p. 141-166.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004a.

\_\_\_\_\_. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CECCIM, Ricardo B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005a. cap. 11, p. 161-181.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005c.

\_\_\_\_\_. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluísio G. (Orgs.). **Por uma Sociedade Cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. cap. 7, p. 131-154.

CECÍLIO, Luiz C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 345-363, 2007.

\_\_\_\_\_. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 557-577, 2010.

CUNHA; Gustavo T.; CAMPOS, Gastão W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

DAVINI, Maria C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL: Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. p. 39-63.

ESCÓSSIA, Liliana. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 689-694, 2009.

FARR, Robert. **As Raízes da Psicologia Social Moderna (1872-1954)**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

FERRAZ, Fabiana et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1683-1693, 2013.

FEUERWERKER, Laura C. M.; CAPOZZOLO, Angela A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, Angela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre de O. (Orgs.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. cap. 1, p. 35-58.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Júlio C. F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em vinte anos do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 2, p. 49-87.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. **Historia da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e Escritos V: ética, subjetividade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. cap. 19, p. 264-287.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território, População: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2007. cap. 3, p. 55-124.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde**: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

GOMES, Luciano B.; MERHY, Emerson E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

\_\_\_\_\_. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.

HEDIN, Ana; KÄLLESTAL, Carina. **Knowledge-based Public Health Work Part 2**: handbook for compilation of reviews on interventions in the field of public health. Sweden: National Institute of Public Health, 2004.

KASTRUP, Virgínia. **A invenção de si e do mundo**: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas: Papyrus, 1999.

\_\_\_\_\_. A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. In: KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Sílvia; PASSOS, Eduardo (Orgs.). **Políticas da Cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008. cap. 4, p. 93-112.

LATOUR, Bruno. **Ciência em Ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LOPES, Sarah R. S. et al. Potencialidades da educação permanente em saúde para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LOURAU, René. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, Sônia (Org.). **René Lourau**: Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004. cap. 2, p. 66-86.

MARANDOLA, Thalita R. et al. Educação Permanente em Saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 10, n. 2, p. 53-60, 2009.

MELLO, Thiago. **Faz escuro mas eu canto**: porque a manhã vai chegar. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

MERHY, Emerson E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 2, p. 71-112.

MERHY, Emerson E.; FEUERWERKER, Laura C. M.; CECCIM, Ricardo B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo em salud. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MICHAELIS. Significados de “esquecer” e “lembrar”. Melhoramentos/Oul, 2009. Disponível em meio eletrônico em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=lembrar>.

MONTEIRO, Paulo H. C. et al. Avaliação pedagógica nos cursos do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo: fragilidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 336-345, 2007.

MOREIRA, Márcia C. **Educação Permanente em Saúde**: revisão sistemática da literatura científica. 42 f. Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas em Saúde) – Curso de Pós-Graduação em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

OLIVEIRA, Fernanda M. C. S. N. et al. Educação permanente e a qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho em enfermagem. **Aquichan**, v. 11, n. 1, p. 48-65, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a05.pdf>.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

\_\_\_\_\_. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PASCHE, Dário F.; PASSOS, Eduardo. O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 86, p. 439-447, 2010.

PASCHOAL, Amarílis S.; MANTOVANI, Maria de F.; MÉIER, Marineli J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Sílvia. (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia – Vol. II. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 217-432, 2013.

PAULON, Simone M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 18-25, 2005.

\_\_\_\_\_. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. **Mnemosine**, v. 5, p. 189-226, 2009.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Orgs.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre, 2002. Disponível em: [http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano\\_diretor\\_regionalizacao\\_saude.pdf](http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf).

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução nº 590/13 – CIB/RS**. Porto Alegre, 2013.

\_\_\_\_\_. Escola de Saúde Pública. **Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/esp2/default.asp?mostra=2&id=11>.

ROCHA, Marisa L.; AGUIAR, Kátia F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

RODRIGUES, Heliana B. C. A beira da brecha (uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60). **Acheronta, Revista de Psicoanálisis y Cultura**, v. 10, p. 207-242, 1999.

