

MARGARETH LUCIA PAESE CAPRA

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO  
SETORIAL E DE PRODUÇÃO DE TRABALHO VIVO EM SAÚDE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em educação.

Grupo Temático: Educação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre

2011

MARGARETH LUCIA PAESE CAPRA

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO  
SETORIAL E DE PRODUÇÃO DE TRABALHO VIVO EM SAÚDE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em educação.

Aprovada em 8 de novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Saúde Coletiva

---

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Micropolítica do Trabalho em Saúde

---

Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto

Universidade Federal da Bahia – Saúde Coletiva

---

Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Educação

---

## **HOMENAGEM**

Ao *Jorge*, presença de amor, confiança e solidariedade. Teu abraço, nas horas mais difíceis, me reanimavam. À *Marina* e *Rodrigo*, filhos-amigos, pelo afeto e por me estimularem a viver esse desafio. A *Florindo* e *Helena*, pais de pura sensibilidade que me ensinaram a ver o mundo com os olhos da alma. Agradeço muito a vocês pelo incentivo, apoio e “torcida” nesse percurso. Obrigada pela tolerância à falta de companhia em tantos e preciosos momentos.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim, por ter me instigado a tantas perguntas e por ter me amparado nos momentos de assombro e desassossego. Você deixou que eu me lançasse ao mar com uma rosa dos ventos e, depois, tirou-me todas as bússolas. Soube esperar com delicadeza aquilo que eu tentava expressar. Cumpriste com o teu papel de educador. Fizeste o que tanto te esforças por ensinar. Esta produção é resultado, em grande parte, do encontro contigo.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, por tudo o que ensaiamos e produzimos juntos. Faço um agradecimento especial aos colegas de trabalho que me acompanharam diretamente nessa construção, participando do grupo focal, debatendo, produzindo junto comigo, vibrando com as descobertas novas, permitindo-se à exposição da alteridade, deixando as forças vivas ganharem corpo e vida. Esse encontro foi pura *afecção* e alegria. Espero estar exprimindo o sensível.

A todos aqueles com quem convivi e aprendi, nas lutas por melhores dias, para a saúde pública de Caxias do Sul – trabalhadores, gestores, educadores, estudantes, lideranças comunitárias, usuários do Sistema Único de Saúde e àqueles com quem dividi inseguranças, desejos e ousadias, em diferentes etapas, nos processos de direção do Sistema Único de Saúde de Caxias do Sul, em especial na gestão liderada por Gilberto José Spier Vargas (prefeito) e por Justina Inez Onzi (secretária municipal de saúde). Sabemos todos que essa luta não tem fim. Proponho, aqui, uma atenção especial à micropolítica.

À Universidade de Caxias do Sul, Centro de Ciências Humanas e Curso de Serviço Social, pela concessão de licença temporária do trabalho na etapa de conclusão desta tese.

Aos colegas do grupo de orientação e do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, pela convivência e pelos compartilhamentos.

Aos gestores e trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, pelas construções pedagógicas propiciadas no processo de implementação de projeto de qualificação das áreas de Ensino e Educação Permanente, que incluiu a formação de educadores/facilitadores em educação em serviço e educação permanente, no período de 2008 e 2009, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde.

Aos grandes mestres do antigo Laboratório de Pesquisa e Administração em Saúde da Universidade Estadual de Campinas, destacando-se Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de

Sousa Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, pelas aprendizagens e pelo privilégio do contato próximo. Ao Túlio Batista Franco e ao Wanderlei Silva Bueno (*in memoriam*), por fazerem de uma consultoria um espaço de pensamento-criação. A você, Wanderlei, um abraço saudoso... Você continua entre nós!

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de um aprender ético e implicado.

Aos professores que participaram da banca de qualificação do projeto de mestrado, Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, Profa. Dra. Naira Lisboa Franzoi e Profa. Dra. Teresa Borgert Armani, pela atenção cuidadosa ao que se armava como tese e pelas importantes contribuições.

Aos professores integrantes da comissão especial que avaliou a indicação de mudança de nível de mestrado para doutorado, Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos, Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi e Profa. Dra. Neusa Maria Guareschi, pelo parecer favorável e pelas proposições apresentadas à qualificação da pesquisa.

Aos professores da banca de exame e avaliação desta tese, Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto e Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos, pela acolhida, pelos apontamentos e reflexões. Senti-me honrada com as suas presenças.

***A pesca milagrosa***

*Então escrever é o modo de quem tem a palavra como isca: a palavra pescando o que não é palavra. Quando essa não palavra morde a isca, alguma coisa se escreveu. Uma vez que se pescou a entrelinha, podia-se com alívio jogar a palavra fora. Mas aí cessa a analogia: a não palavra, ao morder a isca, incorporou-a. O que salva então é ler “distraidamente”. (Clarice Lispector, 1999)*

## RESUMO

Esta tese estuda a Educação Permanente em Saúde num contexto de gestão pública, tomando a educação como estratégia estruturante da ação política de construir *coletivos organizados* em cotidianos de *trabalho vivo* em saúde. A educação responde pela introdução do dispositivo pedagógico na gestão setorial da saúde para a *invenção* de modos de trabalhar em saúde e de gerir o setor público *em defesa da vida*, comprometendo-o com o acolhimento da população nos serviços, com uma prática de cuidado de elevada qualidade e com a efetiva satisfação dos usuários. A educação comparece por suas interconexões com o Trabalho (Educação e Trabalho) e com a Saúde (Educação e Saúde), mas segundo um acoplamento inovador entre Educação e Gestão. Nesse caso, são processos de ativação do pensamento problematizador e a construção de coletivos organizados de produção. A interseção proporcionada pela Educação Permanente em Saúde relaciona formação, gestão, atenção e participação social. No percurso das proposições, da busca e da interpretação de uma realidade em pesquisa, escolheu-se o estudo de caso, a apresentação de uma teoria embasada em dados complexos (narrativas, conversas, memórias e sinalização de formas culturais capturadas em passagens da mídia, de documentos e de entrevistas publicizadas). Duas grandes questões nortearam o estudo: a Educação Permanente em Saúde, em seu engendramento de formas culturais e existenciais que desestabilizem vigências, e a Gestão Pública, como dispositivo de gestão do trabalho para ativar micropolíticas e fluxos de desejo no campo da saúde. Foram investigados processos gestores de um sistema municipal de saúde que objetivaram agenciar movimentos instituintes de uma concepção de poder público e de Estado que dissesse respeito aos seus cidadãos e de uma reconfiguração tecnoassistencial orientada pela integralidade, pelo trabalho em equipe e *em defesa da vida*. A interveniência de uma política de Educação Permanente em Saúde, nessa gestão setorial, pareceu ser ferramenta potente para um processo de “gestão em escuta pedagógica”, que envolveu gestores e coletivos de trabalhadores como formuladores, condutores e avaliadores, coletivos gestão-trabalho que se expuseram à participação social e à necessidade de construção de *práticas de encontro* no trabalho. Foi desenvolvido um estudo de caso articulando diferentes abordagens metodológicas (*triangulação de métodos*), incluindo o componente autobiográfico. Para favorecer a apreensão da realidade no plano micropolítico, a pesquisa lançou-se à escuta das sensibilidades e das intensidades, sugerindo o conceito de *lanternas hápticas* (revisão teórica feita para sentir, não para interpretar) e de *círculos em redes* (rodas de conversação com um grupo de dirigentes de saúde que estiveram à frente da construção de um modelo de atenção e gestão em saúde no município de Caxias do Sul/Rio Grande do Sul, durante duas gestões municipais), além de buscar elementos culturais em fragmentos históricos para mostrar os cenários de base e de movimentação. O caso estudado evidenciou que: não é na ausência de gestão que o trabalho se faz; não é a gestão que controla o cotidiano ou a singularidade de cada encontro trabalhador-usuário; à gestão que almeje instituir novas práticas no setor da saúde cabe disputar novas lógicas e estratégias tecnoassistenciais, garantindo recursos para efetivá-las, mas, antes de tudo, apostando em processos *em ato* (micropolítica do trabalho). A *aprendizagem*, como processo imaterial do trabalho, mas agenciada pela gestão, tal como proporcionado pela Educação Permanente em Saúde, integra a ativação do trabalho vivo, de processos de autoanálise no trabalho e de abertura de espaços relacionais no interior da gestão, o que constrói a introdução da Educação no cotidiano dos serviços de saúde, necessária a uma política pública de saúde de afirmação e em defesa da vida.

**Palavras-chave:** Educação e saúde. Educação permanente. Trabalho em saúde. Gestão em saúde. Saúde coletiva. Sistema Único de Saúde-SUS.

## ABSTRACT

This thesis examines Permanent Education in Health in a public management context, taking education as a structuring strategy of political action for building *organized collectives* in everyday *live work* in health. Education accounts for introducing the pedagogical device into the sectorial management of health for the *invention* of ways of working in health and of managing the public sector *in the defense of life*, engaging it in welcoming the population at work places, with a practice of high quality care and a real satisfaction among users. Education is present because of its interconnections with Work (Education and Work) and Health (Education and Health), although according to an innovative coupling between Education and Management. In this case, they are activation processes of the problematising thought and the building of organized collectives of production. The intersection provided by Permanent Education in Health integrates formation, management, care, and social participation. Along the course of the propositions, the search, and the interpretation of a reality in research, the case study was chosen, a presentation of a theory based on complex data (narratives, conversations, memories, and the signaling of cultural forms captured from media passages, documents and publicized interviews). Two major issues guided the investigation: the Permanent Education in Health, with its engendering of cultural and existential forms which shall unstabilize what is valid, and the Public Management as a work management device for activating micropolitics and streams of desires in the health field. Management processes of a municipal health system, aimed to handle establishing movements of a conception of public power and of State which would refer to citizens and to a techno-assistencial reconfiguration guided by comprehensiveness, team work and *in the defense of life* were studied. The intervening of a Permanent Education in Health policy, in this sectorial management, seemed to be a powerful tool for a “pedagogical listening management” process, involving managers and collectives of workers as elaborators, conductors and evaluators, collectives of work-management that exposed themselves to social participation and to the necessity of building “meeting practices” at work. A case study was developed by articulating different methodological approaches (*triangulation of methods*), including an autobiographical component. For aiding the apprehension of reality in the micropolitical plan, the research used the listening of sensibilities and intensities, suggesting the concept of *haptic lanterns* (a theoretical revision done for feeling, not for interpreting) and *circles in network* (circles of conversation with a group of health managers who had been in charge of the construction of a health care and management model in the city of Caxias do Sul, in the state of Rio Grande do Sul, during two town management periods). The investigation also sought cultural elements in historical fragments to show the base and the movement scenarios. The case study showed that it is not in the absence of management that work is done; it is not the management that controls everyday life or the uniqueness of each meeting between worker and user; any management that wishes to establish new practices in the health sector must contend for new techno-assistencial logic and strategies, providing resources for their accomplishment, but, before all, believing in *in-act* processes (work micropolitics). *Learning*, as immaterial work process, though established by management, and as fostered by Permanent Education in Health, integrates the activation of the live work, auto-analysis processes at work, and the opening of relational spaces inside management, building the introduction of Education in the quotidian of the health services, as needed for a public policy of health of affirmation and in the defense of life.

**Keywords:** Education and Health. Permanent Education. Health work. Health management. Collective Health. Brazilian Public Health System (SUS).



## RESUMEN

Esta tesis estudia la Educación Permanente en Salud en un contexto de gestión pública y toma la educación como estrategia estructurar de la acción pública, de construir “colectivos organizados” en cotidianos del “trabajo vivo” en salud. La educación responde por la introducción del dispositivo pedagógico en la gestión sectorial de la invención de modos de trabajar la salud y de generar el sector público “en defensa de la vida”, comprometiéndose con acoger la población en los servicios, con una práctica de cuidado de elevada calidad y con la efectiva satisfacción de los usuarios. La Educación acude por sus interconexiones con el Trabajo (Educación y Trabajo) y con la Salud (Educación y Salud), pero de acuerdo a un acoplamiento innovador entre Educación y Gestión. En este caso, procesos de activación del pensamiento problematizado y la construcción de colectivos organizados de producción. La intersección proporcional por la Educación Permanente en Salud relaciona formación, gestión, atención y participación social. En el recorrido de las mociones, busca la interpretación de una realidad en la investigación, que eligió el estudio de caso, la presentación de una teoría basada en datos complejos (narrativas, conversaciones, memorias y señalización de formas culturales capturadas en partes en los medios de comunicación y en entrevistas publicitadas). Dos cuestiones grandes orientaron el estudio: la Educación Permanente en Salud en su engendro de formas culturales y existenciales que desestabilizan vigencias y la Gestión Pública como dispositivo de gestión del trabajo para activar micro políticas y flujos de anhelo en el campo de la salud. Fueron investigados procesos gestores de un sistema municipal de salud que objetivaron agenciar movimientos que instituyeron una concepción del poder público y del Estado que tratase al respecto de sus ciudadanos y de una reconfiguración tecno asistencial orientada por la integralidad, por el trabajo en equipo y en *defensa de la vida*. La intervención de una política de educación en salud, en esta gestión sectorial, al parecer fue una herramienta potente para un proceso de “gestión en el oír pedagógico”, que envuelve a gestores y colectivos de trabajadores como formuladores, conductores y evaluadores, es decir, colectivos gestores de trabajo que se expusieron a la participación social y a la necesidad de construcción de “prácticas de encuentro” en el trabajo. Para eso, fue desarrollado un estudio de caso articulado con diferentes abordajes metodológicos (*triangulo de métodos*), que incluyó el componente autobiográfico. Para favorecer la aprehensión de la realidad en el plano micro político, la investigación se originó al oír las sensibilidades y las intensidades que propuso el concepto de “linternas de toque” (revisión teórica realizada para sentir y no para interpretarla) y de “círculos en red” (ruedas de conversación con un grupo de dirigentes de la salud que estuvieron delante de la construcción de un modelo de atención y gestión en salud en el municipio de Caxias do Sul en Rio Grande del Sur, durante dos gestiones municipales), además de buscar elementos culturales en fragmentos históricos para mostrar los escenarios de base y de movimiento. El caso estudiado aclaró que no es en la ausencia de gestión que el trabajo se hace y, también, que no es la gestión que controla lo cotidiano o lo singular de cada trabajador-usuario, que a la gestión que anhele instituir nuevas prácticas en el sector de la salud atañe disputar nuevas lógicas y estrategias tecno asistenciales, garantizando recursos para hacerlas efectivas, pero primero que nada, que apuestan en los procesos en acción (micro política del trabajo). El aprendizaje como proceso inmaterial del trabajo, pero agenciada por la gestión, así como proporcionado por la Educación Permanente en Salud que integra la activación del trabajo vivo, de procesos de autoanálisis en el trabajo y de apertura de espacios relacionados en el interior de la gestión, lo que construyó la introducción de la Educación en el día a día de los servicios de salud, necesaria a una política pública de salud en defensa y de afirmación a la vida.

**Palabras clave:** Educación y Salud. Educación Permanente. Trabajo en Salud. Gestión en Salud. Salud Colectiva. Sistema Nacional de Salud – SNS.

## SOMMAIRE

Cette thèse étudie l'Éducation Permanente en Santé dans un contexte de gestion publique, en prenant l'éducation comme une stratégie structurelle de l'action politique de construire des « collectifs organisés » dans des quotidiens de « travail vivant ». L'éducation répond par l'introduction du dispositif pédagogique dans la gestion sectorielle de la santé pour l'invention de méthodes pour travailler avec la santé et de gérer le secteur publique « en défense de la vie », en le compromettant avec l'accueil de la population dans les services, avec une pratique de soin d'une qualité élevée et avec une satisfaction effective des usagers. L'Éducation prend part à travers de ses interconnexions avec le Travail (Éducation et Travail) et avec la Santé (Éducation et Santé), mais d'après un assemblage innovateur entre Éducation et Gestion. Dans ce cas, des procédés d'activation de la pensée qui causent le problème et la construction de collectifs organisés de production. L'intersection proportionnée par l'Éducation Permanente en Santé met en rapport formation, gestion, attention et participation sociale. Dans le parcours des propositions, d'enquête et d'interprétation d'une réalité dans la recherche, on a choisi l'étude de cas, l'apprésentation d'une théorie basée sur des données complexes (récits, conversations, mémoires et signalisations de formes culturelles capturées dans le média, des documents et des interviews publiés). Cette étude a été orientée par deux grandes questions: l'Éducation Permanente en Santé dans son cadre de formes culturelles et existentielles qui déstabilisent les règles en vigueur et la Gestion Publique comme dispositif de gestion du travail pour activer des micropolitiques et des flux de désir dans le domaine de la santé. Dans cette étude, ont été investigués des procédés gestionnaires d'un système municipal de santé qui avaient pour objectif organiser des mobilisations instituées d'une conception de pouvoir publique et d'État qui concernerait ces citoyens et d'une réconfiguration techno assistante orientée par l'intégralité, par le travail en équipe et *en défense de la vie*. L'intervention d'une politique d'éducation permanente dans la santé, dans cette gestion sectorielle, a semblé être un outil très puissant pour un procès de « gestion dans l'écoute pédagogique », qui a mis ensemble gestionnaires et collectifs de travailleurs comme formulateurs, conducteurs et appréciateurs, collectifs gestion-travail qui se sont exposés à la participation sociale et à la nécessité de la construction de « pratiques de rencontres » dans le travail. Une étude de cas a été développée en articulant différentes approches méthodologiques ( triangulation de méthodes), en incluant le composant autobiographique. Pour favoriser la compréhension de la réalité dans le plan micropolitique, la recherche s'est mise à l'écoute des sensibilités et des intensités, en proposant le concept des « lanternes haptiques » (révision théorique faite pour sentir et pas pour interpreter) et des « cercles en réseaux » (discussion avec un groupe de dirigeants dans le domaine de la santé qui se sont occupés de la construction d'un modèle d'attention et gestion en santé dans la ville de Caxias do Sul – Rio Grande do Sul, pendant deux mandats municipaux). L'étude a aussi recherché des éléments culturels dans des fragments historiques pour démontrer les scénarios de base et de mouvement. Le cas étudié a mis en évidence que ce n'est pas dans l'absence de gestion que le travail se fait, et que également, ce n'est pas la gestion qui contrôle le quotidien ou la singularité de chaque rencontre entre travailleur et usager, que la gestion qui a pour objectif instituer des nouvelles pratiques dans le secteur de la santé doit disputer des nouvelles logiques et stratégies techno assistantes, en assurant des ressources pour les exécuter, mais avant tout, en s'engageant dans des procès sur le coup (micropolitique du travail). L'apprentissage, comme un procès immatériel du travail, mais soutenue par la gestion, de même que proportionnée par l'Éducation Permanente en Santé intègre l'activation du travail vivant, des processus d'autoanalyse dans le travail et de l'ouverture des espaces relationnelles à l'intérieur de la

gestion, ce qui construit l'introduction de l'éducation dans le quotidien des services de santé, nécessaire à une politique publique de santé en défense et d'affirmation de la vie.

**Mots clés :** Éducation et Santé. Éducation Permanente. Travail dans la Santé. Gestion dans la Santé. Santé Collective. Système Unique de Santé.

## LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas em Saúde
Assedisa	Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CES	Centro Especializado de Saúde
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço em Saúde
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cremers	Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAG	Grupo de Apoio à Gestão
GDE	Grupo de Direção Estratégica
HG	Hospital Geral de Caxias do Sul
Idese	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Ipam	Instituto de Previdência e Assistência Municipal
Lapa	Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde
MS	Ministério da Saúde
Numesc	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
Nuresc	Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/SUS	Norma Operacional Básica para o Sistema Único de Saúde

NOB-RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Serviço de Pronto Atendimento
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Proesf	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Promed	Programa de Incentivo às Transformações Curriculares na Graduação em Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
Reforsus	Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
Saca	Serviço de Avaliação, Controle e Auditoria
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Silos	Sistemas Locais de Saúde
SMHAS	Secretaria Municipal de Habitação e Ação Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema de Saúde
UAB	União das Associações de Bairros
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMCA	União das Mulheres Caxienses
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

# Sumário

<b>Apresentação</b> .....	16
<b>Desenhando o eixo problemático do trabalho em saúde</b> .....	22
Primeiros rabiscos.....	22
Armando o pensamento.....	26
Formulando o objeto.....	30
<b>Lanternas hápticas</b> .....	35
<b>O (des)encontro da formação com o trabalho:</b>	
<b>o desafio do engajamento pela mudança</b> .....	35
<i>Do saber prescritivo ao saber inventivo</i> .....	39
<i>Das disciplinas ao trabalho em equipe</i> .....	43
<i>Do aprender funcional ao aprender ético e implicado</i> .....	48
<b>A perspectiva colegiada do trabalho: governos e autogovernos</b> .....	57
<i>Estratégias technoassistenciais e de gestão setorial na saúde</i> .....	62
<i>A gestão de coletivos na reinvenção da saúde</i> .....	68
<i>O trabalho em saúde no contemporâneo</i> .....	74
<b>O dispositivo pedagógico em cotidianos vivos:</b>	
<b>a introdução do inventivo no trabalho</b> .....	81
<i>A imagem da integralidade</i> .....	85
<i>Círculos em redes</i> .....	91
<i>A Educação Permanente em Saúde</i> .....	97
<b>O percurso metodológico na prática</b> .....	103
<b>Correntes de conversações e ativação de trabalho vivo no setor da saúde</b> .....	110
<b>Movimento das águas: fluidez, vazantes e encharcamento</b> .....	110
<b>Nascentes e contracorrentes: esboço de uma hidrografia</b> .....	114
<b>Corredeiras e águas pulsantes: não se detém um processo em coprodução</b> .....	129

<b>A Educação Permanente em Saúde como dispositivo no trabalho</b> .....	143
<b>Gestão em saúde e potência de movimento pela educação</b> .....	143
<i>A consultoria</i> .....	154
<i>A Educação Permanente em Saúde como iniciativa local</i> .....	164
<b>Aprendizagens, vazios e vetores</b> .....	174
<b>Novas correntes: a gestão pedagógico-inventiva da saúde</b> .....	212
<b>Referências</b> .....	224
<b>Apêndices</b> .....	238
<b>Apêndice A – Texto de apoio para a narrativa escrita</b> .....	238
<b>Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	240



## Apresentação

O problema desta tese articula Educação e Saúde e Educação e Trabalho, particularmente sob o desígnio da Educação Permanente em Saúde, na sua interface com a gestão pública no setor da saúde.

Nos territórios da Educação em Saúde e da Saúde Coletiva, a tese configura um campo de novos possíveis, particularmente na gestão pública, tendo em vista o trabalho, seja no âmbito organizacional, seja no âmbito de seus profissionais/trabalhadores e de seus usuários. O problema desenhado aporta um exercício de interrogação e análise do trabalho em saúde com a interveniência da educação, tomando o trabalho como produção de práticas de vida, em que a educação se coloca como *agência* (mote e motor) à conformação complexa de realidades e caminho para o desenvolvimento institucional, coletivo e individual.

Para fugir dos olhares já conhecidos e dos modos de pensar e perceber – que, de tão acostumados, são considerados naturais – e para pensar de forma diferente, fazer circular ideias que atravessassem esses pensamentos naturalizados/naturalizantes e que abalem as certezas, fazendo deslizar para a ambiência da invenção e do inédito, foi necessário optar por um método de pesquisa que pudesse favorecer a almejada produção de novidades. Nessa direção, para apoiar a experiência com problematizações, foi escolhido o estudo de caso com triangulação de métodos. Um componente autobiográfico possibilitou que a própria pesquisadora também fosse lançada no campo de observação, em situação de arriscar-se a entender o seu próprio percurso e o seu processo de observar, ancorada numa dinâmica de conversações. Foi uma condição que exigiu escuta sensível, ideias fluidas e observação atenta para se colocar em alteridade com as intensidades e sensibilidades das zonas de insegurança e de fronteira.



Ao tentar jogar *luz* sobre algum dado, iluminá-lo, era necessário não perder a dimensão de outro órgão dos sentidos (*o corpo tátil/corpo vibrátil*); não apenas *olhar* para a realidade, mas tomar sua micropolítica, seus pontos de abertura, fechamento, linhas de fuga e recombinações. Foi inventado um dispositivo-metáfora para compor a maleta de ferramentas de pesquisadora na expedição investigativa: *lanternas hápticas*. Estas foram pensadas como um recurso para produzir um *conhecimento aproximativo*, segundo uma *sensibilidade háptica* (focos de luz e tato), que ativasse a capacidade de ver e a de *pegar/apreender*, submetendo às avaliações sensíveis e sensitivas, impelindo à incessante problematização.

No campo das ciências sociais e humanas na saúde, inúmeras abordagens e proposições enfrentam teoricamente as dificuldades que impedem a concretização do ideário sanitário, protagonizado desde o movimento brasileiro de Reforma Sanitária – a saúde como um direito de cidadania – e que demanda a recomposição das práticas sanitárias, de modo a torná-las mais integradas às necessidades e aos direitos dos usuários/cidadãos. Num contexto de muitos tensionamentos sobre as necessidades de mudança para qualificar o ensino das profissões na saúde, a gestão do trabalho, a atenção em saúde e o controle social, está situado o tema da integralidade como questão da política de saúde, apontando diversos desafios para a transformação do modelo médico-hegemônico, que conforma, de um lado, uma visão biologicista para o cuidado em saúde e, de outro, uma visão gerencial reducionista para o trabalho no setor da saúde.

Embora tenha havido avanços nas lutas pela defesa da saúde como direito de cidadania, como a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e as propostas alternativas para a sua consolidação, o cuidado integral ainda é mais um desejo do que uma realidade. De um lado, há o *descompasso* da formação profissional e, de outro, estratégias e processos gestores não condizentes com a complexidade do sistema de saúde.

No ensino das profissões da saúde, encontramos o predomínio de formas centradas no aprendizado-prescrição e na informação biológica do processo saúde-doença, que têm levado à perda da integralidade e da humanização, por reduzirem a formação ao domínio de conhecimentos formais direcionados às regulações hegemônicas centradas em procedimentos. O que se observa é a despreocupação com o domínio de tecnologias do trabalho e a falta de abertura dos processos de ensino-aprendizagem para pensar o próprio trabalho e o cotidiano vivo, no qual são operadas as diferentes profissões e ocupações, como também a falta de atenção às reinvenções que se efetuam, em ato, nos processos de trabalho. É uma lógica de atenção à saúde fundada no núcleo específico e reduzido de cada disciplina profissional, que supervaloriza os procedimentos técnicos, não assume a complexidade do trabalho multi, inter

e transdisciplinar e não dá centralidade às necessidades dos usuários. São questões que evidenciam a necessidade de conceber noções de educação e trabalho como invenção permanente de mudanças e como orgânicas do aprender coletivo e significativo que pode se instaurar no cotidiano.

No tocante à gestão, as dicotomias impostas pelas racionalidades gerenciais e disciplinares hegemônicas têm constrangido, de modo significativo, o trabalho em saúde, que é, cotidianamente, desafiado a defender a vida, em todas as suas dimensões, e clama por mudanças nas práticas de assujeitamento vigentes. Há necessidade de dispositivos capazes de propor, a partir dos limites profissionais, outros planos de criação, apostando na vitalidade dos cotidianos.

Mesmo que no cenário brasileiro existam muitas propostas voltadas ao estudo da organização dos serviços e da conformação das práticas sanitárias com a orientação e a busca de novos referenciais e caminhos que sejam capazes de superar a crise do modelo hegemônico da medicina científica, é preciso ter claro que nenhum modelo, norma ou decreto é capaz de impor o rumo a ser seguido à reconfiguração das práticas nos cotidianos vivos em que o trabalho ganha materialidade. Nenhum planejamento, por mais estratégico e participativo que seja, consegue dar conta da complexidade que envolve a gestão e a produção do cuidado em saúde. Governo e autogovernos coexistem, e mudanças de ordem micropolítica coengendram estruturas, o que leva a entender que não são as iniciativas de governo ou os modos de atuar em oposição que configuram as práticas. Não é na ausência de gestão que o trabalho se faz, tampouco é a gestão que controla o cotidiano ou a singularidade de cada encontro trabalhador-usuário. Por isso, apenas se podem disputar novas lógicas de atenção e gestão no mundo do trabalho em saúde e apostar nos processos em ato.

Essa compreensão faz pensar a necessidade de inventar ferramentas e dispositivos potentes para indagar os instituídos, fazer circular novos fluxos de desejo e ativar processos capazes de constituir trabalhadores/atores protagonistas, implicados e desejantes, com capacidade de produção de si e de coletivos na formação, na gestão, na atenção e no controle social do setor. Faz pensar em outros modos de subjetivação, atenção à saúde, descentralização da gestão, invenção de redes de cuidado e redes sociais, que possam armar e forjar novos olhares para reacender a capacidade reflexiva e inventiva, considerando, especialmente, a potencialidade que porta a *micropolítica do trabalho vivo em ato* na saúde.

A questão/desafio para a gestão na saúde é que não há como reinventar a saúde sem questionar permanentemente a experiência instituída com vistas à desnaturalização da realidade, mesmo quando se trata de trabalhadores ou gestores comprometidos com os

processos de mudança. Não basta operar funções administrativas pensadas verticalmente com um cunho mais horizontalizado nos espaços coletivos de gestão, pois, entre as concepções dos gestores e a prática, há sempre atores instituintes (os trabalhadores) que, o tempo inteiro, nos seus espaços de autonomia, disputam conceitos, contraconceitos, valores e interesses. Sendo o trabalho um lugar sempre inacabado, que não é só de execução, mas de criação permanente, torna-se necessário discutir a gestão em saúde por meio de novas racionalidades que possam elevar a qualidade do trabalho, considerando a própria experiência (a escuta do fazer) e a historicidade dos trabalhadores.

Esta tese reafirma que é necessário ativar a experiência da problematização *do e no* trabalho em saúde, considerando que a reconfiguração das práticas requer que sejam criados dispositivos que auxiliem os coletivos de trabalho a interrogar permanentemente os processos de trabalho. Adensando esse entendimento, assinalo o lugar da Educação Permanente em Saúde na gestão do trabalho como intensidade de gestão do setor ou dos serviços de saúde, utilizando como *lanternas hápticas* as interfaces educação-saúde e educação-trabalho para pensar os desafios da gestão colegiada e a aprendizagem inventiva em cotidianos vivos do trabalho. Apresento um olhar sobre como a Educação Permanente em Saúde pode operar no contexto do trabalho e sobre como um dispositivo pedagógico pode disparar políticas de subjetivação e práticas mais implicadas com a construção da integralidade.

O estudo da Educação Permanente em Saúde, apoiado nas concepções de trabalho vivo e aprendizagem inventiva, visa a contribuir com o esforço de adensamento teórico sobre a aprendizagem e o trabalho e sobre sua processualidade incessante: o cotidiano vivo no qual operam relações de aprendizagem e relações profissionais. A pesquisa da tese tratou de investigar particularmente a potência do dispositivo pedagógico e intercessor da área da Educação, para desencadear transformações nas práticas da gestão e da atenção em saúde e fazer emergir devires e experiências criativas, capazes de enfrentar os problemas existentes na realidade.

O estudo de caso abrangeu o olhar (e o *corpo*) de gestores que tomaram a Educação Permanente em Saúde como dispositivo para a mudança do modelo tecnoassistencial num sistema local de saúde, os quais, oito anos depois, estavam em diferentes postos de trabalho, afastados da gestão pelas trocas de governo. Essa condição ajudou a construir *cartografias* e a pensar os territórios da educação e do trabalho em suas interconexões e intercruzamentos, agregando contribuições aos conhecimentos que vêm sendo produzidos pelas pesquisas dedicadas à identificação de dispositivos políticos e pedagógicos comprometidos com a mudança dos modos como é praticada a formação, a atenção e a gestão na saúde.

Foi possível constatar uma linha de força na luta pela integralidade, para romper as dicotomias, as fragmentações e os reducionismos na saúde; o engendramento de formas culturais e existenciais em rodas locais e *redes de rodas*, do local ao nacional, funcionando como vetores à desestabilização dos modos cristalizados de se produzir o cuidado; e, também, identificar a potência das micropolíticas orientadas pelos valores da integralidade, por meio da gestão, segundo a concepção da Educação Permanente em Saúde.

O estudo também apresenta contribuições nos aspectos metodológicos, dada a sua peculiaridade investigativa: um estudo de caso em busca de dados complexos da realidade, em um percurso construído por um coletivo ampliado de pesquisa, operado em rodas de conversações. Uma experiência que convocou *estados de invenção*, em que pesquisadora e pesquisados foram desafiados a se deixarem atravessar pelas inquietações emergidas da revisita/problematização do seu vivido. A triangulação do olhar da pesquisadora, que mesmo estando dentro do território estudado se propôs ao *olhar estrangeiro*, apoiou-se em rodas de conversações, buscando entremear o olhar dos outros com o seu próprio olhar, num esforço, não de captar respostas sobre o porquê de fazer isto ou aquilo, mas de apreender em alteridade processos que pudessem apresentar saídas para novas experimentações e inventividades. Uma apreensão da realidade, portanto, que dependeu tanto da capacidade de captar as percepções e representações quanto das texturas sensíveis que se ofereceram às sensações.

A tese esboça o problema de pesquisa em *Desenhando o eixo problemático do trabalho em saúde*, ancorando-se em estudos teóricos para situar o território em análise e os desafios metodológicos que se colocam. Então, organiza-se um capítulo intitulado *lanternas hápticas* para sistematizar três grandes tópicos/problematizações. O primeiro é *O (des)encontro da formação com o trabalho: o desafio do engajamento pela mudança*, que apresenta reflexões sobre o saber inventivo, o trabalho em equipe na produção do cuidado em saúde e as noções e os caminhos que se interpõem no agir implicado. O segundo – *A perspectiva colegiada do trabalho: governo e autogovernos* – trata o tema dos problemas e tensionamentos relacionados às estratégias tecnoassistenciais e de gestão, discutindo a gestão de coletivos na reinvenção da saúde e o trabalho em saúde no contemporâneo. O terceiro, *O dispositivo pedagógico em cotidianos vivos: a introdução do inventivo no trabalho*, tece noções e questões sobre a imagem da integralidade e dos círculos e redes para pensar a potência das ligações entre a educação e o trabalho em saúde, na ativação de mudanças nas práticas setoriais, sob a orientação da integralidade. Ainda, discorre sobre a Educação Permanente em Saúde como interrogação do cotidiano e como estratégia política do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores.

Esses eixos geradores de tematização são seguidos das bases que orientaram o percurso metodológico, descritos como *O percurso metodológico na prática*, destacando que a produção do estudo aconteceu como um movimento das águas, uma maneira de não se cansar de ir e vir às margens, pelo desfrute das sensações advindas dos interstícios das ondas e das calmarias, para chegar a uma *cartografia* e não necessariamente a uma verdade ou certeza.

Com esse horizonte, vem o capítulo *Correntes de conversações e ativação do trabalho vivo no setor da saúde*, que explica o que seria esse viajar inquieto por entre as águas, desenhando processos em movimento nas marés da saúde – *Movimento de águas: fluidez, vazantes e encharcamento; Nascentes e contracorrentes: esboço de uma hidrografia; Corredeiras e águas pulsantes: não se detém um processo em coprodução* – para pensar as possibilidades de vitalização do mundo do trabalho na saúde.

O último capítulo – *A Educação Permanente em Saúde como dispositivo no trabalho* – apresenta *Gestão em saúde e potência de movimento pela Educação; Aprendizagens, vazios e vetores* e *Novas correntes: a gestão pedagógico-inventiva na saúde* para discutir a Educação Permanente em Saúde como vetor de mudanças em processos gestores de um sistema local de saúde, lançando novas correntes, não para concluir, mas para (re)ligar Trabalho e Educação na saúde.



## Desenhando o eixo problemático do trabalho em saúde

### Primeiros rabiscos

Foi muito difícil escrever. Acho que se tratou do medo de reduzir ou simplificar realidades complexas ou o medo de percorrer caminhos ainda não conhecidos. Pode ainda ter se sido o medo de suspender o devaneio das possibilidades e selecionar uma rota. Sentia-me instigada a muitas reflexões e me via cheia de incertezas sobre um percurso a escolher.

A dificuldade começou com a necessidade de delimitar o objeto de estudo, considerando que são muitos os temas e as interrogações que emergem simultaneamente quando me debruço sobre minha temática e suas inspirações, pois latejam em mim vibrações dispersas, tornando difícil estabelecer um recorte ou enfoque.

É verdade que são muitos anos de experimentação. Entretanto entendo que, no meu caso, as dificuldades não se devem à extensão temporal, mas às multiplicidades de práticas e afecções concernentes a essas experimentações. O que me encorajou foi justamente o entendimento de que a dificuldade de focalização e a condição de enxergar múltiplas e borradas imagens de pensamento poderiam, ao mesmo tempo, constituir-se em potência.

Na primeira tentativa de organizar um desenho para o projeto de pesquisa, fui surpreendida pelas palavras de meu orientador. Tomando emprestadas as palavras de Suely Rolnik sobre a escrita, dizia ele que era preciso deixar correr os primeiros jatos de água da torneira para sair a água enferrujada, os detritos, os entulhos e, então, vazar a autoria e a água limpa (ou leve). Precisei silenciar por mais um tempo, mais do que já havia feito; apaziguar a turbulência e fazer leituras mais fluidas, para, então, poder dar passagem a novos sentidos, sensações e pensamentos.

Havia muita coisa para dizer e escrever, mas, ao mesmo tempo, havia um vazio e um silêncio. Um silêncio que não é propriamente tranquilidade. Havia nele uma convocação que obrigava pensar e, às vezes, calar. Eram sensações que fervilhavam, corroíam, entortavam e, ao mesmo tempo, faziam enxergar algo de novo. Era um silêncio que pedia devir.

Empreendi aproximações com a literatura, particularmente com os escritos de Clarice Lispector, que me levou a pensar que, para escrever, eu precisaria me envolver com a realidade mais delicada e menos visível aos olhos, teria que aprender a ler mais *distraidamente*. Foi quando senti que precisava de outras ferramentas para transitar com mais leveza sobre o meu vivido e me permitir o contato com outras vibrações. Uma espécie de contato com o vazio para acolher modos de ver/ouvir/sentir que não estivessem prontos, já lá, para, então, quem sabe, poder *pescar as entrelinhas*, detectar o texto que aguardava criação.

Pensar sobre o meu vazio levou-me à imagem do espelho. Precisei olhar para ele, sem, contudo, enxergar apenas o meu próprio contorno. Foi preciso atravessá-lo com leveza para poder perceber seus mistérios e, assim, mediante o encontro com o vazio que há no espelho, recriar minha imagem, fazer vibrar e tornar possíveis outras imagens e sensibilidades.

Lispector (1999) fala dos espelhos, alertando que é preciso muita delicadeza para não atravessá-lo com a própria imagem, pois somente o espelho vazio é o espelho vivo. Ela compara o espelho com a bola de cristal utilizada como campo de meditação dos videntes, pois o espelho pode arrastar para o vazio, para o campo de silêncios e da criação.

Para olhar o espelho e perceber os seus mistérios, tive que olhá-lo fazendo a isenção de mim mesma; olhá-lo sem me ver. Mergulhar no seu espaço transparente, com tal ausência de mim, que me permitisse captar a sucessão de escuridões que ele oferece e entender a sua violenta ausência de cor para, então, recriar-me. Para a escritora, um único espelho é uma infinidade de espelhos: bastariam dois deles para se ter uma mina de imagens, “um reflete o reflexo do que o outro refletiu, num tremor que transmite em mensagem intensa e insistente *ad infinitum*, liquidez em que se pode mergulhar a mão fascinada e retirá-la escorrendo de reflexos, os reflexos dessa dura água” que é o espelho (ibidem, p. 12).

Esse é o movimento que me impus a fazer: olhar o espelho, deixando refletir os vários reflexos, tentando não deixar nele as marcas e o vestígio da minha própria pré-imagem. O que queria, com a pesquisa em Educação, era a possibilidade de enxergar outras imagens, descobrir outros mundos e dar expressão e sentido a outras sensações que pulsavam, muitas vezes, em curto-circuito, e que a retina dos olhos não conseguia captar. Um movimento similar ao trabalho do artista que, tal como *Alice no País das Maravilhas*, tem que atravessar o espelho da retina para alcançar uma expressão mais profunda.

Rolnik (2006) refere que cada um de nossos órgãos dos sentidos é portador de uma dupla capacidade que acontece em relação paradoxal: uma capacidade cortical, que corresponde à percepção, e outra subcortical, que se apresenta sob a forma de sensações. Associada ao tempo, à história dos sujeitos e à linguagem, a percepção possibilita apreender o mundo em suas formas e atribuir sentidos por meio das representações que dispomos. Já a outra capacidade, denominada pela autora como “corpo vibrátil”, permite apreender a condição da alteridade, das forças vivas que nos afetam e se manifestam em nosso corpo sob a forma de sensações, tomando a presença do outro como parte integrante de nossa textura sensível, fazendo parte de nós mesmos.

Para Rolnik (2006), da relação entre essas duas capacidades, desencadeia-se uma crise, pela necessidade de criar formas de expressão para as sensações que não são possíveis de expressar por meio das representações disponíveis. Essa crise e a tensão dessa relação paradoxal impulsionam continuamente a potência de criação, mobilizando pensar/agir de modo a transformar o contexto subjetivo e objetivo. A autora entende que a perspectiva que se coloca entre esses dois tipos de olhares, o da percepção e o das sensações, é a dinâmica que constitui a natureza das cartografias que consideram a micropolítica nos movimentos de criação da realidade de um determinado contexto histórico.

A formação na graduação em Serviço Social contribuiu para aperfeiçoar o olhar em relação aos condicionantes da vida social e para ampliar o compromisso com a afirmação dos direitos de cidadania, e com a defesa de políticas públicas correspondentes. Especialmente desde os anos 1980, essa profissão tem buscado superar as visões *heróicas* ou *fatalistas* inspiradas em análises que naturalizam a realidade social e que conferiram, nas suas origens, compreensões ingênuas acerca da *questão social* e das possibilidades do exercício profissional. Na contemporaneidade, implicado com os movimentos de luta pela democratização da sociedade e do Estado, o Serviço Social brasileiro tem defendido um projeto ético-político profissional que aponta uma nova perspectiva à formação, à produção de conhecimentos e ao trabalho em Serviço Social, pautando um forte posicionamento em favor do trabalho e dos trabalhadores, da liberdade, da democracia, da equidade, da justiça social e da garantia de universalização dos direitos de cidadania, o que impõe, no plano político, uma discordância com as relações econômicas com que o capitalismo propõe o social e o engajamento em lutas em direção a uma forma de desenvolvimento inclusiva.

Para se alcançar formas de sociabilidade que pautem a liberdade e a radicalização da democracia, sem dúvida, são necessárias transformações estruturais e a conformação de novas políticas sociais, o que significa romper com as práticas conservadoras e engajar-se em lutas



comprometidas com essas mudanças. Nesse plano, a formação em Serviço Social contribuiu significativamente para a minha participação na construção de uma nova política no campo da saúde. O que desejo destacar, aqui nesses primeiros rabiscos, é que tenho aprendido, em especial com Félix Guattari, Gilles Deleuze, Michel Foucault e Suely Rolnik, que um sistema *capitalístico* é nutrido pelos processos de subjetivação que são fabricados, modelados, ofertados e consumidos nos sistemas sociais, reproduzindo a captura das singularidades e a imposição de papéis padronizados, normalizados, serializados, além de investirem na individualização e culpabilização. As diferentes exposições e experimentações que o mundo do trabalho têm me propiciado forçam-me a pensar a organização social, levando em consideração a força da micropolítica, em sua articulação com as políticas sociais na produção da realidade.

Um curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde, concluído em 2003, mobilizou o meu retorno ao ensino acadêmico. De outra parte, a passagem em atividade de tutoria no Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública, no período de 2004 a 2005, tornou mais intenso o meu interesse em relação à temática da Educação Permanente em Saúde.

Ao assistir a uma palestra de Madel Luz (durante o Seminário Gestão da Integralidade: Ensino, Pesquisa, Produção e Disseminação de Conhecimentos em Saúde, Universidade de Caxias do Sul, 2005), quando a mesma se reportava ao tema da transdisciplinaridade no campo da saúde coletiva, senti tornar-se forte o desejo por uma pós-graduação para que eu pudesse articular serviço social, saúde, educação permanente em saúde, saúde coletiva e ciências humanas. Ela falava sobre os tempos contemporâneos em relação à produção do conhecimento científico; entre outros aspectos, da facilidade com que os estudantes, logo após seus processos formativos de graduação, faziam mestrado e, logo em seguida, doutorado, muitas vezes, sem ter tido as oportunidades de vivência no mundo do trabalho. Naquela oportunidade, muito me interroguei sobre a importância e a potência dos processos de aprendizagem vividos nos espaços do trabalho.

Uma extensa atuação no setor da saúde pública, particularmente no núcleo condutor da gestão municipal da saúde de Caxias do Sul, em período imediatamente posterior à implantação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), oportunizou-me a participação em um denso processo de lutas e embates na construção local do Sistema Único de Saúde. Essa caminhada, em particular na SMS de Caxias do Sul, caracteriza-me, muitas vezes, como uma pessoa *histórica*, o que se evidencia quando sou procurada por estudantes e pesquisadores interessados em temas que englobam a transversalidade com a evolução histórica do SUS no

município. Entretanto, nesta produção, não é propriamente sobre a história evolutiva da SMS que pretendo discorrer, mas sobre as territorialidades que foram possíveis em percursos gestores orientados pelas concepções da Educação Permanente em Saúde (EPS), emergentes na organização de um sistema de saúde comprometido com a mudança política das práticas institucionais.

Minha inserção na área da Educação foi agenciada por diferentes inquietações relacionadas a uma história de trabalho no campo da saúde. A escolha pela Educação e pela linha de pesquisa Psicopedagogia, Sistemas de Ensino/Aprendizagem e Educação em Saúde não aconteceu ao acaso; ao contrário, seria o território propício para fazer percursos diferentes ou, pelo menos, perceber, nos caminhos já percorridos, modos diferentes de olhar. A pós-graduação, nesse espaço, poderia lançar luzes ao vivido, lançar novas interrogações e disparar novas práticas.

### **Armando o pensamento**

Transitar por outros lugares, diferentes daqueles a que já estamos acostumados, para descobrir coisas novas, requer uma atitude de coragem. Vagar por caminhos ainda desconhecidos e transpor limites, conforme Cowan (1999), significa ter que enfrentar o medo do que se poderá encontrar; o mesmo medo que aterroriza um viajante ao fazer percursos além dos limites por ele já conhecidos.

Eu sabia que, além de me permitir transitar em zonas de insegurança e em lugares de fronteira, teria que aprender a lidar com as incertezas próprias desses lugares, renunciar e abdicar de muitas coisas que aprendi, para dar oportunidade a novos textos e contextos, sabendo, inclusive, que os novos aprendizados são, também, sempre provisórios.

Dessa maneira, além de estar disposta a conviver com o medo e com as incertezas, precisei, antes de tudo, reeducar minha sensibilidade, para poder, em alteridade, deixar-me afetar por novas conexões, inclusive aquelas movidas pelo próprio desejo de revelar o que vinha acontecendo comigo. Somente ficando em jejum de mim mesma conseguiria experimentar novas formas de contato e dar língua e expressão às sensações que não conseguia formular. Entregar-me para esse estranhamento de mim e desprender-me de antigas identidades e repertórios seriam condições para poder reinventar-me e aprender outras cartografias.

Precisei de uma escuta sensível e de uma observação atenta para que, com o meu “olho vibrátil”, conceito inventado por Rolnik (2006), pudesse captar o desmanchamento de minha antiga forma e, então, mergulhar em outras intensidades e sensibilidades necessárias à minha própria reinvenção. Distraída de mim, prestando mais atenção e seguindo em direção de um campo mais amplo, vagando em ideias fluidas e em novos pensamentos, seria colocada em outra perspectiva de experimentação.

Optar por um processo de investigação apoiado na triangulação de métodos certamente não reduziria o campo de dificuldades. Diante dessa escolha, definir por onde começar e quais linhas de rota seguir seriam as primeiras decisões a tomar.

Recorri mais uma vez aos escritos de Lispector. Ao se referir à arte da pintura, a escritora nos diz que a obra do pintor começa por não recluir, inclusive, a simetria, mas necessitará de coragem ou experiência para revalorizá-la, uma vez que “facilmente poderia imitar o *falso assimétrico*” (LISPECTOR, 1999, p. 11). A simetria, embora buscada, não é dogmática; é mesmo hesitante. Assim, a esperança do encontro entre duas assimetrias, como simetria futura, não constrange os encontros, mas permite o ar despojado e a delicadeza de coisa vivida e depois revivida; não a ilusão da perfeição, nem mesmo quanto às formas. Na perspectiva da escritora, o pintor cria o material antes de pintá-lo. A madeira torna-se tão imprescindível para sua pintura como o seria para um escultor de madeira e, embora a obra se torne compacta, nela “foram esfoladas aberturas, rasgadas quase por unhas” (ibidem, p. 12). E é através dessas brechas, diz ela, “que se vê o que está dentro de uma síntese” (p. 12).

O marinheiro, da mesma forma que o pintor, antes de cada viagem, estuda minuciosamente seus mapas e cria a imagem do caminho a percorrer, mas cada passagem pelas águas do oceano, dependendo de sua capacidade de visão e das possibilidades de deixar-se afetar pela própria experiência, será diferente e inédita, nunca redutível à projeção das imagens dos lugares que os mapas previamente estudados poderiam propiciar. Para os navegantes, os pontos cardeais são os pontos de referência, e a rosa dos ventos, por eles inventada, indica os pontos cardeais e as coordenadas geográficas.

Ao fazer uma analogia com o trabalho do navegador, considerando que, para ele, encontrar os pontos cardeais é condição indispensável para a execução de sua atividade, surge outra pergunta: quais seriam os pontos de referência indispensáveis para o trabalho de um pesquisador?

No meu caso, pensei que poderia imaginar uma forma de utilização da rosa dos ventos, diferente do modo com que usualmente é utilizada para marcar os pontos cardeais. Considerando que cada mapa pode conter vários mapas e também dar origem a outros tantos,

a opção foi por uma *rosa dos ventos flexível ao manuseio*, que pudesse ser colocada permanentemente em movimento no mapa de acordo com os ventos, os contextos e as possibilidades presentes em cada momento.

Essa orientação, no entanto, ao mesmo tempo em que exigiria abrir mão de muitas certezas, exigiria treino e preparo para que eu pudesse me constituir nessa etapa de minha existência, pois, além de sujeito interessado na pesquisa, estaria inevitavelmente colocando-me em autoanálise.

Foucault (2004a), em seus estudos sobre “as artes de si mesmo”, voltados à compreensão da estética da existência e do domínio de si e dos outros na cultura greco-romana, identificou que a escrita desempenha um papel importante como forma de exercício pessoal, necessário à arte de viver. A escrita seria, para ele, um treino e um exercício de si, comportando abstinências, memorizações, exames de consciência, meditações, silêncio e escuta do outro; uma etapa essencial ao processo de elaboração dos discursos recebidos e reconhecidos como verdadeiros em princípios racionais de ação. Com uma função *etopoiética* (expressão encontrada por Foucault em Plutarco), opera a transformação da verdade em *ethos*, em maneira de ser e de se conduzir.

Da mesma forma que Foucault toma a escrita como operadora da constituição de si, aborda a ética do cuidado de si como prática da liberdade, entendendo que deve haver uma prática que o autor denomina de ascética, no sentido de que é preciso todo um trabalho de si sobre si mesmo para a autoelaboração e a constituição de um certo modo de ser (idem, 2004b, p. 265). Para o pensador, a escrita, como uma forma de preparo de si, arma aquele que escreve. Como exercício pessoal, é uma arte da verdade díspar: “[...] uma maneira racional de combinar a autoridade tradicional da coisa já dita com a singularidade da verdade que nela se afirma e a particularidade das circunstâncias que determinam seu uso” (idem, 2004a, p. 151). Trata-se, então, de uma relação díspar que não exclui a unificação, pois significa unificar fragmentos heterogêneos pela subjetivação no exercício da escrita.

Foucault (ibidem, p. 152) recorre às metáforas de Sêneca como a coleta do néctar pelas abelhas e a digestão dos alimentos: “não soframos quando nada daquilo que entra em nós permanece intacto, por medo de que ele jamais seja assimilado. Digiramos a matéria: caso contrário, ela entrará em nossa memória, não em nossa inteligência [...]”. Assim como se forma a adição de algarismos em uma soma, “unamo-nos cordialmente aos pensamentos do outro e saibamos fazê-los nossos, visando a unificar cem elementos diversos tal como a adição faz, de números isolados, um número único”.

O papel da escrita, de acordo com a metáfora da digestão, é constituir um corpo, não doutrinário, mas um corpo que, ao transcrever suas leituras, delas se apropria e faz a sua *rosa dos ventos flexível*. É nesse sentido que a escrita pode transformar a coisa vista ou ouvida *em forças de sangue*, tornando-se ao próprio escritor um princípio de ação racional. Ressalta, ainda lembrando Sêneca, que “ao se escrever, se lê o que se escreve, do mesmo modo que, ao dizer alguma coisa, se ouve o que se diz” (FOUCAULT, 2004a, p. 152-153); o que o leva a pensar que o próprio gesto da escrita age sobre aquele que escreve, além de agir, pela leitura e releitura, também sobre aquele que recebe. Foucault diz que, para Sêneca, é preciso criar a própria alma no que se escreve, mesmo fazendo reconhecer a semelhança natural e a filiação dos pensamentos que nela ficaram gravados, assim como Foucault remete a comparação à unidade de um coro que se apresenta com uma mistura de várias vozes: agudas, graves e médias, timbres de homens e de mulheres.

Dessa perspectiva e ciente da singularidade dos mapas e das verdades que as escritas podem conter, procurei posicionar-me no ponto de partida, com a minha flor-de-lis (flor que inspirou a criação da rosa dos ventos), organizando alguns referenciais que denominei *lanternas hápticas* e que penso como *dispositivos transdutores*, para serem usados como focos de *luz e tato* diante das imagens escuras e sombrias de documentos, narrativas, conversas, sensações, memórias e grupos focais.

O tema escolhido colocou-me numa situação de combate e num território amplo e cheio de bifurcações. Então, parecia prudente fazer alguma referência prévia, ainda que muito breve, a um campo de pressupostos ligados à minha pergunta de pesquisa. No meu caso, ao fazer essa construção, considerei a noção de rede teórica de Foucault (2000a, p. 102), que, antes de ser um grupo de conceitos supostos como fundamentais para forjar modelos teóricos estáveis, é um conjunto de enunciados que figuram conceitos plurais, que se encadeiam, se entrecruzam, interferem uns nos outros, se buscam uns nos outros, se dispersam e, assim, se constituem em uma mesma techedura.

As *lanternas hápticas* seriam, para mim, a oportunidade de uma visibilidade háptica, visão tátil, capacidade de ver/ouvir/sentir, que se submete às avaliações sensíveis e sensitivas, que produz um *conhecimento aproximativo* e impele à incessante problematização; um “[...] movimento do conhecimento num espaço liso e nômade” (CECCIM; FERLA, 2005, p. 259).

## **Formulando o objeto**

A necessidade de transformar as práticas sanitárias, de modo a torná-las mais permeáveis às necessidades dos indivíduos e coletividades, tem sido pautada no interior da educação popular em saúde, antes mesmo da conformação do Sistema Único de Saúde. A subordinação das mesmas à ética de um cuidado, que dê lugar central às necessidades dos usuários dos serviços de saúde, continua sendo talvez o principal desafio para todos aqueles que têm carregado e defendido a bandeira do SUS nesses 23 anos de sua existência, pois o trabalho em saúde ainda permanece muito distante dos princípios e das diretrizes que orientaram o Movimento da Reforma Sanitária, deflagrado desde meados dos anos 1970 e que lançou as bases para uma nova configuração do sistema de saúde na Constituição Federal de 1988.

Embora os inegáveis avanços derivados do processo de lutas do movimento por essa reforma setorial, motivadas pelo anseio de construir uma política capaz de afirmar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e de garanti-lo por meio da conformação de um sistema descentralizado, com gestão democrática e com controle social a ser exercido pela população, ainda há muito que lutar para garantir a atenção à saúde que os brasileiros necessitam e almejam.

A ampliação dos direitos de cidadania na Carta Magna de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90) pontuou avanços significativos desde uma perspectiva social: o princípio da universalidade, que determina o acesso à assistência à saúde a toda a população brasileira; o princípio da integralidade, que propõe uma nova perspectiva na atenção à saúde, estabelecendo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença; e o princípio da participação comunitária, que assegura lugar à população na definição dos rumos do setor da saúde.

O tema da integralidade, colocado como questão da política de saúde na constituição brasileira, aponta uma série de desafios à superação das práticas sanitárias médico-hegemônicas que têm configurado uma visão biologicista e fragmentária na produção do cuidado à saúde.

Para romper com as formas de pensamento e com as práticas reducionistas, tem sido pautada a necessidade de transformação da educação dos profissionais de saúde, conforme destacam Ceccim e Capozzolo (2004), fazendo referência às diferentes propostas alternativas que vêm sendo desenvolvidas, ao longo da história, com a finalidade de aproximar a produção

de saúde da integralidade. São citadas pelos autores a Medicina Preventiva (a partir dos anos 1960), a Saúde Comunitária (anos 1970), a integração docente-assistencial (anos 1980), a integração ensino-serviço-comunidade – Programa UNI (anos 1990), a interlocução com os gestores de saúde e o protagonismo estudantil – Projeto Cinaem<sup>1</sup> (anos 1990 a 2000), a interação de usuários e sistema de saúde e a multiprofissionalidade – Rede Unida<sup>2</sup> (a partir dos anos 1990), a reforma do ensino pelas diretrizes curriculares nacionais (anos 2000) e as políticas de formação no setor da saúde como os projetos Promed<sup>3</sup> (2002), AprenderSUS<sup>4</sup> (2004). Mais adiante, há o Pró-Saúde<sup>5</sup> (2005) e o PET-Saúde<sup>6</sup> (a partir de 2010).

Além da defasagem na formação dos profissionais de saúde, devido às restrições derivadas de seus processos formativos, que historicamente tomaram a racionalidade da atuação procedimento-centrada e a concepção medicalizadora, somam-se as dificuldades relacionadas aos processos gestores na saúde, pois os mesmos nem sempre conseguem garantir um modelo de gestão condizente com a complexidade do sistema de saúde e que favoreça a democratização das relações de trabalho e os processos de aprendizagem que o próprio trabalho pode produzir.

Mediante o reconhecimento desse contexto, a gestão participativa e colegiada também tem sido defendida e implantada no interior do SUS como uma estratégia para ampliar a qualidade da gestão do trabalho, da educação na saúde, da atenção integral e do controle social. Já é consenso, na Educação Popular em Saúde e no SUS, que novas práticas de saúde somente poderão germinar em um território de gestão participativa e descentralizada.

Nessa direção, muitos esforços têm sido imprimidos na esteira da gestão setorial, impactando avanços importantes no que se refere à qualificação da atenção à saúde. Mudar as formas organizativas de gestão e adotar modalidades gerenciais inovadoras que busquem a democratização das políticas institucionais – como optar por desenhos de organogramas que favoreçam relações mais horizontalizadas e que instituam redes de colegiados gestores e conselhos locais de saúde – são medidas que favorecem significativamente a transformação das práticas sanitárias.

---

<sup>1</sup> Cinaem – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico.

<sup>2</sup> As propostas da Rede IDA (Integração Docente-Assistencial) e os Projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: a União com a Comunidade), a partir de 1997, passaram a compor a Rede Unida, que atualmente abriga estudos, experiências e formulações relativas às políticas de educação na saúde.

<sup>3</sup> Promed – Programa de Incentivo às Transformações Curriculares na Graduação em Medicina, Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> AprenderSUS – Política direcionada a fortalecer as iniciativas inovadoras das práticas de ensino na construção da integralidade, Ministério da Saúde.

<sup>5</sup> Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional, Ministério da Saúde.

<sup>6</sup> PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, que envolve grupos de aprendizagem tutorial, Ministério da Saúde.

No entanto, em vários processos de que participei no espaço da gestão de um sistema local de saúde, pude observar que essas estratégias somente são potentes para mudar a lógica instituída quando os diferentes atores estão implicados com um projeto de mudança. Observei, ainda, que as redes de colegiados gestores somente conseguem pôr a instituição em movimento para a recomposição de práticas e para operar interseções entre trabalho, educação e produção de conhecimento, quando essas redes abrem espaço para problematizar o cuidado integral em saúde. Ao contrário disso, a maioria dos encontros dos colegiados é capturada pela racionalidade administrativa. São regras, normas, determinações, informações, queixas e problemas burocráticos que invadem o território que teria como principal objetivo debater sobre possibilidades de configurações político-assistenciais para qualificar a atenção à saúde. Além de demandas administrativas e burocráticas desviarem o foco das discussões, os espaços coletivos acabam deixando insatisfeitos os poucos gestores dispostos a transformar as práticas, pois o espaço criado para essa finalidade não consegue se efetivar como tal. Assim, de um lado, um sentimento de cansaço e impotência é gerado entre os que desejam a mudança e, de outro, segue a rotina cotidiana para aqueles que preferem conformar-se aos modos instituídos.

Essa percepção faz pensar que a gestão participativa precisa ser recheada de ferramentas e dispositivos para que sejam agitadas as bases da estrutura política e gerencial, sejam abalados os velhos instituídos e possam ser rasgadas aberturas (com as unhas) para a circulação de novos fluxos de desejo e implicação.

A Educação Permanente em Saúde, lançada em âmbito nacional, na esfera pública, no ano de 2004, como uma ação organizada para instituir polos de articulação regional e interinstitucional de interação ensino, trabalho e cidadania na saúde, e para abrigar a problematização sobre as práticas de gestão, de ensino, de atenção e de participação social, foi uma estratégia, entre outras, que buscava a recomposição de práticas no setor de saúde pela revalorização da educação como parte do cotidiano, tornando esse cotidiano vivo, sujeito à sua reinvenção/recriação.

Essa formulação apoiou-se na produção de Ceccim e Feuerwerker (2004), conhecida como o *Quadrilátero da formação*, que propõe a interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social para problematizar o cotidiano no trabalho em saúde com eixo na integralidade. O cotidiano, nessa perspectiva, estaria em estranhamento por meio da autoanálise e da autogestão dos coletivos de trabalho. A imagem do *Quadrilátero* estaria posta para convocar todos os segmentos envolvidos ao *desafio ambicioso e necessário*



de implementar o trabalho com práticas de educação (encontro, confronto, troca, produção, estranhamento, recriação), conforme Ceccim (2005a).

A pesquisa desta tese fundamentou-se na aposta de que a Educação Permanente em Saúde poderia se constituir em dispositivo potente para agenciar movimentos instituintes a favor de novos arranjos gerenciais e novos modos de desenvolver o trabalho na saúde; uma tentativa de ver com olhos, pele e ouvidos e de interrogar, em roda de conversa, cada apreensão.