\_\_\_\_\_. Do arrependimento dos intelectuais ao triunfo da rosa – análise institucional francesa, estado e direitos humanos. **Psicologia em Revista**, v. 9, n. 13, p. 89-108, 2003.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2006.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; Editora da Universidade Estadual Paulista/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROVERE, Mario R. Gestión estratégica de la Educación Permanente em Salud. In: HADDAD, Jorge Q.; ROSCHKE, María A. C.; DAVINI, Maria. C. (Orgs.). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: OPAS, 1994. cap. 3, p. 63-106.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único a uma consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, Maria E. B (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SCHAEDLER, Lúcia I. **Pedagogia Cartográfica**: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos. 134 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SILVA, Rosane A. N. **A Invenção da Psicologia Social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

SILVA, Luiz A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de Educação Permanente em Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 340-348, 2011.

SILVEIRA, Marília. **Vozes no corpo, territórios na mão**: loucura, corpo e escrita no PesquisarCOM. 134 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

**SÓ Dez Porcento é Mentira**. Direção e roteiro: Pedro César. Depoimentos: Manoel de Barros, Bianca Ramoneda, Joel Pizzini, Abílio de Barros, Palmiro, Viviane Mosé, Danilinho, Fausto Wolff, Stella Barros, Martha Barros, João de Barros, Elisa Lucinda, Adriana Falcão, Paulo Gianini, Jaime Leibovicht e Salim Ramos Hassan. Produção: Artezanato Eletrônico, 2008.

SPINK, Peter K. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, v. 20 (Edição Especial), p. 70-77, 2008.

STROSCHEIN, Karina A.; ZOCCHÉ, Denise A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Saúde, Educação**, v. 9, n. 3, p. 505-519, 2011.

VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora HUCITEC – Editora FIOCRUZ, 2009. cap. 16, p. 531-562.

ZANELLA, Andréa V. **Perguntar, registrar, escrever**: inquietações metodológicas. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2013.

## ANEXOS

### Anexo 1: Lista de artigos coletados em levantamento bibliográfico sobre a EPS

#### **Categoria 01: teórico-conceituais (20 artigos)**

- Ceccim, R. B.; & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161-177.
- Ferraz, F.; Salum, N. C.; Carraro, T. E.; Radünz, V.; & Espinoza, L. M. M. (2006). Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidativo do sujeito-cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 27(3), 344-350.
- Girade, M. C.; Cruz, E. M. N. T.; & Stefanelli, M. C. (2006). Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 105-110.
- Paschoal, A. S.; Mantovani, M. F.; & Lacerda, M. R. (2006). A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(3), 336-343.
- Lopes, S. R. S., Piovesan, E. T. A., Melo, L. O., & Pereira, M. F. (2007). Potencialidades da educação permanente em saúde para a transformação das práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde*, 18(2), 147-155.
- Oliveira, M. A. N. (2007). Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 585-589.
- Paschoal, A. S.; Mantovani, M. F.; & Méier, M. J. (2007). Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 478-484.
- Ceccim, R. B.; & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443-456.
- Amestoy, S. C.; Milbrath, V. M.; Cestari, M E.; & Thofehrn, M. B. (2008). Educação Permanente e sua inserção no trabalho da Enfermagem. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 7(1), 83-88.
- Saupe, R.; Cutolo, L. R. A.; & Sandri, J. V. A. (2008). Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. *Trabalho, Educação, Saúde*, 5(3), 433-452.
- Silva, B. T.; Barlem, E. L. D.; Lunardi, V. L.; & Santos, S. S. C. (2008). Educação Permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. *Cienc. Cuid. Saúde*, 7(2), 256-261.
- Marandola, T. R.; Marandola, C. M. R.; Melchior, R.; & Baduy, R. S. (2009). Educação Permanente em Saúde: conhecer para compreender. *Revista Espaço para a Saúde*, 10(2), 53-60.
- Silva, G. M.; & Seiffert, O. M. L. B. (2009). Educação Continuada em Enfermagem: uma proposta metodológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 362-366.
- Amestoy, S. C.; Schweitzer, M. C.; Meirelles, B. H. S.; Backes, V. M. S.; & Erdmann, A. L. (2010). Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 383-387.
- Guimarães, E. M. P.; Martin, S. H.; & Rabelo, F. C. P. (2010). Educação Permanente em Saúde: reflexões e desafios. *Ciência y Enfermería*, XVI(2), 25-33.
- Montanha, D.; & Peduzzi, M. (2010). Educação Permanente em Enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 597-604.
- Silva, L. A. A.; Ferraz, F.; Lino, M. M.; Backes, V. M. S.; & Schmidt, S. M. S. (2010). Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 557-561.
- Oliveira, F. M. C. S. N., Ferreira, E. C., Rufino, N. A., & Santos, M. S. S. (2011). Educação permanente e a qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho em enfermagem. *Aquichan*, 11(1), 48-65.
- Silva, J. A. M.; & Peduzzi, M. (2011). Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde & Sociedade*, 20(4), 1018-1032.

#### **Categoria 02: experiências de EPS (27 artigos)**

- Cyrino, A. P.; Nalamoto, E.; Rollo, G. L. G.; Andrade, M.; & Freire, P. (2004). O projeto “cuidando do cuidador”: a experiência de educação permanente em saúde do centro de saúde escola de Botucatu. *Trabalho, Educação & Saúde*, 2(2), 367-379.
- Cardoso, I. M.; Murad, A. L. G.; & Bof, S. M. S. (2005). A institucionalização da educação permanente no Programa de Saúde da Família: uma experiência municipal inovadora. *Trabalho, Educação & Saúde*, 3(2), 429-439.
- Barban, E. G.; & Oliveira, A. A. (2007). O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). *Arquivos de Ciências da Saúde*, 14(1), 52-63.
- Ciconet, R. M.; Marques, G. Q.; & Lima, M. A. D. S. (2008). Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 659-666.
- Feliciano, K. V. O.; Kovacs, M. H.; Costa, I. E. R.; Oliveira, M. G.; & Araújo, A. M. S. (2008). Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(1), 45-53.
- Lima, S. G.; Macedo, L. A.; Vidal, M. L.; Sá, M. P. B. O. (2009). Educação permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(6), 630-636.
- Lino, M. M.; Backes, V. M. S.; Ferraz, F.; Prado, M. L.; Fernandes, G. F. M.; Silva, L. A. A.; & Kloh, D. (2009). Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trabalho, Educação & Saúde*, 7(1), 115-136.
- Peduzzi, M.; Guerra, D. A. D.; Braga, C. P.; Lucena, F. S.; & Silva, J. A. M. (2009). Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 121-34.
- Balbino, A. C.; Bezerra, M. M.; Freitas, C. A. S. L.; Albuquerque, I. M. A. N.; Dias, M. S. A.; & Pinto, V. P. T. (2010). Educação Permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Trabalho, Educação, Saúde*, 8(2), 249-266.
- Cecílio, L. C. O. (2010). Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3), 557-566.
- Costa, V. Z.; Cezar-Vaz, M. R.; Cardoso, L. S.; & Soares, J. F. S. (2010). Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 366-344.
- Franco, C. M.; & Koifman, L. (2010). Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 673-681.
- Lima, J. V. C.; Turini, B.; Carvalho, B. G.; Nunes, E. F. P. A.; Lepre, R. L.; Mainardes, P.; & Cordoní Junior, L. (2010). A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. *Trabalho, Educação, Saúde*, 8(2), 207-227.
- Medeiros, A. C.; Pereira, Q. L. C.; Siqueira, H. C. H.; Cecagno, D.; & Moraes, C. L. (2010). Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 38-42.
- Pinto, E. E. P.; Araújo, M. D.; Matumoto, S.; Capozzolo, A. A.; Cardoso, M. R. L.; & Mishima, S. M. (2010). Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. *Trabalho, Educação & Saúde*, 8(1), 77-96.
- Rodrigues, A. C. S.; Vieira, G. L. C.; & Torres, H. C. (2010). A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde de diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 44(2), 531-537.
- Duarte, S. J. H.; Lima, D. C.; Barreira, G. C.; & Peres, W. S. (2011). A educação permanente como possibilidade no diagnóstico precoce da tuberculose. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(1), 28-33.
- Matumoto, S.; Fortuna, C. M.; Kawata, L. S.; Mishima, S. M.; Pereira, M. J. B. (2011). A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 8 telas.
- Ezequiel, M. C. D. G.; Noel, B. K.; Lemos, P. P.; Paiva, A. C.; Borges, L. P.; Ferreira, G. M.; & Sanzovo, P. S. (2012). Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde – Sieps. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1, Supl. 2), 112-130.
- Coriolano, M. W. L.; Lima, M. M.; Queiroga, B. A. M.; Ruiz-Moreno, L.; & Lima, L. S. (2012). Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. *Trabalho, Educação, Saúde*, 10(1), 37-59.