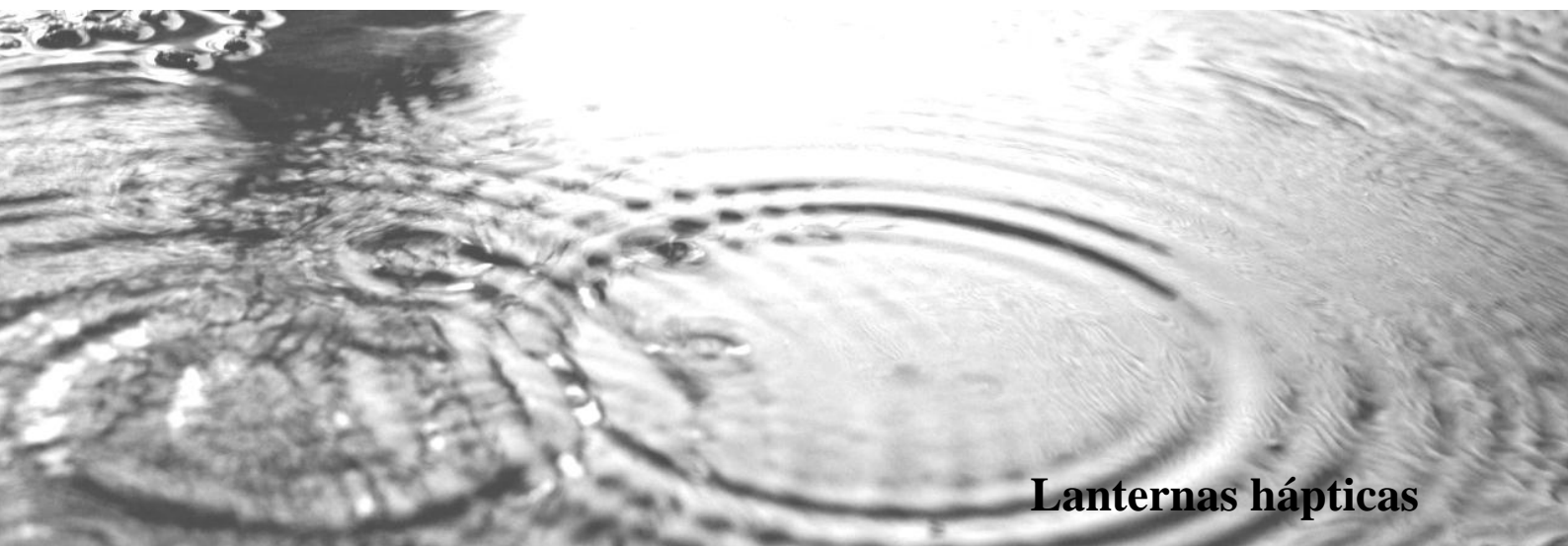
Diferentes estudiosos apontam que mudanças e inovações não acontecem espontaneamente. Para Ceccim (ibidem, p. 176), a desterritorialização é o dobramento ou o redobramento permanente das linhas de fronteira dos territórios, portanto, “à força da captura das racionalidades médico-hegemônica e gerencial hegemônica será preciso *impor* a necessidade de singularização, convocar permanentemente à fronteira dos territórios”. Assim como o mundo, o trabalho não é dado, e, sim, configurado, e o que aporta a educação não é a solução de problemas, mas a sua invenção (KASTRUP, 2002). Resolver é responder; inventar é fazer perguntas.

Romper com as formas prescritivas e tecnicistas requer que seja ativada a experiência da problematização do trabalho, pois, para mudar e reorganizar as formas vigentes dos processos de trabalho, é preciso criar dispositivos que auxiliem a interrogá-los permanentemente. Dessa maneira, a criação de cenários de ensino e aprendizagem no trabalho participam tanto da democratização da saúde quanto da reconfiguração dos saberes e das práticas para a emergência de cotidianos vivos.

O conceito de aprendizagem inventiva, proposto por Kastrup (2001), possibilitou-me fundamentar essa afirmação. Ao entender, com Francisco Varela, que somos produzidos ao mesmo tempo em que conhecemos (cognição é ação), Kastrup (2002, p. 76) autoriza-me a propor que é possível apostar na estratégia da Educação Permanente em Saúde como orientação para o disparo de perturbações (*breakdowns*) nos espaços da gestão e da atenção em saúde, respondendo pela invenção de novos sujeitos e novos modos de ensinar; de fazer gestão e de produzir o cuidado.

O recorte estabelecido para a pesquisa foi o de olhar o trabalho em saúde e a gestão do setor, interessada na mudança e na invenção, utilizando os conceitos *intercessores* da articulação formação-trabalho-cidadania, da gestão colegiada e da aprendizagem inventiva no trabalho e, também, o de observar *como* a Educação Permanente em Saúde pode operar em cotidianos vivos, um dispositivo pedagógico para a ativação de políticas de subjetivação e de práticas implicadas com a construção da integralidade na saúde.

O estudo, assim acredito, pode contribuir para a gestão do trabalho em saúde, agregando-se ao esforço de adensamento teórico que vem sendo produzido pelas pesquisas no encontro da Educação com a Saúde e da Educação com o Trabalho, colocando em evidência a tríade Educação, Saúde e Trabalho e o acoplamento Educação e Gestão para uma gestão democrática e participativa no setor sanitário.



## **O (des)encontro da formação com o trabalho: o desafio do engajamento pela mudança**

Na saúde, vivemos entre o deixar-se modular por realidades fixadas e normalizantes e o querer mudar para constituir novas configurações em aproximação às necessidades e aos interesses de indivíduos e coletividades. A história brasileira é marcada por lutas sanitárias que clamam por democracia, por um Estado garantidor de direitos sociais, e também por um novo modelo de atenção à saúde, alicerçado na universalidade, na integralidade e na equidade. Esse conceito imbricado carrega o sentido de cidadania e é vetor de mudanças sociais, pois diz respeito a uma nova concepção de saúde – o conceito ampliado de saúde – que, além de querer enfrentar a dicotomia entre as ações de promoção, de prevenção e curativas, estabelece a compreensão de que saúde é expressão das condições de vida.

Nessa direção, a reconceituação da saúde demarca o compromisso de construir um modelo de atenção à saúde que seja condizente com a construção de um projeto de sociedade que tenha como horizonte a melhoria das condições de vida da população e a superação das desigualdades sociais. É uma concepção que faz exigências para além do âmbito jurídico-institucional, pois demanda novas modalidades de formação profissional, de trabalho e de participação social mais implicadas com a construção social do que se tem chamado de Sistema Único de Saúde.

O nascimento dessa nova política de saúde, desde o início dos anos 1980, assinala uma história significativa de mobilização popular. Saindo de um regime militar, o país foi atravessado por um profundo sentimento de cidadania e participação popular em todas as

áreas sociais e, também, por que não dizer, de indignação com o sistema político vigente, que restringia profundamente a participação social. As Conferências de Saúde, com destaque à 8ª edição, foram forças potentes que defenderam e garantiram constitucionalmente a saúde como direito de todos e um dever do Estado na chamada *Constituição Cidadã*, a Constituição Federal de 1988.

O movimento sanitário, identificado com os movimentos da esquerda política, em contraposição às propostas do regime militar, conseguiu efetivar as bases para uma mudança radical do sistema de saúde, estabelecendo um novo texto e um novo contexto à saúde, propondo novas bases organizativas e doutrinárias e instituindo a descentralização da política de saúde e o controle social a ser exercido pela população. Foi um passo importante no sentido de imprimir outra lógica e direção à política de saúde, mas não se pode esperar que as mudanças necessárias à sua efetivação aconteçam naturalmente. Como diz Ceccim (2007b, p. 38), “nenhuma vitória é para sempre”. A cidadania exige aposta e cuidado permanente.

Esse movimento, resultante de diferentes articulações da sociedade civil em uma atuação conjunta, embora heterogêneo em sua composição interna, composto por sujeitos sociais ou blocos históricos diferentes, foi dotado, conforme assinala Cecílio (1997a), de uma matriz discursiva que lhe conferiu uma identidade marcada pela expressão de defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e da democratização da gestão do sistema de saúde.

Solange L'Abbate (2003, p. 267) lembra que “[...] a questão da saúde sempre foi altamente politizada no Brasil, e o chamado *movimento sanitário* teve papel importante na resistência ao regime militar brasileiro e na luta pela democratização do país”. A autora destaca que os profissionais das áreas de saúde pública e da medicina preventiva tiveram participação significativa nesse processo.

Recuperar essa história é importante para revigorar a mobilização social em defesa da saúde, mas é preciso ter claro que, no atual contexto de fragmentação da vida social, não se pode esperar por uma recomposição ampliada da saúde apenas contando com as iniciativas de grupos ou de categorias profissionais.

A complexidade do mundo contemporâneo e as transformações societárias em curso fazem exigências que perpassam a necessidade de construções permanentes no sentido de disparar forças e engendrar novas estratégias para fazer frente aos diferentes aprisionamentos que impedem as mudanças em prol da vida e da saúde. Entre eles, está a formação profissional, que insiste em se manter fixada em suas quatro paredes, com pouca permeabilidade aos anseios sociais, e, assim, mantendo-se distante de seus compromissos de

engajamento pela mudança. Sobre isso, há um imenso domínio a ser decifrado, muito além do que é possível neste texto. Aqui, algumas pinceladas são lançadas com o intuito de introduzir o debate.

O chamamento às novas exigências postas para a concretização das promessas do Movimento Sanitário não se encerrou com a promulgação de uma nova legislação. Continuaram sendo desafios a reconfiguração dos modelos de gestão e de atenção à saúde e a construção de novos perfis profissionais. Esse alerta é constante nos debates e nas formulações setoriais, tanto porque convivemos o tempo inteiro com avanços e com recuos quanto porque a bandeira de lutas da saúde precisa ser empunhada por mais gente, para que novas estruturas sociais e novos processos de trabalho consigam dar sustentação ao projeto sanitário e, ao mesmo tempo, atualizá-lo.

Ceccim (2007b, p. 29) destaca que “[...] a cidadania brasileira mudou critérios e valores em saúde, precisa agora de uma educação (formação e desenvolvimento profissional e popular) que lhe corresponda”. Ao discutir o sistema brasileiro de saúde, o autor acusa a “urgência de disseminação de uma *cidadania por toda parte*”, pois “[...] a vitória por instâncias normativas de representação e participação não supera a existência de uma aposta cotidiana nos espaços e nos tempos singulares em que cada indivíduo, grupo e coletivo social pede escuta, cuidado e afirmação da vida”.

A compreensão de que o cuidado em saúde exige mais do que o discernimento disciplinar é recorrente nas produções teóricas, como também é frequente o apontamento de que o ensino das profissões precisa sair de sua clausura tecnicista e se implicar concretamente com o exercício do trabalho numa relação de coprodução com a participação social, para, então, poder ampliar as respostas às necessidades sociais.

O que se vê na realidade é a falta de comunicação e de envolvimento mais profundo entre os planos do ensinar, do aprender e do fazer, o que seria condição para aglutinar forças e apostas ético-políticas mais aliadas à cidadania e ao que tem se defendido como movimento de reforma na cena da saúde brasileira.

A formação profissional não pode mais se contentar em estudar passivamente as evoluções. Ela precisa intervir e se engajar. Ceccim (ibidem, p. 32) chega a dizer:

[...] educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos às novas gerações profissionais para tornar-se a formação de um quadro de militantes do setor saúde na execução de um projeto de sociedade e de um projeto tecnoassistencial de saúde correspondente a esse projeto de sociedade.

A realidade do trabalho em saúde não suporta mais os encastelamentos das disciplinas, os saberes rígidos e fragmentados, nem os individualismos profissionais e os carreirismos. É preciso romper os muros disciplinares e estabelecer novos modos de encontro entre os diferentes saberes e fazeres.

Sabemos que não é possível sonhar com uma pedagogia mágica que venha a constituir uma transdisciplinaridade viva, pois haverá sempre a exigência de iniciativas, da exposição aos riscos, da fuga dos esquemas preestabelecidos e de criações estéticas. Somente pela provocação, pelo questionamento das estruturas tradicionais e pelo abandono do conhecido, mantendo-se desperto ao novo, ao ensinar-aprender permanente e inquieto, será possível superar as formas modeladas que temos herdado historicamente, bem como os modos padronizados, planejados e burocratizados que tanto reinam nos órgãos de ensino e nas instituições de trabalho.

Para avançar, será preciso, em primeiro lugar, desmontar o olho-padrão que tanto despotencializa e corrompe as relações ensino-trabalho-cidadania. Guattari (2006) diria que é preciso ultrapassar a interdisciplinaridade de fachada, dos rituais formais que mais fazem de conta do que propriamente constroem interlocuções. Somente uma transversalidade entre a ciência, o social, o estético e o político poderia abrir novas perspectivas, e isso, como o autor mesmo destaca, não nascerá espontaneamente, mas exigirá a experimentação de novas vias, de bifurcações e de agenciamentos coletivos.

Em segundo lugar, será preciso reconhecer que é no cotidiano das instituições de saúde que estão as convocações, as demandas e os problemas, e somente escutando essa realidade viva e vivida é que se estará mais perto de descobrir as saídas e os caminhos para as mudanças. Ali estarão as perguntas que levarão ao reconhecimento do que já se sabe e o que ainda falta saber.

É preciso abrir-se aos novos tempos, sem, no entanto, abrir mão dos compromissos com a construção da cidadania, com a recriação da política de saúde, com a preservação e a efetivação do direito à saúde, sabendo que isso exige forjar movimentos de resistência, de invenção e de reinvenção da vida e da saúde no cotidiano, no qual as necessidades se expressam e as intervenções acontecem.

Ceccim (2007b) adverte que somente um intenso investimento pedagógico poderá quebrar o que está dado, ampliar autonomias e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde. Somente uma educação por toda a parte, *uma pedagogia em ato na invenção cotidiana da saúde* (a Educação Permanente em Saúde) poderá construir uma *cidadanização* condizente aos anseios das lutas sanitárias. Sem cidadanização, não há

protagonismo. Sem protagonismo, não há engajamento. Sem engajamento, corre-se o risco de deixar enfraquecer o que foi a principal razão das lutas sanitárias: o direito à saúde.

### *Do saber prescritivo ao saber inventivo*

Já é bastante denso o conjunto de estudos e ações dirigidos a promover a adequação dos modos do ensino em saúde para que ele melhor responda às demandas e aos interesses sociais. No entanto, mesmo quando se tem experimentado novas abordagens pedagógicas, incentivando a capacidade de pensamento crítico e autônomo nos processos formativos das profissões de saúde – e ainda que haja consenso de que os estudantes são sujeitos ativos nesses processos e não meros receptáculos acríticos de informações –, as instâncias formadoras, em especial dos serviços, ainda patinam para escapar da compreensão de que o indivíduo não é uma tábula rasa, na qual informações e valores vão sendo inscritos, ou da noção de que modelos a serem copiados (treinamentos) sejam capazes de preparar para o exercício profissional.

Essa rápida introdução já remete a muitas perguntas. Como fazer para que as práticas dos profissionais de saúde sejam menos marcadas por regras, normas, procedimentos, fórmulas e referências rígidas e mais marcadas pelas inovações que tentam se aproximar de um modo mais integral e humanizado de intervir? Como configurar territórios existenciais e profissionais mais abertos ao diálogo, ao estranhamento e à construção do novo? Como efetuar mudanças nos processos de trabalho no campo da saúde se os seus operadores não tiverem a capacidade de recompor permanentemente suas práticas em seus cotidianos?

Se o principal ponto de partida para se conduzir mudanças na saúde, na forma de fazer gestão, de organizar e de fazer o cuidado, é interrogar o mundo do trabalho, conforme destaca Cecílio (2007a, p. 348), como levar adiante a pretensão de inovar/transformar, se, desde a formação profissional, não é possível trabalhar com a formulação e a invenção de problemas de pensamento, tampouco participar ativamente da busca de novas lógicas, novos conhecimentos e ferramentas para analisar e problematizar a realidade? Como pretender que estudantes e profissionais sejam menos competitivos, mais solidários e voltados às necessidades daqueles que são os sujeitos de sua atenção, se não contribuir efetivamente com a problematização e a transformação dos processos de trabalho?

Os diversos discursos na área do ensino da saúde não têm hesitado em apontar a necessidade de mudança nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, para que

estabeleçam permanente articulação com as redes de serviços a que se destinam. Igualmente, os gestores e os militantes do SUS denunciam constantemente as dificuldades de operar com novas estratégias tecnoassistenciais, em razão da má formação dos profissionais de saúde que, mesmo recém-egressos, não dominam tecnologias do trabalho; apenas os conhecimentos formais da profissão. As instâncias de controle social, e mesmo os usuários, vocalizam, insistentemente, a necessidade de qualificar a atenção à saúde pela diferenciação na formação.

O que se observa, na realidade, é que, mesmo diante das expressões que assinalam um novo compromisso em relação à educação na saúde e dos diversos movimentos político-institucionais que caminham na direção de atender às necessidades em saúde, ainda convivemos com uma *formatação* das profissões e da educação dos profissionais que continua privilegiando formas de ensino e de desenvolvimento centradas no aprendizado do diagnóstico-prescrição e na informação biológica do processo saúde-doença.

Mesmo que mudanças tenham sido feitas nos currículos, como expressão de uma proposta de mudança, nem sempre o pretendido é desenvolvido na prática. Conforme adverte Feuerwerker (2004), da mudança dos conteúdos nem sempre decorrem mudanças metodológicas, mudanças de conceitos ou mudanças na maneira de organizar os processos de produção do conhecimento, de ensino-aprendizagem e de produção do cuidado. Não é suficiente, por exemplo, mudar o nome das disciplinas, prescrever novos conteúdos para as mesmas, reorganizar a carga horária dos docentes ou estabelecer novos arranjos para agrupar núcleos temáticos se não houver mudança de orientação dos cursos relativas aos perfis profissionais esperados, bem como nas relações entre ensino-serviço ou ensino-sistema de saúde.

Não é sobre o problema da gestão acadêmica que desejo discorrer neste estudo, entretanto. A problemática que trago para apoiar meu objeto de investigação é a da aprendizagem inventiva, mas pensando o próprio trabalho, o cotidiano vivo no qual operam as profissões e as ocupações da saúde, por ser uma abordagem que sinaliza pistas importantes para a transformação das práticas na saúde, não somente aquelas relativas ao ensino, mas também as práticas profissionais e de gestão nas instituições de saúde, e mesmo as práticas daqueles que militam nas esferas populares e nas instâncias de controle social do SUS. A noção de aprendizagem inventiva deixa entreaberta a porta do aprender e do trabalhar, ativando trabalho vivo e criativo, capaz de coletivos e de acolhimento dos usuários.

Ao aceitar o pressuposto de que precisamos aprender a aprender, para nos tornarmos sujeitos ativos dos processos de aprendizagem, e, ao aceitar, ainda, que esses processos não se encerram e não se esgotam nos espaços institucionais de formação, mas coexistem em nossas



formas de trabalho, abre-se a possibilidade de refletir sobre uma outra noção de aprendizagem em aproximação com o território de mudanças permanentes que é o do trabalho vivo, em ato, da saúde. Diz-se trabalho vivo, em ato, porque é exercido no encontro real do trabalhador com seu usuário direto daquilo que produz.

Na noção de aprendizagem apresentada por Kastrup (2004, p. 12), aprender é antes uma questão de invenção do que de adaptação, sendo a invenção um processo produzido pelo coengendramento de si e do mundo. Recorrendo à noção de causalidade circular proposta por Francisco Varela, Kastrup constrói a noção de coengendramento e, com este mesmo autor, afirma que a cognição inclui a invenção dos problemas, uma presença perscrutadora na realidade e uma inclusão das questões de si nas questões do mundo. Não seria verdade que se aprende por prescrição de informação; isso seria a recognição, pois a aprendizagem, propriamente, resultaria do estranhamento de realidades e de sua avaliação como abertas.

Para Kastrup (2005, p. 1274), “a invenção é uma potência que a cognição tem de diferir de si mesma” – uma potência de diferenciação que perpassa todos os processos psicológicos (percepção, pensamento, aprendizagem, memória e linguagem). Em ressonância à teoria da autopoiese de Francisco Varela e Humberto Maturana, Kastrup (2001) concebe uma ação do conhecer (prática cognitiva) que configura sujeito e objeto, o si e o mundo. A invenção não deve ser atribuída a um sujeito, surge *em* e *nas* redes de conversações em que um tema se coloque de maneira problemática. Nesse entendimento, tanto o sujeito como o objeto são resultados do processo de invenção (o si e o mundo são efetuados na própria prática cognitiva), diferentemente da abordagem cognitivista, que entende a cognição como uma relação que pressupõe o sujeito e o objeto como polos prévios ao processo de conhecer, constituindo um espaço de representação.

A invenção de mundo resulta do que o perturba (e não do que o informa), e a invenção inclui a experiência da problematização do que se revela na fratura, na dobra, no desequilíbrio de certezas ou das convicções. Na perturbação – ou *breakdown*, como designa Varela (1995) – ocorrem rupturas e abalos no fluxo cognitivo habitual, fazendo com que problema e solução sejam duas faces do mesmo processo. O conceito do *breakdown* ajuda a entender que não existe mundo nem sujeitos dados, mas mundos e sujeitos se dando, engendrados pela ação, de modo recíproco e indissociável, sendo que as formas desse coengendramento sempre ficam sujeitas a novas perturbações, forçando a sua reinvenção.

Kastrup agrega, aos estudos sobre a cognição em Varela, os estudos da produção de subjetividade e o conceito de devir em Deleuze e Guattari (1997a), apontando, no que se refere à aprendizagem inventiva, que subjetividade e objetividade também não são

preexistentes, mas efeitos de *agenciamentos coletivos de enunciação*. Tratam de um *conceito de subjetividade indissociável da noção de produção de subjetividade*, pois há o plano dos processos e das forças moventes e o plano das formas que dele emergem. São inflexões que marcam a noção de invenção, em que há, ao mesmo tempo, o processo de inventar e o invento que dele resulta (KASTRUP, 2005). O conceito de devir procura dar conta de um movimento “involutivo”, operando um “desmanchamento das formas”, relançando-as ao plano das forças informes, para manter o processo de produção de subjetividade em curso. Com os autores, podemos compreender que a noção de invenção é diferente da noção de criatividade, não significando criar o novo a partir do nada, e que a noção de aprendizagem não se restringe a um processo de solução de problemas (ibidem, p. 1276-1277).

Da mesma maneira que a abordagem prescritiva reduz as possibilidades do ensino e da aprendizagem na saúde, como acabei de fundamentar, a centralidade dos aspectos técnicos na formação em saúde tem, historicamente, reduzido as possibilidades do agir profissional. A racionalidade sanitária predominante no fazer cotidiano da saúde, ao focalizar os aspectos biológicos (do corpo e da doença), tem levado a uma regulação biologicista e centrada em procedimentos profissionais, fazendo com que as intervenções se reduzam a condutas técnicas normatizadas, desencadeando a perda da humanização e da integralidade, dicotomizando a saúde e a doença, bem como a prevenção e a assistência.

Merhy (2005a) aponta a relação de dobra entre os territórios da educação e do trabalho em saúde, desafiando a pensar em uma nova pedagogia que coloque, no centro do processo pedagógico, a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato. Alerta sobre a necessidade de dispor de analisadores potentes para expor o trabalho vivo em ato no âmbito da micropolítica e de uma “pedagogia da implicação”, capaz de abrir espaços relacionais e de produzir autointerrogação, tomando como compromisso a defesa da vida individual e coletiva.

Ceccim (2005a, p. 176) também ressalta a necessidade de invenção incessante de novas formas para a produção de subjetividades que favoreçam a vida e afirmem sua potência criadora: “Nem um subjetivismo de conviver com as diferenças, nem um assujeitamento de doutrinação ideológica, mas implicação, formação de coletivos e produção de diferença-em-nós”. Esse autor, em produção teórica com Capozzolo, destaca a importância da aprendizagem sobre o trabalho em equipe multiprofissional; de a educação se vincular ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde; e de as diretrizes curriculares nacionais convergirem com o projeto ético-político proposto para o sistema de saúde. Para esses autores, a educação “tem potência para constituir a integralidade e a humanização nas práticas de gestão setorial e de atenção à saúde” (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 384).

Seguindo essa mesma concepção, Ceccim e Feuerwerker (2004), em trabalho intelectual, político e institucional compartilhado, quando atuantes no Ministério da Saúde, desenvolveram a noção de *quadrilátero da formação* para sustentar uma proposta de política nacional à Educação Permanente em Saúde, estabelecendo uma relação orgânica entre as estruturas de gestão sanitária, as instituições de ensino, as instâncias de controle social e os serviços de atenção à saúde. É uma proposição que almeja a interação entre esses segmentos de maneira descentralizada, ascendente e transdisciplinar, tendo como pressuposto a aprendizagem significativa e a concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes), visando à mudança da concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento na direção da melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e da humanização do atendimento. A questão colocada pelos autores refere-se à necessidade de instituir um modelo de aprendizagem no campo da saúde, aberto à reinvenção permanente da realidade e não limitado à cognição em domínios técnicos para a realização de procedimentos profissionais, o que leva a pensar que qualquer aposta que se faça para mudar as práticas de saúde terá que contar com trabalhadores/atores protagonistas e desejanter, com capacidade de produção de si e de coletivos.

### *Das disciplinas ao trabalho em equipe*

Os apontamentos anteriores entabulam essa temática, ajudando a reconhecer a importância do trabalho em equipe na saúde, bem como a relação de dobra entre os territórios da educação e do trabalho em saúde. Seguirei situando a interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade da prática como questão central para pensar a qualificação no trabalho.

Vários autores propõem a constituição de equipes de saúde para viabilizar a prestação do cuidado, sendo o termo *equipe de saúde* utilizado correntemente nos cotidianos profissionais e mesmo nas instâncias de gestão das instituições de saúde. Além disso, no contexto da saúde, é possível evidenciar uma diversificada inserção de categorias profissionais, além do núcleo original da medicina, nos cenários das redes de serviços de saúde, derivada da aposta de que o trabalho em equipe na saúde é condição para ampliar a resolutividade de ações e intervenções. Mas do que mesmo estamos falando quando nos referimos ao trabalho em equipe? Que novidades a multiprofissionalidade tem trazido aos serviços de saúde? O que é mesmo trabalhar em equipe?

Inicialmente, parece apropriado recorrer à noção de núcleo e campo de conhecimentos e de práticas proposta por Campos (2000a) e Merhy (2002) para tratar dessas questões. Campos (2000a) assinala que a institucionalização dos conhecimentos e sua organização em práticas se dá mediante a conformação de núcleos profissionais no campo de saberes. Para o autor, “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e, o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (ibidem, p. 220). Segundo Campos, essa é uma compreensão que valoriza a democratização das instituições, na medida em que desestabiliza as fronteiras de saberes e exige a abertura dos sujeitos aos movimentos instituintes do campo. O núcleo seria uma aglutinação ou uma concentração de conhecimentos e de práticas que manteriam, na dinâmica do campo, uma relação que estaria sempre desestruturando e borrando os limites disciplinares. Núcleo e campo seriam mutantes, que não podem ser pensados de forma dissociada e sem que se possa detectar limites precisos entre um e outro.

Merhy (2002) acrescenta que, na produção de um ato de saúde, coexistem vários núcleos, como o núcleo específico, definido pela interseção entre os problemas demandados à atenção e os respectivos recortes profissionais, e o núcleo mais ampliado de atividades cuidadoras de saúde. Nesse sentido, o autor analisa que, geralmente, na realidade da saúde, a atenção é centralmente organizada a partir dos problemas específicos, de acordo com o modelo hegemônico, ficando a ação dos profissionais de uma equipe subjugada à lógica da biomedicina dominante, o que empobrece os núcleos cuidadores. Com esse reconhecimento, o autor desafia a pensar sobre a necessidade de estabelecer *matriciamento* entre processos produtivos transdisciplinares e multirreferenciados, para dar conta das finalidades da produção do cuidado no dia a dia dos estabelecimentos de saúde.

Para o mesmo autor, a produção em equipe de projetos terapêuticos individuais, usuário-centrados e operados por meio do encontro das várias unidades de produção<sup>7</sup>, poderia ser dispositivo para responder de forma mais satisfatória à missão de qualquer organização de saúde, que é a produção do cuidado. Merhy (ibidem) deixa claro que projetos terapêuticos fragmentados e integralizados por somação não garantem a produção da dimensão cuidadora,

---

<sup>7</sup> *Unidades de produção* designam os lugares onde se produz, mediante atos de cuidado ou de apoio ao cuidado, a saúde. Significa dizer que cada unidade de atuação em serviços de saúde está implicada com determinados fatores de composição dos resultados de um trabalho coletivo relativo ao cuidado ou à atenção integral à saúde. Dentro de um serviço de saúde, a combinação de intervenções de múltiplas categorias profissionais ou de uma equipe efetua certo tipo de trabalho/produto e o desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores dependerá de reconhecer sua *produção*: que saúde está produzindo? Que encontros? Que aprendizagens? Que afetos? Trata-se

visto que ela exige a articulação de saberes e um processo de trabalho vivo-centrado que opere tecnologias de relações e de encontros de subjetividades (tecnologias *leves*), para além dos saberes tecnológicos estruturados (tecnologias *leve-duras* e *duras*).

Muito se ouve falar em multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na saúde, muitas vezes como se fossem sinônimos. Os significados dessas terminologias/paradigmas podem contribuir para a compreensão do trabalho em equipe. É um debate que ajuda a problematizar as tensões existentes na relação de encontro ou desencontro entre as disciplinas e os campos de saberes e práticas. Luz (2009) apresenta uma forma analítica sobre as noções desses termos no campo da saúde coletiva, referindo tratar-se de um campo complexo de conhecimentos e práticas. A autora informa haver uma coexistência desses modelos/paradigmas e uma irreduzibilidade tanto discursiva quanto prática a um modelo único. A multidisciplinaridade seria resultante de uma soma de *olhares* e métodos aportados pelos profissionais de diferentes disciplinas ou práticas disciplinares. A interdisciplinaridade, considerada característica da geração moderna de novos campos do conhecimento, possibilitaria a intercessão entre as disciplinas, produzindo, como resultado, um novo método, novo objeto, nova disciplina ou nova subdisciplina. A transdisciplinaridade seria a tematização de um mesmo objeto em saúde por diferentes disciplinas e/ou áreas disciplinares, sendo esta forma, segundo a autora, característica da geração pós-moderna de novos campos do conhecimento.

Ceccim (2005c) enfrenta o debate de campo e núcleo das disciplinas, defendendo a noção de *entre-disciplinaridade*, uma multiprofissionalidade que transbordaria a noção de sujeito individual para a noção de equipe desassujeitada por conhecimentos e práticas disciplinares individuais, argumentando que todo e qualquer recorte disciplinar é limitado e que, portanto, somente por meio da experimentação de uma terceira margem os profissionais poderiam ficar abertos à alteridade e à aprendizagem de sentidos. Como o autor diz, seria um lugar-meio, uma margem de travessia e de transmutação de valores, uma zona de fronteira, um “[...] sítio de tensão e de indiscernimento, mas de aprendizagem e de invenção (de si, das fronteiras provisórias, da equipe e de novos mundos)” (ibidem, p. 265). Ele explica: “em uma margem, cada uma das identidades profissionais. Na outra margem cada uma das outras identidades profissionais” (p. 264). Ceccim ressalta a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, com o sentido de “[...] uma prática mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade [...]” (p. 261), tendo em vista que

---

de uma noção que rompe com a lógica da departamentalização ou dos organogramas para encontrar uma disposição do trabalho vivo no setor da saúde.

nenhuma profissão por si só é capaz de dar conta da complexidade que envolve um projeto terapêutico na dimensão da integralidade e da resolutividade. Tratar-se-ia, pois, de uma ética *entre-disciplinar* que nortearia uma clínica *nômade*, não dissociando a gestão da atenção, mas interrogando esses lugares segundo os interesses e as necessidades dos usuários, como aprendizagem do/no trabalho (CECCIM, 2005c).

Outra noção que ajuda a pensar o trabalho de equipe é a formulação sobre *coletivos organizados de produção da saúde*, tal como presente em Ceccim (2005b), o qual problematiza a gestão do trabalho em saúde, em relação à designação da gestão de *recursos humanos da saúde*, pelas racionalidades gerenciais hegemônicas. O autor escolhe o diagrama da mandala para dimensionar uma concepção alternativa a essas racionalidades. A proposição dessa imagem é a de “[...] uma rede em que pequenos múltiplos pontos, diversos entre si, convergem ao centro e compõem um sistema único, contido por um diagrama: o da mandala” (ibidem, p. 165). Agrupamentos articulados por um fim (e não por uma identidade) produziriam encontros de alteridade, não mais operando conforme uma unidade ou um organismo. Não atuariam mais como um fisiologismo em que a unidade antecede os encontros, mas como um coletivo-dispositivo com diagramas (e não organogramas), emaranhado de linhas que se organizam e desorganizam; conexões entre diferentes e não entre identidades.

Na formulação do autor (ibidem), uma compreensão de gestão de coletivos organizados deslocaria a gestão do trabalho da noção de atividade-meio (presente na racionalidade de recursos humanos) para uma noção de atividade-fim, no caso, a saúde. Seria uma gestão não voltada a coordenar trabalhadores, mas para incentivar coletivos organizados, coletividades em auto-organização, promovendo ativamente possibilidades e o agenciamento de singularidades e sociabilidades. Na proposição da mandala, a *hierarquização* seria o desenho dos eixos de comunicação das linhas de cuidado e dos pontos de planificação por *matriciamento* do trabalho das equipes, e a *regionalização* seria o desenho de zonas em torno dos pontos de contato e cruzamento, nos quais se materializariam os pactos entre gestores e laços com as redes sociais (ibidem). As linhas de cuidado serviriam à ampliação e à qualificação da assistência, organizando o processo de trabalho às situações que exigem procedimentos mais estruturados.

Tomando as concepções dos autores – de núcleo e campo de conhecimentos e práticas, em Campos; da micropolítica do trabalho vivo em ato, em Merhy; de entre-disciplinaridade e de coletivos organizados para a produção, em Ceccim –, é possível situar, em certa medida, a complexidade do que estamos falando, na saúde, quando nos referimos ao trabalho de equipe.

Deslocar uma atenção formatada no núcleo específico e reduzido das disciplinas, para o trabalho em equipe, exige assumir a complexidade do trabalho multi, inter e transdisciplinar em saúde, significando, antes de tudo, dar centralidade às necessidades dos usuários e não aos procedimentos profissionais. Nessa perspectiva, Ceccim (2005c) reflete que a ação para a mudança é política (e não técnica), pois a técnica está para preservar os sujeitos nos lugares e repor os instituídos. Para o autor, há que se fazer a escolha: “protagonizar (ter a autoria) ou sedentarizar (não se deixar sair do lugar)!” (ibidem, p. 260).

O cenário que se evidencia na rede de serviços de saúde é caótico. São trabalhadores correndo de um lado para outro, esbaforidos, feito *baratas-tontas*. Atordoados, parecem estar à cata de figuras idealizadas para identificar-se, de modo a reconstituir-se o mais rápido possível e encontrar seu lugar homogeneizado. Quando conseguem, alimentam sua ilusão de estabilidade, e parece que tudo o que querem é apaziguar-se. Mas o preço que pagam é ver a vida, como potência de diferenciação, escapando e esvaindo-se. É nítida a sua desvitalização. O que enxergamos são rostos cansados e olhares patéticos, que vão perdendo a sensibilidade de seus corpos vibráteis, tudo para não sair do lugar; tudo por não conseguir experimentar outras possibilidades, lugares de fronteira, de entre-disciplinaridade, de compartilhamento vivo e de problematização. Ação que pode ser, exatamente, a de proposta de gestão e a de muitos cursos oferecidos à educação continuada das profissões. Não é à toa que tantos trabalhadores de saúde adoecem e sucumbem no seu trabalho de cuidadores. Isso acontece porque eles não conseguem transformar os incômodos em grandes motes para a sua vitalização; às vezes, nem mesmo conseguem incomodar-se. E os gestores? Muitos apostam em comandos autoritários e verticalizados. Iludidos, pensam em poder capturar os trabalhadores, tornando-os meros executores de suas vontades. E os usuários, aqueles que são a razão da existência dos serviços de saúde, pouco são considerados fora do lugar de *pacientes* (os doentes).

Estamos diante de uma realidade que pede uma mudança na política de subjetivação vigente. Parece que há uma guerra a ser travada. Ela teria, como um dos principais alvos, a libertação do confinamento ao visível. Conforme Foucault (2000c), a liberdade não se trata de um comportamento de rejeição e nem do exercício que cada pessoa possui individualmente, mas é o infundável questionar da experiência; é contestar e mudar as práticas que nos constituem; é buscar permanentemente inventar-se. Esse exercício de liberdade, que não é libertação e nem se limita à tomada de consciência, só pode acontecer por meio da problematização das experiências e dos limites que nos constituem.

Ampliar as equipes, por meio da contratação de novos profissionais, não oferece a garantia de qualificação das práticas. Muitas vezes, a integralidade fica ainda mais ameaçada, pois já vimos que não é por somação de disciplinas que se amplia a dimensão cuidadora. Em muitas realidades, a contratação de novas profissões, com vistas a ampliar as ações dos serviços de saúde, traz efeitos contrários, acabando por reduzir ainda mais o compromisso dos profissionais em relação aos usuários, pois os recortes profissionais são ainda mais facilitados: problemas sociais passam a ser remetidos aos assistentes sociais, problemas nutricionais aos nutricionistas, problemas psicológicos aos psicólogos, e assim sucessivamente. Com frequência observam-se profissionais tentando agrupar-se apenas pela via formal dos prontuários de saúde. Como é possível pensar em projetos terapêuticos interdisciplinares dessa maneira? É possível denominar como trabalho de equipe essa forma de agrupamento? Como dar centralidade ao trabalho vivo no interior dos processos de trabalho? Como criar condições para que a experiência do mal-estar, provocado pela disparidade, seja menos traumática e mais produtiva? Como fazer para convulsionar as figuras estabelecidas e embaralhar as identidades? Como pensar o trabalho de outra forma? São perguntas e mais perguntas!

Se pensar e aprender não são apenas uma questão de vontade, mas um exercício que se dá por provocação nos encontros com o inusitado, nos afetos deslocados, na apreensão pela via da produção-engendramento, da desnaturalização de nossas práticas-dizeres-fazer, parece não haver outra forma, senão inventar dispositivos que possam fazer dos limites profissionais, outros planos de criação, o que requer apostar na vitalidade dos cotidianos.

### *Do aprender funcional ao aprender ético e implicado*

Chamo de um ensinar-aprender funcional aquele mais frequentemente reproduzido nos processos de formação profissional. Está referido a um ensinar-aprender *duro*, rígido, que se fundamenta em conhecimentos, normas, regras, clichês e ditames morais; um processo que se incumbe de produzir o *homem da moral*.

Como um ensinar-aprender ético, refiro-me aos processos de ensino-aprendizagem mais suaves, que não conseguem se fazer senão em relação de alteridade com o mundo da vida e do trabalho. Um aprender implicado que coloca as cartilhas entre parênteses para dar centralidade aos encontros que se fazem no cotidiano, especialmente com os usuários sujeitos



das ações profissionais. Um processo de aprendizagem, portanto, que extravasa as grades de ferro da aprendizagem funcional e desafia a potência do *homem da ética*.

Para fazer essa discussão, do ensinar-aprender suave e implicado, recupero as noções do *homem da ética* de Rolnik (1994) e de *trabalhador ético* de Barros (2007).

Maria Elizabeth de Barros desenvolve no texto *Trabalhar: usar de si – sair de si* a concepção de *trabalhador ético* como contribuição às discussões encetadas pelo texto *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*, lançado por Ceccim (2005). A autora parte da problematização feita por Cecílio acerca do “trabalhador moral” na saúde (um trabalhador que ao estar “moralmente comprometido” com determinado projeto, ficaria automaticamente moldável às prescrições do mesmo) (CECÍLIO, 2007a, p. 346).

Cecílio provoca os que ocupam cargos de direção do sistema de saúde a reconhecer a existência dos espaços de liberdade dos trabalhadores, que tanto podem produzir inovações quanto reproduzir instituídos. Sugere abandonar a soberba pretensão de impor uma única racionalidade de controlar o autogoverno dos trabalhadores e, no lugar disso, assumir propostas de gestão abertas a composições com os mesmos, levando em conta as suas autonomias, potências instituintes e protagonismos “[...] ao que pede atualização, processo de mudança, emergência de saberes e fazeres novos, construção pedagógica” (idem, 2007b, p. 362).

Barros (2007) trabalha a noção de *trabalhador ético* recorrendo às formulações de Suely Rolnik, desenvolvidas no livro *A cidade em construção: uma reflexão transdisciplinar*, no qual a autora desafia a ativar a potência do *homem da ética* (inventivo, desejante, impaciente) para cuidar da qualidade da existência individual e coletiva, numa ecologia da subjetividade que se processa em composição ao *homem da moral* ou funcional (guiado por normas e códigos morais emoldurados pelas organizações).

Fazendo interface com os itens anteriores deste capítulo, é possível apontar que os contornos do trabalhador moral se engendram desde os processos de formação profissional, em que os estudantes são levados a conceber certos pressupostos teóricos como doutrinas, e certas intervenções como mera aplicação de preceitos e manuais técnicos. Nessa modelagem de aprendizagem, não há como se esperar por novos modos de pensar, pois só se efetua a repetição. Os estranhamentos que poderiam colocar em dúvida os contornos da figura/forma atual não são oportunizados, pois não é privilegiada a alteridade dos encontros em ato no próprio fazer profissional; é dada centralidade ao domínio dos dogmas e dos mecanicismos.

O *caos* (dimensão invisível da alteridade que nos obriga a diferenciarmos de nós mesmos) que acontece pelo estranhamento, conforme Rolnik (1994), ou mesmo o *breakdown*,

de acordo com Varela (2003), são condições para gerar um estado inédito e fazer emergir o nosso *devir-outro*.

Sem estranhamento, não há novas composições. É a experiência da alteridade que desestabiliza e gera a exigência de criar um novo corpo que encarne um novo modo de pensar, sentir e agir (ROLNIK, 1994). A identidade é uma unidade sempre provisória na qual nos reconhecemos dissolvidos em certos fluxos que não param de operar novas composições, pela turbulência que os estados inéditos convocam. Para além das realidades históricas e das identidades, há no invisível uma textura ontológica que vai se fazendo de fluxos e partículas para constituir a nossa composição atual em conexão e coexistência com outros fluxos e partículas. São as linhas de fuga ativas que conduzem ao desejo e à organização de um campo social de desejo; é a processualidade de *devir-outro*, um permanente processo de subjetivação que se dá pelas atuações transformadoras das desterritorializações e reterritorializações que surgem do trânsito entre o homogêneo e o heterogêneo, entre o social e a subjetividade. Rolnik explica que territorializar significa formar “na pele constelações as mais diversas que vão se acumulando até que um diagrama inusitado de relações de força se configure” (idem, 1997b, p. 26).

Levando essa compreensão para os processos de aprendizagem, caberia perguntar: como ativar processos de alteridade que tornem o ensinar-aprender menos duro e mais suave, de maneira a se presentificar o homem da ética?

Rolnik responderia dizendo que é preciso uma abertura para alteridade enquanto *caos e devir-outro* e que esta depende da capacidade de suportarmos o caos/violência das diferenças que se formam nesses processos de subjetivação, sem associá-las ao perigo da desintegração. Isso significa “[...] uma abertura também no campo do pensamento, de forma a conquistar um acesso ao invisível: mais do que simplesmente uma mudança de concepção, faz-se necessária a conquista de um outro tipo de prática do pensamento” (idem, 1994, p. 163); “[...] um pensamento que não fique mais a serviço exclusivo da consciência e possa desenvolver seu trabalho entre o invisível e o visível” (ibidem, p. 175).

A prática do pensamento é “[...] um trabalho que faz a passagem entre o inconsciente e a consciência; entre a sensação (os afectos) e a representação, entre o virtual e o atual, entre o caos e os territórios existenciais” (ibidem, p. 164). É uma passagem/mergulho no invisível das sensações e de sua atualização em alguma forma de expressão a ser criada, o que nada tem a ver com tornar manifesta uma representação oculta. O inconsciente diz respeito ao que se passa na sombra, como informa Rolnik, na travessia entre a complexidade do caos (ou das nascentes) e a complexidade dos territórios existenciais que vão fazendo emergir uma

necessidade de operar com novas formas de expressão, com cartografias até então inexistentes, cujo efeito é perda de sentido das formas vigentes e invenção de novas formas.

A consciência, por meio da representação, oferece o conhecimento do visível (a cartografia do nosso atual território de existência); já o inconsciente é a dimensão em que se produzem as diferenças, os desassossegos, o devir-outro. Rolnik afirma que, quando a consciência não se deixa desestabilizar pelas diferenças que se ativam no pensamento, ela torna-se “totalizante/totalitária” (1994, p. 164), fazendo com que o trabalho de pensamento fique à mercê da mera reprodução do eu. Explica: quando é delegada à consciência a tarefa de lidar com o mal-estar produzido pelas diferenças, os efeitos são tomados como causas e sob a orientação única dos códigos morais, pois a consciência não tem alcance às causas desse mal-estar (somente às diferenças atualizadas no visível). Dessa maneira, não sendo problematizado o mal-estar naquilo que pede escuta e criação, e sendo espantado por uma *subjetividade sentinela-zumbi* que se mantém surda ao apelo de invenção de sentido, é estancada a potência criadora, impedindo que a vida se afirme (ibidem, p. 168). A seguir, no item *Trabalho em saúde no contemporâneo*, discorro sobre essa captura de subjetividade que se faz no presente.

Por outro lado, quando a consciência se abre aos processos de mutação da subjetividade, ativa-se no pensamento a potência de alcançar o invisível, uma apreensão por sensação e por *acfeto*, o que dá chances a novas cartografias individuais e coletivas. Rolnik chega a dizer que, para reinventar a própria democracia nos dias de hoje, requer-se enfrentar a complexidade desse trabalho, “[...] sempre tentando incluir a palavra alteridade em todas as suas dimensões ao lado das palavras cidadania e ética, começando este trabalho em nossa própria alma” (ibidem, p. 176).

Levando em conta que é a abertura à alteridade e ao estranhamento que estabelece a possibilidade de mudança, podemos pensar sobre os riscos de um ensinar-aprender moral. Ao ensaiar uma resposta pronta para tudo e ao deshistoricizar sujeitos e práticas, fixam-se e cristalizam-se realidades como universais e absolutas, desconsiderando as processualidades, as singularidades e as multiplicidades. Podemos entender, ainda, por que as mudanças setoriais pouco têm sido disputadas pelos profissionais. Ora, se não há problema, estranhamento, perturbação, mudar por quê?

Coimbra e Nascimento (2004) discutem o conceito de *sobreimplicação* desenvolvido por René Lourau nos anos 1990, no contexto da Análise Institucional, destacando a dificuldade de se processar análises de implicação, devido ao intenso ativismo das práticas profissionais nos diferentes estabelecimentos, inclusive nas universidades. Segundo as autoras, nos diferentes espaços de trabalho se instala o território da urgência, do acúmulo de

tarefas, do especialismo e do individualismo, em sintonia com as propostas do atual mundo neoliberal e globalizado. O ritmo imposto é o do rendimento máximo, que fragiliza os espaços coletivos que poderiam propiciar momentos de análise das práticas, e fortalece cada vez mais a sua institucionalização. Nesse sentido, as autoras propõem a ferramenta *análise de implicações* de Lourau para colocar em análise os modos de existência no plano da micropolítica, de maneira a ativar o estranhamento e a recusa em relação às essências, às naturalidades, às verdades instituídas, aos portos seguros e à falta de atenção à historicidade (análise do sistema de lugares, as pertenças, as referências, as motivações, as relações, os investimentos do desejo etc.). Destacam as situações-limite vividas no trabalho, em que há sempre um acúmulo de tarefas e grandes volumes de pessoas para atender (como é o caso da saúde), exigindo respostas diversas, rápidas e competentes tecnicamente.

Essa situação gera um sentimento de fragilidade e leva à busca constante de aprimoramento técnico e de atualização para preencher a essência que parece faltar à competência técnica. Trata-se da produção incessante de carências e de fragilizações que levam a uma desorientação bastante favorável às oportunistas centrais de distribuição de sentido e valor, como assinala Rolnik (2006). Estas estão sempre à disposição de investir um suposto saber e de ofertar as supostas essências do que vem a ser um bom e competente técnico. Como diria Deleuze, “o tirano tem necessidade de almas despedaçadas, assim como as almas despedaçadas, de um tirano” (1970, p. 11). É a síndrome de carência e captura, produzindo figuras idealizadas, como informa Rolnik (2006); uma lógica que favorece e reitera a produção das verdades para preencher a constante falta/carência, produzindo um contexto, em que não há tempo para perder. Tudo tem que virar ação imediata e, assim, vai se produzindo o ativismo e o esvaziamento do coletivo.

Se vivemos todos numa correria cega, é de se perguntar: afinal, que profissionais estamos formando? Estamos atentos às subjetivações que se produzem nos processos de aprendizagem? Que ética estamos defendendo? Temos constituído encontros nos processos de aprendizagem? Esses encontros têm se voltado a desarmar a *subjetividade-zumbi*? Têm produzido afetamentos, sujeitos articulados e engajados?

Agrego neste texto, pela pertinência e pela contribuição que poderá dar a essa reflexão, novamente as palavras de Rolnik. A autora diz que, para dar força ao homem da ética, é preciso colocar uma nova suavidade no lugar do terror, “a suavidade de poder depor as armas e relaxar o plantão” da *subjetividade-zumbi*. É “ativar o homem da ética [ou o ensinar-aprender ético], ressuscitá-lo (e às vezes até suscitá-lo, de tão distante) para alguém e para

além do homem da moral [ou do ensinar-aprender duro, moral] que temos necessariamente que ser” (ROLNIK, 1994, p. 169).

O homem da ética entende que ordem e caos são indissociáveis, ele toma a inquietação como “[...] apelo de uma necessidade de criar que se impõe no invisível campo dos afectos, e ele [o homem da ética] se dispõe a acolher esse apelo – mais do que isso ele deseja acolhê-lo” (ROLNIK, 1992, p. 10), porque não está subjugado à ditadura do homem da moral. Está aberto à alteridade, a conviver com os vetores da moral e da ética ao mesmo tempo, mesmo que isso não seja nada pacífico, como enfatiza a autora:

[...] o homem da ética vai dando seus saltos a cada aparecimento de uma diferença; e a cada vez que isso acontece o homem da moral é sacudido em sua rotineira tarefa de guia turístico de uma paisagem estável, e se vê obrigado a aprender a operar numa paisagem desconhecida. É como se o homem da ética fizesse o homem da moral entrar em transe a cada um de seus inesperados saltos. (ibidem, p. 11).

Ativar o vetor ético da subjetividade poderia tomar a afirmação e a defesa da vida para além do plano visível das normas e das vigências, fazendo *balançar* as outras formas em que a vida tenha sido tomada, de modo a torná-la diferente, reposicionando o ensinar/aprender/trabalhar e colocando a vida em posição de travessia, deixando-a desabrochar.

As formulações de Rolnik acerca do homem da ética baseiam-se na filosofia de Baruch Spinoza, que propôs uma visão ética do mundo, em contraposição à visão moral que orientou a maior parte das teorias, a exemplo da cartesiana. Na visão moral do mundo, a alma comandaria o corpo e a esse só restaria obedecer ou distrair a alma para desviá-la de seus deveres.

Spinoza propõe a teoria da potência, segundo a qual as paixões do corpo são ações e paixões da alma; “corpo e alma, cada um procura o que lhe é útil ou bom” (DELEUZE, 1968, p. 236). Na filosofia vitalista spinozana, a vida está além do bem e do mal. O filósofo dizia que a melhor sociedade não seria aquela que melhor obedecesse, mas aquela que se orientasse pelas forças que escapam tanto à obediência como à falta, pois a vida está além do bem e do mal (idem, 1970).

Deleuze (ibidem) explica que Spinoza, ao dizer “não se sabe o que pode o corpo” fazia uma provocação: “[...] espantamo-nos diante da consciência, mas ‘o que é surpreendente, é, acima de tudo, o corpo’” (p. 26). Explica: “quando um corpo encontra um outro corpo, uma ideia outra ideia, tanto sucede que as duas relações se compõem para formar um todo mais potente, como um decompõe o outro e destrói a coesão das duas partes” (p. 27). Sobre isso,

Deleuze adverte: é uma questão de experimentação que exige atenção no sentido de saber se a composição entre relações e entre poderes constitui uma potência mais intensa.

Nessa dimensão, cada indivíduo tem um grau de potência singular, um certo poder de afetar e de ser afetado, que acontece na experimentação dos encontros entre os corpos, em que vai se aprendendo a selecionar o que convém com o nosso corpo e com a nossa alma, o efeito de um corpo sobre o nosso corpo, de uma ideia sobre a nossa (DELEUZE, 1970). Diz Spinoza que os bons encontros são aqueles que fazem composição com o nosso corpo e aumentam a nossa força de existir e de agir, são as paixões alegres. Por outro lado, as paixões tristes são as que acontecem nos maus encontros, implicam em más ligações e decomposição, diminuindo ou impedindo a nossa potência de agir. Nesse sentido, Spinoza defende a ética da alegria, aquela que nos aproxima da ação, da potência de agir (ibidem, p. 41).

Estar atento às multiplicidades e às singularizações pode propiciar novos engajamentos subjetivos naquilo que convoca às escolhas improvisadas na cotidianidade do trabalho, no aqui e agora dos encontros que pedem desalojamento de identidades, rompimento de relações duras e verticalizadas, ativismos, especialismos e tudo aquilo que a vida não suporta mais. Seria dar suavidade ao ensino das profissões e, ao mesmo tempo, torná-lo crítico-analítico das formas instituídas, centralizadoras e tecnocráticas, que domesticam a vida, a formação profissional e o trabalho a serviço das injunções hegemônicas. Ativar o *ensinar-aprender ético*, nas perspectivas enunciadas, seria ativar outros modos de ser professor, ser estudante, ser trabalhador, ensinar-aprender-trabalhar com o outro e com os coletivos, escutando o contemporâneo e buscando aquilo que ainda não somos, construindo redes/rizomas e encontros alegres que melhor possam enfrentar os achatamentos da vida e os pessimismos do mundo do trabalho. Tratar-se-ia de um aprender capaz de afetar e de ser afetado, que ressoasse com os outros, mexesse com o pensamento, ativasse novas conexões, aumentasse a potência de agir e acionasse devires mais capazes de defender a proteção social, o direito à vida e políticas de saúde mais solidárias às necessidades individuais e coletivas.

A filosofia do produtivo, dos encontros e dos afetos explica que as subjetividades se coengendram em superfícies de produção, de registro e de consumo, que vão se constituindo por meio de combinações produzidas no plano rizomático (nível molecular das intensidades e dos fluxos nômades e livres, que podem derivar infinitamente e estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los) e no plano arborescente (da árvore que organiza e estratifica a partir de um ponto central), em processos de territorialização e desterritorialização. Nesses processos, as intensidades fluidas vão formando cristalizações nas ideias e nas concepções, levando à assimilação dos códigos sociais, culturais, econômicos,

políticos, psíquicos. Como postulam Deleuze e Guattari (1995), cada máquina social produz uma superfície de registro de determinado modo de formação social – o *socius*, que cria e dissemina uma certa ideologia como única forma de pensar e existir (a exemplo do que produz o modo capitalista de se viver em sociedade). Esses autores entendem que a transformação da realidade macrosocial envolve o campo de forças que se instaura em imanência: a sociedade-árvore e a sociedade-rizoma, as estruturas e as multiplicidades, o mundo da estabilidade e da reprodução e o mundo das partículas e da produção.

Um ensinar-árvore impõe filiação (o que vale é o verbo *ser*); e um ensinar-rizoma é aliança, não conclui, tem como tecido a conjunção *e* (e... e... e...), uma conjunção que tem força para sacudir e desenraizar o verbo ser. O rizoma encontra-se entre as coisas, no meio (*intermezzo*), não começa nem conclui. “*Entre* as coisas designa [...] uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma *e* outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 37). Os mesmos autores, ao fazerem a distinção das características das multiplicidades arborescentes e das multiplicidades rizomáticas, citam o exemplo de massa e de matilha com base em Elias Canetti. A massa é a sociedade do conjunto, da direção hierárquica e da organização da territorialização, e a matilha é a projeção de partículas, metamorfoses qualitativas e linhas de desterritorialização. O chefe de massa consolida e capitaliza aquisições, enquanto que, na matilha, o chefe de bando coloca tudo em jogo, se arrisca a cada vez. Se na massa existe a paranoia de estar sempre aproximado do centro e nunca ficar na periferia, na matilha, se fazem constelações cambiantes, “[...] cada um efetua sua própria ação ao mesmo tempo em que participa do bando” (a exemplo dos lobos caçadores). Ora o indivíduo está dentro, ora está na borda e “[...] quando a matilha se põe em círculo ao redor de seu fogo cada um poderá ter vizinhos à direita e à esquerda, mas as costas estão livres, as costas estão expostas à natureza selvagem”, conforme fragmentos citados de Canetti (*ibidem*, p. 47).

Nesse horizonte, o que pode desfazer a subjetivação homogeneizante, imposta pelas hierarquias fixas, é a apreensão da subjetividade em sua dupla face: “[...] por um lado, a sedimentação estrutural e, por outro, a agitação caótica propulsora de devires, através dos quais outros e estranhos eus se perfilam, com outros contornos, outras linguagens, outras estruturas, outros territórios” (ROLNIK, 1996, p. 5).

Não há dúvida de que os seres humanos precisam do prescrito, como enfatiza Barros (2007, p. 356), pois “[...] a organização é necessária para toda a atividade humana; não precisamos é nos engessar no que está prescrito [...]”, já que sempre há espaços de liberdade

que o homem ético pode selecionar, o que favorece e o que não favorece a vida em sua potência criadora, sem cair nos relativismos irresponsáveis e sem ficar preso às amarras do trabalhador funcional/moral.

O *homem ético* diz respeito ao homem desejante, produtivo, revolucionário e inventivo. Mesmo sabendo que o desejo só pode realizar-se produtiva e revolucionariamente na máquina social e nas instituições quando determinadas condições históricas, socioculturais ou psicossociais engendram modos de subjetivação favoráveis – conforme ensinam Deleuze e Guattari – há, sempre, em meio à dureza institucional, a possibilidade de fazer movimentos de resistência e criação nas redes-rizomas para dar passagem àquilo que dá vazão a modos mais democráticos de viver, de ensinar-aprender e de trabalhar. Como diz Foucault (1994, p. 179): “há sempre um pouco de pensamento nas instituições mais tolas, há sempre pensamento mesmo nos hábitos mudos”. Na visão foucaultiana, teria que se “caçar esse pensamento e ensaiar a mudança”. A crítica, segundo ele, indispensável para toda transformação, consistiria em “[...] tornar difíceis os gestos fáceis demais”. Diz mais: “[...] a partir do momento em que se começa a não mais poder pensar as coisas como se pensa, a transformação se torna, ao mesmo tempo, muito urgente, muito difícil e ainda assim possível” (ibidem, p. 179).

Para Deleuze (1992), “a lógica do pensamento é o conjunto das crises que ele atravessa, assemelha-se mais a uma cadeia vulcânica do que a um sistema tranquilo e próximo do equilíbrio” (p. 106); “[...] é como um vento que nos impele uma série de rajadas e abalos (p. 118). Para Foucault (1979), o poder é microfísico, relações de força que passam entre as formas do saber, fazendo com que poder e saber se constituam indissociavelmente.

O que está em jogo para o homem da ética é uma ética do pensamento-criação, do processo de subjetivação que se expressa como uma crítica permanente em prol do exercício da liberdade, que faz passar os fluxos, que subverte as barreiras dos códigos e das normas para romper com a verticalidade e fazer novas conexões, que se abre às práticas de liberdade e às problematizações que se produzem em ato nos encontros, que ativa o desejo para o contato com as multiplicidades, para invenção de si e de mundos. São práticas de liberdade que rompem com as práticas de obediência e abrem subjetividades ainda não conhecidas, como busca incessante de multiplicidades de relações, como possibilidade de criar outras soluções, de fazer emergir novas singularidades e novas formas de ver e pensar, pela alteridade dos encontros. A questão é como fazer a crítica e dar visibilidade aos constrangimentos das práticas normativas e como rejeitar o que anestesia o movimento do pensamento a ponto de trancar a potência da invenção.



Não significaria abandonar as lutas políticas em âmbitos macrossociais, mas envolveria uma aposta na extensão do rizoma, em mutações de sensibilidades, em percepções e *afectos* tensionados pela ética, em revoluções moleculares. Como bem coloca Ceccim, não se trata de um jogo de braços, “[...] para a micropolítica interessa a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a dissolução das identidades e a reconfiguração das formas e das figuras de ser-pensar-agir-perceber [...] apenas a vigência da poiesis” (CECCIM, 2007b, p. 38).

Nos processos de ensino-aprendizagem, significaria ocupar-se em polir lentes, avivar o terceiro olho (os olhos da alma), aquele que permite ver a vida além das aparências falsas, para produzir uma visão livre, inspirada e inventiva, assim como fazem os artistas, os sábios e os filósofos (DELEUZE, 1970). Ou, simplesmente, parar de inspirar tantas paixões tristes e começar a afetar de alegria. Só assim haverá um aprender ético e implicado!

### **A perspectiva colegiada do trabalho: governos e autogovernos**

Com muita frequência, no contexto das organizações de saúde, pode-se observar que os gestores costumam atribuir o insucesso de suas propostas às falhas de planejamento. Mesmo considerando esse aspecto como essencial para poder disputar uma gestão que pretenda atender às exigências e aos desafios propostos pelo SUS, particularmente no que se refere ao princípio da integralidade, nenhum planejamento, por mais estratégico e participativo que seja, consegue dar conta da complexidade que envolve a gestão e a produção do cuidado na saúde.

Campos (1998) aponta que, embora haja um grande desenvolvimento teórico e operacional sobre métodos e as técnicas de planejamento em saúde, incentivados desde os anos 1970, com o objetivo de democratizar os serviços públicos de saúde, é necessário reconhecer que “[...] o planejamento não esgota a maioria das tarefas do sistema de gestão. Um bom método de planejamento, por si só, não dispensa um bom sistema de gerência [...]” (p. 864).

O autor, ao observar, em algumas experiências, momentos de intensificação da participação e de democratização no sistema de saúde, graças à utilização de variantes do Planejamento Estratégico Situacional, conclui que, apesar da importância desses momentos, eles não conseguem modificar o sistema de gestão dos serviços de saúde, ficando a

democracia restrita às oficinas de planejamento, permanecendo o gerenciamento dos serviços de acordo com diferentes variações do taylorismo (ibidem).

Para compreender a complexidade que envolve o território da gestão no setor de saúde, não há como deixar de adentrar o estudo da micropolítica. É muito comum, no cotidiano da saúde, prevalecer o entendimento de que tudo acontece em razão de maus ou bons governantes. Atribuir a construção da realidade somente aos projetos governamentais é uma visão equivocada e que acomoda um estado de anestesia das práticas profissionais, deixando muitos trabalhadores sempre na expectativa de que um novo governo venha transformar a realidade. O contrário também acontece, isto é, culpam-se os trabalhadores pelas mudanças que não acontecem, ou a sua formação, que não os habilitou para práticas transformadoras.

O que configura uma prática, entretanto, não são iniciativas do governo ou modos de atuar dos trabalhadores como fatores em oposição. Em iniciativas autoritárias e medicalizadoras de gestão do sistema de saúde, escapam as práticas individuais de cada trabalhador que opera segundo sua compreensão de prática cuidadora e de prática coletiva ou de equipe. Em iniciativas horizontais, participativas e interdisciplinares, escapam as práticas individuais arrogantes, sectárias, corporativas ou de baixa responsabilidade. Sem construir um processo de trabalho que eleve a implicação dos trabalhadores com seus cotidianos – tomados como abertos e sob construção coletiva –, progressistas ou conservadores não se distinguem.

Processos de trabalho em que os trabalhadores não se incluem por sua opacidade de livre construção dos cotidianos não geram produções em ato; apenas o trabalho morto de reposição de si e de estratégias. O estranhamento das condições de pura reprodução desafia a ocupação dos microespaços de liberdade, sempre presentes, na pior das hipóteses, em nosso modo de ver-ouvir-sentir e, por isso, de falar-tocar-fazer.

A negação do estranhamento e da proteção contra os ruídos e os desconfortos que uma realidade causa fazem com que a mesma seja projetada como estável. Quando isso acontece, mantém-se uma configuração hegemônica, abortando-se as ações de impacto estrutural, mas não há como impedir o que está sempre por vir ou as possibilidades de mudança que se presentificam no âmbito micropolítico, relativo a esse nosso ver-sentir-ouvir-querer.

Rolnik (2006) nos diz que o estranhamento é uma experiência crucial, porque é a expressão sensível das forças da alteridade em nosso corpo, que colapsam a cartografia vigente e nos levam a criar. A autora afirma que a macro e a micropolítica compartilham do mesmo ponto de partida, que é a urgência de enfrentar as tensões da vida humana nos pontos em que sua dinâmica de transformação encontra-se travada, tendo como alvo a liberação vital

de seus estrangulamentos para afirmação de seu potencial inventivo da mudança. O que as distingue são as suas ordens de tensões, as operações de seu enfrentamento e as faculdades subjetivas que envolvem. Isso quer dizer que uma mudança de ordem micropolítica coengendra mudanças macropolíticas, e que transformações macropolíticas coengendram mudanças micropolíticas. No cotidiano, macro e micropolítica estão presentes na gestão, no trabalho, na participação e na formação. Não se trata de distinguir governo e trabalhadores como polaridades.

Deleuze e Guattari (1996) formularam as noções de molar e molecular, identificando uma forma *primitiva* ou flexível e outra dura ou *moderna*, em que flexibilidade e dureza são entendidas como funções atuais e inseparáveis na organização social, que atravessam tanto as sociedades primitivas como as modernas. *Linhas* e *segmentos* são atribuídos para designar a organização molar e o *fluxo* para designar a composição molecular.

Os autores apresentam uma formulação que recusa a análise da realidade por meio de um plano representacional e estático, que toma o eixo da similaridade do mundo social, para tomar o mundo dos detalhes, não somente considerando as semelhanças, mas também as diferenciações e as invenções constitutivas do social e dos indivíduos.

Escóssia e Kastrup (2005) retomam a noção de molecular, como a micropolítica, e de molar, como a macropolítica, alertando para que não se confunda micropolítica ou molecular com espaços sociais menores – como o componente individual ou o componente subjetivo – e macropolítica ou molar com os grandes espaços sociais – como o componente social ou o componente das políticas públicas. As autoras propõem a noção de coletivo como plano de coengendramento do indivíduo e da sociedade, visando à desnaturalização desses termos e à superação da dicotomia entre o individual e o social. Também ajudam a pensar a indissociabilidade da macro e da micropolítica nos atos de governo e nos atos profissionais.

Para Deleuze e Guattari (1996), macro e micropolítica são segmentaridades. Embora distintas na sua natureza, multiplicidades e correlações não são oposição, pois coexistem em um processo de atravessamento mútuo, ou seja, uma pressupondo a outra, não podendo ser separadas. Uma linha de segmento macropolítica mergulha e se prolonga num fluxo micropolítico que não para de remanejar seus efeitos e interrogar a macropolítica.

Na macropolítica estão as tensões dos conflitos que se produzem na realidade visível e dizível, no plano das estratificações que delimitam sujeitos, objetos e suas representações. É o plano no qual ocorrem as relações de dominação, opressão e/ou exploração, que faz diminuir a potência de vida pelo uso de normas, regras, cargos, rotinas, protocolos, padrões etc. É a

ação que se inscreve na disputa pelos agenciamentos e lugares que assegura vigência a uma configuração formal do trabalho.

Já a micropolítica é o plano do sensível, indizível e invisível, em que circulam fluxos, intensidades, sensações e devires que se anunciam no campo das tensões em atravessamento com a cartografia dominante da macropolítica. Nesse plano, estão as relações, as práticas concretas, o trabalho vivo em ato, o cotidiano sensível e vivo às reflexões de seus atores.

A macropolítica é mais estável, e a micropolítica, por ser a segmentaridade da realidade sensível, está sempre em mudança, como efeito vivo da presença da alteridade e como campo de forças que não param de afetar nossos corpos e de tensionar a cartografia em curso, provocando colapsos de sentido. Enquanto a tensão da macropolítica é acessada pela percepção, na micropolítica é ativada, sobretudo, pela sensação que afeta nossos corpos, como efeito das forças do mundo, produzindo crise por estranhamento, nos forçando a pensar/criar e a ativar a potência de criação. Os colapsos e as perturbações que se manifestam em crises na subjetividade, forçando a criação de modo a dar expressividade para a realidade sensível que pede passagem, podem produzir mudanças irreversíveis na cartografia vigente, por portar um poder de contágio em seu entorno (ROLNIK, 2006).

Sobre os processos de mudança, Guattari e Rolnik (2000) defendem que não se trata mais da reapropriação apenas dos meios de produção ou de expressão política, mas de entrar no campo da economia subjetiva, destacando atenção especial para os processos micropolíticos e de singularização, pois é nesses processos que está colocada a possibilidade de invenção de outros modos de produção semiótica para viabilizar a sociedade, ou seja, para construir modos de sensibilidade, de criatividade, de relação com o outro, como recusa à produção de subjetividade dominante, aos modos de manipulação, segregação e opressão. Tratam de uma singularização existencial que coincida com um desejo, um gosto de viver, uma vontade de mudar a sociedade e de construir o mundo.

Desse modo, de acordo com esses autores, para se pensar na mudança, é preciso uma prática política que persiga a subversão da subjetividade de modo a permitir um agenciamento de singularidades desejantes, capazes de enfrentar e vencer o embate com a subjetividade capitalística dominante (ibidem). A noção de *agenciamento coletivo de enunciação*, proposta por Félix Guattari (1992), possibilita agregar outro olhar compreensivo dos processos de transformação social, na medida em que permite conceber que esses agenciamentos podem disparar revoluções moleculares – microprocessos revolucionários de resistência – contra o processo de serialização da subjetividade. Melhor dizendo, são agenciamentos que podem produzir modos de subjetividade originais e singulares (processos de singularização subjetiva,

disruptores no campo da produção do desejo), capazes de promover a afirmação de valores, não só em relação à vida coletiva, mas também para os indivíduos, pois “o desejo só pode ser vivido em vetores de singularidade” (GUATTARI; ROLNIK, 2000, p. 47).

A revolução molecular, situada no campo micropolítico, é compreendida como “pontos de passagem” (ibidem, p. 79), ou devir, que vai afetar os sistemas de alteridade, os sistemas de percepção, criando um agenciamento que permita que os processos se apoiem uns nos outros de modo a intensificar-se. Um processo que pode produzir uma singularidade na própria existência das coisas, dos pensamentos e das sensibilidades e que, portanto, pode acarretar mutações no campo social (para aquém ou além do discurso) (GUATTARI, ROLNIK, 2000, p. 185).

É com essa orientação que esses pensadores convocam ao atrevimento de singularizar: “é preciso que cada um se afirme na posição que ocupa; que a faça viver, que a articule com outros processos de singularização, e que resista a todos os empreendimentos de nivelção da subjetividade” (ibidem, p. 50). Os autores vão além: “é importante interrogar as organizações políticas em função das questões do desejo; mas é também importante – e muito – interrogar a economia do desejo, em função das máquinas estatais...” (ibidem, p. 168).

Nos diferentes espaços que ocupamos na saúde – na educação, na gestão, no serviço, no controle social e mesmo no movimento popular – nos sentimos, muitas vezes, aprisionados em nossos próprios modos de pensar/agir e com dificuldades para vislumbrar linhas de fuga que possam romper com esse aprisionamento. Armar e forjar novos olhares, por meio de outras perspectivas, pode ser um recurso para reacender a nossa capacidade reflexiva e fazer emergir a nossa potência transformadora.

Abrir-se a novas perspectivas exige abrir mão do pressuposto que considera possível conduzir a história a um certo ponto de chegada e também romper com qualquer ideia de compreensão sobre a produção e a reprodução da vida coletiva, que se reduza ao social ou ao individual e, ainda, abdicar das formas de explicação das transformações sociais que se reduzam às condições da macropolítica ou às possibilidades da micropolítica.

Merhy (1997a, p. 72) afirma que um dos grandes nós críticos que vêm sendo debatidos no campo da saúde coletiva é justamente o modo como são estruturados e gerenciados os processos de trabalho nos diferentes tipos de estabelecimentos de saúde. O autor aponta que a busca da mudança do modo de se produzir saúde deve apostar que esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores e que não está somente na dependência de reformas macroestruturais e organizacionais. Nesse sentido, trata da micropolítica do trabalho vivo em saúde, colocando como desafio central a produção de uma reforma *publicizante* do sistema de

direção dos serviços, implicando uma *coletivização* da gestão dos processos de trabalho em saúde, cotidianamente, tomando como referência o interesse e as necessidades dos usuários.

Merhy (ibidem) considera que a dinâmica que envolve os processos de trabalho é profundamente complexa, tendo em vista o conjunto dos autogovernos em operação, as *cabeças* presentes e o jogo de interesses organizados como forças sociais que atuam na micropolítica do processo de trabalho, ressaltando que, nessa complexidade, é necessário compreender os distintos governos micro e macro que operam nos cenários. São tomadas as noções de trabalho vivo e trabalho morto para compreender os processos de trabalho na saúde de modo desafiador. Como trabalho vivo, é entendido o encontro trabalhador-usuário, em ato de encontro, como a criação em ato (instituinte, em processo, produzindo), e, como trabalho morto, o legado de trabalho antecedente já instituído (dado, produzido). Embora o trabalho vivo possa ser capturado pelo trabalho morto, o processo de trabalho em saúde está sempre aberto à presença do trabalho vivo, em ato, pois se trata de trabalho sob a condição do encontro cuidador ou terapêutico. Essa noção, como o autor mesmo coloca, abre outras perspectivas para aqueles que apostam na mudança, pois, na visão da micropolítica, não cabe a noção de impotência, uma vez que o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato (MERHY, 1997a, p. 100).

As formulações apresentadas ajudam a entender que a *produção* na saúde é resultado do cruzamento de múltiplas dimensões ou de linhas de força entrelaçadas, sem que nenhuma tenha o papel de unidade transcendente – uma textura ontológica que, por composição, fabrica novas figuras, estados inéditos à nossa consistência subjetiva atual. A perspectiva colocada é a da imanência, na qual relações de forças, engendramentos e produções (plano micropolítico) não se encontram em relação de oposição com as formas e as organizações de poder (plano macropolítico), mas num regime de coextensão (ROLNIK, 2006). Entender o desejo como potência e como coextensão ao social possibilita reacender os ânimos e a ousadia daqueles que dedicam muito de suas vidas nos diferentes cenários da saúde, para construir outros modos de subjetivação, atenção à saúde, descentralização da gestão, participação da sociedade, invenção de redes de cuidado e redes sociais.

### *Estratégias tecnoassistenciais e de gestão setorial na saúde*

No movimento sanitário brasileiro, existe um cenário de muitas disputas de propostas que tomam o estudo da organização dos serviços e a conformação das práticas sanitárias

como a orientação e a busca de novos referenciais e caminhos que sejam capazes de ultrapassar o modelo hegemônico da Medicina Científica, originado nos séculos XVIII e XIX. Esse modelo, que tem como marco histórico o relatório Flexner, de 1910, foi formulado a partir de uma avaliação da educação médica nos EUA e no Canadá, demarcando, dentre outros aspectos, a valorização do enfoque biológico (como forma de superação da era empírica) e o estímulo à especialização médica. Os fundamentos dessa proposta passaram a incorporar, ao longo da história, um conjunto de elementos estruturais complementares e sinérgicos entre si, direcionando a prática médica. Silva Jr. (1998, p. 45) sintetiza esses elementos estruturais como: o mecanicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão das práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração dos recursos e do atendimento em saúde.

Novos paradigmas, em contraponto ao modelo hegemônico, começam a surgir desde a década de 1940, voltados à compreensão da saúde como um direito humano fundamental e como garantia do bem-estar social, resultado das lutas das classes trabalhadoras pelos direitos sociais, conforme assinala Silva Jr. (*ibidem*). Além disso, como assinala o autor, tomando como referência as palavras de Eugênio Vilaça Mendes, a proposta hegemônica da medicina científica entra em crise, particularmente na década de 1970, devido a problemas relativos à ineficiência, à ineficácia e à desigualdade na distribuição de seus progressos, em que, à elevação dos investimentos em saúde, não correspondiam índices epidemiológicos satisfatórios de redução da mortalidade ou de morbidades. A Medicina Científica, articulada ao processo de industrialização da sociedade e conduzida para os interesses de um mercado lucrativo, determinou custos progressivos e nem sempre racionais, dificultando o oferecimento universal dos benefícios produzidos pela tecnologia médica, gerando iniquidade (*ibidem*).

Dentre as propostas surgidas, uma das mais importantes foi a da Medicina Comunitária, patrocinada por entidades internacionais e promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo o seu marco histórico na Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Difundida nas universidades, pelo movimento preventivista, desde os anos 1960, foi o projeto que suscitou a criação de núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência, que abrigaram intelectuais discordantes do modelo político brasileiro depois do golpe militar. Esses núcleos utilizaram o espaço da Medicina Comunitária como espaço de politização da saúde, de reflexão sobre problemas sociais e sanitários e como laboratório de experiências.

Tal modelo, mesmo que indagado em suas contradições por diversos autores (ibidem), em relação aos seus propósitos reformistas, tendo em vista o seu caráter de racionalização das práticas médicas (favorecendo a diminuição de investimentos estatais, a incorporação do emprego de recursos das próprias populações e a acumulação de capital na indústria da saúde), teve uma importância significativa na história da saúde brasileira, por favorecer pressões por políticas de saúde mais abrangentes e reforçar as críticas à desigualdade de oferta do modelo hegemônico.

Algumas dessas experiências, como a integração docente-assistencial, no final da década de 1970 (Montes Claros-MG, Londrina-PR, Niterói-RJ e Campinas-SP), desencadearam um movimento por mudanças na política nacional, no bojo da luta pela redemocratização da sociedade brasileira, instituindo as bases da Reforma Sanitária, conforme assinala Silva Jr. (1998).

Um dos principais marcos da Reforma Sanitária foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Foi um espaço que tinha como horizonte a democratização da sociedade. No conteúdo desse evento, foram indicadas as diretrizes para a construção de uma nova política de saúde, ampliando o conceito de saúde, concebendo saúde como direito de cidadania, ressaltando a importância da participação social no controle da política de referência e defendendo a necessidade de readequação do orçamento fiscal e de medidas mais amplas de ordem política, econômica e social. Esse foi o caminho que desencadeou uma sucessão de etapas que foram consolidando mudanças jurídico-político-institucionais e que suscitaram as novas bases do setor da saúde. A Constituição Brasileira de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/1990 e Lei Federal nº 8.142/1990) pautaram os ideais da universalidade do acesso, com equidade nos resultados; da integralidade da atenção; da descentralização da gestão, com comando único por esfera de governo; e do controle social exercido pela sociedade sobre o setor da saúde.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e no desenrolar do processo de descentralização da gestão (municipalização da saúde), diversos grupos integrantes do Movimento da Reforma Sanitária debateram a necessidade de reorientar o modelo hegemônico, pautando os impasses que dificultavam as mudanças pretendidas. Deu-se ênfase nas dificuldades decorrentes dos severos cortes orçamentários no setor social, nas dificuldades conceituais, metodológicas e operativas, e, ainda, conforme Gastão Wagner de Sousa Campos (1992), nos problemas de gestão determinados pela separação entre as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional, e as do modo concreto de produzir atenção em



saúde, o que estaria conduzindo inúmeros esforços *mudancistas* a alcançarem pequeno impacto sobre os problemas de saúde e sobre a eficácia dos serviços (SILVA JR., 1998).

As diferentes correntes existentes nesses debates entre militantes da Reforma Sanitária formaram vários grupos na tentativa de teorizar e propor novos modelos de atenção à saúde. Silva Jr. (ibidem) sistematiza as principais propostas de modelos assistenciais, selecionando três grandes vertentes que têm sido consideradas por diversos teóricos, no campo da Saúde Coletiva, como propostas de modelos alternativos ao modelo hegemônico: a proposta de Sistemas Locais de Saúde, da Bahia, a proposta de Saudicidade, de Curitiba-PR, e a proposta Em Defesa da Vida, de Campinas-SP.

A proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos) ancora-se na estratégia de distritalização por territórios geográficos e de vigilância à saúde, sendo conjugadas as racionalidades da epidemiologia e da promoção da saúde. Aposta na intersectorialidade e na educação em saúde como motes para desenvolver a autonomia de pessoas e coletividades e para superar os fatores condicionantes e determinantes da qualidade de vida. A organização do sistema é recomendada por meio da hierarquização dos serviços em níveis de atenção, com atribuição de competências para as unidades de atenção primária e para as unidades de referência. Em outra publicação, Silva Jr. e outros (2005) desdobram, dentro da vertente da vigilância à saúde, o modelo denominado Ação Programática, que também toma como foco central para análise da situação de saúde os fatores de vulnerabilidade e risco de morte por doenças e agravos, por pautar-se pela racionalidade do saber epidemiológico.

A proposta de Saudicidade, ou Municípios Saudáveis, considera como máxima a promoção da saúde, fazendo uma forte defesa à ação intersectorial, ao focalizar centralmente as necessidades e as determinações para uma melhor qualidade de vida, dando pouca ênfase à rede de cuidados. É preconizada a regionalização da atenção e o desenvolvimento de programas de saúde, segundo a lógica da hierarquização das unidades de saúde. A principal diretriz é o trabalho intersectorial e a solução dos problemas, buscada por meio do desenvolvimento do trabalho em rede e de ações fora do setor da saúde. A perspectiva de atuação operacional, mesmo que considere a gestão territorial, não problematiza a própria rede de saúde.

E, por fim, a terceira proposta, denominada Em Defesa da Vida, foi divulgada na 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992). Teve sua origem na sistematização de ideias e trabalhos de um grupo de articulação entre a academia e os serviços, fundador do Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no final da década de

1980. Essa estratégia reconhece como importantes todos os aspectos norteadores dos demais modelos, como a distritalização, a ação programática e o município saudável, mas ressalta a necessidade de garantir acesso ampliado a todas as ações e as tecnologias de saúde, para reduzir danos e sofrimentos e para prolongar e defender a vida. Propõe que essas tecnologias sejam dispostas em uma rede integrada de ações e serviços, rompendo com a visão tradicionalmente utilizada para organizar o sistema de saúde em níveis de complexidade crescente, destacando o conceito rede-rizoma em detrimento da rede-arborescente. Além de surgir como uma proposta alternativa ao modelo hegemônico, a vertente *Em Defesa da Vida* foi motivada pela constatação de que os demais modelos não continham projetos que buscassem a redefinição do trabalho médico e da clínica, bem como da atenção ao indivíduo doente. Assim, essa proposta, tributária da epidemiologia social latino-americana, problematiza a necessidade de considerar, na atenção à saúde, a subjetividade e os aspectos individuais do adoecer (uma vez que esses aspectos não são valorizados naquelas concepções de problema de saúde), propondo a incorporação de elementos da psicanálise, da análise institucional e da educação na atuação das equipes, no sentido de ampliar a sua capacidade de melhor perceber as demandas e ofertar ações e serviços mais adequados.

Essa estratégia tecnoassistencial, que abriga como autores inaugurais Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, foi utilizada como referência nos estudos relativos aos modelos de atenção e de gestão em saúde, por compor uma rede teórica e conceitual na Saúde Coletiva, que possibilitou abrir questões e problemáticas em conexão com o campo empírico e também com as proposições e reflexões concernentes à Educação Permanente em Saúde.

Na perspectiva desses autores, a integralidade é entendida como orientação para a organização de ações e serviços de saúde, sendo enfatizado, como eixo desse princípio, o direito de o cidadão dispor de ações humanizadas e resolutivas e de uma vida com mais qualidade. São formuladas proposições teóricas e operativas com vistas à politização da saúde, pautando os princípios do controle social, da gestão democrática e da humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, de forma a ampliar a consciência sanitária, a saúde como um direito de cidadania e a defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 1992).

No que se refere à organização do sistema de saúde, é recomendada uma nova contextualização para a rede básica, por meio do reconhecimento de sua complexidade, concebendo-a como um lugar estratégico para apreensão das reais necessidades de seus usuários e, portanto, para orientar as necessidades de organização de toda a rede e de integração dos serviços (rede de cuidados progressivos) (CECÍLIO, 1997b).

Uma questão central para essa estratégia tecnoassistencial é a reorganização dos processos de trabalho, no sentido de que os mesmos incluam os usuários da forma como eles sentem suas necessidades em saúde, produzindo cuidados que enfatizam o trabalho em equipe, os projetos terapêuticos interdisciplinares e o resgate da clínica com valorização das tecnologias relacionais. Além disso, é pautada a necessidade de garantir um acolhimento mais humanizado aos usuários, o acesso a serviços mais resolutivos, o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários e a organização de fluxos mais eficazes entre as diferentes instâncias de atenção, com pleno exercício do controle social (MERHY, 1992).

Na esfera da gestão, é proposto um sistema de saúde aberto à participação popular (usuários organizados), dos trabalhadores e do governo ou gestores de sistemas de saúde, colocando a atuação democrática dos sujeitos sociais no centro do processo de produção de serviços e no campo da formulação de políticas (ibidem). Para a descentralização político-administrativa, é sugerida a organização de territórios sanitários, com gerenciamento e elaboração de planos de saúde locais, bem como a instituição de espaços colegiados de decisão e instâncias locais de controle social.

É preciso ter claro que um modelo não se restringe a um desenho político almejado por um determinado gestor ou ao planejamento técnico sistematizado por uma equipe de saúde. Conforme Silva Jr. e outros (2005, p. 80), os modelos são a “combinação de um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e das populações e para a gestão das ações, serviços e sistemas de saúde”. Dizem respeito a uma opção política, organizacional e técnica para construir a gestão de processos político-organizacionais e de trabalho no setor da saúde.

Na produção da saúde, a definição por um modelo de atenção, por parte do gestor, não é suficiente para determinar a execução dos princípios do SUS, mesmo quando o projeto de governo tem a intenção declarada de defender uma *razão pública* para a política de saúde, de humanizar a assistência à saúde e de torná-la mais integral. Não há garantia de que as equipes de saúde, em seu agir cotidiano, concretizem esses objetivos, e não há norma ou decreto que consiga impor o rumo a ser seguido à reconfiguração das práticas nos cotidianos vivos em que o trabalho ganha materialidade. Apenas podem-se disputar novas lógicas de atenção e de gestão em saúde e apostar nos processos em ato. Na saúde, há sempre uma parcela razoável de autogoverno no exercício do trabalho dos profissionais de saúde. No espaço em que acontece uma consulta, um procedimento ou mesmo uma intervenção coletiva, a atenção será integral e humanizada, dependendo do desejo e da forma com que o profissional conduzir o

seu encontro com os usuários, pois não há regra e norma que possam controlar a totalidade dos espaços dos processos individuais de trabalho dos profissionais de saúde.

Mesmo ao admitir-se que nenhum modelo que tente difundir-se como uma estratégia político-institucional seja capaz de portar o segredo para transformar a forma como são prestadas as ações de saúde e geridas as políticas de saúde, é preciso reconhecer que os modelos portam lógicas distintas que podem favorecer ou não a qualificação da atenção à saúde e a transformação dos modos hegemônicos de produção da saúde, que podem ou não dar respostas aos princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção e equidade nas estratégias de acolhimento e encaminhamento de soluções. O trabalho não se faz na ausência de gestão, mas há que se considerar que a gestão não consegue controlar o cotidiano ou o que acontece em ato na relação singular de cada encontro trabalhador-usuário.

### *A gestão de coletivos na reinvenção da saúde*

Para concretizar a diretriz da democratização do sistema de saúde, além da construção e da consolidação de políticas voltadas a efetivar a participação e o controle social no SUS, está colocado o desafio de qualificar a própria gestão do trabalho, o que pode ser observado nas conferências nacionais de saúde, nas conferências sobre o trabalho e os trabalhadores de saúde, como também na última Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006).

Em 1986, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, com o tema central *Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária*. No mesmo período, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram apontadas questões relativas aos trabalhadores, com destaque para remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, carreira, incentivo à dedicação exclusiva, bem como a necessidade de adequação da formação profissional às necessidades demandadas pela realidade. Foi a ênfase no tema *trabalhadores em saúde*, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que gerou a gestão do trabalho como primeira conferência subtemática.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, recomendou a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde – *Os desafios éticos frente às necessidades no setor da saúde* – que aconteceu em 1993 e teve como principal objetivo aprofundar o debate e a reflexão sobre essa temática e propor diretrizes para a política de trabalhadores para o setor, sendo analisados o contexto da saúde brasileira, o processo de implementação do SUS e a sua

relação com os trabalhadores, nas dimensões da formação, do desenvolvimento e da gestão do trabalho.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, aprovou os princípios e as diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), consistindo-se em um dos principais documentos para subsidiar as discussões da 3ª Conferência Nacional, agora designada como de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em 2006, com o tema *Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação*.

Essas construções, no cenário nacional da saúde, têm emergido como movimentos que apontam para a necessidade de reconfigurar as relações entre educação e trabalho e as próprias relações no interior dos processos de produção da saúde (gestores-trabalhadores-usuários), com forte posicionamento de que o trabalhador da saúde precisa ser considerado e valorizado como um ator central para a efetivação do ideário sanitário. Pensar sobre a gestão do trabalho na saúde, nessa perspectiva, requer que se façam algumas reflexões sobre a racionalidade gerencial hegemônica, bem como sobre os desafios colocados à compreensão da atividade produtiva setorial.

Campos (1998), no texto *O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso*, problematiza a lógica da Teoria Geral da Administração, em particular o taylorismo, proposto na década de 1960, por ser uma vertente racionalista, baseada em premissas normativas do planejamento. Essa racionalidade “[...] produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria”. Além de reduzir os trabalhadores à compra da sua força de trabalho, “[...] exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles” (idem, 2000b, p. 23).

A crítica de Campos deve-se à visão instrumentalizadora e *coisificada* do trabalho humano dessa racionalidade administrativa, que faz com que as pessoas sejam reduzidas a instrumentos do trabalho, como se elas fossem totalmente passíveis de administração. Trata-se de uma lógica que tem sido, ao longo do século XX, responsável pela alienação dos trabalhadores, pela separação concreta e cotidiana dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado do próprio trabalho, e pela perda de ganhos de autonomia dos trabalhadores (ibidem).

Segundo o autor, embora tenham sido ampliadas as construções na área da organização e da gestão em saúde, a disciplinarização e o controle do trabalhador, fundados

na racionalidade gerencial hegemônica, continuam sendo o eixo estruturante da maioria dos métodos de gestão. Algumas abordagens apostam em controles disciplinares para domesticar o comportamento dos trabalhadores e, outras, mais estratégicas, voltam-se a modificar a subjetividade dos indivíduos. Além disso, salienta Campos (1998), outro problema da gestão na saúde é a fragmentação do trabalho determinada pela lógica das profissões, que sustenta a estruturação institucional por áreas profissionais, determinando grande dificuldade de articulação horizontal. Para o autor, as visões gerenciais vigentes, que buscam adaptar e moldar sujeitos, precisam ser ultrapassadas para dar lugar a “processos produtores de sujeitocidadãos no trabalho” e, assim, ser assegurada a produção do cuidado nas instituições de saúde (CAMPOS, 1998, p. 865).

O que se evidencia, no contexto da saúde, é que as dicotomias impostas pelas racionalidades gerenciais e disciplinares hegemônicas têm constrangido, de modo significativo, a vitalidade e a potência de um trabalho que é, cotidianamente, desafiado a defender a vida, em todas as suas dimensões.

Diante dessa realidade e tomando as formulações apresentadas pelos autores, nos diferentes tópicos relacionados à gestão na saúde, nesta tese, algumas indagações instigaram a agregar novas reflexões. Entre elas: é possível reinventar a saúde, sem reinventar os modos de gestão? Como romper com as formas cristalizadas de conduzir a produção da saúde? Que outro olhar pode tornar o lugar do trabalho como um lugar que convoque os trabalhadores a fazerem novas escolhas e darem novas formas às suas práticas? O espaço da gestão pode tornar-se um espaço pedagógico?

Não pretendendo responder a todas essas perguntas; este texto tece noções/problematizações que ajudam a compreender a complexidade do mundo do trabalho e a pensar formas alternativas de conduzir a gestão na saúde.

Em primeiro lugar, é preciso desmistificar que trabalho e trabalhador são polos distintos. Barros e Fonseca (2004) ajudam a pensar o trabalho de forma não dicotômica. As autoras compreendem que trabalhador e trabalho não são polos opostos, mas fazem parte de um processo de coengendramento, coexistindo numa relação de cruzamento, hibridação e de encontro, o que, portanto, desconstrói a ideia de que bastaria mudar a prescrição do trabalho para que fossem mudadas as práticas. Apoiando-se em Yves Clot e Yves Schwartz, alertam que, por mais que o trabalho seja forjado por formas prescritivas que visem à previsibilidade e ao controle, o trabalho prescrito sempre permanece distante do trabalho real, pois há uma relação singular entre trabalhador e saberes (ibidem). As autoras explicam que o trabalho prescrito ou suas normas antecedentes, quando colocado à prova no trabalho em ato, produz

subjetivações e passagem para a reconstrução de si e do mundo. O que distancia o prescrito do real é a dimensão criativa do encontro entre trabalhador e processo de trabalho, os processos de subjetivação. É uma concepção que considera o trabalho como vetor de existencialização: “[...] o trabalho real produz posições de sujeito, formas subjetivas, modos de existencialização” (ibidem, p. 139).

No caso da saúde, o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real assume proporções ainda maiores, pois além dessa relação singular que cada trabalhador estabelece com a sua atividade – para corresponder ao seu objeto de trabalho, que é a produção do cuidado –, é exigido o diálogo com a singularidade das pessoas, para que as mesmas possam estabelecer novas relações com os seus problemas de saúde, ampliar suas possibilidades de intervenção nos processos de adoecimento e sua autonomia no cuidado à saúde. É um processo que acontece por meio de encontros entre trabalhadores e usuários, em que são mobilizados sentimentos, emoções, percepções e sensações que produzem subjetividades e impulsionam a agir além do trabalho prescrito, de acordo com determinados fins considerados mais adequados aos seus interesses e desejos. Os profissionais de saúde, em suas atividades na atenção e na gestão, operam com um conjunto de valores e concepções acerca da saúde, do sistema de saúde e do trabalho a ser desenvolvido pelas equipes e serviços e, além disso, nos seus encontros profissionais, em alteridade, movem-se para a construção de um modo de existir e de se relacionar.

Merhy (2002) explica que o espaço intercessor trabalhador/usuário assume configurações mutantes e inesperadas pelo protagonismo dos atores envolvidos. Da mesma maneira, Cecílio (2007a, p. 349) alerta que “o bom ato cuidador” não é definido apenas pelos que cuidam e pelos gestores, mas também pelos próprios usuários, que também são protagonistas, tanto na definição do cuidado que desejam, quanto interferindo ativamente na forma como ele é feito. Ceccim (2007a) aponta a noção de acoplamento de alteridades como condição para o bom encontro entre quem cuida e quem é cuidado.

Ao aceitar que a realidade é movente e que o trabalho na saúde acontece por meio do coengendramento entre o trabalhador e o processo de trabalho (BARROS; FONSECA, 2004), ou do acoplamento de alteridade (CECCIM, 2007a) – e, ainda, de que o trabalho vivo em ato nos cotidianos da saúde está sempre aberto à invenção/criação –, é possível compreender que não há como reinventar a saúde sem questionar permanentemente a experiência instituída com vistas à desnaturalização da realidade, mesmo quando se trate de trabalhadores ou gestores comprometidos com os processos de mudança na saúde.

Cecílio (2007a), quando discute o tema do trabalhador *moral* na saúde, toma a teoria da ação para analisar a problemática do trabalhador que faz adesão automática a determinados conceitos e modos de produzir o cuidado e de fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na Reforma Sanitária. Alerta que mesmo essa situação, aparentemente desejável, impede a força instituinte dos processos libertários e inovadores e muito se assemelha ao homem funcional proposto por Fayol em 1968. O que ele defende é que não basta operar funções administrativas pensadas verticalmente com um cunho mais horizontalizado e compartilhado nos espaços coletivos de gestão, pois entre as concepções dos gestores (mesmo no caso de atores intelectuais) e a prática, há sujeitos trabalhadores que, nos seus espaços de autonomia, disputam conceitos, contraconceitos, valores e interesses. Embora marcados pelo conjunto de regras, normas, lugares, saberes e hierarquias instituídas, que configuram os territórios existenciais e profissionais, os trabalhadores “são instituintes o tempo todo, de novas institucionalidades [...]” (CECÍLIO, 2007a, p. 347). Além de uma perspectiva anti-Taylor, seria necessária uma perspectiva anti-Fayol para chegar não em modos de cogovernar, mas em modos de interrogação permanente.

Na saúde, conforme assinala Merhy (2002), mesmo que haja sempre a captura do trabalho vivo pelo trabalho morto e uma polarização entre o exercício de protagonismo/liberdade e de protagonismo/reprodução, pode-se dizer que o peso da dimensão do trabalho vivo, nos atos de cuidar, é maior do que o trabalho morto, o que confere a possibilidade de uma nova conformação tecnológica anti-hegemônica para a produção do cuidado, pela possibilidade de impactar a relação entre o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato com os outros núcleos desse processo produtivo. O momento do trabalho vivo em ato “[...] é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima [...]” (ibidem, p. 45), mesmo que o exercício desse grau relacione-se com saberes tanto tecnológicos quanto organizacionais produzidos, aprendidos e sistematizados anteriormente, o que explica as combinações entre trabalho vivo e trabalho morto no agir cotidiano. É nesse sentido que o autor diz que somos instituídos e instituintes: em certas situações, somos sujeitos e protagonistas de processos novos, como força de mudança e, em outras, sujeitados e conservadores/reprodutores de situações dadas. “Somos dados e dandos” (ibidem, p. 16). Segundo o autor, é essa perspectiva da existência de “linhas de fuga”, nos exercícios dos atos dos trabalhadores, que levou as teorias administrativas e gerenciais, a exemplo do taylorismo, à produção de tecnologias no campo da gestão organizacional, que visam à captura do trabalho vivo, transformando-o em morto, evitando, com isso, a construção da produção ao modo dos trabalhadores.



Campos (1998), com a orientação de substituir as estruturas e o funcionamento gerencial hegemônico, defende a gestão colegiada, centrada em equipes de saúde, para governar as organizações de saúde, sugerindo um sistema de gestão colegiada a ser desenvolvido por meio de dispositivos como *unidades de produção* compostas por equipes multiprofissionais, equipes de referência e trabalho de apoio matricial, conforme as lógicas específicas dos processos de trabalho, em substituição aos antigos setores recortados segundo as profissões.

Cecílio (2007a) recorre à teoria da ação para pensar o trabalho numa abordagem que privilegia a liberdade e os sentidos dados pelos atores para a sua ação, em contraponto à teoria de sistemas, que enfatiza as macrodeterminações sociais, ressaltando a importância dos gestores assumirem a existência desse espaço de liberdade e fazerem uso de dispositivos voltados a interrogar cotidianamente o mundo do trabalho, como estratégia para conduzir mudanças na gestão e na atenção à saúde. Para o autor, antes de modelos e métodos prontos, é necessário fazer uso de conceitos em movimento, conforme propõe a Educação Permanente em Saúde. Mesmo reconhecendo que sempre haverá necessidade de desenhos, fluxos, normas, regras e rotinas para a qualificação do cuidado, Cecílio indaga se não é possível pensar a gestão da saúde numa perspectiva mais libertária e inovadora, que altere a lógica vigente de buscar permanentemente o controle dos autogovernos dos trabalhadores. O autor considera que o trabalhador somente conseguirá ampliar a autonomia dos usuários no modo de conduzir a vida se ele próprio, cotidianamente, também puder vivenciar sua própria autonomia no trabalho. “Sua autonomia referenciada, de forma mais plena possível, à autonomia do outro – um encontro de autonomias” (ibidem, p. 350). Nesse sentido, o autor entende que é preciso rever a excessiva expectativa sobre a potencialidade “[...] da cogestão de conseguir realizar a complexa e almejada (pelo governante) compatibilização dos interesses individuais, fragmentados, centrífugos, ‘mesquinhos’ e a tão desejada racionalidade organizacional” (idem, 2007b, p. 362-363).

Ceccim (2007a) acolhe as formulações de Cecílio que tomam os trabalhadores/atores em ação de trabalho para pensar uma prática gerencial libertária e inovadora, em substituição à noção de gestão de recursos humanos ou gestão de pessoas no cenário do SUS, e que lançam uma nova função para a gestão da saúde – a do *interrogar*, o que seria, para o autor, a Educação Permanente em Saúde (o dispositivo político-pedagógico que carrega em si o devir da educação, que se materializa por meio do compartilhamento de experiências de problematização dos saberes e fazeres vigentes e da escuta pedagógica da saúde que possibilita interrogar os processos de trabalho pelas questões de natureza educativa).

Os conteúdos apresentados apontam a necessidade de uma perspectiva do trabalhador e do trabalho que ultrapasse a lógica adaptativa, para uma lógica libertária e inovadora. Se o trabalho prescrito ou as normas antecedentes são inacabados, e se é preciso trabalhar de outro modo, diferente do que está prescrito – e, ainda, considerando que o trabalho é previsibilidade e criação ao mesmo tempo, é vetor de existencialização e não apenas lugar de execução –, faz sentido tornar o espaço da gestão em saúde um lugar de aprendizagens e construções coletivas. Se o trabalho na saúde está para atender as necessidades integrais, singulares e coletivas dos usuários, fica evidente a necessidade de invenção de novas racionalidades gerenciais que busquem a elevação da qualidade do trabalho por meio da própria experiência e da historicidade dos atos dos trabalhadores. Isso só é possível quando se recompõem os métodos de gestão, tornando-os mais participativos, quando se tomam as decisões de forma colegiada e, ainda, quando se produz o diálogo e a escuta do fazer, servindo-se das próprias práticas para fazer outras práticas, inovadoras e comprometidas com a afirmação e a defesa da vida. É nesse contexto que as formas colegiadas de gestão – libertárias ou por coletivos de gestão – e a Educação Permanente em Saúde ganham sentido.

### *O trabalho em saúde no contemporâneo*

Tratar da categoria trabalho remete sempre a uma multiplicidade de problemas e perspectivas de análise, ainda mais quando se trata do trabalho em saúde no mundo contemporâneo. São vários olhares disputando compreensões tanto a respeito do que seja operar o cuidado em saúde quanto do que seja a configuração das relações setoriais que ocorrem por dentro do próprio território da saúde e mesmo nas relações mais amplas com a sociedade. Há diversas formulações de cientistas e pesquisadores das áreas das ciências da saúde, da saúde coletiva, das ciências sociais, das ciências políticas e outras, o que leva a dizer, desde já, que esse tema assume caráter plural e polissêmico, exigindo, portanto, estudos interdisciplinares em várias dimensões, impossíveis de serem esgotadas nesse texto. Mas o que seria mais útil trazer à baila?

Antes de tecer compreensões teóricas, poderíamos dirigir o olhar para o dia a dia do trabalho de um estabelecimento de saúde. O que enxergamos? Além do prédio, dos equipamentos, dos medicamentos e das outras parafernálias próprias do setor, há os profissionais de saúde que chegam e que saem todos os dias para desenvolver determinada atividade e também há pessoas/usuários que entram e saem o tempo todo, buscando

atendimento para aquilo que acreditam ser problema de saúde, desafiando a atenção dos profissionais às mais diversas necessidades que envolvem o viver e o adoecer. Enxergamos algo mais?

Olhando para esses cenários cotidianos, poderia parecer, à primeira vista, que um espaço físico adequado, equipamentos e insumos disponíveis e profissionais em número suficiente, com preparo técnico e remuneração condigna, seriam suficientes para processar essas relações cuidadoras. Compreensões como essa correm às soltas, não somente entre leigos, mas mesmo no interior das instituições de saúde, levando a análises reducionistas da produção do cuidado em saúde, fixadas nas condições estruturais e físicas dos serviços de saúde. Contudo, se ampliarmos a visão para além dessa miopia, passaremos a enxergar que o trabalho em saúde não se resume ao comando de procedimentos técnicos em cenários suficientemente aparelhados, mas acontece em processos relacionais complexos e atravessados por diferentes lógicas, interesses e políticas de subjetivação em suas condições materiais e imateriais de produção. Para se contrapor à banalização do trabalho em saúde, cabe elucidar, mesmo que de modo sucinto, algumas noções que ajudam a pensá-lo em sua complexidade e, ao mesmo tempo, em sua potência transformadora, para produzir novos conhecimentos e sentidos no contexto da contemporaneidade.

Historicamente, grande parte dos estudos do trabalho em saúde no Brasil e na América Latina é devedora da teoria de Karl Marx, destacando-se as produções de Maria Cecília Ferro Donnangelo e de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, que motivaram um conjunto de investigações científicas de aplicações técnicas e políticas que muito contribuíram para ampliar a compreensão do mundo do trabalho e o pensamento social em saúde. É o que diz Emerson Elias Merhy (1997a) em seu texto *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*, quando se propõe a ampliar o debate sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde para recolocar os estudos sobre o fazer cotidiano no contexto da transição tecnológica e da reestruturação produtiva.

A teoria marxista, que trata da *mecânica* do trabalho humano, contribui para a compreensão do trabalho como processo que envolve mútua produção homem-mundo (práxis), chegando a conceber o trabalho como essência da sociedade humana, que cria valor de uso nas relações entre o homem e a natureza. Marx (2002, p. 212) diz que: “o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio com a natureza”. Um processo que faz com que o homem, ao atuar sobre a natureza externa, para imprimir-lhe forma útil à vida humana (valores de uso), modifique a sua própria natureza.

É uma dimensão que propõe o estudo da categoria *trabalho* como *processo* que compreende os seguintes elementos: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho), a matéria a que se aplica o trabalho (o objeto de trabalho) e os meios para operá-lo (o instrumental de trabalho) (ibidem).

Dissecar essa categoria e remetê-la ao trabalho em saúde torna-se tarefa complexa e exige situar o mundo da saúde frente às novas formas de domínio na sociedade. Não há a pretensão de fazer isso nesse espaço, apenas tangenciar algumas noções que permitam fazer aproximações entre educação, trabalho e saúde.

Marx, na obra *O capital*, em seu postulado sobre a produção da mais-valia relativa, já alertava sobre as mudanças que haveria no modo de produção capitalista por conta das inovações tecnológicas que acarretariam uma desproporção qualitativa entre o trabalho e o seu produto “[...] assim como uma desproporção qualitativa entre o trabalho, reduzido à pura abstração, e o poderio do processo de produção vigiado por aquele” (MARX, 1980 apud AMORIM, 2010, p. 193). Significa pensar que o trabalhador ficaria à margem; não seria mais o agente principal do processo de produção, pois as novas formas de trabalho demandariam outras competências profissionais (comunicativas, informativas, cognitivas), deslocando sua subordinação a um novo estágio político e social (ibidem, p. 193). Para alguns autores, recuperar essa dimensão em Marx pode favorecer uma (re)leitura da teoria do valor-trabalho, mas não é propriamente o debate a que me proponho nesta tese.

No limite deste texto, caberá destacar a potência e a vitalidade do trabalho humano, mesmo no contexto dos constrangimentos postos na organização e na produção do trabalho em saúde na sociedade capitalista em que vivemos. Em Marx (2002), aprendemos que o capitalismo tem, historicamente, como motor da sua acumulação, a *vampirização* da vida do trabalhador e de seu fazer: “o capital é trabalho morto que como um vampiro se reanima sugando o trabalho vivo e quanto mais o suga mais forte se torna” (p. 271). Vemos, então, desde essa corrente teórica, que trabalho no capitalismo anda junto do modo social de produzir a riqueza e que, nessa esteira, são criados mecanismos cada vez mais sutis e eficazes para extrair mais-valia, capturando tanto as formas mais concretas como as mais abstratas de trabalho.

Incessantemente, os processos produtivos são atravessados por um conjunto de forças que os conduzem para intervenções antes direcionadas a recompor o capital do que propriamente para reafirmar a vida. A saúde, mesmo que se diga uma área cuidadora da vida, não escapa dessa determinação. Seria ingenuidade pensar que entrar no serviço de saúde e vestir o jaleco branco fosse suficiente para desenvolver um trabalho que defenda a vida e a

saúde, livre de quaisquer interferências. O jaleco, obviamente, está longe de ser uma sobrepele protetora e isolante da exposição de tudo aquilo que vai se produzindo no mundo da vida e da sociedade. O trabalho em saúde, mesmo situando-se no setor de serviços, é condicionado pelos regimes produtivos hegemônicos – como as racionalidades tayloristas, fayolistas e fordistas, já abordadas no texto da gestão do trabalho – e por outros regimes que também parecem pertinentes para compor esta reflexão.

Os estudos de Michel Foucault (1987) denunciam as tecnologias disciplinares utilizadas para exercer o poder sobre a vida na sociedade. De um lado, as disciplinas (*sociedade disciplinar*), identificadas desde meados do século XVIII, passaram a ser exercidas pela observação e pela vigilância permanente das operações dos corpos em espaço e tempo real, com a finalidade de torná-los dóceis<sup>8</sup>, submissos e economicamente úteis. Uma forma de adestramento dos indivíduos e de coerção em todos os sentidos (movimentos, gestos, atitudes, discursos) que Foucault observava nas várias instituições e confinamentos, como a fábrica, a escola, a prisão, o hospital, o quartel, a família e outras. De outro lado, a biopolítica que disciplinava a vida e a saúde pelos mecanismos higienistas da saúde pública (controle da natalidade, morbidade e endemias), ressaltando o papel da medicina e dos serviços de saúde como instituições normativas da sociedade, na economia, nas questões comportamentais, no crescimento urbano e industrial, no controle de epidemias e na reprodução física da força de trabalho, para produção de riquezas, tomando-se a “saúde como objeto de desejo para uns e de lucro para outros” (FOUCAULT 1974 apud SILVA JR., 1998, p. 21). Foucault (1987) dizia: “as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida” (p. 131); “a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (p. 127), sendo a disciplina, portanto, rede de dispositivos de poder implacável para extrair do corpo o máximo de força, energia e utilidade.

Mais tarde, a partir da Segunda Guerra Mundial, Gilles Deleuze (1992) veio a observar que a sociedade disciplinar forjava outros moldes, pela instalação de uma crise generalizada das instituições em seus meios de confinamento. Trava-se da *sociedade de controle*, que surgia como um novo regime de dominação a operar dispositivos disciplinares mais móveis e difusos e menos demarcados por fronteiras, a partir do processo de desmoronamento dos muros institucionais. Os dispositivos de poder estavam saindo do confinamento para adquirir mais fluidez, sutileza e refinamento em todas as esferas sociais.

---

<sup>8</sup> Para Foucault, um corpo dócil é aquele que pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado.

Nas palavras de Deleuze, estaria se abrindo um “controle incessante em meio aberto”, em todos os espaços. Assim, o autor exemplifica a crise do hospital como meio de confinamento: “[...] a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos” (ibidem, p. 220). Um exemplo, em outro extremo, também citado pelo autor é a liberação dos presos da cela carcerária para circular livremente nas cidades, mediante o monitoramento por *chips* eletrônicos.

O que Deleuze faz ver é que o poder disciplinar já não se sustenta somente nos limites das instituições, destacando outros instituintes de subjetividade que se fazem em imanência com os dispositivos de poder configurados institucionalmente, ambos sempre agindo para moldar as subjetividades. Se na sociedade disciplinar o social era esquadrihado pelas instituições (espaço estriado), agora estaria deslizando em espaço liso e aberto. A escola não se restringiria mais a quatro paredes, pois a sociedade mesma passaria a ser uma escola disseminada, e a produção não se restringia mais à fábrica, já que o capitalismo se encarregou de derrubar as paredes para se espalhar por tudo quanto é espaço. Assim, como observa Pelbart, não há mais o espaço da fábrica, do lazer, do consumo, porque esses espaços se interpenetram mutuamente, fazendo com que se faça tudo ao mesmo tempo: “[...] ao produzirmos estamos ao mesmo tempo consumindo e nos entretendo, ou vice-versa” (2000, p. 30).

No final da década de 1970, Félix Guattari chamava a atenção para a presença de um *capitalismo mundial integrado*, referindo-se à *globalização* como colonização e controle pelo capitalismo de todos os países do planeta e das diversas atividades produtivas, mesmo aqueles que historicamente buscavam escapar dele (os países do bloco soviético, a China). Acusava um processo em que não seria mais possível estabelecer uma ordem de causalidade entre os níveis planetários e os níveis moleculares (GUATTARI, 1981, p. 216).

Partindo da sociedade de controle de Deleuze, outros autores (HARDT; NEGRI, 2004, p. 11) chegam a afirmar que estamos vivendo numa sociedade de controle mundial, sob a alegação de que uma nova forma de economia global estaria em curso, “[...] composta de uma série de organismos nacionais e supranacionais, unidos por uma lógica ou regra única” (p. 12), sugerindo a noção de *império* [mundial de controle] e destacando o trabalho imaterial como dispositivo biopolítico. Esses autores consideram que as qualidades e as características da produção imaterial tendem, sob os efeitos da mundialização do capital, a produzir, criar e reproduzir novas subjetividades na sociedade, transformando as outras formas de trabalho e mesmo a sociedade como um todo (HARDT; NEGRI, 2005, p. 100-101). Trabalho imaterial

refere-se ao novo tipo de trabalho requerido no contexto de reorganização produtiva que difere do trabalho material, porque não produz uma mercadoria palpável material, mas tem como resultado um serviço, uma informação etc.

Sobre os efeitos dos mecanismos de controle da sociedade contemporânea, no processo da subjetividade humana, Sueli Rolnik tem para dizer. A autora anuncia que “a vida está na berlinda” (idem, 2002). Trata da ameaça das mudanças radicais que o *capitalismo mundial integrado* está impondo à existência humana, nas suas diferentes ramificações (na política, na economia, na cultura e nos modos de subjetivação). Acusa uma política de subjetivação avassaladora que toma a força de invenção como motor da economia, que dela extrai mais-valia, provocando um divórcio entre as potências de criação e de resistência, obstruindo o acesso às sensações, tornando-as *surdas*, travadas, sem fluxo, levando o corpo vibrátil a um estado de coma (ROLNIK, 1997a, 2003). Adverte que uma subjetividade nessas condições não tem como reconhecer a crueldade da vida como causa de seu abalo, ficando restrita ao que conhece e ao mapa da forma vigente, com suas figuras e seus conflitos de interesse, favorecendo a força do conservadorismo (idem, 2003). Segundo a autora, estando anestesiadas as sensações e trancadas as linhas de fuga, não há alteridade; ao contrário, são as resistências negativas que se criam, fazendo com que o assombro, que levaria às linhas de fuga, se transforme em medo e desamparo. Nas palavras da autora: “é o mundo do consenso: mundo fusional, sem alteridade, sem resistência, sem criação – em suma, sem vida” (ibidem, s/p). É um viver à mercê de uma produção imaginária, de uma política de desejo baseada em fundamentalismos de toda espécie, sem esforços de criação e resistência, chegando a afirmar que estamos vivendo uma *toxicomania generalizada* decorrente do mundo globalizado (idem, 1997a).

Rolnik desfaz o falso suposto de que a criação individual e coletiva estaria em alta (já que se vive num mundo de circulação incessante de novas tecnologias e que apregoa o paradigma de flexibilidade):

[...] é que a mesma globalização que intensifica as misturas e pulveriza as identidades, implica também na produção de kits de perfis-padrão de acordo com cada órbita de mercado, para serem consumidos pelas subjetividades, independentemente de contexto geográfico, nacional, cultural etc. Identidades locais fixas desaparecem para dar lugar a identidades globalizadas flexíveis que mudam ao sabor dos movimentos do mercado e com igual velocidade. (ibidem, p. 19).

Trata-se de um movimento de desestabilização exacerbada que propaga novas tecnologias, produtos, paradigmas e hábitos sem cessar e, ao mesmo tempo, formata e *clonifica* identidades por meio de dispositivos/drogas que sustentam o mercado da ilusão,

como a autora exemplifica: além dos produtos do narcotráfico, as fórmulas da psiquiatria biológica, as miraculosas vitaminas para imunizar contra o *stress* e a finitude, as drogas oferecidas pela TV, o cinema comercial e outras mídias, as literaturas de autoajuda, as drogas diet/light, as fórmulas para purificação orgânica, e tantas outras voltadas a sustentar a ilusão de identidades globalizadas flexíveis, identidades *prêt-à-porter*<sup>9</sup>, corpos *top model*, “figuras glamurizadas e imunes aos estremecimentos das forças” (ROLNIK, 1997a, p. 21). É força de invenção turbinada e capturada ao mesmo tempo, para atender aos interesses do mercado, levando todos a correrem atrás do perfil requerido pelas referências identitárias, para não correrem o risco de virar um nada, como bem coloca a autora.

Essa realidade aguçadora do desejo, para fins de consumo, está levando a vazios de sentido insuportáveis, a sensações de fracasso, à despersonalização, ao enlouquecimento (e até à morte), manifestados por sintomas recorrentes, entre eles: a síndrome do pânico, as depressões inespecíficas e a exaustão, o *stress*, o *burnout* (idem, 1997a; 2003). São *kits de perfil-padrão* fabricados a todo instante para criar necessidades que sustentem as novas esferas do mercado de consumo e, ao mesmo tempo, exorcizam os abalos que levariam à desestabilização das figuras em vigência, pois as sensações, a vibratilidade do corpo e os seus afetos são capturados pela disseminação de um mercado diversificado de drogas produtoras de ilusão e de consumo. É a fabricação de uma trama civilizatória que demarca os territórios da *subjetividade-elite* e da *subjetividade-lixo* (idem, 1997a; 2002), fazendo dos mesmos uma realidade *show*, particularmente na mídia, lançando a corrida insana atrás de identidades idealizadas:

Imagens dessa demarcação saturam o visível, dia e noite, num verdadeiro assédio cerebral: do lado de dentro, o glamour das identidades *prêt-à-porter* de uma subjetividade de luxo; ao lado de fora, a abjeção das subjetividades-lixo em seus cenários de horror feitos de guerra, favela, tráfico, sequestro, filas de hospital, crianças desnutridas, gente sem teto, sem terra, sem camisa, sem papel – *boat people* vagando no limbo sem lugar onde ancorar. [...] do lado de fora, a chance quase que impossível de passar para dentro [...]. (ibidem, p. 111).

Levando essas reflexões para o campo da saúde, facilmente identificamos os efeitos e os impasses desse contexto. A mesma globalização que cria necessidades de consumo das tecnologias produzidas pela indústria da saúde aos usuários modela o fazer dos profissionais. Os usuários chegam aos estabelecimentos de saúde cada vez mais adoecidos, muitos deles vagantes no limbo sem lugar, buscando obstinadamente, como resposta aos seus sofrimentos e

---

<sup>9</sup> A expressão *prêt-à-porter* traduz-se para a língua portuguesa como “pronto para vestir”. Identidades *prêt-à-porter* referem-se a identidades globalizadas que devem se adequar, em alta velocidade, às leis do mercado e aos desejos produzidos na lógica consumista.



problemas de saúde, aquilo que o mercado oferece como solução, que são os kits-padrão da saúde, criados a cada instante para dar conta da patologização da vida. Os profissionais de saúde, por sua vez, também *formatados* que estão (pelas políticas de subjetivação, pelos modelos de formação e pelos condicionamentos das políticas de gestão setorial), acabam por curvar-se aos diferentes assédios, reproduzindo o modelo hegemônico, um aliado ferrenho da produção capitalística. Assim, o que se vê são ambos os corpos – usuários e trabalhadores de saúde – aprisionados aos ditames consumistas, sempre à busca dos *territórios-padrão-mercadoria* (ibidem).

As diferentes concepções apresentadas informam que as condições de produção material e imaterial da vida engendram o mundo do trabalho e, ainda, que este é um lugar privilegiado de produção de subjetividades e normatividades. Esse reconhecimento é instigante e leva a perguntar se existiriam alternativas para reposicionar o trabalho, no caso a produção do cuidado em saúde, em sentido contrário, como lugar de desfazimento desses processos identitários e patologizantes. Sobre isso, são feitas algumas discussões nos próximos capítulos.

## **O dispositivo pedagógico em cotidianos vivos: a introdução do *inventivo* no trabalho**

Apesar de a cena contemporânea ser um tanto desanimadora, Rolnik (2003) antecipa algumas pistas como resposta à pergunta feita no final do texto anterior. Para a autora, não cabe uma visão fatalista, porque há sempre como liberar a vida da berlinda e das dinâmicas que a sufocam, desde que se promova um *plus de virtualidade*, nas palavras de Guattari (GUATTARI; ROLNIK, 2000), uma abertura para as forças da alteridade do mundo, que possa fazer das vertigens que a vida nos lança, a oportunidade de liberar devires (ROLNIK, 2003).

Guattari e Rolnik (2000) tratam a subjetividade não como interioridade pertencente aos indivíduos, mas como produção incessante, fabricada e modelada no registro social, postulando que não existe contraposição entre as relações de produção econômica e as relações de produção subjetiva, já que “a produção de subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção” (p. 28). É uma concepção que entende a economia do desejo e a economia política como uma só (economia de fluxos), implicando a desnaturalização das análises que entendem o campo social como dicotomia totalizante e excludente entre

macropolítica (molar) e micropolítica (molecular). Devir, nessa proposição, é entendido como possibilidade de contraposição ao eterno retorno do mesmo; é da ordem do cotidiano, dos acontecimentos e da criação, assim como explica Pelbart (2003, p. 139): “todos e qualquer um inventam, na densidade social da cidade, na conversa, nos costumes, no lazer – novos desejos e novas formas de cooperação [...]”, sendo que cada partícula de invenção pode propagar-se, tornar-se quantidade social, e até ensinar outras invenções.

No mundo do trabalho, também é possível inventar. As contribuições da Ergologia auxiliam a posicioná-lo como espaço de criação e expressão de luta e resistência. Trata-se de “uma disciplina do pensamento”, assim chamada pelo seu principal expoente Yves Schwartz (2011), que se dedica ao estudo do trabalho a partir da atividade concreta de quem trabalha, portanto, do que os trabalhadores experimentam em situação real nos cotidianos laborais, conferindo à noção de atividade uma dimensão autogestionária e criativa. Essa vertente, apoiando-se na contribuição da teoria francesa da Ergonomia ao estudo da organização do trabalho, esclarece a diferenciação entre trabalho prescrito (a tarefa predefinida e os resultados a serem alcançados) e trabalho real (o trabalho efetivamente realizado), argumentando que este último nunca corresponderá ao trabalho esperado, porque será sempre atravessado por múltiplas variabilidades e disfuncionamentos que podem ser tanto sócio-históricos e culturais quanto derivados de processos coletivos ou mesmo pertinentes ao sujeito da atividade (corporeidade nas situações de trabalho), como diferenças de ritmo, competências, experiência, expectativas profissionais, falhas de comunicação, entre outros. Para a Ergologia, é na inevitabilidade da distância e do hiato entre o prescrito e o real que se fazem escolhas; se fazem renormalizações e se produz história. O trabalho, desse modo, é *atividade industrial*, lugar de debate de normas, irreduzível à prescrição, não podendo ser confundido como adaptação ou execução, porque sempre envolve arbitragens e dissonâncias em relação àquilo que foi previamente programado.

Uma perspectiva importante da abordagem ergológica é que ela permite estabelecer uma relação entre a atividade singular de trabalho e a totalidade histórica e social e, além disso, contribui para o debate da microgestão e da autogestão do trabalho, contrapondo-se ao entendimento de que a gestão da atividade de trabalho diz respeito somente aos dirigentes ou à alta direção.

Schwartz (2010) explica que o trabalho não é totalmente previsível e antecipável, pois é um processo que envolve, além da aplicação de um protocolo (normas e regulamentos, experiência capitalizada, escolhas políticas), a gestão do que ele chama de *encontro de encontros* (encontros sociais, técnicos e humanos). Isso leva o autor a entender que “[...] toda

atividade é um debate, uma *dramática* no sentido em que acontece algo, entre as normas antecedentes – tudo o que está do lado da experimentação e do protocolo – e tudo o que é encontro de encontros” (ibidem, p. 42-43). É uma dramática porque diz respeito ao uso de si, um uso de si por si, e um uso de si pelos outros para fazer frente ao presente, já que as normas antecedentes são sempre insuficientes para isso. Em consonância com as ideias de Canguilhem (1995), todo homem, em alguma medida, quer ser sujeito de suas próprias normas, e, ao fazer uso de sua capacidade instituinte, faz escolhas e arbítrios, transformando normas em torno de um mundo possível a si, na medida em que a vida lhe exige novos movimentos.

O uso de si na gestão do trabalho tem encorajado os estudos sobre a produção de aprendizagens e de saberes em situação de trabalho, pois, como informa Schwartz (2010), além do saber formal (*fragmentos de formação* que antecipam a maneira de fazer), há também o tratamento das situações de trabalho (*fragmentos de saberes investidos* produzidos no *encontro de encontros*) que obriga a retrabalhar os conceitos e a antecipar o trabalho por vir, compreendendo, assim, um processo que envolve uma dupla antecipação, em uma contínua dinâmica de renormalização. É uma compreensão do trabalho como experiência, mas não somente atribuída aos acúmulos derivados de sua duração e, sim, uma experiência que considera o trabalho como gestão dos protocolos e dos encontros, que vão acontecendo no próprio ato vivo do fazer. *O corpo-si*, nessa linha de pensamento, envolve a história da vida vivida e a história dos encontros sempre renovados que resistem à modelização das subjetividades e à padronização da atividade humana. Se, de um lado, a tarefa prescrita esquadrinha, de outro, a atividade real pode construir novas sociabilidades, novas formas de partilhar valores, saberes e aprendizagens.

Dessa maneira, sendo a atividade de trabalho um processo que se efetua em contornos singulares e variáveis, para responder não somente a problemas totalmente definidos *a priori*, mas também aqueles construídos pelos próprios trabalhadores no ato mesmo de operação do trabalho, abre-se a possibilidade de construção de novas aprendizagens que coloquem em questão o *corpo-si* em suas arbitragens cotidianas, para produzir vontade de potência de outros mundos-devires e de novas tessituras do trabalho em saúde.