- Fernandes, R. M. C. (2012). Educação Permanente nas situações de trabalho de assistentes sociais. *Trabalho, Educação, Saúde*, 10(3), 481-505.
- Fortuna, C. M.; Matumoto, S.; Camargo-Borges, C.; Pereira, M. J. B.; Mishima, S. M.; Kawata, L. S.; Silveira, F.; & Oliveira, N. F. (2012). Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 46(3), 657-664.
- Leite, M. T. S.; Sena, R. R.; Vieira, M. A.; Mendonça, J. M. G.; Dias, O. V.; Santos, M. I. P.; & Souza, L. P. S. (2012). Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de Minas Gerais. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(4), 594-600.
- Pagani, R.; & Andrade, L. O. M. (2012). Preceptorial de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde & Sociedade*, 21(supl. 1), 94-106.
- Paulino, V. C. P.; Bezerra, A. L. Q.; Branquinho, N. C. S. S.; & Paranaguá, T. T. B. (2012). Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(3), 312-316.
- Silva, K. L.; Ribeiro, H. C. T. C.; Pereira, L. D.; Martins, B. R.; Viana, J. A.; & Belga, S. M. M. F. (2012). Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(3), 552-561.
- Stahlschmidt, A. P. M. (2012). Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 819-827.

### **Categoria 03: EPS necessária (11 artigos)**

- Ricaldoni, C. A. C.; & Sena, R. R. (2006). Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600002&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600002&script=sci_arttext&lng=pt).
- Tavares, C. M. M. (2006). A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(2), 287-295.
- Lavado, M. M.; Benito, G. A. V.; Bitdinger, C.; Soares, C. L. S.; & Silva, T. A. V. (2007). Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36(2), 75-81.
- Vincent, S. P. (2007). Educação permanente: componente estratégico para a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(1), 79-85.
- Flôr, R. C.; & Gelbcke, F. L. (2009). Tecnologias emissoras de radiação ionizante e a necessidade de educação permanente para uma práxis segura enfermagem radiológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 766-770.
- Radaelli, P. R. R. V.; & Zavareza, L. G. (2010). Educação permanente em saúde sob a ótica gerencial: enfoque na saúde integral do adolescente. *Revista Espaço para a Saúde*, 12(1), 7-15.
- Jesus, M. C. P.; Figueiredo, A. G.; Santos, S. M. R.; Amaral, A. M. M.; Rocha, L. O.; & Thiollent, M. J. M. (2011). Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 45(5), 1229-1236.
- Tesser, C. D.; Garcia, A. V.; Vendruscolo, C.; & Argenta, C. E. (2011). Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4295-4306.
- Barbosa, V. B. A.; Ferreira, M. L. S. M.; & Barbosa, P. M. K. (2012). Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 56-63.
- Cunha, R. R.; Backes, V. M. S.; & Heidemann, I. T. S. B. (2012). Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 296-301.
- Miranda, M. C. G.; Almeida, B. A.; Aragão, E.; & Guimarães, J. M. (2012). Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação na Saúde e a necessidade de educação permanente. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(1), 82-89.

### **Categoria 04: relacionados à PNEPS (22 artigos)**

- Mancia, J. R.; Cabral, L. C.; & Koerich, M. S. (2004). Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 605-610.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.