Na Saúde Coletiva, como já apontado em itens anteriores, uma corrente de pensamento que tem desafiado estudos na perspectiva de conceber o trabalho como lugar de resistência-criação é a da *micropolítica do trabalho vivo em ato* proposta por Merhy (1997a, 2002). Esse autor, ao desdobrar os conceitos de valor de troca e valor de uso, trabalho morto e trabalho vivo em Marx, e ao pesquisar o processo de trabalho em cotidianos de experiências

que desenvolveram intervenções para constituir um SUS pautado na defesa da vida, vem destacar que o trabalho em saúde é predominantemente trabalho vivo, porque se produz no exato momento em que é operado (por isso em ato) nas relações cuidadoras com os usuários. Merhy discute que há sempre múltiplas possibilidades de criação-invenção no nível micropolítico do processo de trabalho, pois o ato de cuidar é sempre definido no agir cotidiano, no encontro entre profissionais-equipes-usuários, estando, portanto, sempre aberto a alternativas instituintes, nunca totalmente passível de subordinação normativa, particularmente quando for dada centralidade às tecnologias *leves* e às necessidades dos usuários na produção da saúde.

Para o mesmo autor (MERHY, 2002), a materialização dos modelos de atenção em saúde varia, justamente, de acordo com o arranjo que se estabelece entre as diferentes tecnologias (duras, leve-duras e leves) no ato de cuidar e nos processos de trabalho, decorrendo disso diferentes configurações de práticas: mais centradas em procedimentos ou mais centradas no cuidado do usuário e suas necessidades. Na sua concepção, quanto mais o trabalho em saúde for comandado pelas tecnologias relacionais (tecnologias *leves*), mais haverá chances de alcançar a sua finalidade última que é produzir o cuidado integral e defender a vida (“a alma dos serviços de saúde”) (ibidem, p. 115).

No que concerne ao estudo da Educação Permanente em cotidianos do trabalho em saúde, segundo o próprio debate travado por Ceccim (2005a), Merhy (2005a) e Rovere (2005) sobre os desafios postos por esse tema, é necessário repensar as abordagens educativas que pretendem ultrapassar os modelos assistenciais fundados nas racionalidades hegemônicas setoriais, lançando mão de dispositivos que interroguem permanentemente o agir profissional. Tratar-se-ia de investir naquilo que sempre há de abertura ao arbítrio, à invenção, à implicação e ao desejo de fazer um outro uso de si, numa produção permanente de si por si e no coengendramento de *coletivos organizados de produção da saúde* no interior da trama do trabalho vivo (de criação em ato), nas brechas e nos interstícios do trabalho instituído (dado, programado, prescrito).

Ceccim e Merhy (2009, p. 533), no texto *Um agir micropolítico e pedagógico intenso*, reafirmam que o *trabalho vivo em ato* pode ser um lugar de oposição aos modelos assistenciais prescritivos e impositivos, quando, no agir cotidiano, fala mais alto a ordem do encontro e do *contato com a alteridade* do que a ordem das doutrinas profissionais e das condições de trabalho.

As derivações teóricas apresentadas fazem pensar que estaria *no aqui e agora* dos encontros cuidadores a abertura ao *plus de virtualidade*; a possibilidade de resistência às

capturas, de oposição à política das vigências disciplinares e das racionalidades hegemônicas, da luta pelo direito à criação, da passagem dos devires e da produção de novas práticas. Levam a reconhecer, ainda, a necessidade de dispor de dispositivos pedagógicos que atuem para constituir autointerrogação e implicação ético-política do trabalhador em seu agir em ato (MERHY, 2005a). Nessa perspectiva, estaria o dispositivo pedagógico da Educação Permanente em Saúde, pela sua força de interrogação de si e dos coletivos para ativar processos de liberdade e autonomia no trabalho vivo em saúde e para constituir outros modos de trabalhar e cuidar.

Como ensina Merhy (2005b), só se construirá um agir ético-político intransigente com a produção da vida individual e coletiva e um *com-viver* solidário e igualitário, quando forem colocadas “as implicações em xeque”, em um processo autopoietico de produção de alteridades e devires, a ser construído permanentemente, em ato, a cada dia, com todos aqueles que estão dispostos a construir caminhos em direção à integralidade: um desafio à Educação na Saúde.

### *A imagem da integralidade*

O tema da integralidade, pautado desde o Movimento da Reforma Sanitária e deflagrado nos anos 1980, é colocado como questão da política de saúde na constituição brasileira e tem animado diferentes reflexões no que concerne aos diversos desafios que ainda hoje permanecem abertos à transformação dos modelos e das práticas em saúde.

Na área da saúde no Brasil, uma multiplicidade de agentes – integrantes de diferentes segmentos, de diversas profissões e de diversos campos do conhecimento – tem assumido o desafio de buscar novos enunciados e conhecimentos que auxiliem a ampliar o debate no setor, com a orientação de construir um sistema de saúde universal e com capacidade de melhor atender as necessidades de seus usuários. Nesse contexto, desde o delineamento do SUS, a questão da integralidade tem sido central, tanto no patamar ético-político, como na esfera técnica da assistência à saúde. Respalhada em alguns autores e sem nenhuma pretensão de definir conclusivamente a integralidade, tento fazer um contorno aproximado e um breve esboço sobre os enfoques que têm sido lançados sobre esse tema.

Mattos (2001) considera a integralidade não como um conceito, mas uma bandeira de lutas que carrega diferentes sentidos, expressando um conjunto de valores associados à ideia de defesa da cidadania e do fortalecimento do setor público, em contraste a propostas de

modelos que recomendam a focalização de direitos e delimitam a assistência pública à saúde. O autor observa que muitas das diferenças entre a perspectiva universalista do SUS e as propostas mais restritivas, a exemplo das defendidas pelo Banco Mundial nos anos 1990, podem ser apreendidas em torno da adesão ou não ao princípio da integralidade, sendo essa a hipótese que orienta a sua reflexão sobre os sentidos atribuídos à integralidade, com vistas a identificar as marcas das políticas e das práticas implicadas com esse paradigma.

Para Mattos, os valores implícitos na noção de integralidade configuram uma *imagem-objeto* que comporta certas características do sistema de saúde e de suas práticas consideradas desejáveis e possíveis para aqueles que militam na arena política da saúde, ou seja, um propósito do que se almeja construir e uma direção à transformação do que existe na realidade. Destaca que, embora o texto da Constituição de 1988, que instituiu o SUS, não utilize a expressão integralidade, mas “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, o termo integralidade tem sido utilizado correntemente como diretriz (MATTOS, 2001).

Esse autor, ao situar a integralidade como aspiração de uma nova realidade frente a uma crítica ao que existe hoje, defende, ao contrário de uma concepção detalhada e uma única possibilidade do que deva ser a realidade, uma perspectiva polissêmica, que abarca várias leituras e sentidos diversos, correlatos e articulados entre si, por serem forjados, como já foi dito, num determinado contexto de lutas que comungam ideais comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa e solidária. Dessa forma, aponta que a integralidade deve ser entendida como uma *noção amálgama*, cheia de sentidos e não devendo ser reduzida a um enunciado unívoco, para não haver o risco de silenciar as inquietações de atores sociais que se aliam à luta por uma sociedade mais justa e por uma política de saúde melhor (MATTOS, 2001). É nesse sentido que Camargo Jr. (2001) afirma que o fato de inexistir uma definição precisa sobre a integralidade, ao mesmo tempo em que é uma fragilidade, é uma potencialidade.

Ruben Mattos (2001), ao estudar os diferentes usos concretos do termo integralidade, identificou três grandes conjuntos inaugurais de sentidos: a integralidade como traço da boa medicina, como modo de organização dos serviços e das práticas de saúde e como atributo das respostas governamentais a problemas específicos de saúde, quando tomados em sua trama explicativa complexa. O alargamento da noção constitucional de atenção integral à saúde para a noção de integralidade extrapola essas vertentes inaugurais, permitindo retomar o movimento político (bandeira de lutas) que trabalhou por essa inserção na lei maior. Como bandeira de lutas, a integralidade absorve sua história múltipla de sentidos e a alarga pela

agenda de uma saúde que diga respeito às práticas profissionais, ao acolhimento dos usuários em suas histórias de vida, à renovação das estratégias teçoassistenciais e às políticas de gestão do setor.

O primeiro sentido está relacionado ao movimento conhecido como medicina integral, que se originou das críticas à atitude fragmentária dos médicos em relação aos seus pacientes. Trata-se de uma atitude decorrente de oposição ao modelo biomédico de formação fundado no projeto moderno de cientificidade da medicina, que privilegiava as especialidades médicas, favorecendo uma intervenção fragmentada e restrita aos aspectos anátomo-fisiológicos do corpo. A medicina integral apontava para a necessidade de construir uma outra prática (a da boa medicina), como modo de recusa ao reducionismo dos indivíduos ao sistema biológico e à queixa supostamente referida ao corpo biológico. Nesse contexto, é sugerido pensar a integralidade como um traço e um valor da boa medicina e da boa prática médica, não somente em relação à capacidade de responder ao sofrimento humano, razão principal que configura sua legitimidade social, mas também no que se refere a desenvolver técnicas capazes de reconhecer a doença antes mesmo de sua manifestação, bem como de identificar alguns fatores de risco que aumentam a probabilidade de adoecimento.

Esse primeiro sentido da integralidade, embora atribuído inicialmente à reflexão sobre a prática médica, amplia-se para a discussão dos processos de trabalho em saúde, cabendo, segundo Mattos (2001), defender a integralidade como um valor a ser sustentado nas práticas de todos os profissionais de saúde, considerando que a atenção à saúde se dá no encontro de múltiplos trabalhadores e pode ser desenvolvida de forma mais interdisciplinar, menos centrada em procedimentos e doenças, e mais centrada nas necessidades concretas dos indivíduos. Nessa dimensão, o autor ressalta que buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, sem reduzir a atenção à perspectiva restrita de abolir ou evitar o sofrimento, seria a marca maior do sentido da integralidade.

O segundo conjunto de sentidos da integralidade refere-se ao modo de organizar os serviços e as práticas de saúde (ibidem). Aqui, o princípio da integralidade aplica-se à crítica dos modelos de atenção à saúde, comandados verticalmente pelo antigo Sistema Nacional de Saúde, que consolidou uma divisão das instituições e das propostas entre Saúde Pública (Ministério da Saúde) e Assistência Médica (Ministério da Previdência Social).

A estrutura e o funcionamento dicotomizados desse sistema foram criticados tanto pela sua falta de integração, quanto pela inadequação do sistema de financiamento que priorizava os recursos para a assistência médica em detrimento da saúde pública, além da ineficiência das ações. Esse contexto forjou a articulação entre assistência médica e saúde

pública, sendo um sentido da integralidade, a crítica da dissociação vigente entre essas duas áreas. O princípio da integralidade apresentava-se (e ainda se apresenta) como indignação com certas formas de organizar os serviços e as ações de saúde que faziam (e ainda fazem) com que os usuários tivessem que buscar, de forma concomitante e desarticulada, vários pontos distintos do sistema de saúde para resolver seus problemas. A noção de integralidade passou a exigir certa *horizontalização* dos programas de saúde, considerando as necessidades locais, em contraponto às definições de ações dos programas planejados pelo nível central do Ministério da Saúde. Outra problemática decorreu das tensões entre a demanda espontânea por consultas e a atenção programada, derivada de propostas norteadas pela epidemiologia.

Mattos (2001) destaca que, embora tenham sido evidenciados grandes avanços à integralidade, pela perspectiva das ações programáticas horizontalizadas, é necessário fazer uma reflexão sobre o peso que é dado à epidemiologia e sobre o caráter muitas vezes restritivo da programação em saúde, ao utilizar exclusivamente a lógica da epidemiologia para apreensão das necessidades em saúde. Essa reflexão sugere o diálogo permanente entre a demanda espontânea e a ação programada, como condição indispensável para melhor se apreender as necessidades dos indivíduos e dos grupos populacionais.

Por último, há o terceiro conjunto de sentidos sobre a integralidade, que trata das configurações de certas políticas especiais desenhadas para dar respostas a problemas de saúde que afligem grupos populacionais específicos, referindo-se aos atributos que um projeto político-governamental deve atender para corresponder às necessidades particulares desses grupos. Como exemplo vivo dessa tipologia de política específica de saúde, Mattos (*ibidem*) cita o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), proposta que foi apoiada pelo movimento feminista no Brasil, com a ressalva de que as questões e os problemas de saúde da mulher deveriam ser tratados de uma forma mais abrangente, considerando os contextos culturais e as diversas formas de dominação exercidas em relação a esse segmento populacional, não reduzindo a atenção à mulher somente à abordagem dos programas materno-infantis, em que a mulher era focalizada em sua função reprodutora. Mesmo reconhecendo os inegáveis impactos produzidos por esse programa, o autor alerta para os limites ainda presentes, haja vista as especificidades do adoecimento feminino ligadas ao gênero, que ainda não puderam ser abordadas adequadamente, prevalecendo uma atenção ao aparelho reprodutor e ginecológico. Sobre as políticas especiais, acrescenta a dificuldade de integrar as ações preventivas e as ações assistenciais. Entretanto exemplifica, com as políticas de atenção à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), o avanço da sociedade em encetar uma atenção integral, que englobe as diversidades e as singularidades do viver, as



várias facetas do adoecimento e vivência de sintomas e as múltiplas inserções sociais para estruturar assistência, prevenção, promoção e educação em saúde.

Cecílio (2001) adota uma taxonomia que considera um conjunto de necessidades para substituir a assistência às doenças por atenção às necessidades em saúde: de ter boas condições de vida (considerando os fatores que determinam o processo saúde-doença), de ter acesso às diferentes tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida, de fazer vínculos e ter relações de confiança com profissionais e equipes de saúde e, ainda, de ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. Com essa visão, o autor compreende que a integralidade deve resultar do esforço e da confluência dos vários saberes existentes no interior do trabalho de uma equipe multiprofissional e no espaço singular dos serviços de saúde, sendo necessário o uso das diferentes tecnologias e dos diferentes saberes, não somente para escutar e captar as necessidades demandadas, mas também para *traduzir* as necessidades mais complexas dos usuários, nas suas expressões individuais.

Cecílio (2001) defende que a integralidade, ao lado da universalidade e da equidade da atenção à saúde, constitui um conceito tríplice, interdependente, que, como quase-signo, tem o poder de expressar o ideário da Reforma Sanitária brasileira. Para o autor, a integralidade e a equidade são os objetivos últimos da atenção à saúde e precisam ser entendidos não apenas como simples *consumo* ou acesso a determinados serviços, mas como desdobramento micropolítico, em suas articulações, fluxos e circuitos.

Pinheiro (2006), outra pesquisadora dedicada ao estudo dessa temática, resume a integralidade como eixo prioritário de uma política que considere a saúde como questão de cidadania, destacando que os principais nexos constituintes da integralidade são a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços sanitários, nas relações entre as esferas de gestão do SUS e destas com a sociedade, no sentido de concretizar o direito à saúde. Ao mesmo tempo em que entende a integralidade como meio para concretizar o direito à saúde, enfatizando as dimensões da organização dos serviços, dos conhecimentos e das práticas de trabalhadores de saúde e das políticas governamentais com participação social, considera a integralidade como um fim na produção de uma cidadania do cuidado, referindo-se ao ato de cuidar integral, à relação democrática entre gestores, profissionais e usuários e a um saber-fazer integrado; “[...] uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (ibidem, p. 166).

Ceccim e Capozzolo (2004) também tratam o tema da integralidade como essência da produção de cuidados em saúde e da formulação de estratégias de ensino que busquem

romper com as dicotomias cristalizadas da forma de se entender e praticar a atenção em saúde, uma oposição a saberes e práticas fragmentários e reducionistas no atendimento, na gestão organizacional e na participação popular. Os autores debatem a educação dos profissionais de saúde para a recuperação das noções de integralidade e humanização, inscrevendo uma proposta de política de formação que deseja a afirmação da vida (*autopoiesis* da existência), utilizando a noção da clínica como resistência e criação. “Resistência à sujeição, à dependência ou à heteronomia dos usuários e criação como potência inventiva de cenários produtores de saúde, de tecnologias leves e de novidades estéticas à afirmação da vida” (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 349).

Ao resgatar a história dos diferentes movimentos de reforma do ensino na área da saúde, os autores identificam os principais marcos que foram incidindo especialmente sobre a educação médica e influenciando as demais profissões. Destacam a racionalidade cognitivo-instrumental protagonizada, desde o Relatório Flexner (1910), como um dos principais nós críticos a serem enfrentados, tendo em vista que o mesmo concebe a saúde no espaço da ciência das doenças, não da ciência das experiências vivas, constituindo uma visão mecanicista e medicalizante às práticas profissionais. Os mesmos defendem que os desafios à integralidade e à humanização supõem, entre outros aspectos, a concepção ampliada da clínica, o trabalho em equipe, o ordenamento adequado da atenção, a produção/criação de novas práticas e estéticas diante das realidades locais, a ação intersetorial e um projeto ético-político para a mudança da formação profissional na saúde, entendendo, particularmente, que a educação dos profissionais de saúde é potente para constituir a integralidade e a humanização nas práticas de gestão e de atenção à saúde e para construir um aprender coerente com os princípios do SUS (*ibidem*).

Por meio de diferentes enunciados e abordagens que têm sido formulados sobre integralidade ao longo da implementação do SUS, é possível observar que a integralidade, em seus diversos sentidos – tanto de orientação das práticas, como dos serviços e das políticas de saúde –, antes de se constituir em um princípio definidor de uma condição ou um lugar a chegar, é um princípio que convoca um novo modo de ser e de agir dos profissionais de saúde e um novo modo de conformar os serviços, as ações e as políticas de saúde; faz referência à saúde como direito de cidadania e tem, como o horizonte, a afirmação e a defesa da vida.

É possível observar que as produções teóricas são cautelosas em não formatar um conceito sobre integralidade, preferindo apresentá-la como uma *ideia-força* que possibilita abrir o debate sobre conceitos, valores, estratégias e ferramentas a ela associados e a favor do enfrentamento de tudo aquilo que fragmenta e reduz a atenção e o cuidado em saúde. Dessa

perspectiva, a integralidade pode se constituir em uma ferramenta analisadora do trabalho em saúde e, ao mesmo tempo, um eixo norteador da Educação Permanente em Saúde, tendo em vista que possibilita problematizar as diferentes formas de reducionismo vigentes que impedem a produção de um cuidado integral.

Ao longo desse último texto, agreguei à defesa da vida a noção de afirmação e defesa da vida, tal como tematiza e desafia Ceccim nos textos citados.

### *Círculos em redes*

Vários autores contemporâneos têm levado a reconhecer que a construção do conhecimento se faz em uma rede de relações que envolve tanto comunidades científicas quanto círculos sociais e aprendizagens em rede.

Nos anos 1970, na Itália, Ivar Oddone já propunha uma forma original de pesquisa para estudar as mudanças das condições de vida e trabalho, articulando dois tipos de experiências para conhecer a complexidade real do trabalho: a experiência acumulada nos centros de pesquisa (os saberes formais dos pesquisadores) e a experiência de coletivos de trabalho (os saberes informais dos trabalhadores). A iniciativa dos trabalhadores, na recriação do ambiente laborativo, passou a ser valorizada, e todos os sujeitos envolvidos tornavam-se coautores da pesquisa (BARROS; HECKERT; MARCHIORI, 2006).

Essa abordagem investigativa, ao analisar a organização do trabalho e os movimentos que resistiam às pressões exercidas na fábrica, imprimiu um modo diferente de fazer pesquisa, subvertendo os métodos e os ritos tradicionais, na medida em que fez da pesquisa uma experiência compartilhada de criação pedagógica e produção de saber, valendo-se de encontros entre múltiplos atores pertencentes a uma *Comunidade Ampliada de Pesquisa* (CAP) e das vivências dos trabalhadores no dia a dia do trabalho, para estudar as condições e as dinâmicas dos adoecimentos e as estratégias de proteção da saúde.

Em Michel Thiollent (1987), a investigação só pode ser concebida nas relações de compromisso entre pesquisadores e pesquisados. O autor questiona a investigação convencional que, em nome da objetividade, obstrui a captação de realidades, pois se abre apenas para respostas estereotipadas e que se encaixam nos interesses do investigador, perdendo, com isso, o processo de aprendizagem e a criação ao nível das pessoas ou grupos implicados na situação. Esse autor arma uma noção como a de *Comunidade Pesquisador-Pesquisando*, ao apresentar uma forma de pesquisa participante – a *pesquisa-ação* – em que

ação e investigação são concebidas e desenvolvidas ao longo de um processo construtivo-colaborativo, que considera a perspectiva da implicação dos sujeitos nos fenômenos estudados. Com base nesse entendimento, Pimenta (2005) constrói a noção de *pesquisa-ação crítico-colaborativa* para designar um processo de pesquisa que vai se constituindo em espirais de reflexão e ação, tomando como foco as atuações históricas e as situações sociais percebidas como problemáticas, pela compreensão que se dá a cada nova apreensão, para pensar em estratégias de ação.

Yves Schwartz (1996) apresentou o conceito de *Comunidade Científica Ampliada*, aprofundando a experiência de Oddone, agregando o Dispositivo Dinâmico a Três Polos desenvolvido pelo Departamento de Ergologia da Universidade de Provence, na França. Nessa proposição, numa imagem de clone em espiral que representa a relação micro e macrossocial que toda a abordagem da atividade comporta, estão indicados três polos: no primeiro estão os saberes conceituais construídos no universo científico das disciplinas; no segundo, os saberes investidos no exercício e na experiência cotidiana do trabalho; e no terceiro, o questionamento, que diz respeito a uma postura ética e epistemológica que tensiona os conceitos e possibilita a renovação do conhecimento.

Schwartz explora a abordagem da atividade viva de trabalho, num processo em que convivem valores e regras e, ao mesmo tempo, inventividades que acontecem nos processos de coengendramento trabalhador-mundo, em que “toda situação de trabalho seria sempre, segundo graus variáveis, experiência, encontro; por isso, [...] colocada à prova de normas e valores antecedentes numa situação histórica sempre em parte singular” (idem, 2000, p. 81). O autor explica que o trabalhador, em cada atividade, faz escolhas e arbitragens, a partir dos valores que são colocados em debate, e a produção de saberes parte dos desconfortos produzidos nas relações de forças que se efetivam no campo social.

Pierre Lévy (1993) trata da *ecologia cognitiva* e da *inteligência coletiva*, pretendendo que sejam observadas as dimensões técnicas e coletivas da cognição em suas estruturas fluidas e provisórias, que operam em coletivos híbridos compostos por atores humanos e não humanos para explicar que existem distintas formas de gestão social e de sustentação das redes sociais do conhecimento. Segundo ele, “[...] a inteligência ou a cognição são o resultado de redes complexas onde interage um grande número de atores humanos, biológicos e técnicos” (ibidem, p. 135). O autor explica que não há um *eu* inteligente, mas um *eu* dentro de uma coletividade e implicado com toda uma herança de métodos e tecnologias intelectuais, sem a qual o *eu* não pensaria. Nessa concepção, a inteligência coletiva passa pelo entrelaçamento de saberes, memórias, imaginação, signos, experiência e tudo aquilo que dá

movimento aos agrupamentos humanos, contribuindo para uma aprendizagem mais contextual e cooperativa e menos dicotomizada, favorável à construção de coletivos inteligentes. Os saberes disseminados (saber plural, heterogêneo, prático e teórico) ampliam a competência dos indivíduos e as sinergias dos processos sociais, revigorando a experiência. “[...] O pretense sujeito inteligente nada mais é que um dos microatores de uma ecologia cognitiva que o engloba e o restringe [...]” (ibidem, p. 135).

Bruno Latour também aponta que a inteligência se dissemina e se compõe conforme o fluxo de informações e interações de humanos e não humanos na rede de saberes: “[...] ela não se encontra nem no cérebro, nem no conhecimento tácito, nem nas máquinas, nem no grupo social, nem nos conceitos – ela se distribui. [...] E tudo muda com a redistribuição da inteligência.” (LATOUR, 1993 apud ODDONE, 2007, p. 121). O autor se vale da metáfora do sistema circulatório e do fluxo sanguíneo para definir as redes científicas: “a noção de uma ciência isolada do resto da sociedade se tornará tão absurda quanto a ideia de um sistema arterial desconectado do sistema venoso” (LATOUR, 2001, p. 97), levando a entender que um conceito só se torna científico porque se liga cada vez mais a um repertório maior de recursos, produzido e atravessado pela trama social. Em sua teoria *ator-rede*, a rede refere-se a fluxos, circulações, alianças e movimentos; uma rede composta de séries heterogêneas de entidades humanas e não humanas, conectadas, que interagem para saber o não sabido, o que ainda não tinha existência, sem que haja qualquer forma de hierarquização entre os entes, que vão sendo produzidos e se produzem a cada momento. É uma concepção de rede que implica sempre a heterogeneidade, híbridos e agenciamentos de seres animados e inanimados, que desencadeiam sucessivas diferenciações e singularizações como resultante da coprodução e como mote para a ativação de novos círculos e redes.

De acordo com a teoria do *ator-rede* não há um agente central do qual emana a fabricação do mundo; cada indivíduo tem suas aprendizagens ligadas a uma rede que lhe dá sustentação e que se origina em vários coletivos (associação de humanos e não-humanos). A aprendizagem é uma ação que traduz e que transforma, em *redes de translação*, as quais fazem deslocar uma linguagem à outra, como de um lugar a outro (ibidem), sendo que um indivíduo só irá aprender quando abrir-se à alteridade e aos afetos que os encontros nessas redes podem propiciar. Trata-se de uma concepção que encontra ressonância com o conceito de rizoma em Deleuze e Guattari (1995).

O conceito de rizoma cunhado por Gilles Deleuze e Félix Guattari nas ciências humanas serve para designar um modelo que se opõe à forma segmentada de conceber a realidade e ao modo positivista de construir o conhecimento. A metáfora da árvore é

designada para a forma de construção de conhecimento remetida ao uno (um único tronco, com hierarquia, centro e ordem de significação), e a perspectiva rizomática aponta para o múltiplo, entendendo que a estrutura do conhecimento não estabelece começo nem fim para o saber. Na visão do rizoma, o pensamento não é linear nem contínuo, é sempre bifurcação e contiguidade, implica processos descontínuos e descentrados, que fogem às certezas das determinações. Os autores dizem: “O pensamento não é arborescente e o cérebro não é uma matéria enraizada nem ramificada”. Mesmo que muitas pessoas tenham uma árvore plantada na cabeça, “[...] o próprio cérebro é muito mais uma erva do que uma árvore” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 25). A noção de rizoma pode ser utilizada para pensar redes complexas, entendendo-as como nós interligados por convergências e interesses comuns, sem começo nem fim, mas possuindo um meio pelo qual pode crescer e se estender (ibidem).

De outra parte, a concepção de autopoiese utilizada por Francisco Varela (MATURANA; VARELA, 1997; VARELA, 1995) ajuda a explicar a cognição no plano circular e de redes. Para Maturana e Varela, os seres vivos produzem-se continuamente a si mesmos numa rede de interações e conversações. A circularidade cognitiva explica que a construção do conhecimento se dá num feixe de relações cognitivas, sendo que tanto os indivíduos como as próprias redes são produtores e consumidores de conhecimento; produtor e produto se configuram circularmente. Como expressão dessa circularidade, Maturana e Varela (2001, p. 32) afirmam: “todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer”.

Para Humberto Maturana (2004), a realidade se constitui nas conversações e tudo o que nós, os seres humanos, fazemos, o fazemos nas conversações. De acordo com o conceito de *autopoiese* da teoria da Biologia do Conhecer (MATURANA; VARELA, 1997), não há realidade ou conhecimento independente da ação do sujeito cognitivo, pois os fenômenos da cognição acontecem no próprio processo de viver, fazendo com que produto e produtor se constituam mutuamente.

Maturana (2004) diz que tudo o que se aprende é aprendido em uma rede de conversações e que o conversar é um fluir na convivência entre o languagear e o emocionar, em coordenações que se processam entre fazeres e emoções. A transformação dos substantivos *linguagem* e *emoção* em verbos é feita propositalmente pelo autor para conotar que aquilo que eles significam ocorre no fluir do conviver. São as emoções que definem o espaço relacional no qual ocorrem nossas ações, que guiam o fluir da convivência e, assim, o mesmo discurso vai ter um ou outro caráter, segundo a emoção a partir da qual ele foi gerado; de onde ele se faz.

Outras construções que tratam de educação/aprendizagem também trabalham com a noção de círculos de aprendizagem como, por exemplo, a obra de Paulo Freire *Educação como prática de liberdade*, na qual são sugeridos círculos de cultura como lugar para assumir a crítica e a liberdade como o modo de ser do homem (FREIRE, 2006) e a *pedagogia da roda* desenvolvida por Sebastião Rocha (2000). Freire (2006) ainda sugere aos *círculos de cultura* (sua noção de sala de aula nas redes sociais de aprendizagem) a introdução de *temas dobradiça*, que é a ação de bifurcação, após a tomada de consciência.

Enfoques de círculos (ou rodas) e redes também podem ser encontrados em Ricardo Rodrigues Teixeira (2005) – *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações* – e Gastão Wagner Campos (2000b) – *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeitos, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. Teixeira (2005) aborda a educação e a comunicação em saúde, discutindo a qualidade dos encontros na produção da saúde em suas dimensões subjetivas e afetivas, para destacar a potência da ação coletiva no espaço das redes de conversação para processar o acolhimento e o cuidado à saúde nos sistemas e serviços. Campos (2000b) desenvolve a lógica de gestão denominada *método da roda* para ampliar a capacidade de análise e cogestão de coletivos nos sistemas de saúde, com vistas à democratização institucional e à tomada de decisão compartilhada. Ainda com base em Warschauer (2001), encontra-se a ideia de “rodas em rede” em Machado da Silva (2010), sendo as rodas concebidas como espaços de constituição de coletivos, interações, trocas, escutas e entrelaçamentos em redes, que podem favorecer a qualificação dos modos de ensinar na saúde.

As diferentes abordagens teóricas apresentadas deixam claro que tanto a pesquisa científica quanto a educação/aprendizagem podem ganhar força quando forem escutados aquilo que é vivido e os problemas reais do cotidiano no trabalho em rodas, círculos ou redes de conversas compostas por atores implicados. A noção de *círculos em redes* (CECCIM, 2009) pretende destacar a importância de constituir espaços coletivos no próprio trabalho para enredar círculos de problematização do trabalho em redes de autogestão e autoanálise, com o objetivo de impulsionar mudanças no fazer cotidiano, em favor das lutas pela melhoria da qualidade de vida e do cuidado à saúde, como ambiciona a Educação Permanente em Saúde.

Se o cotidiano se produz na experiência coletiva, os processos de aprendizagem que almejam mudanças nas práticas vão exigir oportunidades de encontros entre os diferentes atores e segmentos que os constituem. Conforme Ceccim (2005d), é preciso criar *cenários de aprendizagem e fatores de exposição* para os processos de ensino-aprendizagem no trabalho,

em que operem movimentos instituintes (processos de ensino-aprendizagem institucional) e relações face a cada situação: “uma prática rizomática de encontros e produção de conhecimento” (p. 985) como estética pedagógica ao desenvolvimento de “[...] uma inteligência proveniente de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários [...]” (p. 984), que resulte na transformação das práticas profissionais ou de ensino e do próprio trabalho em saúde ou do trabalho pedagógico.

Desde as primeiras formulações que embasaram a política da Educação Permanente em Saúde no Brasil, *círculos e redes* com diferentes imagens e diagramas em forma de roda, de ciranda e, mais recentemente, de mandala (CECCIM, 2005b), têm forjado a proposta de articular a rede científica às práticas dos serviços, com vistas a investigar, interrogar, analisar e transformar as realidades cotidianas do mundo do trabalho, tanto na perspectiva de desenvolver saberes (conhecimentos e práticas) como de recompor os processos de trabalho, à luz da integralidade. Como assinala Ceccim (2005d), essas modalidades têm preconizado tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho: uma rede de atores aberta e heterogênea, encetando a interface educação-trabalho-cidadania, ampliando a proposta de integração ensino-serviço pela conexão mundo do ensino e mundo do trabalho, prática de educação e prática de saúde, produção pedagógica e produção de saúde.

Os *círculos*, tal como estão sendo pensados, são a-centrados e sem forma definida, pois estariam sempre abertos a estabelecer todo e qualquer tipo de conexão, fluxo e aliança que se fizessem necessários para aperfeiçoar as relações entre trabalhadores, usuários, dirigentes institucionais, órgãos formadores e centros de pesquisa e, assim, instituir novas configurações políticas, arranjos e dinâmicas de funcionamento das ações e dos serviços de saúde. São laços criando novos laços e enredando círculos em redes para fazer *relações de comunidade*, em oposição às formas de exclusão no trabalho tramadas no contemporâneo. Geradas as *relações de comunidade*, emerge a confiança. Com a confiança, criam-se redes de acolhimento que permitem zonas de ressingularização. Em zonas de ressingularização, emergem as novidades/diferenças/pluralidades, o que instiga redes de conversações que, por sua vez, continuam a ativar processos de subjetivação; de reinvenção de si e de coletivos, o que Carvalho da Silva (2008) designou por *educação do lugar*.

Deleuze (2003) esclarece que aprender somente passa a ter sentido quando existe um encontro com alguma coisa que nos força a pensar. Encontros de círculos interligados em redes de conversações forçariam a alteridade, intercâmbios, negociações, produção de novas subjetividades, circulação de fluxos de poder e saber, invenção de novas lógicas e uma



incessante dissipação de fronteiras que impedem a vida e o cuidado integral em saúde. *Círculos em redes*, dessa maneira, seriam círculos científicos e sociais entrelaçados, compondo redes inteligentes multicêntricas, setoriais e intersetoriais voltadas a construir aprendizagens/inventividades em favor da democracia e da consolidação do SUS, sob a orientação da integralidade. Os trabalhadores jamais estarão isolados, quando entrelaçados por círculos, seus círculos em redes e estas redes como círculos de outras redes.

### *A Educação Permanente em Saúde*

O setor da saúde, em nosso país, vem sendo submetido a um significativo processo de reformas, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, em que várias estratégias têm sido ativadas no sentido da concretização do Sistema Único de Saúde. Entre elas está a Educação Permanente em Saúde, cuja formulação ganhou estatuto de política pública no SUS a partir de 2003. Essa designação tem uma trajetória que decorre da difusão pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde, voltada à qualidade nos serviços de saúde, reconhecendo que, diante da complexidade do aprender no trabalho, somente a aprendizagem significativa poderia promover o desenvolvimento dos trabalhadores e a renovação do sistema de saúde em termos de sua responsabilidade social, conforme apontamentos de Rovere (1996), Roschke e Brito (2002), Roschke, Davini e Haddad (1994).

Desde a 6ª Conferência Nacional da Saúde (1977) tem sido enfatizada a necessidade de qualificar o trabalho em saúde por meio de ações educativas em serviço, utilizando-se a denominação de educação continuada, que não difere da oferta de cursos de treinamento e que a designação educação permanente e aprendizagem significativa vieram contrariar. Para os autores da Educação Permanente em Saúde, a aprendizagem dizia respeito ao trabalho real, aos cotidianos vividos, não aos conteúdos a serem aplicados à realidade pelo formulador de políticas. Como orientação pedagógica e com a identificação *Educação Permanente em Saúde*, essa vertente passou a ser recomendada desde 2003 no interior do SUS, sendo inaugurada como política pública por meio da Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 (CECCIM, 2005a).

Na produção teórica sobre Educação Permanente em Saúde, é possível identificar uma distinção da noção de educação continuada, mesmo que, para as duas modalidades (educação continuada e educação permanente), seja conferida uma dimensão de continuidade ao

processo educativo e permanência do aprender. Na educação continuada, a compreensão está mais voltada às atividades de ensino que se seguem à formação profissional básica, com a finalidade de atualização e restrita aos segmentos de trabalhadores, conforme escolaridade, cargo e profissão, segundo Davini (1994). Visando a melhorar a competência relativa ao domínio de conhecimentos e habilidades, é direcionada de maneira descendente a trabalhadores específicos para a qualificação de conhecimentos. De outra parte, na Educação Permanente em Saúde, o objeto de transformação é o processo de trabalho e as práticas de saúde com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e do acesso aos serviços de saúde, em que as ações educativas estão voltadas às equipes situadas em qualquer instância do sistema de saúde, tomando como foco os problemas enfrentados no cotidiano, referentes à atenção ou à gestão. É uma proposta que busca enfrentar o descompasso entre a orientação da formação e as demandas vivas do processo de trabalho.

Rovere (2005) sintetiza a Educação Permanente em Saúde como um modelo educacional com capacidade de permear o trabalho por práticas educativas. Tratar-se-ia de uma educação no território do trabalho – um território com inscrição de sentidos – por meio do trabalho e para o trabalho, cuja finalidade é melhorar os resultados em saúde e produzir engajamento protagonista dos trabalhadores ao cotidiano. É uma noção que desafia a considerar que as práticas são definidas por múltiplos fatores, como conhecimento, valores, relações de poder e organização do trabalho, dentre outros. Essa concepção, que situa as práticas educativas nas relações com o trabalho, pode ser aproximada à noção de territorialização de Kastrup (2001), que circunscreve o processo de habitar um território como resultado de uma corporificação do conhecimento, em que são mobilizados fluxos diversos como técnicos, cognitivos, políticos, comunicacionais e afetivos nas relações que se estabelecem entre o habitante e o território.

Para Ceccim e Ferla (2006, p. 107), a Educação Permanente em Saúde não é apenas um nome diferente ou uma nova roupagem da formação e do desenvolvimento continuado dos trabalhadores, mas “um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde; para colocar em questão a relevância social do ensino [...]”, aproximando os saberes técnicos e científicos das dimensões éticas da vida e do trabalho. Trata-se de um dispositivo que pretende operar, de forma processual e ascendente, junto às equipes de saúde, de modo a provocá-las a identificar os problemas que distanciam suas práticas das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde, no caso da política pública brasileira de saúde. O diálogo e a ação reflexiva coletiva entre as políticas e a singularidade

das pessoas e dos lugares são condições necessárias para ativar movimentos direcionados a enfrentar os problemas e a qualificar as ações. Na definição de Ceccim (2005a, p. 175),

a Educação Permanente em Saúde é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da [ação criadora]. [...] uma condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva.

Segundo Ceccim (ibidem), a Educação Permanente em Saúde parte do pressuposto de uma aprendizagem que opera processos significativos na realidade (que promove e produz sentidos) e se configura como estratégia para a transformação de práticas mediante a reflexão crítica de profissionais reais e em ação real na rede de serviços. Não se trata de treinamento, pacote de curso ou lista de conteúdos. É uma aprendizagem que visa a problematizar os processos de trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas e das populações, envolvendo a gestão setorial e dos cotidianos:

[...] um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. (CECCIM, 2005a, p. 175).

Apesar de o SUS ser um sistema democrático e descentralizado, o mesmo ainda é atravessado constantemente por lógicas e movimentos contrários a esses princípios. Um exemplo disso pode ser evidenciado pela própria forma com que tradicionalmente as políticas de saúde são estruturadas, em que as áreas técnicas, pautando-se restritamente pela lógica da programação em saúde, acabam reduzindo as políticas de saúde a programas específicos e fragmentados, pautados por rotinas e procedimentos técnicos preestabelecidos, sem levar em conta os problemas, as necessidades e as potencialidades locais. Dessa forma, a abordagem descontextualizada das estratégias educativas, embasadas na transmissão de conhecimentos, pode explicar, em grande parte, o motivo pelo qual as capacitações têm se mostrado pouco eficazes para responder às necessidades concretas dos serviços de saúde.

Mesmo que já esteja disseminada a importância de recompor as práticas profissionais por meio de processos educativos, para alcançar a qualidade que se espera na atenção, na gestão e no controle social, e, apesar dos esforços para instituir uma política voltada a integrar o ensino ao serviço e ao desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, ainda se evidencia, com muita frequência, a predominância de uma educação orientada pela lógica da prescrição do trabalho.

É curioso observar que, em diversas realidades de sistemas locais de saúde, a demanda por capacitação em áreas programáticas específicas, muitas vezes, passa a ser tão grande que preenche a agenda dos gestores e trabalhadores, sem, contudo, serem oportunizadas outras formas de encontro que poderiam ativar momentos de aprendizagem voltados a repensar e a reinventar o cotidiano de trabalho para a configuração de novas estratégias tecnoassistenciais.

Ceccim (ibidem) entende a educação permanente como estratégia educacional, que deve ter base locorregional para instituir processos *em* ou *na* rede de atenção, uma vez que muitas necessidades de saúde com baixa resolutividade na atenção não resultam de falta de treinamento ou de conhecimento dos trabalhadores, mas da falta de articulação entre serviços e da ausência de fluxos de rede entre os serviços, que fossem desenhados pelas necessidades reais de saúde dos usuários. Uma educação dos trabalhadores para a qualidade do trabalho precisa ser para a qualidade do setor e não para as práticas individuais como se, isoladamente, fossem capazes de atenção integral à saúde. O autor afirma que esse processo não se restringe à dimensão técnico-científica do trabalho em saúde, “[...] mas se estende à orientação das práticas, à construção de um *estar* no campo de saberes e de práticas da saúde que envolve desterritorializar saberes hegemônicos e práticas vigentes” (CECCIM, 2005a, p. 176).

Feuerwerker (2006) sintetiza o foco da educação permanente como relativo aos processos de trabalho. Seu *alvo* seriam as equipes nas instâncias da atenção, da gestão e do controle social, e seu *lócus* de operação, os coletivos. Explica que o *olhar do outro* é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de *incômodos*, uma vez que o desconforto seria a condição indispensável para que uma pessoa ou uma organização decidisse mudar ou incorporar novos elementos em suas práticas. Significa dizer que, para haver ensino-aprendizagem, é preciso um estado ativo, segundo Ceccim e Ferla (2006) de *perguntação*, de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber, tomando como referência a implicação com os usuários.

Como já abordado, conforme a concepção de aprendizagem inventiva de Kastrup, o desconforto e a perturbação relacionados à maneira vigente de pensar/fazer o trabalho é que mobilizam a reinvenção dos atores, dos coletivos e do próprio trabalho. Dessa forma, novas aprendizagens não se produzem mediante aproximações discursivas externas, pois somente por meio do desconforto, gerado na reflexão sobre as práticas vividas, é que poderão ser mobilizados processos transformadores.

A problematização e o diálogo com as práticas vigentes no concreto do trabalho das equipes e a construção de novos pactos de convivência e práticas aproximadas da atenção integral à saúde são fundamentais para produzir mudança de práticas de gestão e de atenção,

pois não bastam apenas novas informações (ibidem). No plano político-pedagógico, a Educação Permanente em Saúde é entendida como *uma pedagogia em ato* que busca “[...] mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários)” (ibidem, p. 110).

Para Feuerwerker (2006), a Educação Permanente em Saúde permite revelar a complexidade e a articulação das explicações relativas aos diferentes problemas sentidos no cotidiano e torna evidente a necessidade de múltiplas estratégias. A autora lembra que, para operar de maneira eficaz, a Educação Permanente em Saúde necessita ser tomada como uma estratégia de gestão, pois o enfrentamento de problemas de natureza diversa requer a gestão de articulações, seja nas equipes, seja nas redes ou nos processos de trabalho.

Ceccim e Ferla (2006, p. 107) defendem que “a educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’”. Como *prática de ensino-aprendizagem* significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, considerando as singularidades das realidades e os problemas vividos no trabalho, e como *política de educação na saúde* situa-se como contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde. Para esses autores, a Educação Permanente em Saúde, antes de ser uma opção didático-pedagógica, é uma opção político-pedagógica, tendo sido essa a orientação da 12ª Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>10</sup>, ao afirmarem a aprovação da Educação Permanente em Saúde como estratégia política do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Na formulação dessa política, foi a noção de Quadrilátero da Formação, metáfora pensada por Ricardo Burg Ceccim, em 2002, quando na direção da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que fundamentou a instituição de Polos de Educação Permanente em Saúde em todo o país<sup>11</sup>. Foi proposta a criação de articulações interinstitucionais e locais para identificar problemáticas e indicar mudanças de práticas – no ensino, na gestão, na atenção e no controle social –, colocando o desafio de agenciar novos dispositivos para construir outros modos de fazer e outras formas de conduzir os processos que envolvem

---

<sup>10</sup> Em 27 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu a Resolução nº 335/2003, firmando sua posição de defesa da política da Educação Permanente em Saúde no SUS.

<sup>11</sup> Os Polos de Educação Permanente em Saúde derivaram da experiência dos polos macrorregionais de educação em saúde coletiva – os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc), criados em 2000 pela Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, junto às coordenadorias regionais de saúde. Estes tinham como objetivo a articulação entre gestão, ensino, serviço e controle social no SUS (CECCIM; ARMANI, 2002).

a formação e o trabalho na saúde, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução colegiada da política de Educação Permanente em Saúde.

Em 2007, uma nova portaria (Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007) substituiu os Polos pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) como instância de gestão regional da Educação Permanente em Saúde, em conformidade com as diretrizes de regionalização do sistema de saúde estabelecidas no Pacto pela Saúde de 2006, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

A Educação Permanente em Saúde, já consolidada institucionalmente no SUS, ainda é “um desafio ambicioso e necessário” (CECCIM, 2005a) que precisa operar próxima do coração da gestão (FEUERWERKER, 2006) para poder construir políticas descentralizadoras, de atenção integral e participativas, coerentes com as diretrizes e os princípios do SUS. Em concordância com o que dizem esses autores, a pesquisa presente nesta tese dedicou-se ao estudo da processualidade dessa proposta pedagógica no interior da gestão em saúde, objetivando agregar contribuições às proposições teórico-metodológicas já existentes.



## O percurso metodológico na prática

O conhecimento científico é sempre uma busca que articula uma teoria e a realidade empírica, tendo o método uma função fundamental para forjar essa articulação. Além do seu papel instrumental, o método é o fio condutor, é a “própria alma do conteúdo” (LENIN, 1965), é o próprio “caminho do pensamento”, conforme expressão de Habermas (1987) (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 240).

Considerando essa perspectiva e seguindo a orientação de Foucault (2000b) sobre a genealogia da história, optei por um olhar dirigido ao mais próximo, deixando-me afetar e apreendendo em alteridade. Apoiado nas construções de Nietzsche, Foucault defende uma genealogia da história como a projeção vertical do lugar em que ele se sustenta, o que conferiria a possibilidade de olhar para a história, não fingindo um certo apagamento do que se olha, mas fazendo um movimento de contramemória e de desdobramento de uma forma diferente do tempo (ibidem).

Rolnik (2006), em sua formulação sobre o olho vibrátil, refere que se constrói o olhar junto com os outros e como parte deles, impregnado de forças que se agitam em determinado período, por meio da imersão da memória das sensações vividas, para aprender o que ainda não se sabia; um estudo que só pode ser feito *a posteriori*.

Levando em conta essas compreensões, de que realidade interna e realidade externa são indissociáveis, a pesquisa contempla um componente autobiográfico. O que aconteceu é que o caminho da investigação foi sendo construído no decorrer do próprio percurso da pesquisa, e a autora, ao estar incluída no campo de observação, foi se arriscando a entender o seu próprio processo de observar, fazendo uso de diferentes estratégias de investigação. O desejo era construir uma cartografia que fosse capaz de ampliar os processos de pensar sobre

o pensar e de aprender como aprender em cada momento da produção dos dados. Pensar a si mesmo no ato de viver/observar, existindo como um ponto de uma rede de conexões e conversações, permite transitar em rede e aprender como estar no lugar de fronteira; aceitar a processualidade e as mutações, e interrogar permanentemente as certezas.

Kastrup (2002) diz que a cartografia é um método que não visa a apresentar uma análise exaustiva ou totalizante, mas a busca de circunscrição de um plano coletivo de sentido que permita mapear elementos de território, naquilo que está em questão. Diz, ainda, que não é possível cartografar um território antes de habitá-lo e, sendo uma metodologia processual, ela exige a paradoxal tarefa de começar pelo meio, pelo próprio processo que constrói a realidade.

Em Maturana (2001) já vimos que, como seres humanos, vivemos e crescemos em redes de conversações que operam fluxos entrelaçados de coordenações consensuais de emoções e linguagem, o que explica que ações e fluxos de ações na linguagem mudam ao mudarem as emoções, e, da mesma maneira, as emoções e o fluxo do emocionar mudam ao mudarem as coordenações de ações na linguagem. Para esse autor, existimos no fluir de nossas conversações, e nossos diferentes domínios são constituídos em diferentes redes de conversações. Mesmo a ciência, como domínio cognitivo, “[...] é uma rede de conversações que envolve afirmações e explicações validadas pelo critério de validação das explicações científicas sob a paixão do explicar” (ibidem, p. 132).

Rolnik (2006) diz, ainda, que cada momento de nossas vidas é feito, simultaneamente, de várias micropolíticas e, que, em cada uma delas, mudamos nossa maneira de pensar, sentir, perceber e agir. Nesse sentido, as cartografias apresentam marcas dos encontros que as foram constituindo, formando um relevo “feito de *vozes reminiscentes* das mais variadas origens, sintonias e estilos misturando-se e compondo-se [...]” (ibidem, p. 24). A autora esclarece que a cartografia é um exercício de pensamento que se constitui em um espaço de ruptura com o exercício tradicional do pensamento no Ocidente, que tem como referência a busca da verdade por meio do *macro-olho*, *olho do visível*, da representação e da razão totalizadora. Para Rolnik (ibidem, p. 66), “[...] o problema, para o cartógrafo, não é o do falso-ou-verdadeiro, nem o do teórico-ou-empírico, mas sim o do vitalizante-ou-destrutivo, ativo-ou-reativo”. O que o cartógrafo deseja é ultrapassar os limites do visível e participar da processualidade de elaboração de cartografias e de constituição de territórios existenciais, embarcando nas linhas de fuga, enfrentando os impasses de sentido e para eles inventando saídas, a cada vez que se apresentam, razão pela qual não segue nenhuma espécie de protocolo normalizado. Deseja, particularmente, “vivenciar os vácuos e, dentro deles, buscar



matéria de expressão para administrar as partículas de afeto enlouquecidas, dando-lhes sentido” (ROLNIK, 2006, p. 75), sabendo que o limite é a incorporação do processo finito, mas ilimitado da análise.

É preciso ter claro que, mesmo que a prática de qualquer cartógrafo seja política, o seu caráter nada tem a ver com o poder de soberania ou de dominação, mas “[...] é da alçada da micropolítica e tem a ver com *poder em sua dimensão de técnicas de subjetivação – estratégias de produção de subjetividade* –, dimensão fundamental da produção e reprodução do regime em curso” (ibidem, p. 70), sempre considerando a coexistência entre a macro e a micropolítica na produção da realidade social.

Aproximando as noções de Maturana e Rolnik, é possível pensar que, nas redes de conversações, mundos se criam e se desmancham incessantemente, e, desse modo, cartografias vão se desenhando ao mesmo tempo (e indissociavelmente), em que os territórios vão tomando corpo, fazendo do observador um ponto de conexão das redes de conversações. Partindo desse entendimento, a construção do objeto se deu no próprio fluir das conversações em um grupo focal e na detecção das micropolíticas, situação que exigiu passar de uma visão unicamente histórico-empírica dos fenômenos para uma leitura analítica e implicada.

Sendo a EPS uma estratégia direcionada a tornar as práticas de saúde mais integrais, humanizadas e resolutivas, e pensando essa vertente como alternativa para ultrapassar a tradição de reduzir a educação em saúde a uma cesta básica de capacitações e treinamentos pontuais, o objetivo, no contexto problemático da tese, foi cartografar processos gestores orientados à mudança de estratégia tecnoassistencial na saúde e impulsionados pelo dispositivo da Educação Permanente em Saúde.

Mais importante que qualquer projeto que almeje transformar o modelo hegemônico na saúde é a capacidade de instituir movimento e políticas de subjetivação permanentes para construir novas realidades. Dessa maneira, a pesquisa buscou identificar os movimentos desencadeados por meio da Educação Permanente em Saúde no território da gestão, considerando que essa estratégia pode adquirir maior potência quando assumida como política e como dispositivo pedagógico (uma gestão em escuta pedagógica).

Duas grandes instigações encetaram o estudo:

a) a Educação Permanente em Saúde pode engendrar formas culturais e existenciais que desestabilizem a cartografia vigente?

b) a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia potente para ativar micropolíticas e fluxos de desejo no campo da saúde por meio da gestão?

Essas instigações afirmaram a relevância de um estudo de caso que propiciasse a observação de processos em efervescência de Educação Permanente em Saúde, ativados por um movimento político-institucional que pretendeu implantar o Sistema Único de Saúde sob as bases de uma nova estratégia tecnoassistencial. Optei por olhar, com olhos de ator-rede, a experiência do município de Caxias do Sul, no período de 1997 a 2004. Levei em consideração que as contingências do movimento de construção do SUS e de qualificação da política e das ações de saúde, neste município, portam um contexto denso e potente para investigar e cartografar ações educativas, por tomarem os processos de trabalho nos cotidianos da saúde como desafio para a transformação dos modos de pensar e de agir de gestores e coletivos de trabalhadores.

O estudo exigiu a conexão de diferentes abordagens metodológicas. A opção pelo estudo de caso numa perspectiva cartográfica, com a *triangulação de métodos* (Minayo, Assis e Souza, 2005), permitiu uma dinâmica investigativa sob o uso de instrumentos e práticas metodológicas combinadas, envolvendo os processos complexos que exigem a valorização de uma gama plural de intervenientes. Além do acervo de documentos e registros existentes sobre a experiência de Caxias do Sul, como pesquisadora participante, utilizei registros de diários pessoais (elaborados no período em estudo para fins de monitoramento das práticas pedagógicas), além de documentos, publicações, e matérias da imprensa local. Os dados complexos foram produzidos em um grupo focal desenvolvido com antigos gestores que estiveram diretamente envolvidos com os processos de interesse da pesquisa. Desse grupo, participaram cinco atores integrantes do colegiado de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ocupantes de cargos diretivos em áreas estratégicas no período investigado e que tiveram implicação com a proposta de mudança da estratégia tecnoassistencial, estando à época da pesquisa em outras frentes de trabalho (unidades básicas de saúde e serviços especializados), afastados da condição de coordenação de processos.

Os critérios para a escolha do grupo de participantes foram: representatividade das áreas escolhidas, tempo de permanência em cargo diretivo<sup>12</sup>, tempo de participação no colegiado gestor da SMS e vínculo contratual estatutário. É importante destacar que, no momento da pesquisa, esses sujeitos não mais desempenhavam função diretiva na SMS, motivo pelo qual se justificava seu especial (re)encontro, comigo, entre si e com as redes provocadas por tal círculo. Desenvolvi atividades em serviços de saúde na condição de trabalhadores, o que, no entendimento desta pesquisa, possibilitaria um olhar mais ampliado

---

<sup>12</sup> Ter participado em cargo diretivo e no colegiado gestor da SMS em período superior a quatro anos, com inserção nas duas gestões municipais (1997/2000 e 2001/2004).

em relação ao problema em estudo, já que territórios diversos colocam os sujeitos em perspectivas também diversas.

Os procedimentos metodológicos foram flexíveis e refratários a qualquer regramento prévio. Além das conversações coletivas, foi proposta, aos *sujeitos da pesquisa*, a elaboração de uma narrativa escrita, como um primeiro exercício de si. O convite foi para fazer um relato livre, utilizando a própria linguagem, com a proposição de discorrer sobre os processos educativos mais significativos de Educação Permanente em Saúde vivenciados, interrogando como os mesmos aconteceram, em que sentido foram significativos e o que dispararam em si, nas equipes e nos coletivos. O texto/narrativa consistiria na oportunidade de (re)contatar a realidade vivida por meio da escrita e pela interrogação sobre *o que* e *como* é possível lembrar/contar/falar/sentir por meio das histórias pessoais vividas no cotidiano de trabalho.

Os dados das narrativas foram entrecruzados com a produção das conversações no grupo focal, com o objetivo de recompor a realidade, como se fôssemos pintar uma *tela* com múltiplas sensibilidades e matizes, dando abertura à escuta das singularidades e das composições coletivas, interessando, antes de tudo, o plano das subjetivações.

Foi explicado aos participantes que não se trataria de ressentir o passado, nem tampouco de eternizá-lo, mas de constituir uma experiência com o passado, centrando-se na sua apreensão para dele criar condições de alterar o presente. Foi esclarecido, ainda, que não se trataria de rememoração nostálgica do passado, e de retorno do tempo por meio de lembranças descritivas. Mais do que isso, a pesquisa ambicionaria uma afirmação do presente e seus devires, que o passado reencontrado não ficasse o mesmo, mas fosse devorado antropofagicamente. Uma apreensão da história, não no sentido cronológico, mas, sobretudo, no sentido de intensidade. Não consistiria, portanto, em explicar e muito menos revelar, pois como diz Rolnik (2006), não há nada em cima – céus de transcendência –, nem embaixo – brumas da essência; o que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão. O inovador justamente estaria em perguntar o que fica/ficou quando mudou a gestão, quando os quadros de gestão foram substituídos, e os antigos gestores voltaram à sua condição de servidores municipais em serviços de saúde. Seria pensar um passado com seu carregamento de possibilidades, como mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem, linguagem que constitui uma língua para afetos de história. Assim, no encontro com fragmentos do passado, articulando memória e conhecimento, poderia ser edificada uma *arqueologia da memória*, identificando-se singularidades que dialogam com uma história maior, que muitas

vezes encobre o cotidiano e que, por não ser visível, se desvigorá, definha e se encista, em lugar de gérmen (ovo), um esporo.

Para facilitar a compreensão dos sujeitos envolvidos na pesquisa sobre a metodologia escolhida, tanto nas narrativas como nas conversações, os mesmos foram incentivados a pensar as experiências de Educação Permanente em Saúde em analogia ao movimento das águas, conforme descrito no Apêndice A. Para nortear essa construção, algumas perguntas foram apresentadas, não como um questionário a responder, mas como pistas para construir mapas analíticos, conforme proposta da narrativa escrita entregue aos participantes (Apêndice A). Essas perguntas-pistas foram: Quais foram os processos mais significativos de Educação Permanente em Saúde vivenciados? Como aconteceram? Em que sentido foram significativos? O que esses processos dispararam em você e nos coletivos? O que ficou ou pode ficar dessas experiências no momento presente?

Houve cinco encontros do grupo focal. O primeiro momento foi dedicado ao convite dos sujeitos à contextualização geral da proposta do estudo (objetivo e objeto da pesquisa, método, questões éticas, critério para escolha dos participantes, período pesquisado, tipos de fontes e forma de coleta de dados, técnicas e instrumentos da investigação, cronograma de atividades, forma de registro e análise de dados) e às pactuações necessárias referentes às datas, horários dos encontros e prazo de entrega das narrativas. As conversações seguintes foram de aproximadamente duas horas e trinta minutos, conforme havia sido planejado, e um último encontro tratou de retornar ao grupo as grandes linhas de análise da produção, as principais vertentes teóricas utilizadas e a forma de tratamento dos dados. O texto do projeto de pesquisa foi repassado para conhecimento do grupo somente após as conversações, assegurando que o conteúdo do mesmo não induzisse as reflexões.

A pesquisadora, além de participar das conversações no grupo focal, teve o papel de incentivar os debates, analisar os dados e submetê-los ao grupo de participantes. As manifestações dos participantes foram feitas livremente, tendo como limite o recorte temático. As interações verbais nas redes de conversações foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para organizar os dados das conversações e das narrativas, foi utilizado o instrumento do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), considerando que o mesmo facilita a descrição das produções de forma interativa e integrada às linhas analítico-teóricas de ancoragem e acolhe “o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000, p. 19). No nosso caso, aceitando uma teia dada de pertencimento. Conforme Lefèvre e Lefèvre (2000), o DSC, além de favorecer o reconhecimento de significados e intencionalidades, assegura o sigilo da pesquisa, o que justifica a não identificação dos nomes

dos sujeitos participantes. O uso do DSC corresponderá ao termo *conversações* ou *narrativas* na descrição e nas análises dos fragmentos qualitativos, sendo utilizadas essas ressalvas a cada *citação*.

A pesquisa foi realizada respeitando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Parecer nº 13084 – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), estando anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).



## Correntes de conversações e ativação de trabalho vivo no setor da saúde

### Movimento das águas: fluidez, vazantes e encharcamento

Estudos descritivos, derivados de processos controlados e de variáveis mensuradas por limites pré-fixados, não acolheriam a proposta desta produção. Seria preciso uma preparação expectante, propícia a encontrar fluxos capazes de apaziguar a ansiedade (que logo de início empurra para definir tudo o que se vê) e, ao mesmo tempo, não deixar sossegar o *corpo vibrátil*. Pensar no movimento das águas marinhas, em associação ao paradigma da imanência formulado por Deleuze (1997a), favoreceu uma pesquisa como esta, que se propôs a pensamentos deslizantes em fluxos-vetores às sensações, até fissurar o espaço estriado e ultrapassar a consciência perceptiva.

Assim como as águas dos rios movem-se em padrões desordenados, as gigantescas massas de água salgada dos oceanos permanecem em desassossego. Nunca paralisam, ao contrário, movimentam-se – inquieta e incessantemente – a ponto de fazer emergir as ondas, as marés e as correntes marítimas. É sob a tensão dos astros, do sol e da lua nos oceanos que se configuram as marés que se sucedem todos os dias, inaugurando a dança do vaivém das águas em relação ao litoral, e é sob a provocação dos ventos que sopram sobre a superfície das águas, ou de abalos sísmicos que ocorrem no fundo do mar, que as ondas se formam e ensaiam seus singulares espetáculos, dobrando-se e quebrando-se no encontro com o solo ou com os rochedos em áreas de praias, em múltiplas configurações: a cada quebrada, um desenho ondular.

Essa dinâmica dos encontros sucessivos das águas, de avanços e recuos, que vão esboçando múltiplos arranjos, às vezes em fluxos aumentados, como no caso das cheias e das

marés altas, às vezes em fluxos diminuídos nas situações de marés baixas, refluxos e vazantes, parece ser oportuna para entremear uma produção sobre a aprendizagem no trabalho, um lugar sempre possível de construção de sentidos e de constituição de percursos de pensamento, pois nele agitam-se linhas de vida que pululam por toda a parte, apesar das máquinas de captura e de aplastamento que também o atravessam.

Eis o precioso encontro com o texto *A imanência estética* de Georges Didi-Huberman (2003), que me conectou com a obra *Os trabalhadores do mar*, de Victor Hugo, que, em suas diversas versões de *A onda*, apresenta um efeito crítico sobre a representação e abre uma perspectiva do olhar que transborda a imagem do visível e, assim, pela potência sutil das ondulações, faz operar a nossa própria existência como obra de arte.

Didi-Huberman (2003) informa que o desenho da onda, em 1867, por Victor Hugo, fez dela um redemoinho do próprio tempo físico. Isso porque Victor Hugo pensava, em primeiro lugar, não em definir o que via, mas em afogar-se no que olhava e, assim, o mar, em seus grandes movimentos de fluxos e refluxos, de extensão e profundidade, em sua dinâmica de dobras em movimento, foi a oportunidade de multiplicar as metáforas poéticas sobre o *mistério da vida* e a constituir uma noção de imanência. O mar, “[...] um tecido vivo, que seria superfície incessantemente *dobrada, desdobrada, redobrada*: isto é, um drapeado, uma superfície de aspectos múltiplos que encobre profundidades múltiplas”, possibilitava a pensar a vitalidade como um “[...] fluxo generalizado, a dobra de cada coisa em cada coisa, a vida em toda a parte”, assim como conclui Didi-Huberman (2003, p. 131): “a imanência é exatamente como um fluido, mar ou atmosfera: nela tudo ondeia, tudo se move, tudo se interpenetra e se permuta, tudo emana e desmorona, tudo sempre ressurgem...”.

A perspectiva do movimento das águas foi escolhida para orientar a configuração dos capítulos que seguem, porque ajuda a fazer desvios do percurso aleatório, prevenindo qualquer tentação ao sedentarismo e ao discurso que sempre tenta impor um sentido único, de conclusões fáceis e apressadas. Uma opção metodológica que convida o leitor a uma convivência mais leve e sensível com o texto, aumentando com isso as chances de perpetuar ecos, como ruídos, e fazer saltar o que se passa na sombra das percepções daquilo que já é sabido.

Ancorada nas lanternas hápticas e no movimento das águas, busquei uma construção descontraída de sentidos, brincante das possibilidades que se presentificam no mergulhar em movimentos abertos, vivos e provisórios, entre fendas e atalhos. Navegar com as águas nos coloca num movimento insistente e teimoso, pois não há o que a água não contorne e não desvie para dar vazão a seu fluxo. De outra parte, serve para (des)assegurar que não há um

ponto de chegada e nem mesmo um porto-seguro, mas há, sempre, muitas possibilidades e bifurcações, desde que for sustentada, permanentemente, a perspectiva de incompletude e de novos engendramentos pela exposição à alteridade dos encontros.

No navegar entre as águas, torna-se possível a conexão com a imagem da estrela de Michel Serres (1993). Para esse autor, a forma de estrela pode aproximar a ideia de como se move e vibra a sensibilidade. Na estrela, há um lugar central e periférico, “[...] uma plataforma estrelada que lança seus ramos virtuais em todos os sentidos ao mesmo tempo, como um buquê de axônios. É este o estado de sensibilidade vibrante, desperta, alerta, atenta [...]” (ibidem, p. 16). Serres fala do lugar mestiço, do lugar das intercessões, das misturas, de um estado de mudança de fase, do *não lugar*, do lugar *entre*, da capacidade em todos os sentidos. No centro da estrela estaria escondido o polo da sensibilidade, do lugar mestiço, da capacidade virtual, de se atirar e se reter, de se lançar pela metade, assim como se lançaria ao longo dos ramos flutuantes do astro que explora o espaço, “como um sol” (p. 17). O autor diz: “[...] jamais tomar a estrada fácil, melhor atravessar o rio a nado” (p. 15), lançando o corpo em desequilíbrio por todos os lados, fazendo-o golpear em todos os sentidos, fazendo liberar do tórax uma esfera de sentidos, como se fosse uma estrela-do-mar. Para Serres nenhum aprendizado dispensa a viagem, e à educação caberia, justamente, empurrar para fora, fazer partir, sair, bifurcar a direção dita natural para o caminho de destino incerto, para a exposição às estranhezas e à alteridade.

Como pesquisadora, o trabalho foi de recolher lembranças e registros de bordo, algumas vezes em companhia de outros caminhantes, sempre em processo de experimentação e produção. A perspectiva era rabiscar pensamentos ainda não pensados, enxergando as margens e as entrelinhas como espaços capazes de acolher a imaginação, a contribuição e mesmo a discordância. Seria uma espécie de trabalho-arte aberto a ouvir vozes, por vezes gaguejantes; uma arte movida pela possibilidade de criação que, mesmo ocorrendo dentro de certo território, teria que seguir as pontas de desterritorialização que o atravessam, mais do que propriamente o contorno do território, pois só assim estaria aberta a uma escuta atenta e sensível dos movimentos de resistência e criação.

É importante destacar que, apesar de estar diante de uma fartura de anotações, não houve qualquer pretensão de abarcar todas as multiplicidades do processo investigado, pois, como nos movimentos das águas, não seria possível, ainda que fosse desejo, reter as águas que fluem, num vaivém sem parar, pois sempre haveria os vazamentos.

Dessa maneira, para dar vitalidade ao campo de estudos, foi preciso recolher vestígios do passado, entrecruzar-me nas conversações do grupo focal, apreender rastros de



convivências e construções coletivas, tentando produzir um texto sem arremates, deixando pensamentos suspensos, fazendo vibrar o *corpo sem órgãos e as sensações*. Sem me restringir às falas gravadas, precisei fazer percursos entre margens, bordas e entrelinhas nos trajetos para casa e para o trabalho, na cabeceira da cama, e mesmo nos vazios e silêncios produzidos. Um percurso que me fez folhear e refolhear as muitas escritas, pensar e repensar os ditos e não ditos, escutar por diversas vezes as vozes e a entonação dos discursos, às vezes descarrilados, no esforço de fazer uma leitura distraída e flutuante, deixando-me inundar e encharcar pelas sensações produzidas.

Deleuze, referindo-se aos ensinamentos de Proust, diz que o escritor, ao escrever, “inventa na língua uma nova língua, uma língua de algum modo estrangeira”; num movimento que “[...] arrasta para fora de seus sulcos costumeiros, leva-a a delirar” (DELEUZE, 1997b, p. 9). Diz, ainda, que o problema de escrever é inseparável de um problema de ver e ouvir, pois visões e audições são inventadas pelo delírio por um processo que arrasta as palavras de um extremo ao outro, como acontecimentos na fronteira da linguagem, de maneira a formar as figuras de uma história e de uma geografia incessantemente reinventada. Diz ele: “é através das palavras, entre as palavras, que se vê e se ouve”, o que faz entender que “há uma pintura e uma música próprias da escrita, com efeitos de cores e de sonoridades que se elevam acima das palavras” (ibidem, p. 9). Para ele, “as palavras pintam e cantam, mas no limite do caminho que traçam, dividem-se e se compõem. As palavras fazem silêncio” (ibidem, p. 128). Assim, temos uma música de palavras, uma pintura de palavras e um silêncio de palavras, que só é possível pelo descarrilamento da língua, quando a língua sai dos eixos, fazendo as palavras regurgitarem seu conteúdo.

Para Deleuze, escrever não é impor uma forma de expressão a uma matéria viva, “escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se [...]” (ibidem, p. 11), uma passagem de vida que atravessa e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. Devir não é atingir uma forma, mas encontrar a zona de vizinhança, de indiscernibilidade ou de indiferenciação, pois o devir está sempre “entre” ou “no meio” (ibidem, p. 11). E, assim, “a gagueira criadora é que faz a língua crescer pelo meio, como a grama, o que faz da língua um rizoma em vez de uma árvore, o que coloca a língua em perpétuo desequilíbrio” (ibidem, p. 126).

A proposta metodológica lançou-me em pesquisa, a perseguir o desafio de construir um texto-travessia que não encerrasse o pensamento e fosse capaz de fazer fluir novidades interconectivas de novos universos de sentidos e valores, como o movimento das águas, que não parasse de suscitar evaporações, precipitações e renovações.

A investigação foi ao encontro de rupturas, mutações e permanências (e não de essencialismos) concernentes a processos educativos em saúde, operados no contexto de um sistema municipal de saúde, num determinado período histórico considerado instituinte de mudanças. Coube mirar-tocar-ouvir-sentir, não somente aquilo que acontecia no interior da correnteza das águas, mas também nas vazantes, nas beiras e nas margens mais longínquas, para então poder forjar o discurso polêmico, o diálogo de diferentes, aberto à expansão dos encontros e a polissemia, não redutível aos supostos consensos. No desfrute do mergulho, por entre os frenéticos movimentos das águas, foi estabelecido o caminho de produção e escrita desta tese para tematizar a Educação e o Trabalho na saúde. Os textos que seguem esboçam segmentações na perspectiva de dar espessura ao plano de linhas dessa tematização.

### **Nascentes e contracorrentes: esboço de uma hidrografia**

No percurso metodológico da experiência investigativa, diversas entradas foram se apresentando, porém nada de forma linear. Ao mexer e remexer a história, foi preciso constituir linhas atravessadeiras e compositoras, com potência para fazer precipitar novos devires e sentidos no plano da educação e da gestão no trabalho em saúde.

No grupo focal, por exemplo, ficou evidente que não seria possível tratar dos processos educativos vivenciados no sistema local de saúde sem recuperar as contingências que os antecederam. Por isso, este item, denominado *Nascentes e contracorrentes*, foi criado para fazer aproximações ao espaço-tempo vivido no município desde os ventos que sopraram do Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária.

Fazendo analogia entre a cartografia e a tela de uma obra de arte, recorro à obra *Quebra da Moldura*, de Lygia Clark (1954) para explicar que as telas/cartografias não são separáveis das realidades e do mundo circundante. Nessa pintura, a artista problematizou a moldura, instigando a compreender que não existe divisão possível entre o mundo e o lugar em que o mundo é processado, o que faz com que as superfícies de qualquer tela/cartografia se misturem com a própria superfície da parede/mundo. A moldura é quebrada para desafiar a pensar que o quadro inteiro é a forma que está inserida diretamente no mundo circundante, portanto, sem os limites da moldura.

Trazer à tona as nascentes do SUS municipal pareceu favorecer a compreensão do movimento da educação *para* e *no* trabalho em saúde, já que emergiu num contexto de grandes resistências e embates animados pela promessa de um novo sistema de saúde. Sem

esboçar uma primeira hidrografia, ficaria difícil tocar no objeto do estudo e compor os contextos analíticos almejados.

Inicialmente, ao olhar para a história de construção do SUS de Caxias do Sul, é possível dizer que o movimento sanitário, ao tensionar as águas remansas e ao abrir rupturas aos represamentos vigentes, forjou, no nível local, uma nova e vigorosa onda nos mares da saúde, à semelhança da gigantesca e luminosa onda pintada por Vitor Hugo, como se fosse um forte empuxo, fazendo verter novas águas no território do município. O termo *nascentes* foi utilizado para se referir às nascentes do SUS municipal, que, mesmo num cenário de fortes movimentos contracorrentes, tornaram possíveis subterfúgios e transbordamentos em sintonia com a nova lógica da política de saúde, que queria mudar o jeito de fazer a gestão e de praticar o cuidado.

Muito difícil foi escolher o jeito de compor esta escrita, pois não poderia me curvar à tentação do mapeamento descritivo da história do SUS em Caxias pela representação histórica (essa matéria seria para outro tipo de pesquisa) e, sim, limitar-me a produzir lampejos sobre fragmentos históricos que poderiam ser úteis às composições; arranjos e imagens sensíveis que pediam passagem. Posso dizer que fiz apenas recortes para compor um diagrama provisório e inconcluso, recorrendo à minha memória, a registros em diários, a apontamentos derivados das conversações no grupo focal, às narrativas do grupo informante, a recortes de jornais e revistas locais, a documentos escritos e, ainda, para subsidiar este tópico, à dissertação de mestrado *Implantação do SUS em Caxias do Sul: resistências e obstáculos*, de autoria do sociólogo e professor Paulo Zugno (2003).

Aqui fazendo um primeiro atalho, dirijo o olhar aos anos 1980. Como em todos os municípios brasileiros, chegavam também em Caxias do Sul, mais precisamente em 1988, os anúncios de que estava em curso um movimento de reforma do setor da saúde no contexto político criado pela redemocratização do país, que tinha ressonâncias com os movimentos populares locais, entidades da sociedade civil e sindicais, trabalhadores da saúde e partidos políticos.

Zugno (2003), ao pesquisar o processo de municipalização e implantação do SUS no município, em sua fase inicial (entre 1988 e 1992), devido à inexistência de outras formas de registro, utilizou como fonte de dados as notícias veiculadas pela imprensa local e entrevistas com pessoas que participaram ativamente do processo de municipalização da saúde e implantação do Sistema Único de Saúde, das quais também fiz parte como informante. Alguns dados coletados do Jornal Pioneiro e produzidos por meio de entrevistas foram emprestados a este texto.

Nos arquivos de um dos principais órgãos de comunicação escrita local (Jornal Pioneiro), Zugno identificou que as ideias nacionais, forjadas pelo Movimento Sanitário desde os anos 1970, e que fundaram a Constituição de 1988, chegavam ao município por meio da imprensa. As notícias em torno da municipalização e da implantação do SUS faziam assimilar que um novo projeto para a saúde estava sendo lançado, o que fazia provocações ao sistema de saúde vigente, cujo poder de decisão ficava restrito ao poder público e aos prestadores de serviços.

Os primeiros ensaios que tentavam mudar a lógica da assistência à saúde no município, e que antecederam o SUS, ocorreram por meio do projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983/84, e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Essas estratégias já continham o princípio da participação popular e, assim, a partir delas foi deflagrada a participação de diversos segmentos sociais representativos da sociedade civil organizada, como sindicatos e associações de moradores de bairros na descentralização da política de saúde.

Abrir espaço para a escuta das necessidades sociais, no campo da saúde, fez com que se forjassem tempos de intensa turbulência. A sociedade civil pressionava a esfera do Estado a construir respostas aos problemas de saúde e à falta de serviços assistenciais públicos. Em contrapartida, grupos de prestadores de serviços resistiam às mudanças, pois elas representavam uma ameaça aos interesses das forças privadas<sup>13</sup>, que tendiam a considerar a nova política de saúde como socializante (ou estatizante).

A construção do direito à saúde e de um sistema com acesso universal e igualitário se deu no enfrentamento do ideário liberal, num embate de antagonismos, particularmente sobre o que caberia ao setor público e ao privado. Os movimentos em prol do caráter público da política de saúde aconteciam, dessa maneira, a contrapelo das correntezas, e a implantação da municipalização da saúde se dava num contexto de obstáculos e interesses divergentes. Como diz Didi Huberman (2003, p. 137), não há rebentação sem obstáculos:

[...] não há onda no mar (“abismo de baixo”) sem os sopros do ar (“abismo de cima”); não há direção afirmada sem direção enviesada “pelo través”, ou brutalmente contrariada por um movimento inverso; não há rebentação sem obstáculo [...]; não há remoinho na superfície que não seja afetado pela resultante complexa de outros remoinhos nas profundezas.

Nos anos 1980, a crise setorial no município acirrou-se diante de uma conjuntura de agravamento dos problemas sociais e de falta de respostas governamentais condizentes. A

---

<sup>13</sup> Nesses grupos, incluíam-se consultórios e clínicas particulares, serviços de apoio diagnóstico, hospitais e planos privados de saúde.

Secretaria Municipal da Saúde foi criada em 1988, sendo que, até então, o atendimento à saúde em Caxias do Sul era de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde, cabendo ao município uma atuação complementar à política estadual, a ser desenvolvida por uma divisão de saúde da Secretaria Municipal de Habitação e Ação Social (SMHAS). Isidoro Zorzi (titular da SMHAS, de 1985 até o final de 1988) informa, em entrevista, que havia três categorias de assistência à saúde: a) atendimento particular às pessoas que pudessem pagar; b) atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (o extinto Inamps), prestado aos contribuintes da Previdência Social e por meio de convênios com sindicatos urbanos e rurais e com outras entidades; e c) atendimento gratuito às pessoas consideradas indigentes, para as quais eram direcionados atendimentos focais e emergenciais, negociados com os hospitais por meio da isenção de taxas e impostos; um atendimento que chegava a aproximadamente mil atendimentos ambulatoriais e a 20 e/ou 30 internações hospitalares por mês (ZUGNO, 2003). A Divisão de Saúde da SMHAS complementava a estrutura sanitária estadual por meio dessas ações e do trabalho de três unidades ambulatoriais e de um ambulatório móvel. Era uma atuação focalizada e pouco expressiva diante das necessidades da população.

A estrutura de serviços de saúde estaduais contemplava 15 unidades sanitárias, que, em sua maior parte, ofertavam procedimentos de enfermagem e ações programáticas ao grupo materno-infantil, em cumprimento às orientações do Ministério da Saúde. Um desses serviços (o Centro de Saúde), localizado em área central do município, realizava algumas ações diferenciadas como, por exemplo, o controle de doenças infecto-contagiosas. Havia também o Posto de Assistência Médica do Inamps, ofertando atendimento ambulatorial em áreas especializadas da medicina e o atendimento hospitalar aos segurados da Previdência Social.

O contexto sanitário era caótico, demarcado pela precariedade de serviços públicos de saúde, suscitando mobilizações tanto no contexto da sociedade local como da região do entorno, pois Caxias do Sul é município considerado polo da região nordeste do estado do Rio Grande do Sul. Discussões inflamadas e frequentes, envolvendo o conjunto dos municípios da região, e que pautavam a necessidade de construção de um hospital público e de um hemocentro regional, eram a prova disso.

Um plano municipal de saúde elaborado pela SMHAS, em 1988, salientava que a população do município havia duplicado desde os anos 1970 (de 120 mil para 237 mil habitantes em 1982), em decorrência dos vários fluxos migratórios atraídos pelo intenso processo de industrialização, acarretando vários problemas sociais para o município, como o alto índice de desemprego, o surgimento de bairros irregulares, a favelização, o desemprego

agudizado pela recessão econômica e a falta de infraestrutura de energia elétrica e saneamento básico. Esse plano informava que um cinturão de pobreza estava se formando, atingindo uma significativa parcela da população desprovida de “[...] mínimos recursos para manter a saúde e, conseqüentemente, refazer a força de trabalho [...]” (CAXIAS DO SUL, 1988, p. 1). O plano acusava, ainda, que os serviços privados de saúde ofereciam a medicina curativa a seus clientes, “[...] não oferecendo nenhuma alternativa para os carentes” (ibidem, p. 2). A falta de uma estrutura administrativa adequada, de equipamentos sociais (unidades básicas de saúde, serviços laboratoriais e radiológicos, banco de sangue, pronto-socorro e hospitais), de recursos orçamentários específicos, de trabalhadores e de políticas sociais públicas mais amplas para a saúde eram os desafios a serem enfrentados pela reforma da saúde.

Mesmo com a adesão formal do município ao SUDS, em 3 de dezembro de 1987, os acontecimentos que se sucederam demarcaram um longo e difícil percurso para a efetivação do SUS, sendo que, além dos problemas locais, havia também os entraves em âmbito nacional, a exemplo da legislação relativa aos desdobramentos das proposições da Reforma Sanitária que demoravam a ser produzidas. A Lei Orgânica da Saúde só foi promulgada em 19 de setembro de 1990, e os demais mecanismos regulamentadores foram sendo instituídos gradualmente por meio de Normas Operacionais Básicas (NOB), como é o caso da NOB/SUS 01/1996, por exemplo, que estabelecia a possibilidade de gestão plena do sistema de saúde aos municípios, e que só foi regulamentada em 1997.

No que se refere à mobilização popular, era possível evidenciar que a saúde era uma das principais pautas da agenda de reivindicações dos movimentos sociais e das entidades representativas da sociedade civil. Havia movimentos de resistência à dura realidade enfrentada, particularmente por aqueles que ficavam excluídos pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (extinto em 1993) e por aqueles que não eram vinculados a planos privados de saúde. As pressões sociais emergiam no interior da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), que foi criada em 1986, por força da implementação do SUDS. Além disso, vinham à tona as resistências do setor privado, como mostra o pronunciamento do titular da 5ª Delegacia Regional de Saúde, o médico psiquiatra Milton Comassetto<sup>14</sup>, referindo-se aos conflitos de interesses que atrasavam o processo de municipalização da saúde: “[...] a surda batalha que vem sendo travada entre os grupos privados de saúde interessados na manutenção do atual modelo de saúde e entidades

---

<sup>14</sup> Milton Comassetto foi delegado regional por duas vezes (períodos: 12 de março de 1987 a 30 de março de 1990 e 10 de março de 1995 a 16 de fevereiro de 1999).

representantes da população, uma disputa que já alcança níveis políticos numa disputa entre PMDB e PFL” (JORNAL PIONEIRO, 7 abr. 1988).

Outros pronunciamentos de atores que militavam no campo também acusavam, de um lado, a morosidade do processo de municipalização da saúde e, de outro, as barreiras à participação popular nas decisões dos rumos do setor. Maria Luiza Concli Pozenato, então representante da União das Associações de Bairros (UAB), junto à União das Mulheres Caxienses (UMCA), afirmava: “temos cobrado semanalmente a agilização da reforma, mas a Prefeitura que tem o poder para isso, não tem colaborado, contrariando os interesses da população (JORNAL PIONEIRO, 9 abr. 1988). Na mesma edição desse jornal, a presidente da UMCA, Dilce Abgail Rodrigues Pereira pronunciava:

Há uma necessidade urgente de implantar a Reforma Sanitária para resolver o atendimento à saúde dos trabalhadores caxienses, mas esse processo encontra resistência de grupos claramente distintos [...]. Nas reuniões têm-se formado dois blocos: um, dos usuários e outro, dos prestadores de serviços.

Em abril de 1988, Gilberto José Spier Vargas (Pepe Vargas)<sup>15</sup>, então vereador do Partido dos Trabalhadores, também se manifesta: “Pepe critica o desempenho da CIMS pelo atraso na implantação da Reforma Sanitária” (JORNAL PIONEIRO, 13 abr. 1988). Em entrevista, fala de uma cultura política centralizadora:

[...] havia uma cultura política institucionalizada, que em certa medida ainda existe em muitos lugares do Brasil, em que os governantes não queriam abrir mão de tomar decisões. E toda a proposta da CIMS [...] era no sentido do governante abrir mão do seu poder e partilhar esse poder com a população através da CIMS e depois dos Conselhos. Então, o que acontecia? Esse conflito estava estabelecido ali porque o governo não queria abrir mão do seu poder, e também pelos interesses privados em torno da saúde. Aliados a esse poder, eles também não queriam a emergência dos setores populares na discussão desse processo, porque na realidade havia objetivamente uma conjunção de interesses materiais e políticos, um apoiando o outro. Então, o poder local é um eterno refém. (ZUGNO, 2003, p. 56).

Jean el Andari, médico-chefe do Centro de Saúde no período, também apontou os conflitos de interesses entre grupos e os setores estatais:

[...] a implantação do SUS era difícil por causa da existência de interesses conflitantes, que precisavam ser conjugados, entre o posto do Inamps, dois postos da Prefeitura, as unidades sanitárias do Estado e o Centro de Saúde. O conflito prejudicava a unificação da política de saúde, um dos principais objetivos do SUDS, e era agravado por outras crises internas entre a então Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente e o Inamps. (ZUGNO, 2003, p. 71).

---

<sup>15</sup> Gilberto José Spier Vargas (Pepe Vargas) foi o prefeito eleito nas gestões municipais objeto de pesquisa nesta tese (gestão de 1997 a 2000 e gestão de 2001 a 2004).

Os enfrentamentos acirraram-se ainda mais quando foi necessário apresentar um plano municipal de saúde à Secretaria Estadual de Saúde, para fins de formalização do processo de municipalização da saúde e de convênio para inserção do município no orçamento estadual, ainda em meados de 1988. Para que isso fosse possível, o plano de saúde deveria ser submetido à aprovação junto à CIMS, exigindo que essa comissão tivesse um regimento interno aprovado previamente, para orientar os processos de deliberação e votação. Plenárias realizadas em junho de 1988 ficaram marcadas na memória dos atores que militavam no campo da saúde, dada a intensidade dos conflitos e antagonismos.

A primeira proposta de plano apresentada pela Prefeitura não obteve aprovação na plenária, suscitando divergências e muitas discussões. Um segmento apoiado pelo Partido dos Trabalhadores, Central Única dos Trabalhadores e União das Associações de Bairros acusou a falta de publicização das propostas para a saúde, além de problemas no regimento interno da CIMS que feriam a paridade das representações nas votações (ZUGNO, 2003).

Em meio a disputas e conflitos, foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, em 28 de setembro de 1988 (Lei Municipal nº 3.269), tendo em vista a perspectiva de repasse de recursos financeiros pela União, conforme notícia a imprensa:

Proposta de campanha ainda das eleições de 1982, pode estar surgindo agora a Secretaria Municipal de Saúde. Após uma visita ao Ministério da Previdência e Assistência Social, onde fora obter informações sobre a estadualização da saúde, o Secretário de Habitação e Ação Social, Isidoro Zorzi regressou dizendo “necessária e viável a criação da Secretaria de Saúde diante da nova postura adotada pelo governo, já que a União repassará recursos aos municípios”. (JORNAL PIONEIRO, 23 ago. 1987).

Já naquele período era destacada a necessidade de superação do modelo assistencial, centrado na atenção curativa, como lembra Milton Comassetto, referindo-se às dificuldades relacionadas à formação dos profissionais:

Esse modelo, que nós chamávamos de hospitalocêntrico, tinha que ser rompido. Infelizmente isso era uma dificuldade enorme, porque nas próprias faculdades ensinavam o modelo hospitalar. Então os egressos das faculdades [...] tinham que atuar dentro do hospital e não lá no bairro, não na medicina preventiva [...]. (ZUGNO, 2003, p. 56).

Após a criação da Secretaria, o então prefeito, Victorio Trez, promulgou a Lei Municipal nº 3.281, de 12 de outubro de 1988, que, de acordo com o texto da mesma, teria o objetivo de “estabelecer os mecanismos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no município através do aperfeiçoamento da estratégia das Ações Integradas de Saúde, visando contribuir para o avanço do processo da Reforma Sanitária [...]”.



No governo municipal seguinte, liderado pelo prefeito Mansueto de Castro Serafini Filho, a gestão da SMS foi dividida por dois médicos: Marlonei Silveira dos Santos (1989 e 1990), também presidente do Sindicato dos Médicos, e Egídio Basso (1991 e 1992). A SMS continuou desenvolvendo um papel suplementar à instância estadual, sendo construídas algumas Unidades Básicas de Saúde, por meio dos recursos repassados pelo SUDS, e contratados alguns profissionais em regime temporário (como prestadores de serviços), para suprir as necessidades mais emergenciais da rede básica.

A pressão social em torno da necessidade de resolver a falta de atendimento hospitalar fez com que, em 24 de dezembro de 1989, fosse sancionada a Lei Municipal nº 3.447, autorizando a celebração de convênio entre a Prefeitura Municipal de Caxias do Sul e o Ministério da Saúde (MS), visando ao recebimento de recursos destinados à construção do Hospital dos Trabalhadores Urbanos e Rurais de Caxias do Sul, mas esse projeto não se efetuiu. O hospital, denominado Hospital Geral de Caxias do Sul, só foi construído mais tarde pela Secretaria Estadual da Saúde, sendo colocado em funcionamento nove anos depois (1998).

As dificuldades de entendimento entre os diferentes segmentos envolvidos nas discussões sobre a saúde fizeram com que, no ano de 1990, houvesse *duas* Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde no município: uma liderada pela Prefeitura e outra pela Delegacia Regional de Saúde. Um dos pontos polêmicos que fazia crescer os atritos relacionava-se ao conteúdo do regimento interno da CIMS, liderada pelo então titular da Secretaria Municipal da Saúde. O que se reivindicava era a paridade entre as representações, pois havia um grupo de entidades governamentais (Centro de Saúde, a Prefeitura Municipal, o Ministério da Previdência, o Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho) consideradas membros natos, que desequilibrava a relação de paridade. Essa situação aportou inúmeras polêmicas, com repercussão na mídia. Milton Comassetto fala das relações conflitivas:

Os Conselhos Municipais, em um primeiro momento foram muito complicados, muito difíceis de serem manejados, porque embora houvesse uma paridade entre o profissional, o estado e os usuários, havia [...] uma fantasia de que os médicos não queriam o SUS e muito menos eles seriam bem vistos lá dentro, porque eles seriam responsáveis pelo caos da saúde brasileira [...], o debate foi muito impulsivo até porque se teve oportunidade de ter um fórum, de dizer do sentimento que todas as pessoas tinham. [...] era mais palanques políticos e de ataques [...] ninguém sabia bem o que era o SUS [...]. As reuniões eram sempre inconclusas, de muito ataque, de muita briga, de muito atrito [...]. (ZUGNO, 2003, p. 54).

A conversão da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde em Conselho Municipal de Saúde demorou para acontecer, sendo que as discussões e tratativas a respeito disso se sucederam desde meados de 1990 até setembro de 1992, já no cenário de

acumulações da 9ª Conferência Nacional de Saúde – *municipalização é o caminho*, cujo coordenador da comissão organizadora foi um gaúcho<sup>16</sup> –, espaço político-militante nacional do lançamento da Saúde Em Defesa da Vida. Nesse intervalo de tempo, havia sido constituído um conselho provisório que não correspondia aos interesses de um grupo de segmentos, rendendo debates, inclusive no Poder Legislativo. O principal aspecto de discordância referia-se ao poder de voto, pois o poder executivo da Prefeitura defendia a concentração do poder decisório a um grupo de entidades e não era permeável às propostas que pleiteavam a reestruturação da instância de controle social.

A primeira Conferência Municipal de Saúde, em setembro de 1991, foi alvo de duras críticas, tendo sido denunciada a sua forma de convocação, argumentando que o evento teria sido divulgado somente um dia útil antes da data de sua realização. O vereador Gilberto José Spier Vargas, na posição de presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores, declarou ao *Jornal Pioneiro* de 17 de setembro de 1991 que a Secretaria Municipal de Saúde não havia cumprido os requisitos mínimos para divulgação da Conferência, “o que restringiu a participação das entidades populares”. Outra crítica partiu do Presidente do Sindicato dos Médicos, que se referiu à conferência, na mesma reportagem, como a “Primeira Conferência Oculta”.

Esses movimentos de resistência e contrarresistência revelam os vários represamentos à implantação do SUS em Caxias do Sul. As deficiências de atendimento à saúde da população agravavam-se, e isso fazia com que as entidades representativas da população se mobilizassem, particularmente, em defesa da construção de um hospital público.

Os impedimentos à implantação do SUS eram justificados pelo governo municipal pelas questões de natureza financeira, já que não estavam definidas as responsabilidades das instâncias federadas no financiamento do sistema. Somando-se a isso, a situação também era agravada pelo atraso do Inamps no pagamento dos serviços credenciados, ocasionando o descredenciamento de vários hospitais.

Sobre as resistências dos prefeitos, o médico Egídio Basso, secretário municipal da saúde (1991-1992), explica: “o medo dos prefeitos era que: ‘nós vamos municipalizar, nós vamos assumir o atendimento na área da saúde e não nos vem os recursos, e o volume necessário para o atendimento é muito grande’” (ZUGNO, 2003, p. 84). Conforme Milton

---

<sup>16</sup> José Eri Borges de Medeiros, então secretário municipal de saúde de Venâncio Aires/RS (1989-1992) e presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) (1989-1993); foi o coordenador executivo da comissão organizadora da 9ª CNS. No período de 1993 a 1994, também foi presidente da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (Assedisa) do Rio Grande do Sul (Brasil, 2006).

Comassetto, “[...] alguns prefeitos resistiram até o último momento para assumir essa responsabilidade, porque tinham medo.” (ibidem, p. 83).

O processo de descentralização não estava suficientemente claro e regulamentado. Havia os problemas administrativos, financeiros e políticos. Também não havia estrutura pública para dar suporte à assistência no período de transição, como laboratórios, banco de sangue, serviço radiológico e laboratorial ou de pronto-socorro e nem competência técnica para assumir repentinamente todo o setor da saúde. Outro problema que ainda se apresentava no contexto das discussões sobre a municipalização da saúde, dizia respeito aos funcionários públicos vinculados ao Estado ou à União, pois havia o temor de que essas categorias fossem prejudicadas em sua situação funcional.

As maiores resistências, no entanto, vinham da parte dos prestadores de serviços (hospitais, banco de sangue, laboratórios e serviços radiológicos), manifestadas por vários descredenciamentos, deixando a população sem assistência em diversas e importantes áreas. O Jornal Pioneiro anunciava também as resistências por parte do Sindicato Médico: “Se depender do Sindicato Médico da Cidade, a Reforma Sanitária, que consiste basicamente na municipalização do atendimento à saúde da população, não deverá obter grandes avanços em Caxias do Sul” (JORNAL PIONEIRO, 3 abr. 1988). A mesma matéria analisava que a reforma sanitária ainda estava “atolada” em Caxias do Sul. Nessa mesma edição, o jornal citava a percepção de Marlonei Silveira dos Santos, presidente do Sindicato dos Médicos: “a estatização dos serviços de saúde, que tanto pregam certas lideranças, já deu provas de sua falência nos países ricos da Europa Ocidental. Imagina no Brasil, com a escassez de recursos”.

Os hospitais foram gradativamente reduzindo a oferta de leitos hospitalares até culminar num descredenciamento coletivo, em 1994, restando apenas o Hospital Pompéia, por ser um hospital filantrópico. Mesmo assim, com o número de leitos reduzido, Antenor Ferrari, na época Secretário Estadual da Saúde e Meio Ambiente, declarou:

[...] foi muito difícil, porque [...] esses hospitais [filantrópicos], embora administrados pela sociedade, estavam nas mãos dos médicos. O corpo clínico dos médicos dominava [...], [havia] a resistência de alguns setores importantes da sociedade que não desejavam a municipalização da saúde e criavam todo o tipo de constrangimentos. (ZUGNO, 2003, p. 87, 91).

Como é possível evidenciar, vários foram os fatores dificultadores da implantação do SUS em Caxias do Sul. O processo de municipalização andava a passos lentos, tanto por receios e desconfianças de que não seriam garantidas as condições necessárias de financiamento aos municípios quanto por disputas e antagonismos entre os diferentes atores, o

que se materializava na dificuldade de implantação da instância prevista para exercer o controle social na saúde. Os problemas setoriais agravavam-se pela redução do atendimento pelos prestadores de serviço em todas as áreas (atendimento hospitalar e de urgência, na área de apoio diagnóstico), pela falta de serviço de pronto-socorro e pela deficiência dos serviços públicos de saúde.

Entre o fluxo e o refluxo das águas, no contexto da saúde, em abril de 1992, com o afastamento de Egídio Basso para concorrer a cargo eletivo, assumiu, primeiro, um secretário interino e, depois, tomou posse o médico Adagoberto Fortuna (período de 11 de junho a 31 de dezembro de 1992), que, ao ser designado para liderar a Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente, ainda na administração do prefeito Mansueto de Castro Serafini Filho, declarou seu compromisso em encaminhar a municipalização da saúde até o final de seu mandato (dezembro de 1992). O mesmo propôs à equipe da SMS a construção imediata de um plano municipal de saúde, além de encaminhar as leis municipais para regulamentação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde para aprovação junto à Câmara Municipal de Vereadores, conforme preconizavam as orientações jurídico-legais do SUS. Foi o primeiro plano de saúde a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, formulado com base em estudos técnicos e submetido à ampla discussão junto aos diferentes segmentos da sociedade (trabalhadores dos serviços públicos de saúde, prestadores de serviços e entidades da sociedade civil), que tiveram a oportunidade de encaminhar suas propostas para compor o planejamento da saúde. Posteriormente, foi realizada uma plenária municipal ampliada, tendo participado, inclusive, os candidatos a Prefeito Municipal, pois o período antecedia as eleições municipais. Aprovado por unanimidade, o plano foi encaminhado à Secretaria Estadual da Saúde, estando, naquele momento, cumpridos todos os requisitos para a formalização da chamada municipalização da saúde. A expectativa era grande e as esperanças estavam acesas. No entanto, mesmo sendo eleita uma coligação de partidos políticos da qual também participava o prefeito em exercício, a proposta de convênio com o estado foi submetida à apreciação do novo prefeito. O que aconteceu: a municipalização da saúde foi novamente protelada.

O governo de Mário David Vanin, que sucedeu Mansueto de Castro Serafini Filho, iniciou, em 1993, novamente com Egídio Basso, que, mesmo sendo eleito vereador, retomou o cargo de secretário municipal de saúde. O processo de municipalização da saúde não foi formalizado naquele ano, o que desencadeou diversos questionamentos por parte das lideranças de movimentos populares e entidades da sociedade civil. Em poucos meses (1º de janeiro a 10 de maio de 1993), Basso deixou a secretaria e assumiu o cargo de vereador,

ficando a SMS dirigida temporariamente por Antônio Roberto Schumacher (3 de abril de 1992 a 1º de janeiro de 1993), que também acumulava o cargo de secretário municipal de Obras. No mesmo ano, João Manoel Britto, médico que havia sido chefe do Centro de Saúde pela Secretaria Estadual da Saúde por vários anos (1973 a 1986), assumiu a secretaria juntamente com o assessor Arthur Alexandre Pretto, médico e ex-delegado regional da saúde<sup>17</sup>. Nessa gestão, o plano de saúde de 1992 foi retomado, mas, mesmo assim, a Prefeitura resistia à municipalização da saúde.

Os mares da saúde continuavam revoltos. Para configurar o clima das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e o ruído dos ventos que sopravam nesse tempo histórico, recorro ao pronunciamento de Marlonei Silveira dos Santos, constante em documento escrito que foi entregue aos participantes do Conselho Municipal de Saúde em 30 de agosto de 1993, com o título: *SUS: o sonho acabou*<sup>18</sup>. Seguem alguns trechos de uma extensa e contundente manifestação:

A saúde é só prioridade no discurso pré-eleitoral. [...] criamos um modelo de saúde parecido com o canadense para uma economia parecida com a da Índia, não podia dar certo. [...] Saúde pública é cara. [...]. Temos que procurar outra proposta dentro do setor público. [...] Raros Conselhos têm cumprido com a sua função legal. Muitos deles são verdadeiros acessórios dos prefeitos, respaldando a “prefeiturização”. Outros sofrem da paranoia crônica de que toda a culpa é do médico e do hospital. Estes só enxergam as mazelas do sistema, que certamente não é a regra. [...] Por isso tudo é que o SUS faliu. [...] Gostaríamos de lembrar que tudo o que é resolvido nos conselhos tem repercussão direta ou indiretamente no atendimento médico, onde somos e sempre fomos, a não ser que se troque o ser humano pela máquina, continuaremos sendo o centro das decisões. [...] O que mais uma vez deixamos claro, é que quem entende de saúde e assistência médica são os médicos.

O documento fala da falência do SUS, denuncia a falta de priorização da saúde, bem como a falta de recursos, os baixos salários dos médicos e as condições precárias de trabalho. Ao mesmo tempo em que critica a esfera municipal, concorda com o posicionamento reticente em relação à descentralização da política de saúde, alegando as dificuldades enfrentadas por outros municípios que ampliaram as responsabilidades no setor, expondo uma clara posição política quando refere a incongruência do novo sistema de saúde à economia brasileira. Tece duras críticas a grupos da sociedade civil que assumem o direito de criticar o atendimento médico e, por fim, encerra dizendo que “quem entende de saúde e assistência médica são os médicos”.

---

<sup>17</sup> Arthur Alexandre Pretto foi delegado da 5ª Delegacia Regional de Saúde no período de 9 de março de 1973 a 11 de março de 1987.

<sup>18</sup> O texto é assinado em seu nome, na qualidade de presidente do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul, diretor de Defesa Profissional da Associação de Medicina do Rio Grande do Sul, conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul e diretor da Federação Nacional dos Médicos do Brasil.

Fica evidente, nesse discurso, e em outros desse texto, que estão em jogo as diferentes concepções de saúde e de política de saúde, fazendo emergir, na cena pública, as disputas entre as vertentes que defendem políticas focadas na cidadania e no direito universal e igualitário à saúde e as políticas de saúde focadas na pobreza.

Segundo Zugno, “como a Reforma Sanitária defendia postulados não afinados aos princípios do pensamento neoliberal, era identificada por alguns como algo que cheirava a *socialismo* ou *socialização*; algo da esquerda” (2003, p. 88). Isso fazia crescer o medo de que uma nova política de saúde viesse a cercear a iniciativa privada, prejudicar o lucro e os privilégios corporativos e de classe. Segundo ele, o temor da estatização do atendimento à saúde (e da medicina) era bastante forte entre alguns expoentes da categoria médica, uma “postura típica da corrente que defendia o modelo assistencial-privatista” (ibidem, p. 89). Isidoro Zorzi também referiu que “o temor do Sindicato Médico era de que o atendimento à saúde estava sofrendo um processo de estatização (socialização), em prejuízo da livre iniciativa no exercício da medicina” (ibidem, p. 91).

Gilberto Spier Vargas avalia que a posição dos médicos não era homogênea, além de argumentar que o movimento da Reforma Sanitária queria superar a visão tecnicista e incluir o usuário no processo de tomada de decisão na saúde:

[...] outra questão era trabalhar o usuário como sujeito do processo de saúde, não como objeto. O sujeito como construtor das políticas de saúde. [...] eu acho que essa argumentação do representante dos médicos [...] não era expressão do conjunto dos médicos da cidade. [...] existem outros profissionais que também entendem de saúde, e o usuário também tem opiniões a dar para a organização dos serviços de saúde. [...] a organização dos serviços de saúde [...] é uma questão política (ibidem, p. 91-92).

Em 1993, com a posse de Adagoberto Fortuna<sup>19</sup> como delegado na 5ª Delegacia Regional de Saúde, iniciou-se uma gestão compartilhada entre o órgão regional estadual e a SMS. Esse foi o momento em que a SMS começou a ter um papel de gerenciamento da rede básica de saúde do município, a partir de um acordo informal entre as duas instituições públicas de saúde. Reiniciaram-se, nesse período, as tratativas com o estado, na direção de encaminhar o processo de municipalização, sendo que o município começou a assumir de fato algumas responsabilidades previstas pela NOB/SUS 01/1993<sup>20</sup> na modalidade da gestão incipiente, como a responsabilidade da vigilância epidemiológica.

---

<sup>19</sup> Adagoberto Fortuna foi delegado regional de saúde por duas vezes (de 3 de julho de 1991 a 10 de julho de 1992 e de 5 de abril a 30 de setembro de 1992).

<sup>20</sup> A NOB/SUS 01/1993 previa três modalidades de gestão do sistema de saúde: incipiente, parcial e semiplena.

A crise no setor continuou se aprofundado, como assinala outro veículo de comunicação local, em matéria sobre a saúde intitulada *Em estado de coma* (REVISTA EXPRESSÃO, 1995, p. 24-25). A revista reclama a falta de leitos hospitalares e a morosidade da construção do Hospital Geral e das obras do Centro à Vida municipal.

[...] O setor privado dominará este campo. [...] Em Caxias do Sul, a maior preocupação [...] é de que ao invés de ser municipalizada acabe sendo prefeiturizada, o que seria o caos [...]. O fato é de que da forma como esta questão está sendo tratada pelas autoridades, a discussão sobre o tema se estenderá por mais bons 15 anos. O problema enfrentado [...] é a questão do atendimento à população carente. Atualmente, discute-se em Caxias o descadastramento dos 450 médicos caxienses credenciados ao SUS [...]. Caso isso ocorra, mais de 2500 pessoas que são atendidas mensalmente nos quatro hospitais credenciados ao SUS terão de fazer algum convênio particular. [...] a realidade é que da forma como a assistência gratuita acontece hoje em Caxias, não deixará saudades [...]. (ibidem, p. 25).

O sucateamento dos hospitais abrangia tanto o setor público como o privado, conforme cita a matéria, referindo informações do vice-presidente da Santa Casa, Francisco Soares Ferrer: “[...] no setor público, 50 % dos equipamentos é sucateado e no particular não é diferente, 30% dos aparelhos estão em estado semelhante” (ibidem, p. 25). A mesma revista chama a atenção para a falta de leitos hospitalares: “Não adianta ter AIH [Autorização de Internação Hospitalar] se não há leitos”. “É preciso melhorar o atendimento ambulatorial”, afirma o presidente Sindicato dos Médicos (ibidem, p. 26). O texto da reportagem realça a importância da prevenção e do diagnóstico das doenças, sendo o discurso da prevenção bastante forte naquele período, como crítica ao modelo centrado na atenção curativa. Na mesma revista, da parte da Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente, era anunciada a pretensão de “construir uma estrutura para assegurar à população a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o diagnóstico e tratamento precoces”. Nesses termos, o Secretário Municipal de Saúde, João Manoel Britto (período de 30 de julho de 1993 a 2 de maio de 1996) prometia a implantação de um complexo (o Centro à Vida) que abrigaria um serviço de pronto atendimento, uma central de exames e um hemocentro. Além disso, grande expectativa era atribuída à implantação do Hospital Geral (HG). É citado o depoimento do então delegado regional de saúde, Milton Comassetto: “Será como falarmos de saúde antes do HG, e depois do HG” (ibidem, p. 27).

Em 1995, foi encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde proposta formal para adesão à gestão incipiente (NOB/SUS 01/1993), que foi homologada somente em 1996, último ano da administração do prefeito Mário David Vanin, quando o secretário João Manoel Britto solicitou afastamento do cargo, repassando-o para seu assessor Arthur Alexandre Pretto (período de 3 de maio de 1996 a 31 de dezembro de 1996). O projeto Centro à Vida,

encaminhado por esses dois secretários, não se efetivou plenamente, sendo que o mandato encerrou com a conclusão das obras físicas.

Nas eleições municipais, venceu uma coligação de partidos da esquerda, liderada pelo do Partido dos Trabalhadores e denominada Administração Popular, sendo o novo prefeito Gilberto José Spier Vargas (Pepe Vargas).

Em fins de 1996 era essa a tela da saúde, pintada com breves pinceladas, movida pelas vibrações daquele tempo, das vozes de atores que contracenavam no palco da saúde, alguns se desviando e outros se deixando molhar pelas águas da Reforma Sanitária.

Em 1997, a nova gestora da SMS passou a ser Justina Inez Onzi, assistente social com engajamento no Partido dos Trabalhadores, com atuação anterior no Instituto de Previdência e Assistência Municipal de Caxias do Sul (Ipam). O novo governo foi questionado quanto à escolha desse nome por parte da direção do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul, expresso em nota oficial no Jornal Pioneiro, em 23 de dezembro de 1996:

O Sindicato Médico vem a público lamentar profundamente a escolha de uma profissional estranha ao setor para dirigir a Secretaria da Saúde. [...] é uma área extremamente delicada e sensível, sendo indispensável ser comandada por profissional com reconhecida competência e conhecimento técnico. Apesar disso, continuamos confiantes de que o médico Dr. Gilberto Spier Vargas fará uma boa administração e privilegiará o SUS, principalmente a assistência médica aos carentes e excluídos do sistema.

A matéria, além do protesto à escolha de “uma profissional estranha ao setor” para liderar a Secretaria da Saúde, faz sutilmente o destaque de que, ao novo prefeito (médico), estaria designado o compromisso com a assistência médica, com ênfase nos “carentes e excluídos”; focalização já identificada em outros momentos neste texto.

É importante destacar que a focalização das políticas sociais, no caso da saúde, fundamenta-se no ideário que sustenta o “dualismo social” – “a sociedade subdesenvolvida” e a “moderna sociedade industrial” – e que tem levado os setores dominantes e governamentais a apostarem em políticas de modernização, como forma de manter a “paz social”, ou a “lei da ordem” (IANNI, 1991, p. 6). Reformar, nessa visão, é criar alternativas assistenciais compensatórias aos setores sociais *carentes e periféricos* da sociedade brasileira, pondo em foco, de um lado, o mercado e os imperativos da economia e, de outro, a dinâmica societária e a exigência ética dos direitos, uma visão que difere do que foi proposto no campo da atenção à saúde, a partir da produção social que definiu o direito universal e igualitário à saúde. Como diria Castel (1995 apud TELLES, 1996, p. 85), trata-se da disjunção entre a ordem legal, que promete igualdade, e a realidade das desigualdades e exclusões tramadas nas relações de poder e dominação.



Nessa perspectiva, não é de se estranhar os discursos que acenam a segmentação da cidadania, pela clivagem entre os que têm acesso aos serviços ofertados pelo mercado e aqueles que devem ser destinados aos serviços públicos de saúde (TELLES, 1996, p. 91). Nessa vertente concebe-se que, ao setor público, caberia responsabilizar-se por aqueles usuários *carentes* e desempregados que foram empobrecendo no contexto da dinâmica da economia, sem condições de *refazer a força de trabalho*, ficando excluídos dos serviços disponíveis no mercado, conforme mencionado no primeiro projeto municipal de saúde de Caxias do Sul, citado anteriormente.

Nesse contexto de fortes tendências a essa modelagem de política de saúde, o SUS, em sua perspectiva ética e política, armava um redemoinho e trazia à superfície estranhamentos e antagonismos. Era uma maré baixa que arregimentava forças, como se pode evidenciar nas entrelinhas das falas e dos acontecimentos.

As realidades são dinâmicas e mutáveis, mas também são cristalizações das determinações sociais, culturais, políticas e econômicas. Com esse entendimento, foi considerado importante estabelecer esse breve esboço das nascentes do diagrama/hidrografia da saúde no município, esperando deixar transparecer, por baixo das formas, as forças que as impulsionaram. A hidrografia permanece aberta, com apenas linhas emaranhadas, sem pontos e limites precisos.

### **Corredeiras e águas pulsantes: não se detém um processo em coprodução**

O termo corredeiras foi escolhido para designar os tempos de correrias que se sucederam no setor da saúde em Caxias do Sul na primeira etapa da gestão municipal estudada. As águas pulsantes fazem associação às práticas educativas em efervescência.

Em 1997, estava empossado um governo implicado diretamente com os movimentos das classes populares, desafiado a dar respostas às lutas sociais que vinham sendo travadas pelas mobilizações populares, especialmente no campo da saúde. O SUS teria que ser implantado, e isso demandaria remover muitas barreiras e contenções. Seria como abrir as comportas de uma grande barragem para dar vazão às necessidades sociais e construir respostas capazes de alterar a racionalidade operante. Mas como fazer para enfrentar um mar de forças tão diversas?

Nas conversações com os sujeitos da pesquisa, essas contingências vieram à tona, fazendo emergir as sensações da experiência vivida naquele tempo, que muito se

assemelhavam às vivências dos esportistas de *rafting*, em que os mesmos se lançam ao deslizamento em corredeiras, nas águas agitadas, por entre rochas e ondas, em superfícies diversas. Sabe-se que as corredeiras ocorrem onde o material do leito dos rios é altamente resistente ao poder do fluxo das águas. Nas corredeiras, a água corrente salpica e respinga violentamente em torno das rochas, formando bolhas de ar que vão se misturando. A imagem é de águas que se chocam e se misturam, suscitando e desmanchando formas incessantemente. Assim, por mais que se conheça o espaço, ele jamais poderá ser previamente apreendido, pois estará sempre exposto aos imprevisíveis movimentos das águas.

O uso do *rafting* para falar da empreitada que queria construir uma nova realidade para a saúde parece fazer sentido, pois (re)pensar o processo vivido faz reconhecer que não haveria outro jeito senão navegar entre o próprio movimento das correntezas, pelo atravessamento das dobras e desdobras dos ventos e das águas que se movimentavam no contexto da saúde, uma experiência somente possível de ser apreendida em ato.

Como o desporto do *rafting*, que só pode acontecer em equipe, também na experiência municipal, entre corredeiras e correrias, todos teriam que remar e participar ativamente, desdobrando manobras criativas e arriscadas, sabendo que não haveria como não se molhar. Os que se encorajavam a entrar no bote teriam que estar dispostos a deslizar nas águas turbulentas, ultrapassando o limite da experiência e do próprio corpo, sujeitos a enfrentar os processos contracorrentes, arrojados e flutuantes à fluidez e aos perigos que cada lugar-espaço poderia oferecer. Seria uma flutuação com a promessa de repouso, como acontece com os pássaros que alternam voos e pousos para se recompor, mas sem nunca encerrar o movimento.

O novo governo não poderia mais continuar deixando a saúde em estado de espera. O coma, termo usado para caracterizar a situação do setor da saúde local pela Revista Expressão (citada anteriormente), precisaria ser rompido. Ouço que:

*precisaríamos consolidar o SUS [...]. [Era] a grande missão do governo de esquerda que estava assumindo [...] não só para com a cidade de Caxias, mas também para com a região. [...] um novo cenário [...] tendo como objetivo a afirmação e a defesa intransigente da saúde pública de qualidade [...] como um direito da população e dever do Estado [...]. (conversações)*

As diretrizes políticas gerais da Administração Popular propunham a busca de uma cidade socialmente justa (a ser garantida por meio das diversas políticas sociais), institucionalmente democrática e participativa, economicamente sustentável, fisicamente organizada e ambientalmente equilibrada (esse último item acrescentado na segunda gestão de

2001/2004). Além disso, a saúde deveria ser prioridade, o que foi declarado desde o processo eleitoral e reiterado nas decisões do Orçamento Participativo.

A noção de corredeiras objetivou esboçar um tempo que se pautou pela radicalização da implantação do SUS em Caxias do Sul e que, portanto, exigiu a aceleração de um processo que se mantinha travado por vários anos. Era preciso enfrentar a desesperança que pairava na cidade e disparar movimentos na contramare de outras ideologias e projetos não afinados às proposições da Reforma Sanitária e do SUS. O sonho, antes de ter acabado, estaria apenas começando e não poderia levar mais 15 anos para acontecer, como eram as projeções do presidente do Sindicato dos Médicos (*SUS: o sonho acabou*) e da Revista Expressão (*A discussão [da saúde] se estenderá por mais bons 15 anos*).

Entrava em empreendimento uma nova aposta: o SUS precisaria vingar. O setor privado era forte, hegemônico e organizado. Havia dificuldades até mesmo para contratar serviços, como laboratórios de análises clínicas, atendimento na área de oftalmologia e serviços para prestar exames e procedimentos de média e alta técnica/complexidade. Na oftalmologia, por exemplo, o atendimento somente pode ser ofertado quando um serviço de outro município habilitou-se em processo licitatório. Os serviços de anesthesiologia ficaram suspensos por mais de 10 anos, e estavam sendo disponibilizados somente pela rede privada. As pessoas vendiam seus pertences (quando tinham) para pagar contas hospitalares, de anestesia, serviços de hemoterapia, exames e procedimentos.

Para oferecer respostas a esse conjunto de problemas, já no primeiro ano de governo, teriam que ser implantados os diversos serviços que integrariam o complexo Centro à Vida: hemocentro, central de exames (laboratório de análises clínicas, serviços radiológicos e de imagem), hemocentro regional, além da reestruturação do serviço de pronto-atendimento 24 horas. O trabalho da rede básica precisaria ser redimensionado, além de haver a necessidade de construção de novas unidades e de reformas e readequações físicas dos serviços existentes. Alguns serviços especializados teriam que ser criados e outros reestruturados. O Hospital Geral, que estava em fase de finalização, demandaria um direcionamento político para ser assegurado o seu caráter público<sup>21</sup>.

Os serviços próprios dependeriam da nomeação de servidores, exigindo o lançamento imediato de um concurso público ampliado. As equipes de saúde precisariam ser recompostas, bem como redimensionadas as relações de trabalho entre os profissionais vinculados às

---

<sup>21</sup> Havia rumores de que parte do hospital seria destinado para planos privados de saúde, e isso fez com que houvesse uma mobilização social junto às instalações desse serviço durante dois dias. Esse movimento lutava pela exclusividade de atendimento ao SUS.

diferentes instâncias (municipal, estadual e federal). A vigilância sanitária estava para ser incorporada à gestão municipal. Havia necessidade de implantação de um serviço de avaliação e controle e de uma política de insumos, medicamentos, materiais e equipamentos.

Um novo plano de saúde era requisitado para a efetivação da gestão plena do sistema de saúde. Além disso, era necessário construir uma nova proposta de organização e gestão do sistema de saúde. Todas essas exigências precisavam ser cumpridas em curto intervalo de tempo para que fossem garantidas respostas rápidas e positivas ao conjunto de demandas e necessidades existentes. O trabalho da SMS teve que se concentrar na organização e na viabilização das condições necessárias à habilitação da gestão plena do sistema de saúde (NOB/SUS 01/1996), sendo que a preparação desse processo, no primeiro ano de governo da Administração Popular (1997), envolveu a criação de leis e decretos municipais, a organização de concurso público para ampliação do número de trabalhadores, o encaminhamento de várias licitações para aquisição de medicamentos, insumos, materiais e equipamentos, reorientação das estruturas administrativas e gerenciais e adequação das instalações físicas dos serviços. Nesse ano foi preciso construir um projeto de gestão num contexto que exigia respostas imediatas a múltiplas demandas:

*[...] foi um processo extremamente intenso. [...] Tinha o desejo de toda essa construção [...] tínhamos que aprender a fazer, nos desconstruir/reconstruir e tínhamos que fazer a discussão [...] com a rede, com a sociedade, com o Conselho, com outras Secretarias, todo um processo de convencimento em relação à proposta. E havia todas as demandas que batiam na nossa porta [...]: a questão do sangue, anestesia, convênio com o Pompéia (a população estava sendo atendida no meio do inverno em colchonetes no chão). [...] uma loucura [...] a proposta para a gestão plena tinha que estar pronta até o final daquele ano. Além disso, tinha que garantir que o atendimento do hospital geral fosse totalmente público (a demanda mais forte da campanha eleitoral). Tudo isso em um ano. (conversações)*

Para participar dessa construção, os profissionais que já atuavam na SMS foram convidados a compor um grupo gestor, sendo que parte dos mesmos integrou os estudos desta pesquisa. Uma das narrativas menciona a situação em que se encontrava a equipe no nível central da SMS naquele período:

*Éramos uma equipe pequena tentando se superar para fazer um bom trabalho, lamentável era que nossas propostas não recebessem o apoio do governo municipal da forma esperada, através de recursos para viabilizá-las. Lamentável que aquelas administrações [anteriores] não tivessem o entendimento de que saúde é um*

*compromisso municipal. Compúnhamos então um grupo de descontentes com o quadro de escassez de recursos, da oferta insuficiente de serviços e da falta de clareza da proposta assistencial. Naquele momento havia em mim um sentimento de descrença em relação aos avanços do SUS. (narrativas)*

Havia uma sensação de cansaço, derivado da sucessiva falta de condições para concretizar o SUS. Como diriam Deleuze e Guattari (1992), tanto desconexões e desintegrações objetivas podem deixar escapar as vibrações da vida, quanto uma imensa fadiga, tornando as sensações pastosas, fazendo recair em opiniões acabadas, ou, ainda, fazendo pensar que nada mais há a dizer ou a criar.

Apesar da fadiga, permanecia o inconformismo com a precariedade da assistência à saúde da população e a clareza de que a solução para os problemas de saúde da população não dependeria apenas de cimento, tijolos e procedimentos médico-hospitalares. Então, não eram bem-vindas as propostas de estruturação do SUS que não se fundamentassem nos novos princípios propostos para a política de saúde brasileira (universalização, equidade, integralidade e controle social). Desde 1994, quando acenava a possibilidade de adesão do município ao processo de gestão do SUS, a equipe mobilizava discussões com os gestores da SMS, desafiando a refletir sobre: *que SUS iríamos implantar em Caxias do Sul? e como seriam concretizados os seus princípios?*. Essas questões faziam com que se discutisse *qual política de saúde, para quem, como e quando* efetivar o sistema municipal de saúde, colocando na pauta do gestor municipal os compromissos que precisavam ser assumidos. Naquele tempo, mesmo que não houvesse qualquer domínio sobre modelos technoassistenciais em saúde, havia um intenso incômodo em relação à lógica privatista que preponderava na atenção à saúde.

A partir de 1997, o desassossego da equipe passaria a conviver com um período que seria de um correr atrás do tempo perdido.

*Este era um período em que a maioria dos integrantes da nossa equipe estava muito confusa. Éramos solicitados a dar respostas acima da capacidade da estrutura existente e não havia clareza ainda da proposta assistencial da nova administração. Ao mesmo tempo, éramos chamados a ajudar a construir o SUS municipal. (narrativas)*

A emoção da cheia, depois de períodos de tantas secas, fazia brotar sensações diversas. Ao entusiasmo de estar numa situação inédita de um governo que declarava a priorização da saúde, estava associado o desafio de um projeto a construir e de inúmeras dificuldades a

enfrentar, misturando-se diversos sentimentos. As narrativas sinalizam por quais águas foi preciso navegar:

*Era um período de muitos medos e expectativas, muitas resistências, muitas inseguranças. Muitos jeitos de fazer e de não fazer* (grifos da informante). *Era comum ouvirmos expressões como: “nós do Estado fazemos assim, nós servidores federais não estamos acostumados a fazer desta forma”. [...] Muitas eram as tensões do período expressas pelas seguintes frases e comportamentos: “sou trabalhador federal, na casa do Estado, sendo gerenciado pelo município e por um partido de esquerda!” Existiam profissionais [...] que sequer compareciam ao estabelecimento de saúde. Outros que supostamente exerciam atividades educativas [...] entregavam planilhas de produtividade [...]. Lembro que levei 45 dias para conhecer um trabalhador de saúde. Vários profissionais também exerciam suas atividades em desvio de função [...]. O número de atendimentos/agendamentos não era proporcional à carga horária dos profissionais. O quantitativo de usuários a serem atendidos era definido pelo poder de pressão que cada profissional exercia sobre o auxiliar de enfermagem que realizava o agendamento. Alguns profissionais ditos comprometidos não compareciam ao serviço em dias de plantão nas operadoras de saúde [...].* (narrativas)

Para enfrentar as corredeiras, é importante saber como se localizar nas águas; há que se ter cautela, às vezes diminuir a velocidade do bote e antecipar ao máximo as manobras para que a inércia não o leve para fora do fluxo. Sabia-se que, para mudar a realidade da saúde, converter as práticas hegemônicas e dar centralidade às necessidades dos usuários, não bastaria aumentar o aporte de recursos financeiros, erguer ou ampliar as estruturas de atendimento na saúde, nem aumentar o número de trabalhadores, e isso não poderia ser perdido de vista, mesmo na agitação das corredeiras. Em turbulências e num combate incerto, foi preciso buscar o possível, apropriar-se de forças, de relações de potência e de linhas de fuga. Flutuando no indefinido, entre altos e baixos, foi necessário fugir dos aprisionamentos e dos movimentos capturantes, às vezes fazendo manobras em ziguezague, assim como fazem os guerrilheiros em campo aberto, para não sucumbir. Peter Pál Pelbart (1989, p. 189) diz:

*Às vezes é preciso diluir o que se disse a fim de que seja dito aquilo que se dilui (como faz Blanchot), às vezes é preciso correr em ziguezague, como um guerrilheiro em campo aberto, a fim de cruzar o Fora e não ser baleado (como Deleuze), às vezes ainda é preciso mover-se em círculos concêntricos, questionando a própria sombra com o olhar de lince e uma precisão inquietante (como Foucault).*

Um fragmento extraído das narrativas ajuda a situar o contexto do campo de investigação desta pesquisa, em que um sujeito coletivo, que participou ativamente na gestão municipal da saúde, foi desafiado a refletir sobre as suas próprias experiências:

*Desde que recebi a solicitação para fazer esse relato, já o iniciei várias vezes e das mais diversas formas. Esta é mais uma tentativa [...] no formato desta carta. [...]. Um convite para escrever sobre nossas experiências deveria ser sempre bem-vindo. Com as vivências que levaram a resultados positivos teríamos a oportunidade de reviver o orgulho da obra e, caso os resultados fossem negativos, ficariam as lições aprendidas. No entanto, não considerei esta uma tarefa fácil e nem mesmo consigo definir a causa, talvez porque em todo processo vivido haja perdas e ganhos e nem sempre estamos prontos para nos confrontar com [tudo isso]. (narrativas)*

O texto de Merhy (2004) que trata do *conhecer militante do sujeito implicado* pode explicar o quanto são desafiadoras as produções em pesquisas que colocam as próprias práticas dos pesquisadores em análise. No caso deste estudo, os sujeitos participantes não foram apenas informantes, pois assumiram, com a pesquisadora, o desafio de construir uma cartografia sobre as experiências educativas vivenciadas na gestão em saúde, e essa situação fez depararem-se com processos autoanalíticos.