- Monteiro, P. H. C.; Barboza, R.; Pupo, L. R.; Batista, K. B. C.; & Escuder, M. M. L. (2007). Avaliação pedagógica nos cursos do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo: fragilidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, 31(3), 336-345.
- Nunes, M. F.; Pereira, M. F.; Alves, R. T.; & Leles, C. R. (2008). A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), 413-420.
- Silvério, J. B. (2008). Programa de educação permanente para médicos de família. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(4, supl. 4), s60-s66.
- Carotta, F.; Kawamura, D.; & Salazar, J. (2009). Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde & Sociedade*, 18(supl. 1), 48-51.
- Cavalcanti, Y. W.; & Wanzeler, M. C. C. (2009). Educação permanente em saúde na qualificação de processos de trabalho em Saúde Coletiva. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 13(1), 13-20.
- Murofuse, N. T.; Rizzotto, M. L. F.; Muzzolon, A. B. F.; Nicola, A. L. (2009). Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3).
- Nicoletto, S. C. S.; Mendonça, F. F.; Bueno, V. L. R. C.; Brevilheri, E. C. L.; Almeida, D. C. S.; Rezende, L. R.; Carvalho, G. S.; & González, A. D. (2009). Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 209-219.
- Sanches, E. N.; Cutolo, L. R. A.; Moresco, G. M.; & Sandri, J. V. A. (2009). Avaliação de um curso de Educação Permanente para os profissionais da Saúde da Família: a visão do egresso. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 38(4), 32-41.
- Mendonça, F. F.; Nunes, E. F. P. A.; Garanhani, M. L.; & González, A. D. (2010). Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde no município de Londrina, Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2593-2602.
- Carvalho, B. G.; Turini, B.; Nunes, E. F. P. A.; Bandeira, I. F.; Barbosa, P. F. A.; & Takao, T. S. (2011). Percepção dos médicos sobre o curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 132-141.
- Mendonça, F. F.; & Nunes, E. F. P. A. (2011). Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 871-882.
- Nespoli, G.; & Ribeiro, V. M. B. (2011). Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(29), 985-996.
- Pinto, I. C. M.; & Teixeira, C. F. (2011). Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(9), 1777-1788.
- Silva, L. A. A.; Franco, G. P.; Leite, M. T.; Pinno, C.; Lima, V. M. L.; & Saraiva, N. (2011). Concepções educativas que permeiam os planos regionais de Educação Permanente em Saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2), 340-348.
- Celedônio, R. M.; Jorge, M. S. B.; Santos, D. C. M.; Freitas, C. H. A.; & Aquino, F. O. T. P. (2012). Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(5), 1100-1110.
- Andrade, S. R.; Meirelles, B. H. S.; & Lanzoni, G. M. M. (2011). Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. *O Mundo da Saúde*, 35(4), 373-381.
- Fortuna, C. M.; Franceschini, T. R. C.; Mishima, S. M.; Matumoto, S.; & Pereira, M. J. B. (2011). Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 10 telas.
- Cardoso, I. M. (2012). “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. *Saúde & Sociedade*, 21(supl. 1), 18-28.
- Rangel, M. L.; Barbosa, A. O.; Riccio, N. C. R.; & Souza, J. S. (2012). Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da educação à distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(41), 545-555.
- Stroschein, K. A.; & Zocche, D. A. A. (2012). Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre experiências realizadas no Brasil. *Trabalho, Educação, Saúde*, 9(3), 505-519.

## **Anexo 2: Termo de Concordância Institucional**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

### **TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL**

O projeto de pesquisa intitulado “Contribuições da Educação Permanente para a transformação das práticas no SUS” está sendo desenvolvido por Pedro Gomes de Lima Brasileiro, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional - UFRGS, sob orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

Solicitamos a sua autorização para a realização desta pesquisa, que se caracteriza enquanto um acompanhamento da experiência de Educação Permanente em Saúde realizada nessa instituição. Ela tem como objetivo analisar os efeitos que a Política de Educação Permanente em Saúde pode produzir na organização e execução do trabalho no SUS. Os dados produzidos visam proporcionar uma melhor compreensão sobre a potência transformadora da educação permanente em saúde, sendo sua participação de extrema relevância.