Nessas situações, os sujeitos ficam expostos tanto a sensações prazerosas, que eclodem do encontro com os resultados bem-sucedidos de suas experiências e ações, como a sensações de fracasso ou incapacidade pelo que enxergam como resultados malsucedidos. Concordando com Merhy (2004, p. 22), pesquisas como essas fazem “sangrar parte do próprio pesquisador”, pois exigem o confrontar-se consigo mesmo, o autoanalisar-se, o fugir do pensamento tecnicista:

*[...] tanto desejei fosse esse objeto de estudo, [...] mas registro minha dificuldade de elaborar esta reflexão [...]. (narrativas). [...] Sofri muito para escrever, ter que achar palavras, não conseguia, como se estivesse desconectada, acabava querendo escrever de forma técnica e metódica. (conversações)*

Merhy (2004) assinala que os estudos que envolvem sujeitos militantes e implicados, pesquisadores e pesquisados, analisadores e analisados, mesmo que nem sempre sejam bem acolhidos pelos desenhos tradicionais de investigação científica, podem constituir saberes válidos e importantes. O autor, recorrendo a estudos de autores clássicos, como Paulo Freire (pedagogia da implicação), Carlos Matus (política, planificação e governo), Mario Testa (pensamento e construção do conhecimento em saúde), Cornelius Castoriadis (teoria sobre o processo psicanalítico), Jürgen Habermas (teoria da ação comunicativa), René Lourau (análise institucional) e Félix Guattari (esquizoanálise), conclui que sujeitos situados em redes de conversas, ao recortarem a realidade, passam a *olhar* para si e para os outros, numa relação de

implicação que lhes permite analisar, no interior dessa mesma relação, intenções e práticas. Passos e Benevides (2002), embasados na Análise Institucional, explicam que a noção de implicação não se resume a uma questão de vontade ou de decisão deliberada do pesquisador e, que, no caso da implicação dos sujeitos na produção do conhecimento, é preciso incluir uma análise do sistema de lugares que os sujeitos ocupam. Destacam a necessidade “[...] da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação”, sendo que [...] “a recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura romper, dessa forma, as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido” (PASSOS; BENEVIDES, 2000, p. 73). Uma compreensão que ajuda a sustentar a ideia de que o conteúdo das conversações e das narrativas propostas na presente pesquisa pode compor *a produção de um conhecer militante de um sujeito implicado* (conforme expressão de Merhy).

É nessa perspectiva que este texto sistematiza os dados produzidos nas redes de conversações e nas narrativas, lançando o estudo da Educação Permanente em Saúde como vertente e dispositivo pedagógico a fazer pulsar novos fluxos de desejo por mudanças no trabalho dos cotidianos vivos da saúde, em aproximação aos valores da integralidade.

Em primeiro lugar, é importante dizer que as redes de encontros aconteceram conforme o ritmo e a cadência vital do próprio grupo de sujeitos, não havendo regramentos para falar e escrever, pois o que interessava eram as multiplicidades virtuais. Para instigar o debate e posicionar o objeto de estudo, algumas questões foram lançadas pela pesquisadora, sempre deixando em aberto a possibilidade de inclusão de novas problematizações, se assim exigissem os processos reflexivos. As conversas produziram-se entre o esquecer, o recordar, o abandonar, o perder e o revitalizar-se, no ritmo do devir.

Mesmo diante da complexidade que envolveu o estudo de vivências relativas ao trabalho, por meio de abordagens autoanalíticas, os sujeitos participaram ativamente e com entusiasmo no grupo focal. Foi dito que se constituiu em oportunidade para renovar compromissos:

*A gente se perde na demanda do dia a dia, na concretude da vida. Sairemos daqui pensando no que foi dito e no que foi escrito. É o passado dando vida.* (conversações)

*[...] estímulo para continuar a luta. [...] importante colocar estudos como esse a serviço do público, pois é dele o pertencimento.* (narrativas)

Foram lembradas tanto as formas prescritivas e conservadoras de ensino-aprendizagem das experiências profissionais vividas quanto as construcionistas e inovadoras.



Cada lembrança puxou outras lembranças, e isso fez com que os contextos das experiências educativas fossem recuperados, não seguindo as leis do esquematismo, mas colocando os próprios sujeitos em questão. A noção de EPS referenciou-se à construção, à reflexão e à avaliação do sentido do trabalho, um “fazer-refletir-propor” norteado por uma situação desejada (a construção do SUS):

*Fiz um esforço para fugir da cronologia [...]. Por mais que eu queira não consigo deixar de registrar as experiências que tivemos nas administrações anteriores ao período solicitado. Minhas tentativas anteriores mais pareciam um relato sobre o processo de implementação do SUS, é que vejo esse e os processos de Educação Permanente em Saúde tão integrados que fica difícil a separação. [...] justo por este motivo afirmo terem sido verdadeiros processos de EPS, [...] um contínuo fazer-refletir-propor, sempre em busca de aproximar-se da situação desejada. (narrativas)*

As conversações e as narrativas assumiram contornos diversos e singulares, às vezes mobilizando lembranças de vivências no trabalho de diferentes períodos históricos, não somente aqueles referentes à gestão estudada. Como exemplo, foi lembrado o processo que envolveu a construção do plano municipal de saúde de 1992<sup>22</sup> como um momento que concentrou estudos e aprendizagens significativas mediados pela participação de diversos segmentos envolvidos com o setor da saúde (trabalhadores, instituições prestadoras de serviços, órgão de ensino e entidades da sociedade civil). Também foi destacada uma construção protagonizada pela equipe da SMS no final do ano de 1996, em período de transição governamental, no qual foi desenvolvido um estudo direcionado a identificar nós críticos e necessidades que precisariam nortear as estratégias municipais para a saúde. Uma das narrativas destaca esse momento de reflexão, de busca de novos referenciais e de construção, protagonizada pela equipe, também como experiência educativa.

*Lembro-me do ano de 1996 [...] quando houve um processo para elaboração de diagnóstico e de propostas da equipe para apresentar e discutir com a nova administração. [...] as elaborações e a busca de referenciais tornou, como em muitos outros momentos, um espaço pedagógico. (narrativas)*

<sup>22</sup> O plano municipal de saúde de 1992 foi o primeiro plano aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. O mesmo propôs a organização do sistema de saúde em cinco distritos sanitários, dando centralidade ao geoprocessamento de riscos e a programação em saúde. Ainda era incipiente a discussão sobre modelos technoassistenciais.

Refletir sobre os aprendizados construídos no trabalho exigiu a transversalização do tempo, desencadeando distensões e contrações entre os diversos pontos singulares da vida e do trabalho de cada sujeito.

*O grupo teve momentos diferentes no processo de Educação Permanente. Experienciou e vivenciou etapas e lugares diferenciados. (conversações)*

Ter percorrido lugares e situações variadas propiciou um entremeado de perspectivas, fazendo com que diferentes momentos da política municipal fossem rememorados. Na gestão, foi possível participar da formulação de planos e legislações municipais para o setor, de políticas, programas e ações de saúde, de oficinas de planejamento estratégico para elaboração de planos locais de saúde, de colegiados de gestão, da organização de plenárias e conferências municipais de saúde, seminários, capacitações e processos de educação em saúde. Na atenção, vivenciaram-se as relações com os usuários e com as equipes de saúde, bem como os arranjos que se armavam com o propósito de cuidar.

*Da lógica da supervisão de programas propostos pela União e pelo estado, à lógica da invenção de ações de saúde pensadas localmente, da configuração de equipes supervisoras para a conformação de equipes de apoio matricial, transitamos com muitas pessoas em muitos lugares, guiados por um desejo/compromisso de tornar mais justa e resolutiva a atenção na saúde. Lembrar a nossa história traz à tona também a história de outras pessoas que estiveram junto conosco, bem como imagens dos contextos e territórios institucionais. (narrativas)*

Em Benjamin (1994), há uma compreensão do que significa voltar ao passado. Para ele, a história está aprisionada, sempre pedindo libertação e, então, é preciso voltar ao acúmulo de ruínas que constituem o passado, para poder, por meio da recomposição de seus fragmentos, dar abertura a novas possibilidades de compreensão do presente e não ficar simplesmente à sombra da nostalgia do passado perdido, aprisionando as forças criativas de um mundo carregado de multiplicidades.

O movimento de remexer as ruínas de tempos vividos fez transbordar pensamentos e sentimentos que foram configurando um passado carregado de possibilidades de futuro que se perderam, ainda que cheio de incertezas (um futuro do pretérito). Pelbart (2000, p. 90), referindo-se às concepções de Deleuze, diz que o tempo é como se fosse “[...] uma grande massa de argila, que a cada modelagem rearranja as distâncias entre os pontos nela assinalados”. Uma transformação incessante, uma memória plástica remetida a uma

coexistência sempre reinventada, cheia de possibilidades de recriação, sempre por vir. Um movimento que faz lembrar os relógios do tempo das obras de Salvador Dalí: *A persistência da memória* (1931) – que revela imagens flácidas dos relógios que se dobram, mas permanecem evocando a passagem do tempo e a memória – e *O olho do tempo* (1949) – que figura a perspectiva do olhar e da percepção sobre as marcas deixadas pelo tempo.

Para tratar o passado como matéria do presente, pesquisadora e grupo de sujeitos precisaram aprender a romper com a cronologia. Mas como olhar o passado-presente para melhor desvendar imagens, compor cartografias e favorecer novos modos de existir? Andar por diferentes contextos históricos e lugares proporcionou tudo aquilo que é próprio da vida – buracos, catalepsias, sonambulismos, esquecimentos e, também, às vezes, recordações em excesso, como expressavam algumas falas:

*É muita coisa para lembrar, para falar.* (conversações)

*O que se viveu foi muito intenso.* (conversações)

Nesse sentido, Deleuze (1992) ensina que tanto os buracos como as lembranças em demasia, que já não se sabe o que fazer com elas, podem constituir possibilidades de movimento, de devir. Diz ele: “eis as duas coisas interessantes numa vida, as amnésias e as hipermnésias” (ibidem, p. 173). Sobre a memória, ele nos ensina: “não é a memória que está em nós, somos nós que nos movemos numa memória-Ser, memória-mundo” (idem, 1990, p. 122). Assim, o tempo não é um interior em nós, mas somos nós que habitamos o interior de uma vasta memória (memória-mundo) investida de multiplicidade virtual. A subjetividade, então, é do próprio tempo (e não nossa), pura virtualidade que se desdobra numa “afecção de si por si” (ibidem, p. 104).

Os integrantes do grupo focal precisaram ser intercessores uns dos outros para expressar percepções e sensações concernentes às experiências pedagógicas no processo de implantação do SUS. Preocupações, receios e sentimentos circulavam e se refaziam em ressonância com a posição que cada qual ocupava e ocupa hoje no sistema de saúde. Era, o tempo todo, um olhar-se e um olhar para os outros, como se fosse impossível dizer qualquer coisa sem essa intercessão, e isso não significou a construção de imagens totalizantes e cristalizadas, mas, em contrário, facilitou que os sujeitos se percebessem em relação: às vezes um *eu*, um *nós*, um *vocês*, um *eles*. O uso alternativo de pronomes pessoais sinalizava que sempre somos muitos, e que também nos situamos assimetricamente nas relações de poder, mesmo quando estamos implicados num processo coletivo norteado por interesses comuns. A

relação de alteridade, estabelecida nos encontros, fez transbordar sensações confusas, difíceis de expressar:

*Agora estamos num remanso, em águas paradas [...] não no sentido de local de trabalho, tem a ver com um estado pessoal, de uma situação, tem a ver com uma série de coisas, difícil de explicar... (conversações)*

Além disso, fez perceber coisas antes não percebidas:

*Agora é possível enxergar e dizer [...]. (conversações)*

Uma massa de argila sendo remodelada, como diz Pelbart, uma memória que pede novas configurações, que embaralha a visão e torna a língua gaguejante. Uma experimentação do tempo que mais atíça perguntas do que oferece respostas, às vezes lançando as pessoas para fora de si mesmas (“*não sei o que pensar*”). Além disso, como apontam Deleuze e Guattari (1995, p. 35), “não é fácil perceber as coisas pelo meio, e não de cima para baixo, da esquerda para a direita ou inversamente: tentem e verão que tudo muda”.

Nesse movimento de revisitar o passado, foi possível reconhecer que os cenários políticos podem facilitar ou constranger movimentos construcionistas. Apesar do interesse de profissionais por desenvolver mudanças para qualificação da política municipal de saúde e da existência de preceitos legais que sustentam essas mudanças, as mesmas exigem apoio e retaguarda governamental:

*A gente já tinha o desejo [de construir a nova política de saúde, anteriormente ao período estudado] [...] os projetos e propostas que a equipe técnica havia elaborado na busca do novo, de estruturar o sistema conforme os princípios do SUS não tinham sido favorecidos em outros momentos, [...] faltou vontade política. O grupo era pequeno, mas havia um esforço muito grande no sentido de implementar o SUS. (conversações)*

Caxias do Sul, como demonstrado no texto *Nascentes e contracorrentes*, teve uma história de muitas resistências à implantação do SUS, o que demandou muitas lutas por parte dos movimentos populares e dos trabalhadores para garantir recursos e condições necessárias para estruturação de um sistema municipal de saúde. Para consolidar os princípios do SUS, além das dificuldades impostas à estruturação da rede de serviços, havia o desafio de transformar os processos de trabalho e as relações gestores-trabalhadores-usuários; um desafio que exigiria uma política de Educação Permanente em Saúde e lançaria um processo em coprodução que não mais poderia ser detido.

Cabe dizer que, para compor textos-produto sobre esse processo, na condição de pesquisadora, tive que arbitrar um plano de linhas que melhor explicitasse o objeto *bruto*; aquilo que saltasse mais à minha sensibilidade e que me autorizasse, com a ajuda de minhas ferramentas transdutoras (as lanternas hápticas), a estabelecer problematizações possíveis. Foram construídos alguns segmentos de linhas analíticas, contudo, deixando águas vazando para tudo quanto é lado, esperando por outras abordagens *com e entre* essa produção.

Para fechar a apresentação das correntes de conversações, apresento seus afluentes, os autores das narrativas e das falas que compõem o DSC. São trabalhadores das profissões de Enfermagem, Medicina e Serviço Social que, no ano de 1997 (início da gestão em estudo), estavam com idades entre 32 e 40 anos, tendo um tempo de formados na graduação entre sete e 17 anos. Apenas dois profissionais possuíam formação em pós-graduação (especialização *lato sensu*), uma dessas cursou nova especialização ao longo dos mandatos estudados, dois cursaram sua primeira especialização, optando por programas ofertados pelo próprio SUS aos quadros gestores em municípios, enquanto dois não cursaram outra formação complementar à graduação. Esses dados, correspondentes ao perfil de trabalhadores no âmbito da gestão municipal em Caxias do Sul, à época, mostram que os dirigentes da SMS, em sua maioria, não eram jovens ou recém-graduados, não se caracterizavam pela formação pós-graduada e nem viveram o processo de implantação do SUS por estratégias educativas formais. Pode-se supor que o reconhecimento da realidade da assistência à saúde do município como caótica no período seja um dos fatores que impulsionaram os profissionais à assunção de uma participação ativa na construção do SUS municipal. À exceção de um profissional, todo o quadro de informantes obteve sua formação de graduação na Universidade de Caxias do Sul, o que merece destaque. A respeito disso, é interessante lembrar que, no início dos anos 1990, houve, por parte de um grupo de docentes dos cursos da área da saúde dessa universidade, uma aproximação com a equipe técnica da SMS, com o objetivo de conhecer as propostas do planejamento municipal em saúde e de estabelecer maior integração entre o ensino e o sistema de saúde. Todos os profissionais que cursaram pós-graduação o fizeram na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e/ou na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Apenas a profissional com mais de uma especialização realizou esse tipo de formação na universidade local. As áreas de coordenação lideradas pelos informantes perpassaram os setores de planejamento, direção executiva, centro de educação permanente em saúde, coordenação de ações em saúde, coordenadoria operacional, serviço de auditoria, controle e avaliação, gerenciamento de unidades básicas de saúde e a interinidade ou titularidade da pasta municipal da saúde, além do assessoramento ao colegiado gestor. No período de realização do

grupo focal, todos desenvolviam funções profissionais em Unidade Básica de Saúde, à exceção de um profissional na área de informações em saúde, com três cursos de especialização. A pesquisadora, no período da gestão estudada, desempenhou a função de coordenadora dos Núcleos de Ações em Saúde, sendo que no período da pesquisa sua atuação foi em um serviço especializado de saúde.



## A Educação Permanente em Saúde como dispositivo no trabalho

### Gestão em saúde e potência de movimento pela educação

Uma afirmação feita por um dos participantes da pesquisa toma como referência um imaginário social que se construiu sobre as mudanças no setor da saúde a partir do governo da Administração Popular:

*teve um processo na saúde que marcou a cidade e a região.  
(conversações)*

Esse imaginário, lançado no campo de investigação de processos educativos voltados ao agenciamento de mudanças na saúde, disparou duas grandes questões, que foram tangenciando as falas ao longo das conversações. A primeira: que processo foi esse? A segunda: como aconteceram as práticas pedagógicas nesse processo? Tratar dessas questões implica perpassar o contexto, os acontecimentos e as suas contingências históricas para, então, poder captar os processos educativos na configuração de realidades.

No esforço de desdobrar essa enleada, este item tentou (re)desenhar percursos que poderiam encaminhar o estudo de processos de Educação Permanente em Saúde, e os textos seguintes seguiram tateando e farejando dados que poderiam compor as análises. Primeiramente, sobre a pergunta relativa ao processo, ao retomar parte do que já foi descrito, cabe lembrar que a administração municipal que chegou ao governo em 1997 iniciou seu mandato reafirmando a proposta anunciada desde as eleições municipais – a gestão plena do sistema de saúde – e portando uma agenda de compromissos. Um dos compromissos imediatos era participar das discussões sobre o Hospital Geral, pois o mesmo seria inaugurado

nos meses seguintes<sup>23</sup>. Outro encaminhamento que precisava ser feito com agilidade era a estruturação interna da SMS, para que fossem cumpridos os requisitos necessários ao pleito da gestão plena do sistema de saúde<sup>24</sup> ainda no primeiro ano de governo. Não havia definição quanto ao modelo tecnoassistencial, sendo que a proposta política inicialmente esboçada pedia para a programação em saúde (Ação Programática).

Ter que tomar uma posição sobre a proposta de gestão para o Hospital Geral fez com que, em fevereiro de 1997, o governo municipal buscasse assessoria junto ao Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (Lapa), do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Nessa ocasião, Wanderlei Silva Bueno, um dos integrantes da referida instituição, foi convidado a prestar assessoria no contexto desse debate, em companhia de gestores do Hospital Regional de Betim, um município do estado de Minas Gerais que apresentava uma experiência avançada na estruturação e na gestão do SUS e de gerenciamento de um hospital público municipal.

*[...] recordo como, no início da administração, o foco das atenções do gestor municipal voltou-se para o Hospital Geral, para a discussão quanto à melhor forma de colocá-lo em funcionamento, garantindo o seu caráter público. [...] foi cogitada, naquele momento, a possibilidade de que o hospital viesse a ser um hospital público municipal. Esta possibilidade despertou em mim um sentimento de temor, pois não acreditava que a Prefeitura tivesse capacidade para assumir o gerenciamento de uma estrutura tão complexa [...], não conseguíamos dar conta da rede básica do município. Preocupava-me também a intenção de buscar a gestão plena do sistema municipal em curto espaço de tempo, sabendo quantas estruturas seriam necessárias para este fim. Lembro-me dos conflitos vividos neste primeiro momento frente a propostas tão arrojadas. A descrença e o temor se contrapunham ao desejo de acreditar e achar possível. (narrativas)*

Os sentimentos eram diversos; misturavam-se inseguranças e ousadias. Além disso, havia pressa:

*Para o governo estava claro que [...] em quatro anos teria que ser consolidado o SUS em Caxias, o que teria repercussões na região. (narrativas)*

<sup>23</sup> Essa era uma das reivindicações populares mais fortes na campanha eleitoral de 1996.

<sup>24</sup> De acordo com a NOB/SUS 01/1996, os municípios tinham que comprovar a existência de estruturas de gestão para pleitearem as modalidades de gestão (gestão da atenção básica ou gestão plena do sistema de saúde). Um dos requisitos, por exemplo, era a implantação de um serviço de vigilância sanitária, que ainda não havia sido implantado em Caxias do Sul.



*Sabíamos que precisávamos buscar assessoria, pois tinha que ter a clareza de um modelo de atenção [...] tinha que ter um norte e esse norte tinha que ser construído. (conversações)*

Inicialmente, Bueno auxiliou a conduzir uma plenária municipal que teve como objetivo esclarecer a sociedade civil e os trabalhadores da saúde sobre os possíveis caminhos para a gestão do HG, situando os desdobramentos das modalidades pública e privada de gestão hospitalar. Esse momento propiciou o adensamento da defesa do atendimento estritamente público do HG, tanto no espaço interno da SMS quanto no contexto social mais amplo, já que vários segmentos representativos participaram dessa plenária.

Essa primeira intervenção da assessoria reavivou os ânimos do grupo de profissionais que já atuavam na SMS e que passariam a compor a equipe do novo governo, pois colocava na pauta da gestão a questão que tanto inquietava – *que SUS queremos construir?* –, uma reflexão recorrente que ganhava eco no espaço institucional.

Nesse período, Bueno passou a prestar consultoria à SMS, permanecendo nessa atividade durante o ano de 1997 e parte de 1998<sup>25</sup>. Foi organizada uma agenda de encontros mensais (três dias por mês) com a equipe diretiva da SMS, para viabilizar um processo educativo direcionado a construir estratégias para impulsionar a implantação do SUS no município. Foram estudadas concepções teóricas e tecnologias que pudessem dar sustentação à construção de uma proposta de gestão aproximada aos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

O projeto ético-político do SUS fazia com que os interesses do governo e dos profissionais de saúde, que atuavam no nível central da SMS, convergissem, mas a grande questão que mobilizava incertezas e inseguranças era *como* colocar em prática essa nova política de saúde.

Os estudos sobre a realidade da saúde, realizados por ocasião da elaboração do Plano Municipal de Saúde de 1997, sinalizavam alguns problemas, assim resumidos:

- dificuldades de acesso dos usuários aos serviços;
- atenção assistencial centrada nas tarefas e procedimentos profissionais, privilegiando o enfoque curativo;
- baixa potência de efetividade/eficiência das ações;

---

<sup>25</sup> Por motivo de adoecimento (e posterior falecimento) o mesmo foi substituído por Túlio Batista Franco, que prestou assessoria em 1998 e 1999, com algumas atuações esporádicas no decorrer do período seguinte da Administração Popular, que perdurou até 2004. Emerson Elias Merhy, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Gastão Wagner de Sousa Campos e Geovani Gurgel Aciole da Silva também tiveram participações eventuais.

- planejamento de ações e recursos centralizados, com conseqüente inexistência de planos locais de saúde;
- dificuldades de vinculação dos usuários aos serviços básicos de referência;
- avaliação dos serviços centrada na produtividade;
- relação profissional-usuário marcada pela impessoalidade;
- deficiente compreensão do processo saúde-doença por parte significativa dos profissionais;
- baixa responsabilização das equipes de saúde em relação à saúde da população de sua área de abrangência;
- inexistência de ações de vigilância à saúde na rede básica;
- concepções difusas sobre a missão da Unidade Básica de Saúde (UBS) e dos demais serviços de apoio e dificuldade de integração entre os serviços.

A consultoria propiciou que, desde a formulação do plano municipal, fosse pensada outra lógica (contra-hegemônica) para a política de saúde. Discussões sobre os diferentes projetos em disputa no setor da saúde e sobre modelos tecnoassistenciais, propostos no campo da saúde coletiva, levaram ao reconhecimento de que novas estratégias, tecnologias e modalidades de trabalho precisariam ser desenvolvidas. As conversas que se produziam nos encontros tinham ressonâncias com os ideais da equipe e progressivamente faziam acender a vontade de engajamento no processo que viria a se instaurar em prol da implantação de um novo modelo de atenção e de gestão para o sistema municipal de saúde. Foi quando se optou pelo modelo *Em Defesa da Vida*, uma proposição que teve origem nas sistematizações e construções teóricas produzidas no Lapa, que abrigava um grupo de pesquisadores de saúde, com forte participação no Movimento Sanitário Brasileiro. Entre eles destacam-se Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. As vivências relacionadas a essas atividades educativas foram lembradas no grupo focal e nas narrativas, sendo reconhecidas como processos de educação cruciais ao desenvolvimento de uma nova estratégia tecnoassistencial:

*A participação do Lapa foi fundamental para o sucesso da trajetória que iniciava. Inaugurou-se na SMS o processo de EPS que teve, no período de 1997 a 2004, vários e diferenciados momentos, integrados ao processo de implementação da nova proposta tecnoassistencial. (narrativas)*

*Vieram pessoas da academia com tecnologia e competência pedagógica [...]. Eu fui um elemento dessa construção, me vejo nela o tempo todo. Foi a minha construção de sujeito. Todo o processo pedagógico, naquele momento, calou fundo em mim, para mim deu certo. (conversações)*

*A assessoria, as discussões imensas, foi uma construção coletiva. Não foi um projeto político-partidário que chegou pronto. Desde o início foi um processo de educação que se construiu com o coletivo da Secretaria. Foi quando fizemos a opção pelo Modelo Em Defesa da Vida. Foi o grande passo. (conversações)*

O processo, dito marcante para o município e para a região, consistiu na construção de uma proposta política para a saúde que, para efetivar-se, precisaria dispor da adesão dos trabalhadores e dos usuários. A vitória nas eleições não amenizaria as tensões existentes no setor. Tornar a saúde direito da população, na perspectiva da cidadania, significaria criar outro cenário, mais permeável às necessidades dos usuários e com potência para estabelecer outros mecanismos de regulação setorial. Não significaria, portanto, uma navegação em águas tranquilas.

Alguns recursos que são inerentes à gerência administrativa facilitariam a reordenação dos recursos materiais e financeiros, mas, com isso, não estaria dada a mudança de sentido à política de saúde, dos modos de gerir e prestar o cuidado, pois esses estariam longe de ser comandados, nem mesmo por normalizações técnicas. Um processo em campo hostil e movediço estaria em curso, uma verdadeira arena de disputas do que é público e do que é privado na saúde (como costuma dizer Merhy), particularmente porque se colocavam em xeque as hegemonias.

O destaque feito à participação da academia nas conversações e na narrativa citada significou dizer que a educação estava se fazendo por dentro do mundo do trabalho, pela construção de processos formativos e de práticas educativas em atenção às necessidades políticas, técnicas e situacionais de aprendizagem, disparando, dessa maneira, encontros entre educação, trabalho, gestão e controle social.

As práticas educativas permitiram compor significações coletivas sobre o mundo da gestão e do trabalho na saúde. No primeiro encontro da consultoria, foram abordadas diferentes propostas daquelas em disputa na saúde (liberal-privatista, racionalizadora reformista e o SUS), bem como os critérios de organização e distribuição dos serviços, a lógica da atenção, o financiamento e a porta de entrada da atenção em cada uma dessas perspectivas. Após esses estudos, vieram duas grandes indagações: qual modelo adotar e qual o compromisso pessoal a ser assumido por cada um? No início, participavam das atividades

educativas todos os profissionais que atuavam na instância central da SMS. Logo adiante, foram incluídos os gerentes da rede básica e os coordenadores dos demais serviços. Desde as atividades iniciais, foram mapeadas as dificuldades a enfrentar, entre elas, os projetos profissionais em disputa, a hegemonia do projeto neoliberal, a falta de financiamento para a saúde, as normas operacionais básicas do SUS (ferindo a autonomia dos municípios), os modelos tradicionais centrados na vigilância e na programação em saúde, a baixa permeabilidade aos processos micropolíticos, as práticas e os processos de trabalho rígidos e fragmentados (registros em diário da pesquisadora). Até aí havia um curso, muitas informações e uma bondosa *tomada de consciência*, mas a equipe teria que estar disposta a construir novas realidades; acontece que precisaria ser apoiada pedagogicamente para poder lidar com problemáticas insurgentes.

Sobre os compromissos que cada qual estaria disposto a assumir, estava em jogo uma nova proposta nas relações gestoras, já que os profissionais da equipe central da SMS passariam a compor o governo, uma situação em si estranha, cogovernar. Para alguns, a proposta era uma utopia; outros não se sentiam preparados; e, ainda, para outros, soava estranho assumir uma posição de governo, gerando receios em relação a consequências futuras, de retalhamentos político-partidários, pois cogovernar significaria, além de uma aposta política, aderir ao projeto de um partido no governo. Essas identidades determinaram algumas mobilidades funcionais, sendo que alguns profissionais gradativamente deixaram de participar dos encontros. Outros foram se deslocando para os serviços, e houve, ainda, aqueles que se mantiveram ativos e intensamente comprometidos com o processo em curso, embora permanesse um sentimento de insegurança. As inseguranças justificavam-se com base, principalmente, nos seguintes aspectos: falta de preparo técnico, descrença e desmotivação dos profissionais da rede de serviços e dúvidas quanto à operacionalização da proposta (registros em diário da pesquisadora).

O governo resolveu tratar essa realidade por meio da organização de um processo formativo permanente, direcionado aos dirigentes da SMS e aos trabalhadores de saúde. Os gestores, particularmente, teriam que ampliar o domínio de ferramentas, como gestão participativa, planejamento estratégico situacional, análise institucional, planejamento local, além de outras tecnologias e as atividades de ensino-aprendizagem que emergissem da apreensão da realidade em processo de atualização/renovação.

Desde o início da administração, havia o entendimento de que, para avançar na construção do SUS, era necessária uma política de educação, constando já no primeiro organograma da SMS um Núcleo de Capacitação vinculado ao setor de planejamento da

SMS. Progressivamente, foram crescendo as áreas de educação e de desenvolvimento da gestão e do trabalho na saúde, sendo que, em fins de 2004, um decreto municipal criou o Centro de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, para dar oficialidade à política de Educação Permanente em Saúde.

Nas conversações e nas narrativas, a Educação Permanente em Saúde foi relacionada a processos educativos que almejavam mudar o trabalho e o agir profissional, pela análise e pela problematização do próprio fazer – “*olhar e avaliar o fazer*” –, sob o horizonte de um projeto tecnoassistencial. Foram destacadas ferramentas e tecnologias pedagógicas que se valeram da interrogação daquilo que o trabalho produz e daquilo que ele poderia produzir, desafiando os sujeitos a repensarem e a recriarem suas práticas nos diferentes microespaços. A Educação Permanente em Saúde fazia do governo um dispositivo pedagógico: de um lado atender ao projeto eleito, mas, de outra parte, a produção/emergência de um tornar-se; não um governar, segundo o projeto eleito, mas um tornar-se autor/condutor de um projeto de governo.

A concepção de *dispositivo* está nas construções de Foucault e Deleuze. O dispositivo foi contemplado inicialmente por Foucault em suas problematizações sobre tecnologias disciplinares e processos de subjetivação nas formações sociais. Para Foucault, não existem sujeitos e objetos, mas regimes de constituição de sujeitos e objetos. Foucault fala de dispositivos de poder, dispositivo carcerário, dispositivos de saber, dispositivo de sexualidade, dispositivo de subjetividade, dispositivo de verdade, entre outros, tratando-os como:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. (FOUCAULT, 1979, p. 244).

O *projeto de governo* não era o do governo, mas aquele que emergia da prática educativa, da construção de um *lugar-governante*.

A partir de Foucault, Deleuze articulou a noção de dispositivo como um conjunto heterogêneo de práticas de saber, de poder e de subjetivação, concebendo que existem as linhas do saber que comportam curvas de visibilidade e de enunciação, as linhas de força que articulam o ver e o dizer, definindo as condições de possibilidade do saber, e ainda as linhas de fuga. Cada dispositivo teria seu regime de luz, não uma luz que ilumina objetos preexistentes, mas linhas de luz que formam figuras variáveis. Um regime que distribui o visível e o invisível, fazendo nascer ou desaparecer o objeto que não existiria fora dessa luz (DELEUZE, 1996). Deleuze prefere falar em agenciamentos do desejo a usar dispositivos de

poder, pois considera que os processos de subjetivação são como dobra das relações de força dos dispositivos de poder, entendendo que, embora as estratificações do saber e do poder proporcionem estabilidade no campo social, há sempre pontos relativamente livres ou libertados, abertos à invenção de possibilidades de vida, de modos de existência e de territórios existenciais. A noção de micropolítica já apresentada ajuda a explicar essa visão.

Nesta tese, a EPS é tratada como dispositivo pedagógico, por tomar como objeto a transformação dos processos de trabalho e das práticas de saúde pela orientação de uma perspectiva política, no caso da realidade brasileira, o Sistema Único de Saúde, e por voltar-se a aprendizagens *no* e *com* o trabalho real operado nos cotidianos. Seria a concepção de uma pedagogia em ato no território do trabalho em saúde, aberta, portanto, à *micropolítica do trabalho vivo em ato* (MERHY, 1997a).

Cabe dizer que produzir dados, entrecruzando a Educação e a Gestão *do trabalho*, ao mesmo tempo em que potencializou as análises, também desencadeou algumas dificuldades no que se refere ao estabelecimento de contornos analíticos. É porque gestão do trabalho não é o mesmo que gestão da política de governo, embora possa encontrar-se em múltiplos nós de ação de governar. A pesquisadora sabia que se depararia com essas dificuldades desde o início, mas, em campo, as mesmas ficaram ainda mais evidentes. A narrativa abaixo foi arbitrada para começar a desemaranhar as linhas desse novo.

*Educar para quê? Quem? Onde? Como? Por quê? Talvez essas questões sejam primárias demais para a academia, mas [...] percebo cotidianamente a necessidade de a sociedade e as instituições de saúde resgatarem [essas questões] e o ideário que originou o SUS.*  
(narrativas)

Essa reflexão remeteu a qual educação e qual trabalho estariam em discussão. Permitiu, também, discutir sobre o *como fazer*, perpassando as linhas e os segmentos da organização molar e, particularmente, os fluxos moleculares (o que mais interessou na pesquisa).

No caso estudado, a EPS foi um dispositivo de gestão, pois o governo acreditava que, além do investimento financeiro que precisaria fazer para a estruturação dos serviços e para a ampliação do número de profissionais de saúde, teria que qualificar o próprio trabalho, por meio de estratégias de educação permanente. Para isso, buscou uma consultoria a fim de orientar uma política de formação e desenvolvimento do trabalho.

*Houve uma decisão política de investir na formação permanente dos trabalhadores, acreditando que essa seria uma das estratégias para*

*mudar a lógica do fazer. Conhecemos e operamos uma metodologia que “mexia” com a paralisia do sistema e das pessoas, criava incômodos e, principalmente, tinha uma proposta de modelo de atenção que norteava a formação e pautava os encaminhamentos da gestão. (narrativas)*

*Tivemos EPS, porque [...] o governo garantiu tempo na agenda e investimento financeiro, e apostou firme no propósito de efetivar o SUS. Apostou em quem faz (os trabalhadores) e deu espaço para quem usa (os usuários), em cumprimento à responsabilidade constitucional “saúde como direito de todos e dever do estado”. (narrativas)*

*[...] a definição do modelo/estratégia de Em Defesa da Vida incluiu a educação permanente no SUS, pois era necessário o debate multiprofissional sobre as práticas das equipes de saúde e os processos de trabalho, visando gerar compromisso entre os diversos atores sociais. Para isso, houve oficinas nos locais de trabalho, grupos de apoiadores aos processos locais, utilização de ferramentas analisadoras do fazer dos trabalhadores, visando à consolidação do SUS e a mudança de práticas [...]. (narrativas)*

A estratégia municipal não se resumia a capacitar pela transmissão de conhecimentos, que fossem depois aplicados nos serviços, mas consistia em desenvolver aprendizagens necessárias à qualificação dos processos de trabalho, à instituição de espaços de gestão participativa e colegiada e à construção de uma rede de compromissos e de atos orientados a defender o caráter público e universal do SUS.

Para alterar o modo de conduzir a política municipal de saúde, construir novas realidades e alcançar práticas mais aproximadas aos valores e aos princípios da integralidade no SUS, estava colocada a exigência de mudar radicalmente as relações entre as diversas instâncias, que precisariam ser horizontalizadas, contando com a participação de todos os segmentos e sujeitos envolvidos e destoando das usuais estruturas piramidais de gestão.

Nas mais diversas políticas públicas, é mais frequente deparar-nos com modelos de gestão que consideram que aos governantes compete organizar organogramas e definir projetos de governo; aos trabalhadores, a execução das propostas políticas; e, aos usuários, consumir os serviços prestados. Em modelos de gestão assim dispostos, o sistema de saúde vira um mero fornecedor de serviços, e tudo passa a girar em torno de um produtivismo alicerçado na execução de ações e procedimentos previamente estabelecidos aos usuários consumidores. As relações gestoras são verticalizadas e burocratizadas, e é reforçado o distanciamento entre as instâncias do sistema. As falas e os relatos seguintes destacam a tradição desses modelos de gestão:

*Quando entrei na SMS de Caxias do Sul, tinha um histórico profissional de atuação [...] em outras três prefeituras municipais, em diferentes tempos, áreas e funções, inclusive com comandos políticos partidários de várias correntes ideológicas. Em todas, no entanto, vivenciei um formato comum de administração. Uma chefia, em geral com cargo político, que contava com o grupo de funcionários e assessores para executar políticas públicas já definidas. Viver a experiência de construir coletivamente políticas públicas para a área da saúde, buscando a escolha do que fazer, como fazer, para quê, quando, [...] em um processo constante de construir/reconstruir foi um grande desafio e aprendizado, mas, acima de tudo, foi uma transformação pessoal. (narrativas)*

Uma das participantes fala do distanciamento que existe entre as instâncias do sistema de saúde nas formas de gestão verticalizadas, destacando as singularidades dos processos vividos:

*[...] eu vivia lá da UBS e tinha época em que eu nem sabia quem era o secretário de saúde [...] Fiquei anos sem saber [...] e isso não fazia diferença. E aí o que acontece? Lá, só tinha que saber os procedimentos de enfermagem. [...] não sabia nem o que era a Secretaria [...]. Levei um tempo para entender que estrutura era aquela. Fico imaginando que para várias pessoas que foram se incorporando às gerências era a mesma coisa [...]. Eu só tinha contato com os usuários e com os procedimentos na unidade básica de saúde. (conversações)*

As pessoas que foram compondo as coordenações de serviços vinham de inserções diversas, o que trazia, para os encontros de gestão e de educação em serviço, heterogeneidades e, ao mesmo tempo, possibilidades de aproximação entre sujeitos, serviços e ações, favorecendo a composição de novos arranjos e práticas.

*[...] como é que aquele processo foi organizado, eu não sei até hoje. Eu vivi uma parte dele; quando eu entrei [...] alguém já tinha iniciado. E, de repente, eu não sei como, foi se constituindo um grupo e foi mudando de pessoas. [...] acabei entrando nisso e, veja, eu não tinha nenhum cargo dentro da secretaria. Eu não conhecia essa realidade [...] eu estava vindo com a missão de montar uma UBS. Depois, é isso, é apaixonante e eu acabei ficando nesse grupo, assim como outros foram se movimentando e foram saindo. Eu não tinha nenhuma noção do organograma da Secretaria, muito menos das políticas. O contato que eu tinha com a Secretaria era mandar coisas para consertar e encaminhar a grade [de materiais e de medicamentos] para o almoxarifado. [...] a única coisa que a gente sabia lá, era que tinha que fechar a farmácia e tinha tão pouca coisa! (conversações)*



*Revejo e me emociono com as características que diferenciavam as pessoas que estiveram na condução desse processo (uns com elevada sensibilidade, outros com conteúdo político, e outros, ainda, com olhar ampliado, olhar detalhista, mais embasados teoricamente, e outros ainda, com pressa, ou preocupados com a concretude das ações). Um sonho de um coletivo regado pela assessoria de pessoas tão especiais como o grupo do Lapa, que nos desafiava a cada encontro, nos motivava a continuar, nos “obrigava” a olhar nossas práticas, nossa realidade. É a riqueza da diversidade focada em um propósito comum. (narrativas)*

Em relação ao distanciamento entre o nível central e os níveis locais, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi de que ele ainda persiste nos dias de hoje, com as relações entre as instâncias sendo marcadas pela fragmentação e burocracia. O *nível* central nem sempre se configura apoiador em rede do *nível* local, as tarefas de governo muitas vezes se sobrepõem às tarefas de gestão do trabalho e, nessas condições, a gestão do trabalho acaba ficando de lado, não se faz. É o levar e trazer papéis, fechar as *grades*, cumprir as determinações e fazer a devolução das solicitações feitas pelo nível central da SMS. Fala-se em a *Secretaria* e a *rede*, como se fossem dois mundos diferentes. Um dos sujeitos lembrou de uma oficina desenvolvida com os integrantes do colegiado gestor, que visava a problematizar os efeitos da desarticulação institucional no trabalho da saúde:

*Lembro de uma das oficinas em que a proposta era a montagem coletiva de um “boneco”, como resultado das elaborações, por diferentes grupos, de cada uma das partes, sendo que todos os grupos receberam as mesmas orientações, os mesmos materiais e em nenhum momento foi orientado para que não se comunicassem entre si. Ao final, os grupos juntaram suas produções para dar forma ao todo – o boneco. O resultado, logicamente, foi um conjunto totalmente deformado, desproporcional, sem qualquer nexos ou noção de continuidade. Apesar de o resultado dar um recado já sabido, a presença daquela imagem chamou a atenção do grupo, de que muitas vezes fazemos assim, seja para cumprir prazos, para apressar uma ação, por comodidade, ou mesmo por não saber fazer diferente. O choque de olhar o “monstro” construído naquela oficina, para muitos, fez olhar e repensar seu fazer, seu processo de trabalho, seu processo mental, processo de relações. Esse “monstro” me acompanha até hoje. É uma lembrança que me alerta. (narrativas)*

Isso acontece àquele que se interroga pelo trabalho, não surpreende quem *ri* do gestor e nem assombra quem não se propõe à gestão coletiva do trabalho.

O trabalho desintegrado vai compartimentalizando tudo. Mais e mais recursos vão sendo colocados, sem que se efetivem mudanças significativas na produção da saúde. A pura

reprodução do modelo biomédico sobressai, posto que presente na cultura da cidade, demandado pela cidade e seus atores.

*Como se fosse crescendo em pedaços, sem haver uma interligação entre eles. [...] se constroem unidades, se contrata mais médicos e se compra mais e mais medicamentos, e nunca chega. Uma estrada que não tem mais fim e que parece que não vai chegar a lugar algum. [...] tudo vira prescrição médica: receita, receita, receita! (conversações)*

A democratização da gestão instituiu movimentos no interior dos processos de gestão do trabalho dos coletivos, incentivando tanto gestores como trabalhadores a refletirem sobre seu trabalho, e, assim, ao fazerem novas escolhas, operarem a produção da saúde de forma mais integralizada. As mudanças dependiam de novos protagonismos e da produção de novas subjetividades. Para efetuar a democratização da gestão, foi preciso criar instâncias de gestão colegiada, que foram espaços de constituição de si e de coletivos, pela oportunidade de encontro e escuta pedagógica dos cotidianos, das diferentes vozes e das diferentes concepções e interesses.

*Participar do colegiado gestor da SMS (que junto com outras instâncias deliberativas, tinha a responsabilidade na definição dos rumos do SUS em Caxias do Sul), foi um aprendizado riquíssimo, principalmente por ser um espaço de construção coletiva, onde circulam diferentes saberes, olhares, interesses, [...] tínhamos a oportunidade de construir políticas e o desafio de fazê-lo de forma democrática. Muitas vezes, foi espaço de disputa, mas também de aprender a ser tolerante, ser solidário, olhar com o olhar do outro. Espaço de educar-se mutuamente. (narrativas)*

No DSC, as ações de EPS iniciaram com a assessoria do Lapa e se desdobraram em outros processos coordenados pela própria equipe diretiva da SMS. Para facilitar a compreensão, em termos didáticos, foram condensados três grandes momentos: a consultoria, os processos de educação desenvolvidos por iniciativa local e os processos desenvolvidos pela equipe apoiadora de equipes da Saúde da Família.

### *A consultoria*

As atividades educativas coordenadas pela consultoria, no período de 1997 a 1999, aconteceram de forma progressiva. As abordagens pedagógicas iniciaram pela sensibilização da direção do governo, da equipe dirigente da SMS, dos trabalhadores e dos usuários, e

seguiram com práticas educativas e estudos concernentes a ferramentas e estratégias, até chegar à avaliação e à retroalimentação do processo. Os momentos com a consultoria serviram para sensibilizar e despertar protagonismos:

*Este processo [...] desencadeou em mim movimentos internos, modificação de meu pensar e sentir. (narrativas)*

*Nesta etapa tive oportunidade de rever conteúdos, conhecer novos referenciais, aprofundando o entendimento de diferentes lógicas de organização da assistência e da gestão, ampliando minha capacidade de diferenciar os projetos de saúde e mesmo de sociedade em jogo. Oportunizou ainda o debate de questões éticas, de sentidos e significados que me fizeram refletir acerca de meus próprios valores, questionar minhas certezas. Nesta etapa senti quebrarem-se as resistências de que havia me cercado. (narrativas)*

*[...] me senti instigada a saber mais, a conhecer melhor as experiências exitosas das quais o Lapa havia participado. Considero esta uma etapa de sensibilização. (narrativas)*

No DSC destaca-se a consultoria como diferenciada de outros assessoramentos, justamente por adotar uma proposta educativa que ativava a participação crítica e criativa, para compor uma rede de responsabilização e construir outras possibilidades na atenção, na gestão e no controle social, tomando para estudo os processos de trabalho. A consultoria apoiava a equipe condutora, sendo que essa não se reconhecia sendo *formada/educada* pelo governo. Todo o *nível central trabalhava* para ser o nível central (dispositivo) do SUS municipal, estadual, nacional.

*As experiências de consultorias direcionadas à gestão pública, em outros momentos, não se pautavam pela análise do próprio trabalho. (conversações)*

Outro destaque foi em relação à permanência dos encontros e à continuidade do processo:

*Ao longo da vida profissional a gente tem possibilidades de capacitações e assessorias, mas em geral as mesmas são focadas num tema ou num tempo. (conversações)*

*[...] essa foi uma construção ao longo de um tempo em que a gente fez muito movimento [...]. A assessoria [...] instigou a parar; a pensar o existente; a criar o novo; a inventar novas formas. (narrativas)*

*Com propósito claro, [...] as coisas eram retomadas, até que se conseguisse ajustar, havia o cuidado com a continuidade [...]: fazer, olhar, ver o que foi bom, o que não foi bom, como fez. (conversações)*

Já nas primeiras atividades, foram desenvolvidas práticas educativas, utilizando-se referências, ferramentas e instrumentos, com o objetivo de sensibilizar coletivos pela reflexão crítica dos processos de trabalho, dos atos e das relações praticadas entre as instâncias gestoras e entre serviços, profissionais, equipes, usuários e diferentes setores e políticas sociais (governamentais e não governamentais). Alguns exemplos foram citados:

*[...] realizamos muitas oficinas entre a equipe gestora, trabalhadores, instâncias de controle social, governo, população. [...] construindo-se e reconstruindo-se no caminho. (narrativas)*

*Foi um período de muito trabalho, amplo debate com a população, Conselho Municipal de Saúde, trabalhadores do SUS e governo para garantir inclusive a prioridade dos recursos financeiros de investimento no Orçamento Participativo na área da saúde. (narrativas)*

Desde os momentos de anúncio e sensibilização para a nova estratégia technoassistencial, os integrantes do colegiado gestor reuniram-se em subgrupos com o objetivo de preparar previamente, em discussão, as deliberações colegiadas. Exemplos: grupos para sistematização de texto para orientar a divulgação da proposta; para organização de oficinas com a rede de serviços; para definição do perfil dos gerentes de serviços; para estruturação de instrumentos diagnósticos; para elaboração do plano municipal de saúde; e assim por diante. Aprendeu-se que deveria haver uma comunicação lateral entre as diversas áreas de trabalho e que a gestão colegiada facilitaria a descentralização e a desconcentração do poder. O colegiado gestor seria um espaço privilegiado de disputa do projeto governante, no sentido de produção de autonomia no modo de trabalhar. Autogestão e cogoverno? Será que isso está/é possível? O que é e a quem cabe o planejamento? O que é e a quem cabe a gestão? O que é e a quem cabe a educação? Que síntese é essa, quando essas esferas se hibridizam com avaliação e condução? Verifico uma condição surpreendente para enredar nas conversações sobre gestão: o nível central não é governo eleito; poderia, então, cogovernar, mas só o fará se entrar em autogestão (o processo é seu), senão não vai cogovernar, vai atender às determinações do governo. Interrogações...

O planejamento da saúde passaria a ser local, e os gestores fariam uso de ferramentas e instrumentos de negociação e pactuação, fazendo valer novos contratos de gestão, abertos a construir respostas às necessidades postas pela nova orientação da política de saúde. Estudou-

se a vertente do pensamento estratégico de Mario Testa (o postulado de coerência e o poder em saúde) e o enfoque situacional de Carlos Matus (governar em situações de poder compartilhado). Foram organizados grupos de profissionais para desenvolver assessoria técnica (ou *apoio institucional*), o Grupo de Apoio à Gestão (GAG)<sup>26</sup>, além das assessorias administrativo-financeira e jurídica.

Esse momento já avançava como sensibilização para um processo formativo, e a equipe técnica preparava-se para apoiar a gerência que iria cuidar da condução operacional nos serviços de saúde. Os conteúdos teóricos eram articulados aos problemas concretos vividos, mediados pelo mapeamento das realidades feito pelos participantes. Também os medos e as inseguranças que emergiam eram cartografados nos encontros e, permanentemente, era necessário pensar em estratégias para ampliar a adesão das pessoas, o seu comprometimento e a sua capacidade de intervenção.

*Através de oficinas para a elaboração coletiva de um diagnóstico e plano de ação, fomos chamados a compor o grupo que conduziria o processo de mudança das práticas nos serviços de saúde. Esta estratégia fez com que me sentisse coautora do projeto e, da posição expectante e observadora em que me encontrava, passei ao protagonismo. Já não tinha mais dúvidas de qual caminho desejava seguir, qual sistema de saúde desejava construir. No entanto, apesar do desejo de participar desta construção, havia ainda dúvidas quanto à operacionalidade, e quanto à capacidade de fazer. [...] como resposta [houve] capacitação para utilização de tecnologias, o que serviu para encorajar, pois na medida em que as mesmas eram utilizadas, podíamos nos apropriar dos resultados. Foi uma etapa de instrumentalização para a gestão. (narrativas)*

Cogestão e autogestão, o governo convida e desafia, mas não domina os movimentos de si que se inauguram, a emergência do desejo, os estranhamentos, o desmanchamento das nossas figuras. Rolnik (2006, p. 46) explica que não há como dominar as intensidades e as linhas de fuga ou de vida, pois elas acontecem em relações de encontro; cartografias desenham-se ao mesmo tempo em que os territórios vão tomando corpo (“um não existe sem o outro”). O que se consegue captar é se houve *produção social*, que é o próprio desejo, já que o social e o desejo não se distinguem. “Intensidades dessubjetivam: quando surgem, inesperadas, são verdadeiras correntes de desterritorialização, [...] desmapeando tudo” (p. 57). Segundo a autora, o que mais importa são as possibilidades de expansão das intensidades (que

---

<sup>26</sup> O GAG foi proposto como apoio aos gerentes locais dos serviços de saúde com a função de círculos e redes. Não estava vinculado a hierarquias, trabalhando pelo *saber mais*, ter escuta e ofertar suporte na assimilação das necessidades locais.

fazem abertura para afetar e ser afetado). Os espaços lisos e estriados se misturam, graças aos constantes e diferentes movimentos. O que importa, é deixar passar os afetos.

A EPS, como dispositivo de gestão, facilitava a identificação, no dia a dia do trabalho, das dificuldades que impediam os avanços pretendidos, e fazia com que novos encaminhamentos fossem feitos, sempre com decisões e pactuações coletivas. As intervenções e avaliação de resultados eram feitas no interior do próprio processo educativo. Os empecilhos eram muitos e exigiam atenção constante dos dirigentes. Os encontros garantiam o espaço de aprendizagens e o estabelecimento de relações de confiança, facilitando a consolidação de uma rede gestora da transformação. De acordo com os registros em diário da pesquisadora, na oficina realizada em 6 de junho de 1997 com a equipe dirigente da SMS, os principais fatores dificultadores das mudanças apontados pelos gerentes foram:

- a ética que orienta o novo modelo não é a que orienta grande parte dos trabalhadores;
- o modelo vigente privilegia interesses de grupos;
- há poucas pessoas capazes e comprometidas com as mudanças;
- existe o medo de assumir compromisso com a proposta;
- há falta de motivação decorrente da insuficiência de recursos materiais e de profissionais;
- necessidade de revisão do papel dos coordenadores dos serviços (com ênfase na rede básica)<sup>27</sup> e do perfil para provimento desse cargo;
- não cumprimento do horário de trabalho por parcela significativa de servidores (principalmente os médicos);
- baixos salários;
- centralização administrativa do governo municipal e da SMS;
- burocracia exagerada;
- distanciamento entre o pessoal da rede e a equipe central;
- aprisionamento ao trabalho morto e ao modelo burocrático (weberiano);
- insegurança em lidar com a autonomia.

Para encaminhar respostas a esses problemas, foram organizados subgrupos com o objetivo de formular subsídios ao colegiado gestor. Algumas frases registradas naquele momento: *“não podemos achar que isso tudo vai nos engolir”*; *“é preciso coletivizar os*

---

<sup>27</sup> Os chefes de todos os serviços eram médicos, sendo que os mesmos desempenhavam procedimentos administrativos, como responder pela efetividade dos servidores, assinar documentos burocráticos (solicitação de materiais e medicamentos, relatórios de estoques, entre outros) e repassar orientações institucionais.

*avanços, para que cada um não fique no seu canto com a sensação de inoperância”; “é preciso cuidar do ânimo do grupo”; “o individual deve se subordinar ao coletivo”; “é preciso ser um grupo sujeito que dispute o projeto nos diferentes cenários”* (registros em diário da pesquisadora, em oficina realizada em 3 de julho de 1997).

Para ampliar a compreensão da realidade e descobrir alternativas interventivas, foram abordadas diferentes temáticas, utilizando-se textos produzidos pelos autores de referência da proposta Em Defesa da Vida, produções da Saúde Coletiva e outros. Atenção especial foi dada aos estudos sobre a atenção básica (história, fundamentos, missão, importância e desafios no contexto da reforma setorial), por ser uma área privilegiada de produção do cuidado e de reorientação da política de saúde.

Após os anúncios e a sensibilização das equipes de saúde em relação ao novo projeto da SMS, foi realizada uma oficina ampliada com os médicos-chefes e os representantes das Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de avaliar o andamento do processo, identificar as repercussões na rede de serviços e as dúvidas existentes. Revisando os apontamentos feitos naquele período, é possível dizer que, em geral, havia uma razoável aceitação por parte dos profissionais de saúde em relação ao novo arranjo tecnoassistencial. Mas, mesmo assim, havia reticências, como revelam as verbalizações: *“proposta válida, mas vai demorar para se concretizar”; “viável (se houver recursos financeiros suficientes, apoio governamental, colaboração de todos setores; apoio de todos e da continuidade)”*; *“difícil de concretizar considerando a realidade”; “utópica”; “ver para crer”; “difícil de integrar ações programáticas e pronto-atendimento nos serviços”; “difícil de conciliar com a política de programação do estado”; “dificuldade de trabalhar em equipe”; “não cumprimento da carga horária de uma parcela de profissionais”; “baixo grau de comprometimento por parte dos profissionais”; “dificuldades de gerenciamento dos recursos humanos”; “estruturas físicas dos serviços inadequadas”; “necessidade de sensibilizar os usuários”* (registros em diário da pesquisadora, oficina realizada em 11 e 12 de setembro de 1997).

O trabalho seguiu construindo uma nova proposta de gerenciamento dos serviços. Não haveria mais o cargo de médico-chefe, mas gerentes de serviço. Esses seriam indicados pelo colegiado gestor, considerando os seguintes critérios: ter vínculo estatutário, ter formação de terceiro grau, ter disponibilidade para uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e assumir compromisso com o desenvolvimento do projeto tecnoassistencial Em Defesa da Vida. Foi selecionado um grupo de gerentes para os distritos sanitários (chamados na época de territórios sanitários), abrangendo profissionais de diferentes categorias: enfermagem,

medicina, odontologia, nutrição e serviço social. Cada área gerencial abrangia um território que variava de duas a quatro Unidades Básicas de Saúde.

No início do ano seguinte (1998), os gerentes foram nomeados e passaram a participar de um curso de capacitação gerencial. Os conteúdos temáticos abrangiam: história das políticas de saúde e financiamento do SUS; modelos tecnoassistenciais e modelos de gestão; análise institucional (micropolítica do trabalho em saúde); planejamento em saúde; orçamento e gestão de materiais; e metodologia da pesquisa. O principal compromisso dos gerentes era construir um plano local de saúde afinado com as novas perspectivas e envolvendo a participação das equipes de usuários de cada território.

Para consolidar a gestão participativa, os gerentes, com o apoio do GAG, deveriam promover reflexões permanentes com os profissionais nos serviços, sempre visando à reorganização dos processos de trabalho e o melhor atendimento das necessidades dos usuários. Enfatizava-se que a atenção em saúde deveria dar centralidade aos usuários e a suas necessidades, conforme o conceito ampliado de saúde. A UBS teria que desenvolver, de forma articulada, o acolhimento, a vigilância em saúde e a atenção programática. Para a construção do plano, seriam construídos diagnósticos situacionais, contemplando os vários saberes e olhares (dos trabalhadores e usuários), e essa formulação foi feita mediante uma estimativa rápida e análise de informações em saúde.

Além dos conhecimentos teóricos e dos dispositivos acionados nos processos educativos, o contato com outras experiências (Betim, Belo Horizonte, Campinas e outras) e a utilização de ferramentas que apoiavam a análise do fazer no próprio cenário produtivo contribuíram para a construção de aprendizagens. Um aprender-fazer, sempre inconcluso, que se fazia em ação (e não apenas pela apreensão de conhecimentos).

*Entrar em contato com uma proposta muito clara e, ainda, com uma experiência, mostrando o quanto era possível, vendo como ela aconteceu [...]. O êxito da experiência de Betim e a competência da consultoria nos contagiaram, mas, REALMENTE, a gente começou a achar que era possível, quando se começou a estudar as questões operacionais, a utilizar ferramentas, [...] a se apropriar dos resultados [...]. A gente fazia e via: isso dá certo! E a gente começou a se apropriar [...]. O fluxograma analisador fazia ver que o atendimento era realmente médico-centrado. Aquilo que a gente tinha no discurso, aparecia na nossa frente de uma forma mais concreta. Para mim, tornar possível foi quando a gente começou a entrar em questões mais de chão de fábrica mesmo. Se identificou, se desejou e depois se comprometeu [...]. (conversações)*



Como as atividades pedagógicas não conseguiam abranger todos os trabalhadores ao mesmo tempo, os processos educativos, em geral, eram organizados na modalidade de concentração para os membros do colegiado gestor (equipe diretiva central e gerentes de serviços) e na modalidade de dispersão para os trabalhadores. Com essa organização, a escuta dos agentes produtivos (trabalhadores) e dos usuários se fazia pelos gerentes nos cotidianos de trabalho. As atividades de dispersão (“*as tarefas pedagógicas*”) lançavam o desafio de construir redes de relações, cartografar territórios e criar arranjos localmente com as equipes dos serviços, e isso contribuía para consolidar compromissos e democratizar a gestão:

*A tarefa era um dispositivo pedagógico que funcionava muito bem. [...] tinha uma discussão teórica, mas tinha uma tarefa prática. Tinha autonomia para construir [...] do jeito que a gente conseguia [...] associando a discussão teórica com o “como fazer” no trabalho. Depois [...] o que havia sido feito entrava na roda para discussão: o que se acertou, o que avançou e o que não avançou. [...] na época eu não conseguia me dar conta da dimensão que aquilo tomava. Por exemplo, eu lembro quando era pedido para construir uma rede de relações. Mapeava-se um território e depois vinha a pergunta: é possível construir uma gestão mais colegiada? Depois se voltava para o território e se discutia como tinha sido. Mais adiante é que a gente veio a dar o nome de gestão colegiada. As tarefas eram repassadas com intencionalidade e havia continuidade. (conversações)*

Não havia *cartas na manga*; tudo seria produção das composições possíveis com os coletivos envolvidos. Essa é avaliação que *veio depois*, pois ao longo do processo tudo era inseguro, e a artesanaria tanto afirmava a construção deliberada quanto um fazer criativo e arriscado. Os conteúdos eram propostos e desenvolvidos considerando as necessidades dos participantes em cada momento. As reflexões teóricas serviam para explicar realidades, descobrir o que é que tinha sido feito e, até mesmo, descobrir que algo invisível tinha sido feito. Tais reflexões contribuíram para orientar construções analíticas sobre as realidades vividas e, ao mesmo tempo, indagar os instituídos. As aprendizagens, dessa maneira, aconteciam de forma construcionista *nos* e *entre* os diferentes encontros pela interrogação da realidade do trabalho.

*[...] Como vocês acham que tem que ser o sistema de saúde? Então, vamos fazer? Onde estão os problemas? E éramos nós que levantávamos os problemas. Eles [os consultores] faziam aparecer o que nós queríamos. Ex: O que é parâmetro de qualidade no sistema de saúde? O próprio grupo é que dizia. Aí se construía a ideia de acolhimento, vínculo e responsabilização. O que o usuário quer do sistema? Como vocês querem trabalhar, com quem trabalhar, com*

*que sistema de saúde? Ajudavam a enxergar... está aí! Nas oficinas nós CONSTRUÍMOS todos os princípios do SUS. (conversações)*

Em fins de 1998, a consultoria foi retomada por Túlio Batista Franco, também vinculado ao grupo de pesquisadores do Lapa. A partir desse período, as atividades assumiram um caráter de avaliação do processo de aprendizagem e de ajuste de estratégias e metas do processo de mudanças.

Foi construído um novo mapa analítico da realidade, visando a compreender o momento em que a gestão se encontrava. Três grandes necessidades foram identificadas:

- a) de ampliar a compreensão da estratégia tecnoassistencial nos aspectos operacionais;
- b) de fortalecer a gestão participativa e colegiada; e
- c) de consolidar as ações programáticas no trabalho em equipe.

Esses problemas se referiam mais ao *como* fazer e demandaram a organização de um novo programa de ensino-aprendizagem, contemplando gestão participativa e colegiada, tecnologias da organização do trabalho em saúde e instrumentos de gestão. Diante desse contexto, além de ser proposto um plano de desenvolvimento gerencial, foi elaborado um plano operativo com o colegiado gestor, para responder aos problemas mais emergenciais, sendo designados pequenos grupos para coordenar as várias frentes de trabalho. Sobre a organização dos projetos de cuidados e ações programáticas, Franco reforçou a necessidade de formulação de protocolos assistenciais, como dispositivo para incentivar o trabalho interdisciplinar e superar o modelo de *consulta* (queixa-conduta), que já havia sido sinalizado também por Bueno.

As novas responsabilidades demandadas pela gestão plena, efetivada em março daquele ano, preencheram ainda mais a agenda da gestão e, em decorrência disso, ao longo do percurso, o GAG foi se desfazendo, pois não havia pessoas suficientes e preparadas para exercer o assessoramento direto aos gerentes dos serviços e, embora isso fosse dimensionado, não se visualizavam alternativas naquele espaço/tempo. O grupo de apoiadores institucionais às mudanças não crescia, e os gerentes apresentavam dificuldades para desempenhar seu papel. Havia uma tendência de concentração às funções administrativas. Mesmo assim, aconteciam avanços significativos em relação à ampliação do acesso aos serviços e às ações de saúde, sendo que as maiores dificuldades referiam-se à ativação de mudanças no modo de trabalhar e cuidar.