A participação na pesquisa será voluntária, na qual os participantes terão o direito de desistir da sua participação a qualquer momento. Caso sentirem necessidade os participantes poderão solicitar, a qualquer momento, maiores informações a respeito da pesquisa e de seus objetivos.

Os pesquisadores garantem o caráter confidencial das informações relacionadas à instituição e que o nome dos participantes serão mantidos sob sigilo.

Outros esclarecimentos que se fizerem necessários poderão ser obtidos junto aos pesquisadores: Pedro Brasileiro (51) 8218 9244; Rosane Azevedo Neves da Silva (51) 3308 5465.

Após ter conhecimento do protocolo de pesquisa, autorizo a realização da mesma.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Anexo 3:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – rodas de conversa;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Contribuições da Educação Permanente à transformação das práticas no SUS”, realizada por Pedro Gomes de Lima Brasileiro, aluno de mestrado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva.

A pesquisa tem como objetivo analisar os efeitos que a Política de Educação Permanente em Saúde pode produzir na organização e execução do trabalho no SUS. Os dados produzidos visam proporcionar uma melhor compreensão sobre a potência transformadora da educação permanente, sendo sua participação de extrema relevância.

Sua participação ocorrerá através da participação em um grupo focal, com duração prevista de 1h:30min. O grupo ocorrerá em local adequado, em comum acordo entre o(a) pesquisador(a) e os(as) participantes. O grupo será gravado em áudio para posterior transcrição.

A participação na pesquisa é de caráter voluntário. Não haverá pagamentos ou custos financeiros aos participantes. O anonimato dos participantes da pesquisa será mantido durante todo o processo de coleta e análise dos dados, assim como no processo de divulgação da produção científica. Ao participante será garantida a possibilidade de se recusar a responder alguma questão, interromper a entrevista ou desistir desta sem sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo pessoal.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos telefones: Pedro Gomes de Lima Brasileiro (51 8218 9244); Rosane Azevedo Neves da Silva (51 3308 5465); ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308 5066) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de porto Alegre (3289 2784).

**Aceite de Participação Voluntária**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar dela.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Pedro G. L. Brasileiro  
Mestrando do PPGPSI-UFRGS

\_\_\_\_\_  
Rosane A. Neves da Silva  
Professora do PPGPSI-UFRGS

**Anexo 4:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – entrevistas individuais.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Contribuições da Educação Permanente à transformação das práticas no SUS”, realizada por Pedro Gomes de Lima Brasileiro, aluno de mestrado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva.

A pesquisa tem como objetivo analisar os efeitos que a Política de Educação Permanente em Saúde pode produzir na organização e execução do trabalho no SUS. Os dados produzidos visam proporcionar uma melhor compreensão sobre a potência transformadora da educação permanente, sendo sua participação de extrema relevância.

Sua participação ocorrerá através de uma entrevista semi-estruturada, com duração prevista de 50 minutos. A entrevista ocorrerá em local adequado, em comum acordo entre o(a) pesquisador(a) e o(a) entrevista(o). A entrevista será gravada para posterior transcrição.

A participação na pesquisa é de caráter voluntário. Não haverá pagamentos ou custos financeiros aos participantes. O anonimato dos participantes da pesquisa será mantido durante todo o processo de coleta e análise dos dados, assim como no processo de divulgação da produção científica. Ao participante será garantida a possibilidade de se recusar a responder alguma questão, interromper a entrevista ou desistir desta sem sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo pessoal.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos telefones: Pedro Gomes de Lima Brasileiro (51 8218 9244); Rosane Azevedo Neves da Silva (51 3308 5465); ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308 5066) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de porto Alegre (3289 2784).

**Aceite de Participação Voluntária**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar dela.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Pedro G. L. Brasileiro  
Mestrando do PPGPSI-UFRGS

\_\_\_\_\_  
Rosane A. Neves da Silva  
Professora do PPGPSI-UFRGS