*[...] esse momento se constituiu em espaço coletivo de avaliação, visto que as demandas aumentavam e estávamos sendo absorvidos pelo cotidiano e tomados pela “cegueira”. Deste período destaco como*

*aprendizagens a ampliação da capacidade de perceber evidências de avanços e resultados. Mesmo que incipientes, esses nos mantinham comprometidos e atuantes.* (narrativas)

Houve, nesse período, uma dedicação importante voltada à construção de aprendizagens relativas aos princípios de acolhimento e vínculo. As UBS foram mobilizadas a implantar o acolhimento por meio da organização de microequipes de referência, compostas por médicos e auxiliares de enfermagem, ficando enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais responsáveis por ações matriciais. Para provocar reflexões sobre os processos de trabalho, foram utilizados dispositivos analisadores do trabalho morto e do *trabalho vivo em ato* (MERHY, 1997a; FRANCO; MERHY, 2003), como o Fluxograma Analisador e a Rede de Petição e Compromissos nos processos de trabalho. As equipes descreveram o seu processo de trabalho, utilizando-se da memória dos trabalhadores e da observação do dia a dia do funcionamento do serviço. O reconhecimento dos arranjos tecnoassistenciais servia para fazer a leitura da realidade e para debater sobre outras possibilidades de organização do trabalho, em aproximação às novas diretrizes políticas. Essas produções também eram utilizadas nos encontros coletivos como matéria-prima para a construção de aprendizagens relativas à gerência. A utilização de analisadores do trabalho em ato permitia colocar a equipe e o gerente em cena, fazendo da gestão um espaço de agenciamento de mudanças pelo desconforto produzido com a situação vigente.

Para agilizar o estudo de projetos a serem encaminhados para o colegiado gestor, os apoiadores da instância central da SMS passaram a compor um grupo denominado Grupo de Direção Estratégica (GDE). A fim de aprofundar a gestão participativa, os gerentes, a partir de 1999, estruturaram conselhos gestores em cada serviço, envolvendo as diferentes representações profissionais. Mais adiante, também foram instituídos 14 conselhos locais de saúde, com o objetivo de intensificar a participação popular nos serviços e no sistema de saúde. Várias *redes de petição e compromissos* foram desenvolvidas entre equipes e serviços de saúde, colocando em xeque os processos produtivos e o agir tecnológico para recompor as relações gestoras e os processos produtivos a favor dos princípios e das diretrizes do SUS, assim como propõem Merhy e outros (1997b), para tornar o próprio trabalho em saúde um espaço de construção de novas significações e compromissos, com a defesa da vida individual e coletiva.

Os encontros seguiram-se no primeiro semestre de 1999, alternando momentos de estudos e revisão teórica e de oficinas para avaliar o andamento das ações nos campos da

assistência (produção do cuidado), da gestão (colegiados de gestão) e da política (participação popular, conferências, fóruns e conselhos de saúde).

### *A Educação Permanente em Saúde como iniciativa local*

No ano de 2000, com a autonomia ampliada, a equipe diretiva da SMS desenvolveu diferentes estratégias, envolvendo ações de educação no trabalho:

*Tinha um grupo local com capacidade para fazer as discussões. As assessorias vinham e iam, mas ficavam pessoas [...] “vigilantes” [do processo]. A gente teve educação permanente por meio das assessorias [...], mas a gente teve EP também conduzida por colegas de trabalho. Aí a riqueza do processo de trabalho em equipe. Eu aprendi muito com cada um. O trabalho coletivo era cultivado. (conversações)*

*Tivemos EPS também com grandes mestres daqui, que estavam ao nosso lado e que pela abertura da liderança puderam expressar o seu poder criativo [...], inventando e desenvolvendo projetos impactantes (Projeto VER-SUS Brasil, capacitação gerencial do Projeto Reforsus, Protocolo das Ações Básicas de Saúde, HumanizaSUS etc.), organizando setores de forma surpreendente. O Saca [Serviço de Avaliação, Controle e Auditoria], o planejamento, a vigilância sanitária, os núcleos de ações em saúde, os arranjos de gestão e outros. (narrativas)*

As conversações e as narrativas destacaram os movimentos deflagrados para qualificar os projetos de cuidado na rede básica, que ainda privilegiavam o enfoque biologicista e curativo. Foram desenvolvidas cinco grandes estratégias: o protocolo de ações básicas de saúde; o fórum interdisciplinar das ações básicas de saúde; as oficinas de planejamento estratégico; a capacitação gerencial; e a construção de planos locais de saúde<sup>28</sup>.

#### **a) O protocolo de ações básicas de saúde**

O enciamento do SUS, em Caxias do Sul, encetou a formulação de uma modalidade de protocolo considerada inédita na época, por se diferenciar das modelagens programáticas tradicionais. Havia necessidade de formular um texto institucional para nortear as ações da rede, impulsionar a consolidação do SUS e alcançar maior integralidade no cuidado.

<sup>28</sup> As estratégias referentes ao protocolo de ações básicas de saúde, ao fórum interdisciplinar das ações básicas de saúde e à capacitação gerencial podem ser mais bem conhecidas em Claus e Capra (2002).

Apostava-se em uma formulação que poderia dar maior visibilidade ao propósito governamental, pautando um novo modo de agir nos serviços de saúde, mais interdisciplinar e intersetorial e mais aberto à participação dos usuários na gestão do sistema de saúde. Nessa direção, um grupo multiprofissional formulou um livro-documento instituinte da proposta tecnoassistencial municipal – Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta Em Defesa da Vida (CAXIAS DO SUL, 2000) –, por meio da sistematização das novas concepções ético-políticas para orientar a gestão do cuidado em saúde nos diferentes ciclos vitais, objetivando a ultrapassagem dos modelos programáticos de atenção à saúde. Os ciclos vitais foram recortados na perspectiva das necessidades de saúde, recomendando intervenções possíveis e afinadas com os valores da integralidade e com as diretrizes operacionais da proposta Em Defesa da Vida (acesso e acolhimento, vínculo e responsabilização, gestão participativa e controle social).

O objetivo foi disponibilizar subsídios técnicos para qualificar as ações profissionais na rede municipal de serviços, priorizando a atenção básica em saúde, pois esta era considerada a instância privilegiada para desencadear mudanças no sistema de saúde.

O grupo focal sinalizou a forte disposição de um grupo em efetuar mudanças. Enquanto alguns se dedicavam a essa produção, outros se empenhavam em fazer construções em outras áreas.

*[...] tinha uma aposta, uma disposição e uma entrega de quem estava na frente para se jogar. Às vezes, se ia para frente, não se sabia bem no que ia dar, não se sabia bem como fazer. Por exemplo, a organização do fluxo da rede de serviços e ações coordenado pelo Saca e o Protocolo das Ações Básicas de Saúde [...] A gente se entregava, não porque estava pronta, mas confiava no nosso melhor e daí o resultado acontecia. Ninguém ensinou como tinha que ser o protocolo, nós o criamos. [...] tinha um desejo de acertar e de querer aprender, [...] mesmo que fosse muito desgastante. Os desafios eram muitos. Além de todo o processo de aprendizagem, tinha todo o resto para dar conta, tinham muitas outras coisas para fazer. (conversações)*

Por apresentar uma lógica inovadora para pensar o planejamento das ações de saúde e a produção do cuidado, essa produção tecnológica, feita no espaço do serviço, extravasou o território do município. Além de premiação pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em 2000, no Concurso de Experiências Exitosas no SUS, o *protocolo* também integrou um projeto de desenvolvimento gerencial classificado no

Concurso de Experiências Inovadoras no SUS, em 2001, lançado pelo Ministério da Saúde, o projeto *Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde* (Reforsus).

Em decorrência dessas premiações, houve publicações, pelo Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, que suscitaram o interesse de conhecimento do *protocolo* por parte de um número significativo de outros municípios e academias, possibilitando diversas rodas de compartilhamento com outros municípios, em eventos científicos e oficinas de disseminação de experiências, em âmbito nacional, regional e local.

*O protocolo é um dos únicos escritos. Ele criou um impacto para dentro e ainda mais para fora da Secretaria, inclusive passou ser referência para a universidade, no ensino dos cursos da área da saúde (promovendo reflexões sobre a missão dos serviços de saúde, os princípios, a forma de pensar a atenção em saúde). Internamente, ele era a nossa referência para muitas coisas. (conversações)*

Há que se destacar, contudo, que, após o lançamento do *protocolo* no município, o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) manifestou-se contrário ao item que possibilitava a prescrição de alguns medicamentos pelo enfermeiro e a requisição de exames por enfermeiro e nutricionista, alegando tratar-se de atividade privativa do médico, mesmo que houvesse essa prerrogativa para protocolos assistenciais de programas de saúde. O objetivo da SMS era ampliar, particularmente, o trabalho de enfermagem, mas, frente às pressões do Cremers, a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames mantiveram-se restritas ao médico. Os conselhos das demais categorias profissionais reagiram. Foi um período de muitas tensões e conflitos, gerando dificuldades no processo de reorientação das ações básicas na rede de saúde.

#### **b) O fórum interdisciplinar das ações básicas de saúde**

Depois de concluída a elaboração do protocolo, foi realizado um grande fórum no município, com o objetivo de sensibilizar as equipes de saúde sobre os novos referenciais para a produção do cuidado nos ciclos vitais. Foram desenvolvidos sete módulos de ensino-aprendizagem para abordar as proposições do protocolo municipal em implantação com todos os trabalhadores da rede de serviços do município, no período de fevereiro a junho de 2000, com o apoio de docentes convidados. Os trabalhadores foram subdivididos em dois grupos, para que não fosse interrompido o atendimento nos serviços. Foram 14 encontros (sete encontros para cada grupo) com a participação de 366 profissionais, totalizando 49 horas de

trabalho. Entre as avaliações dos participantes, constaram as seguintes opiniões: “que tenham mais vezes capacitações como essa”; “essas capacitações devem durar mais tempo”; “deveriam ser contínuas”; “deveria haver grupos de estudos nos serviços” (CLAUS; CAPRA, 2002). Ficou evidente a satisfação dos trabalhadores e o sentimento de pertencimento como sujeitos sociais na construção da política de saúde.

De julho a novembro de 2000, foram realizadas reuniões nas 35 UBS da rede municipal, envolvendo gerentes e profissionais de saúde, secretária municipal de saúde, coordenadora operacional e representante dos profissionais que elaboraram o protocolo. Além de publicizar os objetivos institucionais, foi entregue um exemplar do livro *Protocolo de ações básicas de saúde: uma proposta Em Defesa da Vida* para cada trabalhador de saúde.

O protocolo passou a nortear também os novos trabalhadores, já que, naquele período, houve inúmeras nomeações de novos servidores<sup>29</sup>. Havia uma expectativa, por parte do governo, de que a inserção de novos trabalhadores poderia contribuir na superação das formas tradicionais de atenção à saúde. Os mesmos, além de participarem de *capacitações introdutórias*, eram envolvidos nos movimentos e estratégias que iam sendo desenvolvidos.

*O grupo novo que foi chegando [...], foi se contaminando no processo, foi se agregando com desejo e compromisso, porque se fez uma construção coletiva, um processo. (conversações)*

### **c) As oficinas de planejamento estratégico**

Na segunda etapa da gestão municipal (2001/2004), não houve mais a consultoria mensal. A maioria dos dirigentes das áreas de coordenação da SMS e dos serviços permaneceu em seus cargos, e o projeto do governo foi direcionado para qualificar o que tinha sido desencadeado na primeira gestão. Para avançar, novas estratégias precisariam ser desencadeadas:

*Eram criadas estratégias o tempo todo para atingir os princípios e diretrizes do modelo tecnoassistencial Em Defesa da Vida. (conversações)*

*Teve um grupo que se comprometeu em manter esse eixo norteador na implementação do SUS. (conversações)*

---

<sup>29</sup> Na primeira gestão da Administração Popular (1997 a 2000) foram nomeados, por concurso público, 433 novos trabalhadores (em 1996 havia 292 servidores municipais), elevando esse número, em 2000, para 725 e, até abril de 2004, para 1.111 trabalhadores (CAXIAS DO SUL, 2004a, p. 8).

Uma das estratégias foi o redimensionamento do organograma da SMS (não mais divisões e serviços, mas unidades de produção e unidades de apoio matricial), consistindo um novo arranjo organizacional, que exigiu novas pactuações e novas formas de relações entre as diferentes instâncias e serviços da SMS.

Já no início do segundo mandato, a SMS reavaliou a sua caminhada, com o apoio da ferramenta do planejamento estratégico situacional, conforme proposta de Matus (1996).

*Na segunda administração houve um processo de planejamento participativo e estratégico que mobilizou os profissionais a refletirem a realidade, o quanto as práticas estavam se aproximando dos princípios que se queria contemplar na nova proposta política do SUS, o projeto Em Defesa da Vida. [...] foi, ao mesmo tempo, um processo de planejamento e de educação. (conversações)*

O objetivo era mapear os principais nós críticos e elaborar um plano operativo para a SMS. Esboços para construção de um mapa analítico foram formulados por um subgrupo do GDE, para depois ser submetido a discussões mais ampliadas no colegiado gestor e no Conselho Municipal de Saúde.

*Construiu-se a árvore dos problemas e levou-se para o Conselho Municipal de Saúde, eles até brincaram chamando aquela construção de “floresta de problemas”. Aquilo foi um processo de educação permanente, foi muito bom [...] não se escondia os problemas, era a própria problematização da gestão no Conselho. Se apresentou toda a cadeia de problemas, sem encobri-los. Em oficinas com os gerentes levamos os macroproblemas para iniciar as discussões e construir os planos operativos com todos do colegiado que se reuniam inicialmente em subgrupos. (conversações)*

Esse processo culminou na elaboração de planos operativos locais para cada território, havendo pactuações sistemáticas sobre os indicadores de saúde, efetuadas em reuniões no colegiado gestor da SMS e em reuniões entre gerentes e equipes de saúde dos serviços.

Entre os principais nós críticos identificados nas oficinas de planejamento, estava o aumento da demanda por pronto-atendimento na rede. Doenças prioritárias não estavam sendo suficientemente prevenidas e controladas, as ações de prevenção e vigilância em saúde estavam enfraquecidas e crescia o pronto-atendimento, o que foi revelando, de um lado, a exigência de estabelecer maior vigilância às morbidades e, de outro, a necessidade de ampliar a autonomia dos usuários. Essa problemática fez retornar a discussão sobre o *protocolo* e sobre a necessidade de qualificar a atenção básica de saúde, sendo definidas quatro grandes operações: desenvolver oficinas centralizadas com os gerentes e descentralizadas com as



equipes, com vistas à qualificação dos planos locais de saúde; garantir assessoramento técnico permanente aos gerentes e às equipes; elaborar plano de capacitação para os trabalhadores; e fortalecer o controle social. Nas oficinas de planejamento foram apontados os macrorresultados esperados, bem como as operações, as ações, os compromissos, os prazos e os responsáveis implicados em cada grande estratégia.

Nessa etapa, também foi redimensionada a Coordenadoria de Ações em Saúde, que passou a operar como área de apoio e assessoramento técnico aos gerentes, constituída por Núcleos de Ações em Saúde, em consonância com a proposta do Protocolo (Núcleos da Gestante e Mulher, da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, e Núcleos Matriciais da Saúde Bucal, da Vigilância Nutricional, da Saúde Mental e da Assistência Farmacêutica). Esses núcleos passaram a desenvolver um trabalho matricial junto à rede de serviços de saúde, visando a qualificar o planejamento, a execução e a avaliação das ações em toda a rede, em substituição ao antigo modelo de gestão de programas de saúde. Foi uma etapa em que foram desenvolvidos sucessivos ensaios de planejamento estratégico, pois o desafio de mudar as formas de conceber e prestar o cuidado exigia reflexão crítica e permanente para apreender a realidade, formular os problemas na atenção e inventar novos percursos interventivos. No DSC houve referências a esse momento:

*Esta estratégia buscou implicar cada um dos gestores na busca de soluções e principalmente o fortalecimento do sujeito coletivo. Este plano desencadeou modificações estruturais para que operacionalmente a SMS fosse congruente com a proposta. Considero que este tenha sido um precioso momento de EPS integrado à função de planejamento, pois provocou o grupo a revisar o que vinha fazendo, a identificar os nós críticos e a buscar as mudanças, em um processo que, sem dúvida, deixou marcas em todos que participaram. (narrativas)*

*[...] houve uma aproximação maior ao trabalho desenvolvido pelos serviços de saúde pela necessidade de qualificar o processo de descentralização, com ênfase nos planos locais de saúde. (narrativas)*

Os desafios no segundo mandato de governo foram consolidar e qualificar os processos em curso:

*Na primeira gestão do governo foi construir a rede, dar os primeiros passos. Na segunda gestão, a grande tarefa era consolidar o projeto e qualificar a atenção. (conversações)*

Foi radicalizado o planejamento local e um projeto de desenvolvimento gerencial assumiu esse propósito.

#### **d) A capacitação gerencial**

Para responder às necessidades do planejamento-gestão-avaliação, entre outras intervenções, foi desenvolvido, de fevereiro a agosto de 2002, um projeto de desenvolvimento gerencial, com financiamento do Projeto Reforsus, do Ministério da Saúde<sup>30</sup>. Esse projeto, intitulado *Potencializando a gestão para organizar o SUS a partir da rede básica*, envolveu 14 gerentes e respectivas equipes de saúde das UBS e 15 gerentes de serviços-meio, contemplando oito módulos sobre ferramentas e tecnologias de gestão (120 horas) e seis oficinas de desenvolvimento gerencial (144 horas). Proposto mais como estratégia agenciadora, pretendeu alavancar a descentralização do planejamento em saúde e qualificar o processo produtivo.

Apesar dos investimentos e dos esforços para a estruturação do sistema de saúde e para a democratização da gestão em Caxias do Sul, o projeto de capacitação gerencial justificou-se pela dificuldade evidenciada de concretizar a *missão ampliada* concebida para a Unidade Básica de Saúde, que compreendia o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, de assistência e de pronto-atendimento (*porta-aberta para todos e para todas as ações*), de acordo com os princípios da proposta tecnoassistencial.

A constatação, no cotidiano, era de que as UBS, no intuito de resolver a maior parte dos problemas de saúde, estavam despendendo grande parte de sua energia no atendimento às demandas de atenção imediata, tendendo a reproduzir um modelo de pronto-atendimento, centrando a assistência no trabalho médico e descuidando das atividades de prevenção de doenças, promoção da saúde e ação comunitária. Outra evidência era de que o serviço de pronto-atendimento 24 horas do município encontrava-se congestionado por demandas que poderiam ser resolvidas nas UBS, não conseguindo, em razão disso, fixar-se na sua proposta de atendimento à urgência. De outra parte, os serviços especializados não conseguiam garantir agilidade no atendimento em algumas áreas, por acumular atendimentos a situações que poderiam ser acompanhadas na rede básica. Em síntese, o que se observava era que os serviços, nas diferentes instâncias, estavam com dificuldades em se legitimar conforme a

---

<sup>30</sup> Esse projeto obteve financiamento por ter sido classificado no Concurso de Experiências Inovadoras – Fomento, análise, avaliação e disseminação de experiências inovadoras no SUS – tecnologias de atenção aos usuários e gestão da rede de serviços (Componente II do Projeto Reforsus – BIRD/MS). O objeto da proposta referia-se a dispositivos e ações que visavam a consolidar, no campo das tecnologias de gestão, um novo modelo

situação-objetivo do planejamento. O texto de Cecílio (1997b), que trata da rede de cuidados progressivos à saúde, alertava a equipe sobre os riscos de deslegitimação da unidade básica de saúde quando se amplia o acesso, sem que seja organizado um sistema capaz de dar conta suficientemente de todas as demandas e necessidades.

O protocolo, recém-lançado na rede, ainda precisava tornar-se dispositivo institucional voltado a auxiliar os dirigentes a gerirem o processo de produção do cuidado na atenção básica, pensando a organização de serviços em seus fluxos articuladores e segundo as necessidades dos usuários nos diferentes coletivos locais. O projeto de *capacitação gerencial*, apoiado em uma metodologia construtivista, propôs módulos e oficinas para alavancar o processo de reorganização da prática sanitária, tomando como norteador o protocolo.

As atividades educativas partiram da construção coletiva de *mapas analíticos* que auxiliassem a identificar, refletir e analisar o processo de produção da rede nos diferentes contextos sociais dos territórios, para desvelar a visão simplificada da rede básica e, assim, ativar novos caminhos possíveis para a gestão e para a atenção em saúde.

O ensino-aprendizagem optou por estabelecer problematizações sobre a incorporação da tecnologia em saúde e dos instrumentais gerenciais no próprio interior das práticas gerenciais e assistenciais, de forma a construir aprendizagens no encontro com a própria dinâmica cotidiana dos processos de trabalho. O método compreendia a identificação, a reflexão e a análise do processo de produção da rede, considerando os diferentes contextos sociais dos territórios, o que possibilitou desmistificar a visão reducionista, geralmente atribuída às ações básicas de saúde, facilitando o reconhecimento de que as mudanças pretendidas só poderiam ser alcançadas na medida em que toda a força de trabalho estivesse implicada com a proposta (gerentes e equipes de trabalhadores).

Era necessário dar outro enfoque às ações básicas de saúde para aproximar o trabalho aos valores da integralidade, pois, além de conceber o cuidado – considerando os determinantes sociais e coletivos do processo saúde-doença –, seria preciso levar em conta também as singularidades dos indivíduos no seu modo de andar a vida, as relações e as produções de subjetividade, os modos de sentir, representar e vivenciar necessidades (MERHY, 1997a), o que demandaria articulação/interseção de saberes e práticas e permanente problematização do trabalho.

---

de atenção à saúde e uma nova proposta de organização do SUS, a partir da operação de sistemas locais da rede básica.

Os módulos sobre tecnologias do trabalho em saúde e ferramentas de gestão incluíram as temáticas de planejamento em saúde; tecnologias na produção do cuidado em saúde; informações em saúde; construção do sujeito e autogestão profissional; educação em saúde; gestão de recursos no processo de gerenciamento; programação local em saúde; e organização do sistema de saúde. As oficinas buscaram qualificar as ações básicas de saúde em cada ciclo vital – gravidez e puerpério, criança, adolescente, adulto e idoso –, além de socializar e integrar os planos operativos dos diferentes serviços, organizar um sistema de avaliação de indicadores e estabelecer a pactuação de resultados e metas.

#### **e) A construção de planos locais de saúde**

As ações de culminância do projeto de capacitação do Reforsus demarcaram a qualificação dos planos operativos locais. Foram realizadas diversas oficinas para apresentação dos contextos locais e das estratégias de ação. Cada gerente da rede básica apresentou o seu território (população usuária do SUS, condições socioeconômicas, áreas de risco, recursos comunitários, bairros de abrangência e recursos físicos e humanos instalados). Frente a cada realidade, foram propostas e definidas estratégias, delimitados os recursos necessários para a sua viabilidade (administrativos, políticos e humanos) e pactuados indicadores epidemiológicos e operacionais para serem controlados em cada território.

Durante as oficinas do projeto de capacitação foram estudados os nós críticos para a implantação das ações preconizadas no protocolo, ou seja, diante da situação-objetivo, foram identificadas as condições de execução das diferentes ações e procedimentos propostos, com uma revisão do proposto e do efetuado, para discernir novas necessidades de intervenção.

Após o encerramento das oficinas, o protocolo novamente foi utilizado como analisador dos processos de trabalho. As Coordenações de Planejamento e Operacional formularam uma matriz de análise dos planos operativos, elencando eixos estruturantes para a operação de cuidados em cada ciclo vital, mediante reflexões individuais com cada gerente. Para cada ciclo vital, em cada UBS, foram reestudadas as configurações do trabalho, considerando os seguintes aspectos: equipe responsável; forma de captação dos usuários; sistema de agendamento; visita domiciliar; vínculo; acolhimento; controle de faltosos; e procedimentos técnicos (consulta clínica; assistência odontológica; o atendimento individualizado; atividades em grupo; calendário mínimo de atendimentos; forma de cadastramento; arquivo dos prontuários e arquivo rotativo para vigilância dos casos em situação de vulnerabilidade). Para cada um desses aspectos, foram delimitadas as respectivas operações e ações, os responsáveis e os prazos e resultados esperados.

Mais uma vez, mediante o reconhecimento da realidade de cada território, gerentes e equipes de saúde foram desafiados a planejar caminhos que se aproximassem dos princípios do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da missão definida para os serviços básicos de saúde.

*Foi um período em que se estabeleceu uma maior aproximação com o trabalho dos serviços básicos de saúde. Foi quando se conseguiu avançar na organização de equipes de referência nas UBS, as quais passariam a se responsabilizar pelo acolhimento, ações de vigilância e assistência à saúde. (conversações)*

#### **f) O apoio a equipes de Saúde da Família**

Apesar dos vários instituintes de novas práticas, o sistema municipal continuava operando, na maior parte das vezes, conforme o modelo hegemônico e sob pressão da demanda por procedimentos predominantemente curativos.

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), oferecido pelo MS aos municípios com mais de cem mil habitantes, em 2003, foi considerado como mais um dispositivo de afirmação do SUS, na medida em que possibilitaria o ingresso de recursos no sistema municipal, a ampliação do número de trabalhadores, a realização de novos pactos e recontratos de trabalho, além do aprofundamento das estratégias de educação permanente em saúde. Foi quando a SMS elaborou um plano de implantação de equipes de Saúde da Família e uma lei municipal para regulamentar incentivos salariais, que seriam concedidos aos profissionais que aderissem à proposta, e uma forma especial de contratação de trabalhadores. A Saúde da Família passou a compor o projeto tecnoassistencial em curso, inaugurando a estratégia municipal denominada *PraVida Caxias – Saúde da Família*.

Era uma situação nova que exigia muita cautela na reorganização dos serviços e na composição das equipes. A equipe diretiva da SMS era tensionada por perguntas como: qual será o papel dos médicos gineco-obstetras e dos pediatras? Qual será o trabalho dos demais profissionais (assistente social, nutricionista, psicólogo)? Como serão as relações entre as equipes de saúde da família? O que acontecerá com os profissionais que não aderirem ao projeto? Como será a convivência entre as diferentes modalidades de equipes e serviços?

Nesse período, foram desenvolvidos encontros com os servidores para apresentar as possibilidades de inserção dos trabalhadores no *PraVida Caxias – Saúde da Família* e para discutir as dúvidas existentes. Das pactuações com os trabalhadores, seguiram-se inúmeras capacitações às equipes de Saúde da Família, em 2004. As abordagens pedagógicas eram cautelosas, no sentido de não interromper as transformações e os avanços já conquistados,

sendo que, para apoiar as equipes, nas novas conformações de trabalho, foram instituídas equipes de apoio ao projeto. Essa foi uma estratégia que aprimorou a escuta dos cotidianos de trabalho.

*Uma destas estratégias de EPS foi a implantação de equipes de apoio à gestão dos processos de trabalho e o estabelecimento de espaços sistemáticos de conversação visando à reflexão e à cogestão, além de um programa de capacitação. Apostava-se que estes dispositivos tivessem potência para provocar a inversão no modo de produzir o cuidado, garantindo a integralidade da abordagem. Integrar uma destas equipes de apoio me oportunizou experienciar o funcionamento das rodas de conversação nas UBS. Foi uma experiência rica, onde pude aprimorar habilidades na escuta das necessidades do outro, na visualização dos múltiplos interesses e na mediação de conflitos. Pude também presenciar, nos trabalhadores, o “dar-se conta” que muitas vezes emergia nas discussões e ao mesmo tempo perceber suas dificuldades para a escuta e para trabalhar as questões subjacentes às queixas/necessidades trazidas pelos usuários. Esta atuação também me permitiu observar o cotidiano do trabalho nas UBS e verificar o alto grau de cristalização das práticas estabelecidas, a burocratização do serviço e a dificuldade de singularizar o olhar ao usuário. (narrativas)*

Em outubro de 2004, a SMS criou o Centro de Educação Permanente em Saúde, institucionalizando a adesão do município às diretrizes da política nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio do Decreto Municipal nº 12.001, de 25 de novembro de 2004, passando a incentivar, na região nordeste do estado, o processo de implantação do Polo Regional de Educação Permanente em Saúde, uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, que visava a incentivar a construção de uma política de EPS, de forma regionalizada.

## **Aprendizagens, vazios e vetores**

A experiência investigada mostra o que se passa por dentro da gestão na saúde: os impasses, as capturas, os desafios e, também, as possibilidades e as potencialidades. Uma particularidade do caso estudado é que a mudança foi disparada por um núcleo gestor no espaço do aparelho estatal, o que determinou enfrentamentos em relação às contradições inerentes ao próprio papel do Estado na sociedade capitalista. Em geral, o que se vê no cenário da saúde são as instituições públicas de saúde facilmente se rendendo às lógicas dominantes e conservadoras.

Os itens anteriores abordaram os múltiplos movimentos e práticas educativas desenvolvidos para fortalecer a política de gestão do trabalho e assegurar os propósitos governamentais, destacando os processos de construção coletiva que permitiram a análise crítica do trabalho e a invenção de estratégias no plano micropolítico.

Cartografar o que ficou leva a dobrar/desdobrar o vivido e o presente para poder expor o que ficou no grupo da pesquisa e o que ficou no contexto ampliado da política e do trabalho no sistema de saúde municipal. Não se pretendeu, e mesmo não seria pertinente, construir uma lista de sucessos e insucessos, de feitos e não feitos, pois o que mais interessava era discutir os processos de educação no território do trabalho em saúde.

A experiência de Caxias do Sul faz ver que a gestão tem papel importante na qualificação do processo produtivo em saúde, que um projeto governamental pode favorecer mudanças no sentido da consolidação do SUS e, que o desenvolvimento do trabalho coletivo e a gestão democrática e participativa desdobram a orientação do ideário da Reforma Sanitária. O que se sugere é que, ao qualificar o trabalho e afirmar o SUS (na rede ampliada que o constitui) – se este é o projeto da gestão –, será desencadeada uma ação em que os trabalhadores deixam de ser os *recursos humanos*, porque são necessários coletivos organizados de produção da saúde. Nesse processo, uma condução mais democrática e participativa não é ponto de partida, mas resultante de um processo educativo não autoritário, que constitui coletivos cooperativos de trabalho. O DSC captado/escutado assinala:

*Uma gestão democrática que decide [...] coletivamente, [...] exige que se olhe o outro com igualdade, que se oportunize igualdade de condições a todos, e que se criem consensos. Isso exige investimentos energéticos e condições estruturais adequadas. (conversações)*

*[...] para o processo de fortalecimento do SUS, tem que haver um gestor comprometido com a Reforma Sanitária e com a democratização da gestão em saúde. (conversações)*

A possibilidade de compartilhar experiências, dúvidas e propostas de trabalho propiciou relações mais solidárias e de confiança e, ao mesmo tempo, produziu maior autonomia às equipes e aos coletivos de trabalho. A gestão abria a possibilidade de construções coletivas, e a educação permanente atravessava os processos gestores, construindo problematizações em redes de conversações:

*Impossível descrever o aprendizado adquirido quando a equipe é equipe, quando há trabalho coletivo e sinergia de propósito, [...] quando a liderança permite um processo de trabalho efetivo de*

*participação e de partilha de poder. Nesse contexto não há não sei; [...] não há dúvida que não seja sanada; não há tarefa e esforço impossível. E não há realização melhor recompensada do que ver o sonho ganhar concretude e se reconhecer na criação. (narrativas)*

*[...] havia aposta, entrega, desejo, confiança e compromisso por parte de um coletivo que queria mudanças. (narrativas)*

*Cada um colocava o seu melhor no trabalho em equipe e tinha pessoas que socorriam nas dificuldades. Por exemplo, em relação às negociações que os gerentes tinham que fazer com as equipes dos serviços, [...] tinha-se escuta. Havia rede de conversações/comunicações. Quando eu tinha um problema, eu ligava para o Saca e podia não ter uma solução para as minhas questões, mas havia uma lógica que encaminhava para uma solução, tinha um caminho. Havia pessoas que mantinham uma linha de trabalho. (conversações)*

*As propostas de fluxos iam para as reuniões de colegiado e as mesmas eram qualificadas pelos gerentes. O trabalho de equipe é facilitado quando a proposta da liderança aposta no melhor e permite às pessoas criarem. Por isso, a importância da liderança [gestor governamental] apoiar: deixar livre para criar, para fazer, para ir. Tem que ter semente e tem que ter solo. (conversações)*

*[...] o modelo de gestão [...] além de valor, é uma estratégia à democracia. [...] não tem proposta que seja pobre, [...] a visão de um e a visão de outro enriquece. Por exemplo, quando se colocava a proposta do setor administrativo na reunião de gerentes, vinham mil e um bombardeios e a proposta saía melhorada, porque todo mundo podia contribuir, dizer [...]. (conversações)*

*Mesmo não tendo clareza de como fazer, tínhamos um rumo, um norte e gestores que eram vigilantes ao modelo. [...] acreditávamos e lutávamos por um ideal. (conversações)*

*Tinha o compromisso com a implantação daquele modelo de gestão e daquele projeto [Em Defesa da Vida]. [...] o compromisso de ir construindo, afinando, ajustando [...] para que ficasse cada vez mais forte, mais solidificado e fosse compreendido pela população, pois a gente queria desenvolver processos instituintes. O projeto foi discutido na Conferência Municipal de Saúde, na Câmara de Vereadores, no Secretariado, em todos os espaços [...] movimentos instituintes [...], processo que não era para ser individual, mas coletivo, era de todos, todos tinham que cuidar. (conversações)*

*[...] mesmo que a gente tivesse diferenças pessoais, divergências, a gente não divergia na opção feita de modelo technoassistencial [...] a gente defendia, enfrentava muitas dificuldades. Houve resistências,*



*momentos em que pessoas ficaram de fora, mas o coletivo conseguiu manter o processo por oito anos [...]. (conversações)*

As expressões fazem pensar que as propostas políticas dos governos podem tanto conformar relações democráticas e solidárias como autoritarismos que sufocam a participação, pois é preciso um espaço real para se construir projetos coletivos:

*quando a gente não tem espaço para discussão, o que a gente faz? Cada um fica na sua. (conversações)*

Como diz Paulo Freire (2000), em sua obra *A educação na cidade*, é preciso aprender a fazer democracia, e essa luta passa pela luta contra todo o tipo de autoritarismo, um processo coletivo que se constrói coletivamente, pela vocação do ser humano para *ser mais*. Nesse sentido, a vigência de práticas governamentais interessadas e comprometidas em constituir sujeitos mais livres, solidários e autônomos é vital para o aprofundamento da democracia e para a qualificação da política de saúde.

As estratégias pedagógicas faziam vir à superfície as heterogeneidades e as diferentes formas de significar o trabalho, e isso mobilizava estranhamentos e inquietudes propulsoras de novas aprendizagens:

*[...] tinham muitas diferenças pessoais. O que tocava uma pessoa nem sempre era o que tocava a outra. [...] tinham muitas disputas, muitas diferenças de olhares [...] O processo agregava, mas ele também borbulhava e trazia coisas que eram diferentes para cada um e, às vezes, vinham para a mesa essas diferenças. E isso também foi parte da riqueza. (conversações)*

*As pessoas podem mudar e aprender coisas novas, quando se sentem incomodadas com algo. (conversações)*

*A gente não deve destruir o outro, porque o outro é diferente. A gente aprende com as diferenças dos outros. (conversações)*

*A gente só rompe com a repetição quando se sentir movido pelo desejo de fazer de maneira diferente, porque aquilo que é feito no dia a dia não serve mais. As aprendizagens novas têm esse papel de gerar desconforto, mobilizar incertezas, suscitar novas perguntas em relação ao trabalho. (conversações)*

*[...] Lá pelas tantas, as pessoas se assustaram com a evolução (aonde iria dar tudo aquilo) [...], o que mais assustava é que a gente estava numa disputa contra o projeto hegemônico, tinha que se fazer enfrentamentos do jeito de fazer, buscar o novo, e tinha muita gente que se assustava com isso. [...] Hoje muitas dessas pessoas defendem,*

*reconhecem, conseguem ver a diferença. Naquele momento foram extremamente resistentes, em alguns momentos complicadores do processo, e hoje se escuta a defesa por parte dessas pessoas. Como a nascente do Amazonas, foi crescendo!* (conversações)

Os processos de ensino-aprendizagem são singulares e ressingularizadores; diferenciam-se de acordo com as diferentes potências na capacidade de afetar e ser afetado. A bagagem histórica, a subjetividade de indivíduos e coletivos em situação de produção e as situações vividas nos diferentes cenários em emergência trazem para a cena singularidades novas, insuspeitas, desafiadoras.

*Se fosse um outro grupo, [...] seriam outros arranjos e resultados.* (conversações)

*[...] os sentimentos, emoções e dificuldades enfrentadas eram de natureza distintas, dependendo de cada momento/tempo político vivido.* (narrativas)

A escuta pedagógica fazia com que os momentos de aprendizagem levassem em conta as necessidades vivenciadas no próprio trabalho, sendo que os encontros com novas ferramentas nutriam os profissionais e faziam crescer a sua implicação:

*A gente era nutrido. Quando a gente está no abandono a gente também abandona. A sensação de ser nutrido é que move. É diferente de como eu me sinto hoje: uma sensação de solidão. Era um processo que tinha vida. A gente era sujeito do processo.* (conversações)

O colegiado gestor teve um papel importante na condução dos processos de mudança, entretanto a reorganização do trabalho e a produção de novas relações entre profissionais-serviços-equipes-usuários dependiam do protagonismo e da implicação de todos os envolvidos, não somente da ação de um grupo condutor. Em relação a isso, os sujeitos da pesquisa sentiram-se provocados a pensar: os trabalhadores dos serviços implicaram-se nos processos de mudança? Foi uma pergunta difícil de responder, que perseguiu as discussões e retornou várias vezes.

*[...] numa unidade onde eu estive, por exemplo, eu senti que as coisas não tinham sido discutidas com profundidade, e a mudança depende de movimentos coletivos e de cada trabalhador [...] é ele [o trabalhador] quem vai fazer a diferença.* (conversações)

*Sobre os microprocessos, o momento da verdade, das relações cuidadoras, é lá onde acontece o dia a dia do trabalho.* (conversações)

*O quanto ficou do outro lado, nessas pessoas? Se nós queríamos construir outro modelo, contra-hegemônico e embasado nos princípios do SUS, o quanto os processos de EP modificaram as práticas? [...] o quanto era desejo das pessoas? Essas são perguntas que precisam ser feitas. Tinha uma proposta, uma estratégia, tinha quem vigiava e que mantinha. Hoje sente-se falta disso [...]. (conversações)*

*Como levar os trabalhadores a pensar se o que estão fazendo é um bom cuidado, se contempla a integralidade? Pensar em estratégias que possam colocar dúvidas no lugar das certezas. Fazer pensar... Como estamos? Será sempre assim? É o melhor? O trabalho cria alienação. Nos próprios processos gestores, em determinados momentos a gente fica cego, pensa que pode comandar o espetáculo. A gestão governamental tem grande responsabilidade em criar estratégias e estruturar serviços. [...] a mudança, sem uma gestão comprometida, é praticamente impossível, o sistema de saúde ficaria sem rumo, à deriva, mas as mudanças não se efetivam somente pela mão ou pela força do gestor governamental. (conversações)*

Olhando para o passado, ficou evidente que não é somente por meio da ordenação política e do apelo da direção de um governo que as realidades se transformam. Essa reflexão fez ainda mais sentido, ao lembrar, particularmente, da segunda gestão do governo, quando já havia sido superada a crise pela falta de serviços e profissionais e, então, os esforços poderiam ser canalizados para a implantação do novo modelo tecnoassistencial.

*Para mudar os processos de trabalho não bastaria traçar um fluxo e organizar uma rede; começamos a nos debater com outras coisas; havia um cansaço muito grande. (conversações)*

*Na segunda gestão, a grande tarefa era consolidar e qualificar. Houve um período de cansaço. O que aconteceu? Faltou vigilância ao processo? Faltou unidade? Faltou determinação governamental? A grande questão é como fazer com que um novo modelo tecnoassistencial se efetive, e isso não depende apenas de uma gestão que segure a bandeira de um projeto. Como concretizar “o novo” [...] na rede de serviços? Aqui volta a EPS. A gente falou bastante que tem que ter equipes implicadas. [...] em que medida as equipes se implicaram? (conversações)*

Discutiu-se sobre a forte tendência de manutenção das rotinas quando se retraem os movimentos instituintes de mudanças. O modelo hegemônico, que está impregnado na cabeça e nas práticas dos trabalhadores e o regramento do trabalho determinado pelas várias instâncias (municipal, estadual e federal) encarregam-se de reproduzir a normalização do

trabalho. Além disso, é mais fácil a repetição, principalmente quando não se sabe fazer de outra maneira:

*[...] é mais fácil fazer um atendimento individual ou fazer um grupo? É mais fácil aplicar procedimentos ou escutar necessidades? Ficar repetindo aquilo que já se sabe fazer é mais fácil. É mais fácil o procedimento de rotina, a vacina, a execução do que está normatizado. Fazer acolhimento, descobrir necessidades e fazer escuta é mais complexo, então a gente se defende: é melhor não escutar. A gente faz a repetição o tempo inteiro do que é sabido, porque é mais fácil, ou porque não se sabe fazer de modo diferente. (conversações)*

*Um dos maiores dificultadores na implantação de muitas das propostas [...] foi o “velho”, o instituído, inclusive em cada um de nós, membros do colegiado gestor da época. Agora, talvez, seja o momento de olhar esse interior e aproveitar a oportunidade para rever atitudes, conceitos. Espero que esse momento de revisão [...] funcione como uma alavanca para produzir mais um movimento no meu pensar e meu fazer. (narrativas)*

*[...] a gente tem que ter a dimensão de quanto é difícil, o quanto é trabalhoso esse novo jeito de fazer, porque é exigido o novo que existe dentro de nós. (conversações)*

Em outras palavras, as falas tratam do aprisionamento às “máscaras” (ROLNIK, 2006, p. 36) já obsoletas, que trancam os afetos e que constroem a abertura às forças geradas nos encontros. É por isso que a reconfiguração da política e da atenção à saúde exige construções coletivas, pois somente em relações de encontros *entre* e de agenciamentos interdisciplinares e intergestores é que poderá ser desfeito o modelo hegemônico que está impregnado na *cabeça* e nas práticas de tantos trabalhadores e gestores.

Os gerentes frequentemente manifestavam a dificuldade de processar o que o governo pretendia na cotidianidade dos serviços, em razão das resistências que partiam dos trabalhadores das várias profissões. Hoje, também se percebe isso na interconvivência direta com profissionais de diferentes áreas.

*Está se lidando com profissionais que portam outras lógicas, que lidam com outras bases conceituais e isso é um grande dificultador [...]. (conversações)*

*Mesmo na enfermagem havia aqueles que se conseguia sensibilizar porque se afinavam aos princípios defendidos e aqueles que sempre faziam contrarresistência, que diziam: “a gente está dando demais para o usuário; essa gente já tem tudo de graça”. Aí tem uma*

*concepção de usuário, que exigia no dia a dia ficar vigilante, na disputa: de concepção de necessidade e de saúde, de outra ética do cuidado. (conversações)*

*Na época da construção do Protocolo, a gente acreditava que se houvesse a valorização de outros saberes (além do médico) se poderia avançar na superação do modelo procedimento-centrado [...]. Depois, indo para a rede, vejo que o que está em jogo é a concepção de saúde e de necessidade em saúde, a enfermagem também reproduz o modelo hegemônico. Às vezes, as disputas que são feitas dizem muito mais respeito a disputas corporativistas e de poder do que propriamente por um novo modelo de atenção à saúde. O usuário vem e se aplica um determinado procedimento (curativo, aplicação de medicação injetável etc.). A enfermagem disputa por gerenciar os procedimentos do serviço de saúde, entre eles, por controlar a agenda de consultas médicas. Os conflitos se produzem mais devido ao número de consultas médicas a agendar do que pela qualidade do cuidado prestado. Então, como vamos operacionalizar uma agenda que fuja do modelo hegemônico, se quem controla a agenda do médico também sustenta o modelo atual? (conversações)*

*[...] a questão não é de disputa entre categorias: é disputa de projetos. (conversações)*

*Embora fique mais fácil desenvolver projetos de mudança com profissionais que já têm o desejo da mudança, quando têm apropriação de princípios, também não se pode esquecer que esses profissionais estão convivendo com os outros que fazem resistência às mudanças. (conversações)*

Observou-se, ao longo do processo, que a inserção de outros profissionais (além das áreas de medicina e enfermagem) não significava a garantia de mudanças nos processos de trabalho, pois permaneciam as intervenções guiadas pela lógica hegemônica procedimento-centrada. Dificuldades decorrentes da formação profissional e da falta de articulação das diferentes profissões nos processos cuidadores reproduzem processos de trabalho segmentados, operando a atenção em saúde de forma parcelar, como se o cuidado compreendesse a soma de atos profissionais; como se o procedimento do médico, adicionado aos procedimentos dos demais profissionais, resultasse em atenção cuidadora e integral; e como se um manual de instruções fosse suficiente para o dia a dia. Nessas condições, tudo vai se processando em função de conhecimentos estruturados e regras programáticas: para tal suspeita, tal exame; para tal dor, um nome e um medicamento. Uma lógica que vai compondo modelos assistenciais e subjetividades serializadas, desvalorizando a própria clínica na atenção à saúde.

As experiências (passadas e atuais) demonstram que, mesmo no caso dos trabalhadores mais sensíveis às mudanças, os mesmos têm dificuldade de romper com a perpetuação da hegemonia, pois ficam condicionados às amarras das prescrições e das rotinas institucionais. O *DSC* dessas conformações é de que esse desenho se faz desde os sistemas de agendamento de atendimentos dos serviços de saúde, em que as agendas funcionam mais para *barrar* a demanda do que para acolher, ficando presas ao produtivismo, ao planejamento normativo e a esquemas funcionais rígidos. Tudo é feito para repor as vigências, para seguir nas séries e para não se deixar abalar por outras lógicas e subjetividades. Para desfazer as vigências e os instituídos, era preciso movimentos instituintes de mudança e vigilância permanente, tanto no interior da SMS quanto em relação ao conjunto de forças externas, de poderes e interesses públicos e privados em disputa.

Ao pensar sobre as marcas deixadas pelas ações educativas nas pessoas e nos modos de processar o trabalho em saúde, foi lembrado que, no primeiro ano de governo, as pessoas que estavam no nível central tiveram a oportunidade de participar diretamente das conversações produzidas nos encontros das consultorias.

*Sempre discutimos tudo em mesa redonda, e esse grupo ficou mais “tatuado”, mais convencido do processo. (conversações)*

Ser ou não ser marcado (*tocado*) pelas experiências educativas no interior de um processo gestor e envolver-se ou não com novas estratégias políticas em saúde depende de múltiplos aspectos. No *DSC*:

*[...] depende de uma experiência de vida, uma história, um comprometimento político, projetos profissionais e pessoais mais aproximados ao projeto de defesa do SUS. (conversações).*

Mas como se daria o processo de contágio (*tatuagem*)?

*Para mim traz mais a questão de valores [...] de ética, de sentidos e significados. Em vários momentos das discussões, começava a reconhecer valores, a transformar valores, agregar conceitos e propostas à minha visão de mundo, à minha bagagem. Uma questão de opção. Optar por uma proposta que tinha marcas ou atributos de qualidade, que falava dentro de mim mesma [...]. (conversações).*

*[...] é aquilo que fica marcado, [...] projeto que se acredita, se defende, [...] em todos os momentos, de forma intransigente. Havia pessoas que, por interesses individuais, não se deixaram marcar, apenas “passaram por”. Também tem a questão da nossa história, a gente não pode esquecer que se veio de um processo em que não se*

*tinha espaço para participação, a gente é oriunda da ditadura [...].*  
(conversações)

Algumas expressões falam do *contágio* (afecção) que foi acontecendo nos encontros, na exposição à alteridade:

*[...] tu te tornaste parte de mim. No que sinto, no que penso e no que faço há influência deste convívio.* (narrativas)

*O que me moveu [num primeiro momento eu estava cheia de resistência], o que me entusiasmou de novo, o que fez com que eu me agregasse realmente na luta, na proposta? [...] foi o quanto tudo aquilo que a consultoria trazia [...] começou a falar das coisas que eu realmente desejava [...] com minha visão de mundo. Eu não sei explicar muito bem... a sintonia daquilo que vem com aquilo que se deseja.* (conversações)

*Esse coletivo vivido foi um processo que afetou e produziu mudanças muito significativas na minha existência. Saio dessa etapa diferente de como entrei, tanto como pessoa como profissional. Trago hoje no meu ser um pouco de cada uma das pessoas com quem vivi esta experiência.* (narrativas)

A aprendizagem e a implicação se produzem em ação, em territórios propícios:

*para que haja o desejo, é preciso ações concretas e novos processos de trabalho que garantam novos modos de ser. O desejo desconectado do fazer, do produzir, vira sofrimento.* (conversações)

Como informa Rolnik (2006, p. 46), as cartografias e os territórios são indissociáveis e se desenham ao mesmo tempo. Significa dizer que “[...] a produção do desejo, produção de realidade, é, ao mesmo tempo (e indissociavelmente), *material, semiótica e social*” (grifos da autora). Somente as construções coletivas podem estabelecer novos agenciamentos interdisciplinares e intergestores, mas hoje se percebe que havia um distanciamento entre a equipe central e as equipes locais:

*um hiato que a gente não consegue explicar muito bem [...].*  
(conversações)

*Uma das coisas que faltou foi se colocar no lugar, houve um distanciamento do fazer lá [nos serviços de saúde]. Como gestores, faltou fazer exercícios de estar em outro lugar, em outro ponto do sistema, em outra ação. Hoje eu vejo assim: o ponto de vista que eu tenho é a visão do ponto onde eu me encontro. Hoje, o que eu estou vendo, é porque estou em outro ponto. Se a gente tivesse se colocado em outros pontos do sistema, talvez tivesse ajudado.* (conversações)

*Não sei se é só falta de se colocar em outro lugar, mas de fazer as discussões com todos, de alguma forma, a reflexão do fazer, do trabalho. Nós fazíamos, mas com as instâncias intermediárias, com os gerentes que ao se defrontarem com a realidade tinham dificuldade de problematizar lá naquele espaço, aquele trabalho e aquele fazer. (conversações)*

As experiências posteriores nos serviços fizeram sentir/perceber outras perspectivas de necessidades das equipes e dos gerentes locais. Essas constatações promoveram discussões sobre os distanciamentos entre as várias instâncias do sistema de saúde e entre dirigentes e profissionais de saúde. Parece que ambos ficam alheios ao entorno, presos às amarras institucionais. Como já exemplificado no DSC, há a vida doméstica do serviço de saúde e há o mundo da política e da gestão. São territórios de subjetividades que vão se construindo, separando o mundo da gestão e o mundo da atenção, o mundo do pensar e do fazer, como se tratassem de coisas diferentes e dissociáveis, resultando numa fabricação dual que, no dia a dia, vai demarcando mais e mais fronteiras: há *os do lado de cá* (da rede de serviços) e *os do lado de lá* (da Secretaria). Assim, não interessa conhecer o que se passa no outro lado, porque a dissonância é tão intensa que esse envolvimento parece não fazer sentido. Surge uma pergunta no grupo, que fica suspensa: esses distanciamentos ainda acontecem nos dias de hoje?

*Espero não estar tendo uma crise nostálgica ou de “ranço”, mas não consigo deixar de fazer um paralelo entre o que significou esse período na minha caminhada e como me sinto hoje enquanto trabalhadora da saúde, atuando na ponta, no atendimento direto dos usuários do SUS. Esse movimento me leva a reafirmar a responsabilidade e o compromisso de fazer o melhor em cada espaço de trabalho, pois a competência ou falta dela impacta a vida do outro – o usuário do sistema. Hoje, sinto uma grande distância entre a minha prática e as proposições dos momentos de formação. Uma sensação de estar sendo separado o mundo do fazer do mundo do pensar, como se isso fosse possível. Assim me questiono: será o lugar onde estamos que faz a diferença na forma como vemos e recebemos as informações e oportunidades? (narrativas)*

No DSC, foram expostas as sensações sentidas nas vivências de trabalho atuais:

*Do lugar onde me encontro hoje tenho a sensação de receber capacitações contínuas, mas não educação permanente. Teremos vivido outro jeito de fazer formação ou apenas temos outras pessoas nesses espaços? Que aprendizado posso tirar dessa mudança? Trocar de lugar com o outro – terá faltado [isso]? Será apenas a constatação*



*de que “o ponto de vista de cada um é a visão que ele tem do ponto onde se encontra”? Divido essas inquietações [...] mesmo sabendo que participei de uma experiência que foi inovadora. (narrativas)*

O grupo se perguntou: como desterritorializar esses territórios subjetivados e subjetivantes de fronteiras? Como romper com esses distanciamentos?

Num primeiro momento, com base na experiência vivenciada e estudada nesta pesquisa, foi pensado que teriam faltado pessoas estratégicas para coordenar certos lugares do sistema de saúde, ou por equívocos na escolha de pessoas para liderar determinados processos, ou por não se visualizar pessoas interessadas e preparadas para determinadas funções. Uma ampla discussão foi feita sobre a gerência dos serviços de saúde.

*Nós pensávamos, quando colocamos os gerentes: os gerentes são gestores, os representantes do governo lá nos serviços. Se criou uma categoria nova, que não era nem trabalhador e que também não era governo, que não se sentia empoderada o suficiente para fazer tudo, e muitos deles nem tinham o desejo, tinham outros interesses que não eram propriamente os interesses do governo, digamos... não sei como explicar. Parece que se fica no limbo entre o técnico e político, não suficientemente empoderado para ser governo. Ao desenvolver atividade de apoio diretamente nos serviços, eu vi a importância de criar outras formas de participação, pois o gerente não consegue dar conta de tudo. (conversações)*

Uma fala de quem foi gerente aponta a dificuldade de exercer esse papel, mesmo quando havia implicação com o projeto político:

*Eu me sentia empoderada, comprometida com as ideias, e me posicionava como governo, mas chega uma altura que não se consegue mais transmitir para o governo o que se está sofrendo. Quem sofre é quem sofre e não se consegue dizer. Se o governo central pudesse sentir aquilo, talvez ele buscasse... não sei... porque é uma coisa muito grande! (conversações)*

*A gente mexeu no fazer. Nós tínhamos um projeto de mudança, que queria não só mudanças na organização e na estrutura do sistema de saúde, mas nas concepções, no fazer, nas práticas. É importante o compromisso, mas não basta ser comprometido com o SUS. Além do compromisso é preciso também o desejo individual e coletivo, além das condições para torná-lo real. Mesmo comprometida, tinha momentos que eu não conseguia ser sujeito ativo da mudança. (conversações)*

Pensou-se que, apoiando a recomposição operacional dos serviços de saúde, pela instituição de uma proposta política afinada com os princípios do SUS, e pela intermediação

de gerentes profissionalizados, multiplicar-se-iam as oportunidades concretas de um novo modo de trabalhar. Hoje se reconhece que nem sempre foram consideradas as singularidades e as capacidades dos gerentes, e que precisaria ter sido dispensada mais atenção aos percursos individuais dos mesmos e dos microprocessos nos diferentes territórios.

É possível perceber, nos dias de hoje, em alguns serviços coordenados por gerentes que também atuaram em cargos diretivos no momento histórico estudado e que participaram dos processos educativos, que as orientações não são mais as mesmas. Ficam as perguntas: por que esses gerentes não realizam mais as reuniões de equipe? Por que não mantiveram os planos locais? Quem eram os gerentes? Eram mesmo aliados do projeto tecnoassistencial? O que disputavam? Foram tocados pelas propostas mudancistas? O que aprenderam nos processos formativo-educativos? Estavam investidos de seu papel político? Estão sendo mobilizados por outros interesses? Foram capturados pelos dispositivos de poder? Defendem outros projetos?

Diversas interrogações invadem as discussões quando se mergulha nos processos vividos e se olha para a realidade momentânea, misturando lembranças, percepções e sensações. Alguns gerentes mais críticos e contestadores talvez não se sentissem suficientemente apoiados e foram perdendo potência em seu papel político. Outros pareciam acenar maior aliança; pareciam aceitar mais facilmente os desafios e pouco questionavam. Alguns desses mantinham-se mais silenciosos nos encontros. O que queria expressar esse silêncio? Era um silêncio reflexivo? Significava estar concordando com a condução dos processos mudancistas? Era um silêncio de quem não estava aprendendo o novo jeito de fazer a gestão? Ou era um silêncio *velado*, que escondia outros ideários? Não se tem as respostas para todas essas questões, mas fica a sensação de que houve falhas na avaliação do desempenho dos gerentes. Se havia dificuldade de posicionamento por parte de alguns gerentes locais, nos encontros do colegiado gestor e nos processos de capacitação gerencial, estariam eles preparados para construir outras realidades nos processos cotidianos dos serviços de saúde? Nas discussões no grupo focal, muitas foram as conversas cruzadas sobre esse ponto.

As reuniões de equipe inexistem em diversos serviços. Elas acontecem regularmente somente onde está implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse é um dos arranjos que ficaram. Quando foi implantada a ESF, foram desenvolvidas oficinas e processos de EPS, que estabeleceram a pactuação de uma agenda de encontros semanais da equipe de saúde. No *DSC*, indagou-se sobre a falta de reuniões nos serviços:

*Muitas pessoas que já estavam na gerência, na época, e que tiveram toda essa formação, [...] o que impede hoje de realizar reunião de equipe? Lá na UBS, o que faz não fazer reunião de equipe [...] o que é que falta? Será que isso acontece porque não tem alguém puxando [...]? O que faz isso morrer? É a chama política que falta? (conversações)*

O que se pode analisar é que foi feita uma forte aposta nos gerentes de serviços, sem que houvesse condições de acompanhá-los mais de perto no exercício de seu papel nos locais de trabalho, em suas necessidades e dificuldades concretas. Os gerentes participaram dos mesmos processos formativo-educativos, mas os efeitos das práticas educativas não foram os mesmos para todos. Os sujeitos da pesquisa ficaram se perguntando se não teria sido superestimada a capacidade da equipe diretiva e dos gerentes:

*[...] a gente apostou alto nos gerentes, às vezes superestimando a sua capacidade. (conversações)*

*[...] não se apoiou o suficiente o gerente e ele tinha dificuldade em reproduzir com sua equipe o que tinha vivido. (conversações)*

*Alguns gerentes [...] não tinham condições de exercer esse papel. Lá na roda não parecia, mas hoje, olhando para trás, é possível perceber. As orientações e os pedidos eram iguais, como se a coisa fosse igual para todo mundo e todos tivessem a mesma capacidade. A ferramenta na minha mão tinha um sentido, na mão de outro, tinha outro sentido. (conversações)*

Como já se viu com Schwartz (2010), há sempre uma composição parcialmente inédita entre as normas antecedentes e os saberes acumulados pelo indivíduo e pelo microcoletivo, pois cada qual tem histórias, singularidades, escolhas, compreensões e valores próprios. Esse entendimento explica a dificuldade de avaliar o desenvolvimento de competências gerenciais, que, pelo seu caráter industrioso, se constroem no encontro entre o que é concebido/proposto e a experiência concreta.

Num contexto de muito trabalho e na ânsia de querer consolidar novos arranjos e práticas, será que, em alguma medida, nos conformamos como “trabalhadores morais”, conforme problematiza Cecílio (2007a). O autor fala dos riscos de se assumir uma prática modelizadora, quando se assumem projetos considerados justos e pertinentes à construção do SUS, pois, ao querer fazer movimentos contra-hegemônicos, pode-se impor uma única racionalidade e ficar cego às forças instituintes e às liberdades sempre presentes nas atividades humanas e de trabalho. Deleuze (1992) também ressalta que ideias justas podem se tornar palavra de ordem, mesmo nos processos revolucionários. É por isso que, no lugar de

ideias justas, Deleuze propõe “justo ideias”, o próprio devir-presente, a gagueira das ideias, que só pode se exprimir na forma de questões. Seria um todo sempre aberto, sem querer simplificar e quebrar todas as demonstrações, “[...] uma micropolítica das fronteiras contra a macropolítica dos grandes conjuntos” (ibidem, p. 61).

*A gente simplificou, não considerou suficientemente o processo. Achou que, tendo capacitado os gestores, eles estariam prontos para fazer. Adotamos o modelo, anunciamos, capacitamos e pronto. Tratamos todo mundo igual, quando há diferenças de concepções, compreensões, comprometermos e desejos.* (conversações)

Nesse aspecto, houve diversas falas ao mesmo tempo, dificultando a transcrição das conversas. Surgiram diferentes interrogações:

*Será que não se soube fazer, se aliar, lançar estratégias para agregar os outros e para fazer crescer?* (conversações)

*Faltou orientar mais as novas equipes? Faltou investir mais na discussão política do novo modelo? Faltou apostar mais no GAG (Grupo de Apoio à Gestão) ou em outra forma de apoio aos serviços de saúde? Faltou aproximar-se mais das equipes? Os trabalhadores foram suficientemente envolvidos e escutados? A proposta político-pedagógica e os conhecimentos oportunizados não considerou adequadamente às necessidades demandadas? [...] as práticas arraigadas e os interesses dominantes é que prevaleceram?* (conversações)

No DSC, algumas reflexões:

*Nós trabalhamos muito na perspectiva [da EPS], o que houve é que não conseguimos nos aproximar de todos os lugares onde o trabalho acontece.* (conversações)

*A gente está conseguindo olhar para trás, fazer a crítica. Em conjunto, a gente consegue ter uma imagem daquele tempo muito melhor do que se teria individualmente, porque o meu olhar está carregado de sentimentos, de frustrações. Junto com vocês [...] eu vou enxergando de outra forma [...]. Ao olhar, eu posso ver: isso foi uma falha, uma estratégia errada, não deu certo, aqui faltou. Então a gente pode melhor pensar em estratégias de gestão para modificar a realidade, [...] que valorizem os microprocessos.* (conversações)

Idealização, realismo, pragmatismo:

*Parece que a gente poderia ter mudado tudo... nós sairíamos de lá e as mudanças ficariam para sempre... todos ficaríamos muito felizes. É*

*ambicioso demais! As diferenças existem, as disputas acontecem, os interesses nem sempre são comuns e estão sempre em disputa. Aquilo que parece pequeno para um pode parecer grande para outro.*  
(conversações)

No DSC aparecem as ambivalências vividas no mundo do trabalho. De um lado, o desejo de uma construção coletiva ampliada, de circular pelo espaço mais liso, de investir em processos de autogestão do trabalho (na micropolítica do trabalho) e, de outro lado, as imposições das linhas estriadas, das estabilidades e do trabalho prescrito. De uma parte, o desejo de prestar um trabalho *com e para* os usuários, de outra parte, a necessidade de fazer mediações entre Partido-Estado-Governo. Esses problemas fazem pensar que, mesmo sendo inevitável essa convivência – entre as arborescências e os rizomas –, a saída estaria em cultivar mais rizomas do que árvores. O que pela EPS se propunha era um governar que não desconsiderasse os arranjos cogestionários, mas que defendesse a centralidade da micropolítica, por entender que é nesse espaço que se encontram as possibilidades de criação-invenção. A democratização da saúde depende de espaços de poder compartilhado para fazer circular informações e encaminhar decisões colegiadas, mas depende, antes de tudo, de processos de libertação, da capacidade de acolher as forças micropolíticas e até mesmo de ativá-las e fazê-las germinar (de tão constringidas que estão).

Deleuze e Guattari (1995) recomendam cultivar rizomas e não árvores. O rizoma, como o platô, está sempre no meio, *intermezzo*, a-centrado, não hierárquico, sem general, sem alto nem baixo, sem começo nem fim: “[...] o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga” (ibidem, p. 32-33). Na árvore-raiz e nas arborescências, os sistemas são centrados, transcendentais, estruturados, de comunicação hierárquica e ligações preestabelecidas. Eles remetem à fotografia, a decalques e a imagens de referência que estancam as linhas de fuga e as intensidades. Para dar oportunidade aos devires e às multiplicidades, os autores recomendam: “[...] faça rizoma e não raiz, nunca plante! Não semeie, pique! Não seja nem uno nem múltiplo, seja multiplicidades! Faça a linha e nunca o ponto! [...] Nunca ideias justas, justo uma ideia. [...] Faça mapas, nunca fotos nem desenhos.” (ibidem, p. 36).

Guattari e Rolnik (2000, p. 33) ensinam, ainda, que a subjetividade “[...] é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares”, portanto ela também tem necessidade de uma prática em constante evolução. Explicam que essa subjetividade oscila entre dois extremos: “[...] uma relação de alienação e opressão, na

qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo [...] de singularização” (ibidem, p. 33). Por isso, esses autores alertam que é preciso adentrar o campo da economia subjetiva e não mais se restringir ao da economia política. A questão está em como fazer com que se mantenham os processos singulares.

Os mesmos problemas que se colocam como desafio à conformação do trabalho em equipe, na atenção à saúde, valem, também, para os processos de gestão do trabalho. Não seria por definição política ou por acumulação de esforços que a gestão aconteceria de forma integrada.

Ter que responder de forma imediata às expectativas sociais e dar visibilidade às propostas governamentais, como no caso da ampliação de serviços, fez com que tempo, energia e recursos ficassem, muitas vezes, concentrados na ampliação e na estruturação física do sistema de saúde, e mesmo esse trabalho exigia atenção permanente. Os processos que envolviam a formulação de projetos físicos dos serviços de saúde precisavam favorecer os novos arranjos e, para isso, era necessário enfrentar as lógicas dominantes:

*Havia situações em que tinha-se que “quebrar a cabeça” para organizar a disposição das equipes nos novos projetos físicos, pois neles só cabia o modelo antigo. (conversações)*

Foi também lembrada a estratégia criada para apoiar a implantação do novo modelo technoassistencial – o Grupo de Apoio à Gestão (GAG), composto por um grupo de profissionais do nível central da SMS, que se disponibilizava a assumir o papel de apoiador matricial aos gerentes da rede básica. O GAG foi apontado como dispositivo importante na socialização das aprendizagens e das diretrizes da política de saúde. Além disso, propiciava aos próprios apoiadores o movimento de sair do centro e ir vivenciar o sistema em outros lugares e perspectivas. Para o gerente, seria um apoio político e técnico, embora os dois estivessem vivenciando as mesmas práticas educativas. No entanto o GAG se manteve por aproximadamente dois anos, sendo apontados diversos fatores que determinaram a sua extinção: alguns profissionais não se sentiam suficientemente preparados para apoiar os gerentes, havia dificuldade para conciliar as responsabilidades pertinentes do trabalho cotidiano e as novas responsabilidades desencadeadas pelo GAG, e também houve o deslocamento de alguns profissionais que faziam o papel de apoiadores para os serviços de saúde.

*Não se ampliou o grupo de apoiadores na SMS, ficamos reduzidos a poucos. (conversações)*

*Se encerrou o GAG sem que fosse criada outra estratégia. (conversações)*

Embora o GAG fosse considerado uma estratégia importante, a fala de um gerente revela que nem sempre o apoiador conseguia efetivar o papel de apoio à gerência.

*Houve momentos em que o GAG (que “vocês” achavam uma boa estratégia) [...] me embolava, atrapalhava, [...] tinham que ter “GAGs” diferentes para níveis diferentes, mas não tinha gente preparada para tudo isso [...]. (conversações)*

O que se sentia era que, em algumas situações, o gerente delegava ao GAG o papel de conduzir os processos e, em outras, o apoiador não conseguia responder satisfatoriamente às necessidades peculiares dos territórios.

Pensar nos movimentos deflagrados, com as gerências e com o GAG, nos cotidianos de trabalho, levou a discernir que *modelos* são estratégias, multiplicidade de *formas* (não *fôrmas*), pluralidade de *conformações*. A proposta macroestrutural de um governo e o desempenho de uma equipe diretiva central são importantes na gestão da política de saúde. No entanto outros aspectos precisam ser considerados. Na experiência estudada, o forte desejo de instituir um modelo technoassistencial, em curto espaço de tempo, sem que fossem desenvolvidas as condições locais para efetuar-lo, pode ter sido um dos fatores dificultadores. As *correrias*, às vezes, faziam com que se estabelecessem percursos parcelares, como se fosse possível, logo adiante, fazê-los convergir para uma mesma direção.

A dificuldade de dispor de gerências com perfil adequado e de apoiar os gerentes localmente e a falta de profissionais suficientes nos serviços de saúde levavam a equipe diretiva ao cansaço. Somando-se a esses fatores, destacam-se as frequentes mudanças de titularidade na pasta municipal da saúde<sup>31</sup> na segunda gestão, situação que exigia esforços redobrados da equipe dirigente para articular as diferentes frentes de trabalho e os fluxos político-administrativos. No ano de 2002, como já foi citado, também estava em andamento um processo de capacitação (projeto Reforsus). No ano de 2003, o Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família, iniciativa do governo federal com incentivo financeiro e

---

<sup>31</sup> No segundo mandato da Administração Popular, a primeira secretária municipal de saúde foi Deysi Leana Bottin Piovesan (período de 1º jan. 2001 a 1º jan. 2002), médica sanitária e servidora que atuava no planejamento da SMS desde 1989 e que devido a problemas de ordem pessoal precisou transferir o cargo para uma secretária interina, Vanda Ferreira Vitorazzi, assistente social, também servidora municipal (período de 2

cooperação técnica, demandava a implantação da *estratégia* de Saúde da Família na expansão de cobertura da atenção básica. Entre todos esses desafios e trabalhos para desenvolver, havia também os afazeres rotineiros, que absorviam grande parte do tempo de trabalho. No grupo focal foi dito que o que fazia romper com esse aprisionamento institucional eram as atividades educativas. Essas são consideradas indispensáveis para despertar outros olhares em relação às experiências de trabalho. A EPS/consultoria ocupava relevante papel.

*Era difícil conciliar tudo isso no dia a dia, mas era muito bom. Tínhamos que preparar tudo para os momentos com a consultoria. Eram os encontros das consultorias que faziam sair da cegueira. A gente via: tem chance sim, é possível [...].* (conversações)

Desejando enfatizar a importância do trabalho coletivo e em rede, uma participante faz referência aos círculos africanos:

*É necessário que [algo] nos toque e faça reacender a luz [...], o nosso propósito, [...] uma ponte para nos fazer inteiros. Esse é para mim o objetivo da EPS. Uma história das tribos africanas [...] pode servir para ilustrar: Quando uma mulher na tribo fica grávida, um grupo de outras mulheres se recolhem na mata e em silêncio recebem ou criam a canção do bebê. Quando se afinam com a canção, elas cantam em voz alta e retornam à tribo para ensinar a canção do bebê a todos os outros e quando ele nasce elas cantam a “sua canção” e, assim, em todos os momentos significativos da sua vida, se canta a sua canção, do nascimento à hora da sua morte. Quando por alguma razão, esse ser se desvia do rumo [...] ou da cultura da tribo, os demais, em círculo, cantam a sua canção.* (narrativas)

*[...] a proposta tecnoassistencial e as estratégias de gestão em si já significavam um processo educativo permanente. Não teríamos os resultados conquistados [...] se não tivéssemos o processo que tivemos: a gestão descentralizada; os vários colegiados de discussão e decisão; as oportunidades de participação; as relações horizontalizadas; os poderes compartilhados [...], entre outros, possibilitou avanços evidentes e concretos na implantação do SUS em Caxias e formou consciência sanitária para os indivíduos que participaram, embora muitos não tenham percebido as competências adquiridas.* (narrativas)

Sabia-se que a qualificação da atenção em saúde não ocorreria por decreto e por regramento, e que a construção de mudanças dependeria da reconfiguração dos processos de trabalho, mas nem sempre os gerentes conseguiam despertar o interesse das equipes em

---

fev. 2002 a 1º maio 2002). Em seguida, assume Jaime Guedes Silveira, médico sem vínculo municipal (13 maio 2002 a 15 dez. 2002) e, depois, Justina Inez Onzi, também vice-prefeita (16 dez. 2002 a 31 dez. 2004).



relação ao novo projeto. Quando as equipes eram muito reduzidas, havia dificuldade, inclusive, para garantir as discussões coletivas. E, assim, quando as equipes não se sentiam partícipes dos processos, o desejo de mudança ficava restrito ao nível central da SMS.

De outra parte, um dos sujeitos do grupo focal advertiu que havia um regramento excessivo do trabalho da gerência, que, embora servisse para nutrir os gerentes que ficavam à mercê das *ordens* de comando centrais, tolhia a criatividade de outros. Havia gerentes que não se restringiam às prescrições e inventavam estratégias e desenhos organizativos com suas equipes:

*[...] existia um grupo de gerentes (assim como hoje), que precisavam de definições de como fazer. Os gerentes divergiam muito no grau de comprometimento, de compreensão, exigências, e de poder de argumentação. [...] quando o gerente tinha visibilidade, ele mesmo fazia o contraponto aos regramentos. A mesma situação [...] de diferenças e disputas entre o grupo de gerentes, ocorria com o grupo interno da SMS. Por outro lado, [...] tem gente que se deixar ficar livre, é capaz de criar alternativas ainda melhores. (conversações)*

Esperava-se que as práticas pedagógicas desenvolvidas com os gerentes fossem reproduzidas com as equipes de saúde, mas nem sempre isso era possível. Tudo – e ao mesmo tempo – precisava ser feito para corresponder ao compromisso ético-político de fortalecer o SUS em Caxias do Sul e na macrorregião e, também, para agilizar os compromissos políticos com que o governo se comprometera.

No grupo focal, além de ser discutida a importância da interface Educação e Gestão para a recomposição das práticas, foi ressaltada a importância de viabilizar estruturas e investimentos físicos e orçamentários condizentes com as propostas do SUS. Nesse sentido, houve significativo investimento municipal, possibilitando a ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde<sup>32</sup>.

*O compromisso político de consolidar o SUS em Caxias e na região tinha sido assumido desde a eleição; tinha-se que viabilizar o acesso à saúde e ampliar a oferta de ações e serviços. A população não tinha nada e se a gente não fizesse isso, não faria mais nada... (conversações)*

<sup>32</sup> Conforme publicação municipal, o orçamento foi ampliado de R\$ 16,6 milhões, em 1996, para R\$ 71 milhões, em 2003. Foram implantadas 11 novas UBS, três serviços de atenção à saúde mental e quatro núcleos de atenção à saúde mental para crianças e adolescentes na rede básica, além de serem criados os serviços de vigilância sanitária e ambiental; serviço de avaliação, controle e auditoria; central de marcação de consultas especializadas; hemocentro regional; central de exames e central de ambulâncias, bem como foi ampliado o serviço de pronto atendimento 24 horas e o número de leitos hospitalares (de 498 para 813). Também foi reestruturado o Centro Especializado de Saúde, com a implantação de seis novos ambulatórios especializados, implantada uma política municipal de medicamentos e ampliado o atendimento em serviços complementares contratados, nas áreas de média e alta complexidade (CAXIAS DO SUL, 2004, p. 8).

*Existia um sofrimento, uma dor social pela falta de serviços, e aí as estruturas precisavam ser garantidas em curto espaço de tempo. (conversações)*

As falas revelam a realidade dos governos que precisam orquestrar respostas a necessidades e demandas sociais de várias ordens, ao mesmo tempo, e de forma imediata. Testa (1992), em sua produção sobre planejamento estratégico, alerta para a relação necessária que deve haver entre o propósito institucional, o método (a teoria do problema que busca resolver) e a organização (a cristalização da história relacionada a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas), na condução de projetos governamentais, destacando a existência de três poderes que se intersectam no setor da saúde: o poder técnico (de processar a informação), o poder administrativo (de controlar os recursos) e o poder político (de mobilizar grupos sociais e de produzir saberes e práticas). O autor destaca que as maneiras como se combinam os tipos de poder podem assinalar o caminho a ser percorrido na constituição de um poder hegemônico. Nesse sentido, na experiência municipal, entre *corredeiras*, nem sempre foi possível dispensar uma atenção satisfatória ao estudo das relações de força determinantes e condicionantes dos acontecimentos, o que teria possivelmente enriquecido os investimentos à construção da legitimidade social, indispensável às mudanças pretendidas.

Sobre a gestão de ações transformadoras, várias inquietações e perguntas surgiram entre as conversas: os processos precisam ser vigiados? Precisam de *puxadores*? É preciso ter em quem se espelhar? As pessoas só se jogam se outros se jogarem primeiro? Como apoiar sem controlar? Muitas dessas questões misturavam sensações de culpa, tanto por omissões quanto por excessos de intervenção (por não ter puxado mais, por ter contido liberdades ou por ter trocado de lugar no decorrer do processo).

Não negando a importância de dispor de pessoas sensíveis e preparadas em lugares estratégicos do sistema de saúde, para desenvolver uma nova proposta, discutiu-se sobre a necessidade de instituir um processo de EPS envolvendo mais todas as equipes de saúde, de maneira a fazer refletir, a partir das próprias experiências de trabalho, as possibilidades de reorganização dos processos produtivos, em aproximação aos princípios do SUS e aos valores da integralidade. Hoje se observa, nas experiências vivenciadas nos serviços de saúde, por exemplo, que há trabalhadores que, mesmo não tendo participado diretamente dos processos que ora estão sendo investigados, esforçam-se para ensaiar novas maneiras de cuidar, em consonância com os princípios ético-políticos propostos pelo SUS. Isso revela que sempre

existem aliados em potencial nas diferentes instâncias do sistema de saúde e que estão à espreita de estratégias que busquem a transformação das práticas em saúde. Leva a concluir que, antes de pensar em funções e pessoas, é preciso pensar em equipes, processos, redes, linhas de cuidado e arranjos de gestão e de atenção em saúde e, também, que é preciso pensar em Educação Permanente em Saúde para apoiar a construção dessas estratégias.

Outra perspectiva de análise é que os movimentos para apreensão da realidade ficaram mais concentrados em oficinas de planejamento estratégico, ancoradas pela ferramenta do Planejamento Estratégico Situacional, postulada por Carlos Matus (1996). Sem desconsiderar a importância desses processos, para identificar os nós críticos obstaculizadores da situação-objetivo e construir estratégias para seu enfrentamento, hoje é possível dizer que, além dos esforços para qualificar o planejamento em saúde, é preciso cartografar os investimentos de desejo, as intensidades e os agenciamentos que se engendram nos cotidianos dos serviços de saúde.

Houve dificuldade de acompanhar os processos micropolíticos, mesmo nos espaços de controle social<sup>33</sup>, como no caso dos conselhos locais de saúde. Nesse sentido, foram lembradas as estratégias realizadas para ampliar a participação e o controle social na saúde. Além da criação dos conselhos e das pré-conferências locais, para fortalecer o controle social, foi desenvolvida uma ampla discussão sobre os rumos e os investimentos públicos na saúde, por meio da estratégia do *Orçamento Participativo*<sup>34</sup>.

O projeto *Em Defesa da Vida* foi apresentado e aprovado nas várias instâncias, que eram permeáveis e receptivas às proposições da nova política de saúde. No entanto, com a troca do governo municipal, a SMS passou a desenvolver outro projeto, o que faz pensar que também as instâncias de controle social podem ser capturadas pelas forças institucionais. Discutiu-se, ainda, sobre o poder legítimo dos governantes para efetivar a política de saúde (o SUS), o que fez perguntar:

*Não teríamos que ter aproveitado mais esse poder para reorganizar fluxos e processos de trabalho? (conversações)*

---

<sup>33</sup> Na 4ª Conferência Municipal de Saúde de Caxias do Sul, realizada em 2003, as propostas apontavam a necessidade de ampliar o trabalho junto à sociedade e às instâncias de controle social. Entre elas: “divulgar melhor o SUS e a importância do papel de participação da população na política de saúde, enfatizando as instâncias de controle social – Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselhos Locais de Saúde (CLS)”;

“aumentar a divulgação do trabalho das ações das UBS, valorizando a ampla proposta assistencial que é desenvolvida [...]”; “capacitar os CLS buscando uma visão ampliada de saúde e uma reorientação das práticas e ações dos serviços. Uma saúde menos medicalizada, menos prisioneira de soluções rápidas e mais transformadora do próprio sujeito na construção de sua saúde e de sua comunidade”; “investir na qualificação dos profissionais de saúde, visando à humanização do atendimento” (CAXIAS DO SUL, 2004a, p. 45).

<sup>34</sup> O Orçamento Participativo foi uma estratégia desenvolvida pela Administração Popular que consistiu na participação da sociedade civil na definição das prioridades dos investimentos públicos.

*Faltou determinação administrativa em algumas situações para implementação dos princípios e diretrizes do SUS? (conversações)*

Essas discussões reforçaram a necessidade de construir maior legitimidade política e social às propostas governamentais, particularmente quando há um norte orientado por princípios éticos, afinados com os pressupostos da política de saúde brasileira e da Reforma Sanitária. Isso reafirmou a importância das propostas governamentais para desenvolver a gestão do cuidado em redes, a articulação entre os serviços, entre as equipes no sistema de saúde e entre as diversas políticas setoriais.

Outra consideração no DSC foi que faltou instituir estratégias de gestão administrativa e desenvolvimento formal do trabalho, como uma política de avaliação de desempenho, de valorização profissional e um plano de cargos, carreira e salários:

*Faltaram algumas estratégias que não foram implantadas, como, por exemplo, o plano de carreira; estratégias de valorização dos trabalhadores. A gente queria construir avaliação de desempenho [...], trabalhamos muito nisso! (conversações)*

Foram também apontadas as dificuldades de gestão dos trabalhadores, sendo que as inovações muitas vezes esbarravam em empecilhos determinados pelas relações de trabalho, como lembrado nas conversações:

*[...] havia problemas mais complexos, “mais duros”, “de maior envergadura”... não sei que palavra usar... (conversações)*

Essa fala é um exemplo da dificuldade de implantar acolhimento sem que houvesse retaguarda de profissionais médicos no horário integral de funcionamento das UBS. Além da necessidade de ampliar o horário de permanência dos médicos nos serviços, havia que construir um novo modo de intervenção:

*[...] diferente da consulta, em que o profissional atende [...], faz o pronto-atendimento e vai embora. (conversações)*

Outra necessidade era ampliar as equipes, mediante a nomeação de outras categorias profissionais, para compor os projetos terapêuticos sob a lógica da integralidade.

Também foi observado que o setor público, progressivamente, está precarizando as relações de trabalho, diversificando as formas de contratação dos profissionais.

*A rede está muito desfigurada. O que se vê na saúde é que os contratos emergenciais estão crescendo. Está se constituindo uma rede com um formato muito “louco” [...], várias formas de contratação. (conversações)*

Profissionais de algumas áreas, inclusive, estão sendo contratados como prestadores de serviços. Recentemente (fevereiro de 2011), por exemplo, na área de saúde mental, houve grande polêmica em razão de uma proposta de contratação de entidade privada para sediar e executar serviços de saúde mental (JORNAL PIONEIRO, 26-27 fev. 2011). A ideia original propunha instalar, num antigo seminário, residenciais terapêuticos, um centro de atenção psicossocial (CAPS) 24 horas, uma comunidade terapêutica para o tratamento de pessoas com distúrbios mentais e dependentes químicos, um serviço de atendimento domiciliar (*Home care*) e uma casa de cuidados para pessoas que necessitam de cuidados clínicos e que não dispõem de apoio familiar. Houve uma grande discussão envolvendo a Câmara de Vereadores e o Conselho Municipal de Saúde, pautando discussões em torno da preocupação de que essa unidade viesse a se transformar em uma casa de confinamento. Após várias discussões, o CMS aprovou a proposta, porém desvinculando da mesma os serviços residenciais terapêuticos, por considerar que seria consumada a lógica contrária à política nacional de saúde mental, que é antimanicomial desde os anos 1980 (no mínimo, desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987), e indica serviços acoplados às bases locais de construção de convivência, integrados como rede de atenção integral à saúde, não recortados desta e nucleados entre si.

Retornando ao período estudado, é possível lembrar, ainda, de algumas dificuldades vivenciadas em relação à gestão financeira – poder administrativo (TESTA, 1992). Além das decisões e dos processos administrativos ficarem muitas vezes na dependência de encaminhamentos e resoluções de outros setores da administração municipal, também havia dificuldade de compreensão da *engrenagem* financeira interna, tendo em vista os variados e complexos esquemas de financiamento e de prestação de contas instituídos no SUS (recursos da Atenção Básica, da Estratégia da Saúde da Família, da Vigilância Sanitária, da Vigilância Epidemiológica, do Programa de Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Aids, dos projetos especiais etc.). Essa fragmentação dificultava a integração entre o planejamento e o gerenciamento dos recursos e fazia com que alguns serviços fossem crescendo, sem uma adequada integração à rede ampliada de serviços.

Em relação à efetivação das mudanças, surgiu, nas conversas, o debate sobre ter-se ou não consolidado o processo. Mas o que seria consolidar o processo? Há um lugar ou ponto para chegar?

*Não é que haja um ponto de esgotamento, mas significaria a concretização do novo modelo como processo na rede de serviços. Havia que mudar as relações, o modelo falava “da relação” com o usuário. Não é ponto de chegada, mas é um sentido, uma opção. Significa optar por uma estrada e não outra. Aqui o sentido diz respeito a uma lógica, a lógica da razão pública do sistema de saúde, a lógica de dar centralidade às necessidades do usuário. E isso não significa se limitar a erguer paredes, construir unidades. Nós queríamos construir um modelo que não fosse somente parede, mas que fosse antes de tudo relação. (conversações)*

*[...] Defender a vida [...] é não se perder no jogo de interesses mercadológicos e de poder que permeiam o sistema. (conversações)*

*[...] vejo frequentemente pessoas que se mostram convictas de um ideal e que na primeira adversidade desistem; que se colocam à frente, mas que na troca de chefia se corrompem por alguns poucos reais ou falsos poderes; vejo governos com fala mansa e com propostas de novo jeito, discursando sobre participação e democracia, mas que governam no cotidiano na base da “ordem de serviço”, do autoritarismo, da centralização; [...] e tantos outros absurdos que vejo e outros que não vejo [...]. Então a velha estratégia dominante de apropriação de lutas e de bandeiras, do uso de linguagens dos dominados continua valendo e continua funcionando, pois continua confundindo. Parece que somos iguais! Parece que queremos as mesmas coisas! Parece que fazemos do mesmo jeito! O que nos iguala ou diferencia não é o nosso discurso, mas a visão de mundo que adotamos, o sonho de mundo que temos e o trabalho que desenvolvemos para conquistá-lo. E ainda o jeito que decidimos adotar para construí-lo. (narrativas)*

Às vezes, as argumentações falavam da necessidade de ter havido mais tempo para o desenvolvimento do processo, pois o coletivo ainda não estava suficientemente maduro e, além disso, o número de profissionais ainda era insuficiente, particularmente na rede básica. Em algumas instâncias, entretanto, a organização de um novo arranjo tecnoassistencial parecia estar consolidada:

*[...] na minha equipe o processo estava consolidado. [...] tínhamos indicadores, plano local [em todas as equipes das UBS do território], intervenções com base nesse plano, reuniões de equipe, grupos educativos, equipes de referência. [...] um trabalho com as crianças*

*em situação de risco, as gestantes eram acompanhadas, teve coisas que ficaram muito marcadas. (conversações)*

Nesse espaço, ainda hoje a equipe e o conselho local de saúde reconhecem a importância do que foi organizado naquele período. Quanto aos planos locais, foi destacado:

*[...] o processo de implantação dos mesmos se diferenciava conforme a composição e a capacidade da equipe e, dependia, também, do perfil do enfermeiro, de cada “puxador”. (conversações)*

Tratando-se das aprendizagens, as narrativas expressam alguns agenciamentos e afetos que se efetuaram *nos* e *entre* os processos coletivos:

*Penso que formávamos um grupo com ideais comuns (mesmo que com ideias diferentes), e isso nos levava a tentar e tentar novamente, a querer mais. [...] Nesta caminhada, convivemos e acolhemos diferentes olhares, diferentes saberes, diferentes modelos pessoais de funcionamento e assim mudamos uns aos outros em um processo educativo vivo e contínuo. (narrativas)*

*O que ficou de tudo que vivenciamos, é difícil mensurar, mas: ficou a gratidão pelas oportunidades vividas; ficou a alegria da certeza que é possível; ficou que muitos colegas que se tornaram amigos; ficou a paz por ter feito o melhor que se sabia; ficou o olhar mais ampliado; ficou uma prática profissional muito mais consistente, qualificada e efetiva. (narrativas)*

*Ficou uma vida mais rica e feliz, mas que ainda precisa, em algum momento, que alguém “cante a sua canção”, porque educação tem que ser permanente e no encontro. Às vezes sinto saudades, me sinto sozinha. Sei também que é ilusão! (narrativas)*

*O que ficou em mim: eu uso várias dessas ferramentas que aprendi nos processos de educação desenvolvidos no trabalho, não foi a universidade que me ensinou. (conversações)*

*O que faria diferente? Se preciso fosse, viveria tudo de novo, entretanto já não seria tão crítica com meus colegas, ou tão exigente com os resultados e tão indignada com “as falhas”. Curtiria mais o próprio processo, com mais leveza e também brincaria mais com alegria, não sei quem inventou que responsabilidade e compromisso têm a ver com gente carrancuda. (narrativas)*

*Posso dizer que a partir do início da consultoria, passando pelos processos de educação permanente que foram se desenvolvendo ao longo do período de 1997 a 2004, houve uma ampliação de minha capacidade de olhar criticamente para a realidade e de buscar elementos, sistematizando-os para a elaboração de diagnósticos mais*

*precisos. Ampliou-se também minha habilidade na argumentação e sinalização de aspectos fundamentais para a implantação de um modo de fazer realmente comprometido com a construção de sujeitos. Afirmo isto tomando como evidência a diferença entre minhas práticas no período anterior ao início da consultoria e no momento atual. Antes tinha uma atuação voltada para aspectos mais estruturados, como o acompanhamento de operações, metas de alguns programas de saúde, produtividade e mesmo questões administrativas, em uma lógica muito mais de controle do que de avaliação ou de apoio. Os projetos e planos em que participei da elaboração na época demonstravam preocupação em estruturar um sistema de saúde que garantisse os princípios do SUS, mas o foco voltava-se a implantação de serviços buscando garantir acesso. [Em outros momentos históricos da SMS] mesmo nas propostas em que houve opção por modelo assistencial, as questões referentes aos processos locais de trabalho e a micropolítica não foram suficientemente detalhadas. (narrativas)*

Há um dado aqui: sente-se falta da consultoria, não de cursos, mas *da ajuda* para pensar. Um incômodo (atual) é o *impedimento para pensar*.

Retornando à citação “*teve um processo na saúde que marcou a cidade*”, o que ficou dos processos educativos? O que se pode dizer das permanências, das *afecções* e dos incômodos que ficaram?

*É difícil medir, mas é possível perceber que aumentou a dedicação ao serviço público, ampliou o olhar, aumentou o compromisso de muitos profissionais de saúde. Para outros, ficou um incômodo. (conversações)*

Quanto a isso, não dá para dizer que houve consenso nas conversações. Mais perguntas do que respostas: mudaram as práticas? Mudaram as concepções? Mudaram as formas?

No grupo focal, houve o reconhecimento de que ficaram diversas estratégias e formas de organização da gestão e dos processos de trabalho, sendo destacada a dificuldade de converter o modelo de atenção à saúde, de construir outra lógica e *contagiar* mais trabalhadores.

*É muita coisa para nós mesmos, imagina para os outros mais distantes! A dificuldade foi mexer no fazer e nas práticas. (conversações)*

Sabe-se que a natureza do corpo de cada um é dada pelos agenciamentos que faz e, assim, as mudanças dependem do quanto cada um possa “se deixar roçar pelo mundo”



(ROLNIK, 2006, p. 47) e se abrir para os encontros, de maneira a afetar e se deixar afetar, e do quanto cada um consegue ampliar o alcance da força gerada pelo encontro, para criar novas possibilidades de vida.

*Tem o todo e tem o eu. Também depende de cada sujeito. A quem não se permite abrir o olho, não existe luz que possa enxergar, embora que, para haver essa abertura, são necessárias algumas condições. Nós tentamos criar condições para que as coisas acontecessem. E aquele tem uma ética, um valor, uma opção e uma escolha como projeto de vida, pegou e cresceu. Se a gente olhar para dentro da Secretaria, vai perceber, no conjunto de pessoas que viveram o mesmo processo educativo, que algumas foram tocadas e outras não. Ficaram muitas práticas, coisas que talvez a gente nem saiba ou não consiga perceber, mas é certo que ficaram incômodos. Um incômodo muito grande nos trabalhadores, por exemplo, em relação ao acolhimento e vínculo. Parece que algumas concepções mudaram. (conversações)*

*[...] ficaram algumas práticas, ficaram marcas de respeitabilidade. As pessoas com que me encontro fazem a crítica: hoje não sabemos bem qual é o rumo. Pessoas das quais jamais esperava ouvir isso. (conversações)*

Nas narrativas e conversações, algumas confluências sobre o que ficou:

*Alguns exemplos de construções: elaboração coletiva dos planos locais (ênfase nas necessidades do usuário e a construção de projetos terapêuticos individuais); elaboração do Protocolo de Atenção Básica; Elaboração das Rotinas de Urgência e Emergência Clínica e Pediátrica; Capacitação de Gestores; Publicações (revistas) com registro das práticas dos trabalhadores do SUS; Instituição do Colegiado Gestor nos Serviços do SUS Municipal; Implantação dos Conselhos Locais de Saúde; Criação do Centro de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS. (narrativas)*

*Na atenção: a ampliação de serviços, na gestão: a criação do colegiado gestor, em relação ao controle social: a implantação dos conselhos locais de saúde, na formação dos trabalhadores: a criação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde. De todos os avanços, o último penso seja o mais significativo porque oportunizou a mudança no jeito de fazer individual e coletivo e, principalmente, porque são sementes que não poderão ser extirpadas, deixadas “à míngua”, desmanteladas, por fatores externos como a mudança política, por exemplo. Diz respeito ao saber que só a pessoa pode abandonar, se assim o desejar. Em contrário, levará para seus espaços de atuação sejam eles relacionados à micro ou à macropolítica. (narrativas)*

*Nós estávamos num processo de construção. Desconstruiu-se algumas coisas e se deu um passo para a construção de um projeto novo, de uma nova lógica, de um novo foco e direção, mas foi muito pouco tempo para algumas pessoas. A gente não pode esperar que a mudança aconteça de forma mágica. (conversações)*

Foi observado que muito se perde na construção do SUS pela falta de memória e de registros sobre os processos históricos. Novos profissionais estão ingressando na rede sem ter conhecimento dos movimentos deflagrados à implantação do SUS no município:

*Não se registrou a experiência, e aí estamos perdendo as pessoas que têm uma certa memória, e as pessoas novas não conhecem a história de construção do SUS. (conversações)*

*Eu percebo que tem muita gente nova, pessoas que às vezes buscam conhecer os processos históricos e ficam surpresas. Perguntam: por que houve descontinuidade? Dispositivos que a gente usava, eu tento utilizar no meu serviço (a exemplo da “rede de petição e compromissos”). E aí vêm as perguntas? Onde foi aprendido isso? (conversações)*

Foi destacada, ainda, a importância de construir propostas technoassistenciais com os trabalhadores e com as instâncias de controle social, pois era necessário estabelecer objetivos e esforços coletivos que se pautassem em diretrizes e valores éticos. Os diferentes atores precisam de um *horizonte*; precisam sentir-se sujeitos dos processos:

*O meu maior problema foi ter clareza sobre o norte, sobre os princípios [...] Quando eu passei a ter clareza sobre isso, aí não foi mais difícil para mim, apenas trabalhoso. (conversações)*

*O gestor tem que apostar na capacidade da equipe, do coletivo e propiciar autonomia. Os diferentes olhares configuram a riqueza do processo. Havia um objetivo comum. (conversações)*

*As propostas da época refletiam o conhecimento acumulado na instituição. A isto contraponho os inúmeros projetos que foram elaborados no período 1997 a 2004, com inegável qualidade, alguns inclusive com reconhecimento do MS, através de premiações, para evidenciar o avanço havido na bagagem coletiva de determinado grupo da SMS no período em questão. (narrativas)*

Ainda em relação ao que ficou, observa-se, nos diferentes espaços da SMS, que temas como acolhimento e vínculo, antes quase ausentes, passaram a compor, com frequência, as pautas de discussão das equipes, havendo, inclusive, algumas experiências que buscam qualificar o atendimento aos usuários. Em publicação da SMS (CAXIAS DO SUL, 2009), por

exemplo, que relata experiências de atenção básica, a experiência descrita de implantação do acolhimento, como dispositivo para qualificar os processos de trabalho, foi a de uma UBS (Fátima Alta) que desde 2004 apresentava suas propostas de reorganização do trabalho pelo dispositivo do acolhimento, conforme publicação do governo anterior (CAXIAS DO SUL, 2004b). Também permaneceram as instâncias locais de controle social: os conselhos locais de saúde.

*Eu vejo o que ficou nos conselhos locais de saúde: os conselheiros referem os prejuízos à descontinuidade da proposta tecnoassistencial. (conversações)*

Permaneceu a prática das pré-conferências de saúde que são realizadas nos territórios de abrangência dos conselhos locais para discutir necessidades e estratégias em saúde, previamente às conferências municipais.

Os núcleos cuidadores, por ciclo vital, ainda existem em muitas UBS, embora se observe que, em alguns serviços, os mesmos foram capturados pelas lógicas tecnicistas. Isso quer dizer que, no caso dos núcleos cuidadores, as formas ficaram, mas a lógica da atenção continua em grande parte dos serviços centrada na consulta e nos procedimentos médicos.

*Hoje se tem o núcleo, mas o núcleo do médico e sua auxiliar (conversações).*

O auxiliar recebe o usuário, faz o agendamento e encaminha para o atendimento médico, sendo o núcleo apenas uma divisão operacional de trabalho e não um novo jeito de processar a atenção à saúde.

*Quando cheguei na rede [como apoio às equipes da ESF], me perguntei: se houve um processo tão intenso de Educação Permanente em Saúde, por que as mudanças não foram mais intensas? É para ver como o modelo hegemônico está mesmo cristalizado! (conversações)*

As conversações e as narrativas que seguem resumem algumas *marcas* dos processos desenvolvidos: ampliação e fortalecimento do sistema público de saúde; novos arranjos de gestão (colegiado gestor; conselhos locais de saúde; sistema de gerenciamento dos serviços); novos arranjos na atenção (iniciativas de acolhimento; núcleos de ação; equipes de referência; atenção programática mais estruturada, com agendamento de atendimentos; vigilância a situações de risco; e visitas domiciliares mais incorporadas ao fazer profissional) à EPS como proposta política. Além dessas, também pode ser destacado o sistema de regulação dos

serviços – serviço de avaliação, controle e auditoria (Saca) –, que estabeleceu novas relações com os serviços privados conveniados e contratados, interrompendo a tradição de cobrança de diferença de honorários aos usuários. Alguns trechos finais das conversações e narrativas:

*[...] interessante essa proposta de nos encontrarmos e rever esse processo. Talvez, no passado, a gente não conseguiria estar tão tranquilamente discutindo. É um momento de maturação. Um processo que foi bonito. Não chegamos onde queríamos chegar, mas cresceu o sistema público de saúde e todos crescemos muito. A gente consegue olhar e rever a caminhada. É possível pensar o que poderia ser diferente. Ganhamos todos! A gente vai sair daqui diferente. (conversações)*

*É possível fazer o divisor de águas na Saúde Pública em Caxias do Sul, antes da Administração Popular e após a mesma. A política de saúde existente até 1996 fortalecia o sistema privado em detrimento do público. [...] A população tinha acesso ao pacote mínimo da saúde, com uma rede precária de atenção básica. Os serviços de apoio diagnóstico, especializados e terciários somente em casos de urgência e emergência. A população tinha que pagar diferenças para garantir serviços complementares. (narrativas)*

*Em 2008, os vários postos de saúde passaram a ter chefias de diversas categorias profissionais. A figura do médico chefe do posto de saúde foi substituída pelo gerente de territórios de saúde. A possibilidade de outros profissionais não médicos ocuparem cargos de gestão foi um grande avanço que continua até hoje. Tivemos também a primeira secretaria municipal de saúde “chefiada” por profissional não médico e do sexo feminino. Houve um primeiro rompimento da hegemonia médica, amplamente criticado pelas entidades médicas e pela imprensa local, na ocasião. (narrativas)*

*O conceito de território foi um grande avanço quer para a gestão como para assistência. Do ponto de vista da gestão, pretendia-se criar um ambiente de maior solidariedade entre as equipes das UBS, na tentativa de dar conta dos problemas apresentados pelos cidadãos do território, ter uma ideia de população pertencente a uma área de abrangência e fortalecer a participação popular. Do ponto de vista da assistência das ações, era de criar responsabilidade local. (narrativas)*

*Durante o processo mais intenso de educação permanente, foi objeto importante de debate questões como: o que é uma UBS? Qual é a sua missão? Quais os princípios orientadores do trabalho na UBS? Esta discussão fez muito sentido para mim e me auxiliou muito no planejamento e na qualificação da assistência prestada ao usuário. As discussões possibilitaram a formulação de uma nova concepção sobre os estabelecimentos que realizavam ações de atenção básica de tal forma que os postos de saúde passaram a ser chamados de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este é um aspecto que ficou deste processo*

*(o nome, o sentido e a missão do estabelecimento de saúde).  
(narrativas)*

*A partir destas discussões, um novo jeito de fazer foi implantado nas UBS do território de saúde, mesmo sem a adesão de todos os profissionais. Implantamos equipe de acolhimento para as gestantes e grupos educativos. [Na UBS que coordenava], estruturamos equipes de referência por ciclo vital nas áreas da mulher e da criança. Estive recentemente em uma UBS, cuja gestora foi nossa colega de gestão no período e identifiquei a existência de auxiliares de enfermagem de referência. Fiquei feliz, pois esta forma de organização é efeito do processo de educação permanente desenvolvido. Implantamos a vigilância em saúde na sala de vacinação e para as situações de risco. A visita domiciliar (realizada pelos então visitantes sanitários) passou a ser um dos procedimentos da enfermagem. No período, raros eram os médicos que se dispunham a realizá-las e não tínhamos a ESF no município. Essas concepções [...] serviram de lastro, sustentação para os profissionais comprometidos. Foi introduzido o agendamento de paciente para consultas programadas, rompendo com o atendimento exclusivo à demanda do dia.  
(narrativas)*

*[...] avanços, que parecem ser óbvios e fáceis, foram fruto de muitas disputas, organizações e reorganizações. Era necessário estar muito vigilante para manter as conquistas! Muito rapidamente os grupos ou mesmo os indivíduos se reorganizavam para manter seus interesses. Foi um período de muito trabalho, de conflitos e de avanços. Eu permanentemente estava em posição de tensionamento: ora com os profissionais/equipes assistenciais; ora com os usuários; ora com o nível central; ora com os próprios colegas gestores. (narrativas)*

*A constituição dos conselhos locais de saúde, que mesmo tendo mudado de configuração, permanecem até hoje. A constituição dos colegiados das UBS e de território (esta denominação não existe mais [fala-se em distritos]). O colegiado gestor da UBS era um grupo constituído por representantes das categorias profissionais, sendo que a categoria médica era representada pelas especialidades existentes na unidade [...]. O número de componentes e as categorias profissionais variavam com o tamanho e equipe de cada UBS. Esta também foi uma experiência valorosa. (narrativas)*

*A elaboração dos planos locais de saúde pelo colegiado com a aprovação da equipe do território e do conselho local também foi uma experiência marcante. Lembro que as equipes de referência paravam para analisar os indicadores de saúde e pareciam gostar de fazê-lo! A médica clínica e a pediatra compareciam na UBS em horário contrário de atendimento para poder fazer as análises dos dados. Cada ginecologista revisava os prontuários das gestantes a ele vinculadas. (narrativas)*

*Por onde ando e nos meus reencontros percebo o reconhecimento da equipe de trabalho, dos conselheiros locais de saúde, dos outros coordenadores de território e dos próprios usuários. (narrativas)*

*[...] o processo de EP iniciou com a consultoria [...] depois vieram outros processos criados pela própria equipe da Secretaria; momentos de planejamento se transformaram também em espaços de educação. A gente inseriu a EP na própria gestão [...] a gente tinha clareza do “para quê” educar, [...] tinha um referencial muito claro. [...] agora, eu estando na rede básica, eu percebo que não há mais um norte, não há clareza do “para quê”. Há capacitações técnicas pontuais, mas não tem uma discussão sobre modelos e estratégias. (conversações)*

Nas eleições municipais de 2004, venceu uma frente de 14 partidos, liderada pelo PMDB, assumindo o prefeito José Ivo Sartori, reeleito em 2009. O projeto político mudou. Em 2005, a SMS passou a ser gerida pelo médico cardiologista e servidor federal (desde o antigo Inamps) José Luiz Bertolucci (período de 1º de janeiro de 2005 a 2 janeiro de 2007). Uma das primeiras medidas tomadas na sua gestão foi a mudança da modalidade de gerência da rede básica: no lugar de gerentes de territórios sanitários foram instituídos coordenadores de UBS, sendo todos necessariamente enfermeiros, pois deveriam agregar as funções de enfermagem e de coordenação dos serviços de saúde.

A partir de 3 de janeiro de 2007, a gestão da saúde foi delegada para Maria do Rosário Perazzollo Antoniazzi, assistente social, servidora municipal que atuava em um serviço da rede municipal. Nessa etapa, o grupo de coordenadores das UBS foi redimensionado, sendo substituídos alguns coordenadores, além de ser reduzido significativamente o número dos mesmos (se comparado ao número de coordenadores instituído no início do governo, em 2005), permanecendo o cargo de coordenadores de UBS restrito à profissão de enfermeiros.

O Plano Municipal de Saúde dessa gestão, com data de 12 de setembro de 2007, apresenta alguns dados que podem contribuir às reflexões sobre os processos instituintes desenvolvidos desde a gestão municipal anterior (1997 a 2004), objeto de estudo nesta pesquisa. O referido plano, proposto para o período de 2006 a 2009, e ainda em vigência, acusa a “falta de definição de um modelo de atenção à saúde que contemple as necessidades da população” e propõe a “revisão do modelo de saúde com vistas a resgatar a prevenção em saúde como eixo norteador das políticas de saúde” (CAXIAS DO SUL, 2007, p. 27). Para isso, propõe a implantação de distritos sanitários, além da política de humanização para responder ao problema do “baixo grau de vínculo e humanização dos serviços” (CAXIAS DO SUL, 2007, p. 30). Já a Educação Permanente em Saúde continua entre os propósitos do

governo, sendo apontada como problema a “baixa articulação entre as ações de Educação Permanente [em Saúde] e as necessidades locais” (ibidem, p. 37). O *Centro* de Educação Permanente em Saúde passa a ser designado *Núcleo* de Educação Permanente.

Embora o referido plano altere a proposta de modelo tecnoassistencial, alguns dados extraídos do mesmo servem para identificar algumas práticas e dispositivos que reverberaram, bem como as características da proposta de gestão do SUS a partir de 2005.

Na introdução do documento (ibidem, p. 3) é destacada a mudança na saúde a partir da gestão plena do sistema:

Na avaliação do período anterior à Gestão Plena verificamos um quadro de insuficiência de oferta, de baixo poder regulatório sobre o mercado e de fragilidade das estruturas de gestão. **A partir de então, os governos municipais têm se destacado através de grandes investimentos e esforços, por outra realidade, onde a ampliação da oferta, a organização mais adequada do Sistema de Saúde e a lógica de atenção compatibilizem os princípios do SUS. [...] Certamente as evidências demonstram que uma nova e importante etapa para a saúde pública de Caxias do Sul foi demarcada**, no entanto, pode-se ainda verificar que há muito que ser feito principalmente no que tange aos processos de trabalho na rede básica. (grifos meus).

Os problemas relativos aos processos de trabalho são mencionados assim:

A fragmentação dos processos de trabalho, o baixo grau de responsabilização, a dificuldade no estabelecimento de vínculo entre as equipes e usuários e as dificuldades na implantação do acolhimento são realidades que em maior ou menor grau ainda convivem com as novas práticas implantadas. A abordagem tradicional baseada no atendimento individual através de demanda espontânea ainda não foi totalmente superada, demonstrando que **os movimentos instituintes inseridos de forma crescente na rede, não foram potentes suficientemente para a conversão do modelo de atenção**. Para dar resposta a esta situação, novos dispositivos deverão ser incorporados, principalmente visando efetivar as diretrizes do acolhimento e do vínculo, neste período. (ibidem, p. 3 – grifos meus).

No capítulo denominado *diagnóstico*, são apresentados aspectos históricos, características do município, dados demográficos (412.053 habitantes) e econômicos. Há um item denominado *Investir em Caxias*, que aborda o empreendedorismo local e dados de qualidade de vida (indicadores que podem estar relacionados a construções anteriores):

A qualidade de vida em Caxias do Sul, segundo o IDESE<sup>35</sup>, que mede educação, renda, saneamento e domicílios e saúde é a melhor do Rio Grande do Sul. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Município de Caxias do Sul é de 0,857 e do RS (3º do Brasil), é de 0,809. (ibidem, p. 13).

Nesse mesmo item, são também apresentadas diversas planilhas de indicadores epidemiológicos (sem análise). Em seguida, um Plano Operativo, com o seguinte enunciado:

---

<sup>35</sup> IDESE: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico.

“[...] apresentamos os problemas priorizados pelo colegiado gestor da SMS<sup>36</sup>, trabalho este que foi resultado de reuniões com todos os coordenadores de serviços” (CAXIAS DO SUL, 2007, p. 26). Em relação ao conteúdo do plano citado, recortamos alguns dados<sup>37</sup> a seguir.

Nos eixos *Organização da Atenção e da Gestão e Gestão de Pessoas*, o plano faz algumas referências à proposta tecnoassistencial pretendida. Entre problemas e ações propostas listados estão: “**implantação dos distritos sanitários** com ampliação do horário de atendimento na Unidade Distrital”; “**construir Planejamento Local com os gerentes** para contemplar as características locais e “**revisão do modelo de saúde com vistas a resgatar a prevenção em saúde como eixo norteador das políticas de saúde**” para responder ao problema “**falta definição de um modelo atenção à saúde que contemple as necessidades da população**” (grifos meus).

No contexto da atenção básica, seguem outras propostas: “definir formas de organizar as práticas nos serviços de saúde”; “**ampliação das equipes nas UBS aderidas à ESF**”; “incluir no Plano Local o elenco mínimo de ações educativas, envolvendo a equipe e norteadas por indicadores e necessidades locais (Saúde do Idoso, Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama, Redução da Mortalidade Infantil e Materna, Controle das Doenças Endêmicas e Doenças Crônico-degenerativas)” para responder ao problema “**falta de adequação no direcionamento das atividades de promoção e prevenção à saúde nas UBS**”; “desenvolver ações intersetoriais locais e no território”; “realizar cronograma de reuniões permanentes entre os serviços e qualificar as formas de integração entre os serviços” para responder ao problema “**falta integração permanente entre os serviços da Atenção Básica, Samu, PA, CES<sup>38</sup> e Hospitais**”; “**atualizar protocolos clínicos de Atenção Básica** que possam também subsidiar as auditorias”; “**formular procedimentos operacionais padrão de enfermagem [...]**”; “**ajustar fluxos para todos os serviços a partir dos protocolos**”; “realizar procedimentos de acordo com os protocolos elaborados e da complexidade e capacidade instalada de cada serviço” para responder aos problemas “**falta de revisão e atualização de protocolos e procedimentos padronizados; falta de Protocolos de Auditoria**” e “**implantar a Política Nacional de Humanização**, atendendo os princípios do

<sup>36</sup> Essa introdução aos planos operativos torna evidente a permanência de um colegiado gestor na SMS.

<sup>37</sup> No Plano, os dados originais estão dispostos em planilhas. Nesse texto, foram recortados os aspectos que mais interessavam a esta pesquisa (p. 26-38), sendo que os mesmos não estão sequenciados da forma que aqui se apresentam. Os grifos são meus e visam a ressaltar algumas aproximações ou distanciamentos entre o *antes* e o *depois* dos movimentos educativos e *mudancistas* estudados nesta tese.

<sup>38</sup> Samu: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; PA: Serviço de Pronto-Atendimento; CES: Centro Especializado de Saúde.



SUS (universalidade, integralidade e equidade)” para responder ao problema “**serviços com baixo grau de vínculo e humanização**” (grifos meus).

Quanto ao controle social, alguns destaques: “estimular o processo de discussão e controle social nos **conselhos locais**”; “apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS”; “implementar ouvidoria na SMS com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS” e “apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde para que tenham conhecimento das pactuações e das complexidades da rede de serviços do município” para responder ao problema “pouca articulação com o controle social” (grifos meus).

Na saúde mental, entre as propostas, está sinalizada a implantação de alguns serviços, além de “vistoriar Instituições com características asilares” e “desinstitucionalizar moradores do Hospital Psiquiátrico e das Casas Asilares”.

No tocante à política de gestão do trabalho, são citados, entre outros, os seguintes problemas e propostas: “**gestão e avaliação insuficiente do desempenho profissional**”; “**inexistência de mesa de negociação entre trabalhadores e gestores**”; “qualificar a gestão de pessoal”; “**criar critérios de avaliação qualitativa do desempenho dos servidores** (qualitativamente e financeiramente)”; “elaborar processo de aplicação da avaliação dos servidores por desempenho”; “ampliar o quadro do Setor Jurídico da Secretaria”; “**qualificar e avaliar o processo de liderança dos coordenadores de serviços**”; “**criar plano de cargos e salários**” e “criar comissão para constituição da mesa de negociação dos trabalhadores/gestores e usuários” (grifos meus).

Para finalizar, no que concerne à política de EPS, exponho mais alguns problemas e proposições: “**baixa articulação entre as ações de Educação Permanente e as necessidades locais**”; “pouca integração entre entidades formadoras e o SUS”; “**elaborar e implementar programa de educação permanente** conforme necessidade dos serviços baseada nas necessidades da população” e “**garantir [...] a capacitação permanente e qualificação dos processos de trabalho, na lógica da humanização em saúde**” (grifos meus).

Como é possível evidenciar, o plano de saúde citado aponta para uma reestruturação do modelo assistencial, mas não consegue desfazer os processos que entraram em curso e ganharam legitimidade municipal. Ao mesmo tempo em que refere a “falta definição de um modelo atenção à saúde que contemple as necessidades da população”, destaca que houve “[...] uma nova e importante etapa para a saúde pública de Caxias do Sul [...]” e, ainda, define como estratégicos vários dispositivos que já eram utilizados, a exemplo do colegiado gestor,

do planejamento local na rede básica, dos conselhos locais de saúde, da Estratégia de Saúde da Família e da Educação Permanente em Saúde<sup>39</sup>.

Não se trata, aqui, de medir os resultados de um governo, de um projeto político, nem mesmo de uma gestão municipal, mas cartografar processos, vazios e vetores entre os movimentos educativos que apostaram por construir uma política de saúde, pautando-se pela interrogação de realidades, pela reorganização de serviços e pela instituição de novos processos de trabalho.

O que estava em jogo nos processos analisados na pesquisa eram processos de aprendizagem que pretendiam constituir uma nova configuração ao sistema de saúde, um novo modo de gerir e de operar o trabalho em saúde em favor do cuidado integral. Quanto a isso, pode-se dizer que, mesmo que as ações educativas não tenham conseguido um *contágio* generalizado, ainda perduram dispositivos e práticas como vetores no setor de saúde local.

As singularidades, segundo Deleuze e Guattari (1995), não podem ser definidas; só podem ser pensadas no artigo indefinido, pois há sempre possibilidades de outros agenciamentos. O verbo *ser* também não é apropriado para expressar o movimento, pois fixa identidades. É por isso que eles dizem “a árvore não é verde, ela verdeja” (a árvore está verde, mas pode, a qualquer momento, avermelhar, amarelar). O acontecimento é relacional, “somos segmentarizados por todos os lados e em todas as direções. [...] o vivido é segmentarizado espacialmente e socialmente” (idem, 1996, p. 83). Os autores exemplificam: “a casa é segmentarizada conforme a destinação de seus cômodos; as ruas, conforme a ordem da cidade; a fábrica, conforme a natureza dos trabalhos e das operações” (ibidem, p. 83-84). Insistem em dizer que “o mapa [rizoma] é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza [...]” (idem, 1995, p. 22).

O SUS é uma política definida constitucionalmente, no entanto, convive sempre com as instabilidades governamentais próprias dos processos democráticos. É no vaivém de equipes de governo, que entram e que saem, que está o desafio da EPS em construir um trabalho em saúde mais integral.

Os textos-produto da pesquisa ocuparam-se em cartografar fragmentos e fluxos, articulando lembranças, imagens, sentimentos, percepções e sensações daquilo que se

---

<sup>39</sup> Nas instâncias estadual e nacional também se pode observar que estratégias de gestão do trabalho e da educação na saúde, embora com outras designações e roupagens, persistem ou se mantêm vigentes, mesmo após as trocas de governo, a exemplo dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc), dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (Numesc), das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e dos Polos de Educação Permanente em Saúde.

viveu/vive no movimento real do cotidiano, situando suas especificidades políticas, históricas, sociais e pedagógicas. Estiveram presentes tanto as normas disciplinadoras como as realidades auto-organizadas, construídas mediante as possibilidades de intervenção de coletivos sujeitos das práticas pedagógicas, sob a convocação de um novo modelo technoassistencial. Como diria Rolnik (2006, p. 33), a cartografia é um desenho que se configura no espírito de certos personagens e no seu próprio corpo, fazendo afetos passarem, alcançando as intensidades que a retina dos olhos não vê, esperando evocar novas tessituras. Complementando com Deleuze (1992, p. 48), “numa cartografia, pode-se apenas marcar caminhos e movimentos, com coeficientes de sorte e de perigo”.

A experiência, nesse processo, fez sentir abalos, sopros e estalos que levaram a deixar para trás fundamentalismos e ideais extremos e, ao mesmo tempo, a encontrar futuros que estavam soterrados: “germes que foram pisoteados” (expressão de Rolnik) e que estavam “loucos” para germinar.

O texto de Daniel Lins (2009) *Deleuze surfista da imanência*, que relaciona o *surf* à filosofia vitalista de Gilles Deleuze, ensina como se deve deslizar no movimento das águas. À semelhança do surfista, diz ele, antes de ficar deslizando sobre a onda, é preciso “ser onda com a onda”, um corpo-onda, capaz de ficar à espreita do grande momento, assim como o surfista, “[...] que tatua o corpo não com marcas visíveis, mas com um devir imperceptível que inebria a superfície de um dentro em núpcias com o fora” (LINS, 2009, s/p).

Para um experimento da imanência, assim como o surfista, tem que se furar a onda, “tornar-se tubo com o tubo”, parado e em movimento ao mesmo tempo (como a imagem da estrela de Michel Serres), em articulações e namoro com a onda, um movimento para além das regras e dos limites. Como um “devir pássaro” que voa e não precisa de órgãos, “puro sensitivo” à escuta do meio no qual se dança com o corpo-onda, um encontro de natureza com natureza, uma superfície de jogo numa velocidade nômade do movimento e do tempo da onda (ibidem).

Lins diz que “sentir a água passar é uma sublime sensação, mas é o corpo que passa na água [...]”, um experimento contracorrente, em que “o fundamental é como se fazer aceitar pelo movimento de uma grande onda, de uma coluna de ar ascendente, ‘chegar entre’ em vez de ser origem de um esforço”, entregar-se às próprias quedas pela força das singularizações, sem saber bem no que vai dar. Esse foi um dos maiores aprendizados nessa viagem.

## **Novas correntes: a gestão pedagógico-inventiva da saúde**

O estudo de uma experiência que se propôs a construir o SUS, pautando-se pela necessidade de mudar o modo de cuidar e o processo de governar na saúde, evidenciou que a Educação Permanente em Saúde é um dispositivo potente para qualificar a gestão e o trabalho em saúde. Verifica-se na educação a ação estruturada de construir coletivos organizados (trabalho), mediante cotidianos vivos de condução setorial (gestão).

O caso de Caxias do Sul assinala a complexidade que envolve a reconfiguração do setor da saúde e o desenvolvimento de novas estratégias tecnoassistenciais que tenham ressonância nos paradigmas defendidos pela Reforma Sanitária. O item *Nascentes e contracorrentes* mostra as contrarresistências que se armam e se tramam no tecido social, quando se mobilizam forças antagônicas aos interesses e *modus operandi* vigentes. Demonstra, também, que não será o modelo do Estado autoritário que levará à ultrapassagem da lógica privatista e do modelo hegemônico na saúde.

Nessas duas décadas de implementação do SUS, mesmo depois de diversos esforços para concretizá-lo e construir uma nova hegemonia, mais compromissada com a vida (e não com interesses mercadológicos), ainda há um longo caminho a percorrer em direção à política de saúde tal como foi prometida na Constituição de 1988. Parece que continuamos reféns de governos que vêm, a cada quatro anos, para fazer a sua particular tradução do que se intitulou de SUS, às vezes reacendendo as chamas daqueles que lutam pelas mudanças na saúde, às vezes constringendo e desencorajando.

Ficar no aguardo de governos para transformar a realidade setorial, relegando o trabalho em saúde ao velho e tão combatido comando autoritário da política estatal, significaria renunciar à potencialidade que porta esse trabalho. Além disso, como sinalizam os estudos desta tese, as mudanças não dependem somente da vontade e de iniciativas do gestor-governo; dependem, também, da qualidade da formação profissional, dos modelos de gestão e de atenção em saúde, da participação social, do protagonismo e da implicação de todos, educadores, gestores, profissionais de saúde e usuários. Essas condições somente se constroem na medida em que forem, incessantemente, ativados movimentos que produzam uma nova política de subjetivação, capaz de renovar e de fazer valer o compromisso ético do cuidado à vida: o grito mais forte das lutas sanitárias e o eco mais intenso aos anseios e às necessidades da população. Somente novos fluxos, circulações, movimentos e alianças em rede (*ator-rede*) poderão fazer revigorar o trabalho em saúde e produzir saberes plurais para

lidar com as inseguranças, as incertezas e os riscos próprios dos processos que envolvem a produção do cuidado em saúde. Serão as redes abertas e sempre dispostas a expandir-se em todos os lados e direções, amparadas na ligação entre educação, trabalho, gestão política em saúde e sociedade, que poderão estabelecer nós, conexões, agenciamentos, pontos de convergência e bifurcações capazes de ampliar as possibilidades das respostas em saúde.

O movimento das águas parece ter muito a nos ensinar nesse campo problemático que toma como questão a educação no trabalho em saúde (a Educação Permanente em Saúde). Assim como na saúde, as águas dos oceanos não se movimentam somente pela presença das forças mais presumíveis. Além dos ventos e da pressão atmosférica, que, ao atuar sobre as águas, são capazes de movimentá-las, há as forças que se originam no interior das próprias massas líquidas dos oceanos, que são as diferenças de temperatura, salinidade, densidade e pressão. Elas também efetuam abalos, vibrações e desarranjos, abrindo novos desvios e formando novos fluxos. O mar, como informam Deleuze e Guattari (1997b), é lugar propício para uma viagem nômade e para a experimentação do lugar de fronteiras, da percepção *háptica*, de tocar e de se deixar tocar pelos ventos, ruídos, cores, sons e intensidades, em movimentos de desterritorialização e reterritorialização. Nele predominam acontecimentos e hecceidades mais do que formas, é favorecida a experiência do encontro com a desarmonia das águas e da desterritorialização com a terra, fazendo ver que a terra é apenas um suporte.

As lanternas hápticas, no contexto desta tese, buscaram dirimir o dualismo sujeito-objeto, observador e realidade, ao embaralhar o movimento das forças visíveis por uma visão próxima (e não distante), em passagens incertas e perturbadoras, mas necessárias, entre o espaço estriado e o espaço liso. Pela presença do *corpo tátil/corpo vibrátil*, são aguçados e misturados os sentidos, presentificando o toque/sensação que resulta de uma subjetividade afetada pelo mundo em suas forças (e não formas). É o olho que toca, explora, rastreia, ouve e sente, e é a mão que acaricia, escuta e vê; um processo inquieto de insubordinação da mão em relação ao olho, e vice-versa. Uma percepção dos *afectos* que ajuda a compreender que pensamento e ação política se fazem em linhas quebradas (e não em linha reta), em movimentos oblíquos e diversos, sempre de acordo com as contingências. Deleuze e Guattari dizem que qualquer ponto, como são os pontos de água que determinam trajetos, só existem para ser abandonados: “[...] todo ponto é [e só existe] como alternância” (ibidem, p. 50).

Como foi visto ao longo dos capítulos, assim como o mar, no contexto da saúde as forças também são múltiplas. Além daquelas que emanam da macropolítica, existem as

forças micropolíticas, que são também *poderosas*, tanto para conservar quanto para transformar os instituídos e as realidades. Como elucidam Deleuze e Guattari (1996, p. 90), “[...] toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica”.

Na saúde, não somente os governos fazem política; também os trabalhadores, com diferentes ideários, disputam projetos de vida e de sociedade, operam relações e articulam saberes tecnológicos, conformam práticas, governam processos de trabalho, planejam ações, produzem acolhimentos, vínculos, consciência sanitária e autonomias. Conforme Merhy (2002, p. 149), “todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e a produção do cuidado”, mas a questão é como poder pensá-los de um modo mais público.

A crise política na gestão setorial acontece pelo distanciamento entre os interesses dos governantes, dos que trabalham e dos que são os sujeitos das políticas e das ações – os usuários/cidadãos –, que buscam respostas aos seus problemas concretos de saúde, da maneira como são sentidos e vivenciados. A produção da tese deixa claro que não existem saídas mágicas para enfrentar esse impasse, que não basta um receituário para a formação, nem a profissionalização da gerência setorial, tampouco o desenvolvimento dos trabalhadores pela lógica da atualização técnica e programática.

No espaço onde se efetua o trabalho em saúde, grande parcela dos dirigentes de sistemas e serviços de saúde, centrados em seus poderes instituídos, continua apelando para as formas normativas de planejamento e exercendo as formas administrativas tradicionais, mesmo sabendo que estas não têm se mostrado satisfatórias para qualificar a política de saúde. Fazem apologia ao produtivismo, apostando na concentração do poder, como se a representação popular pelo voto fosse suficiente para governar. Pior que isso, invocam a democracia, fazendo, de seus projetos políticos, palavras de ordem.

As agendas dos dirigentes que se guiam por essa racionalidade gerencial muito frequentemente ficam recheadas de pequenas causas e coisas, empobrecidas demais para construir propostas inovadoras e pertinentes à complexidade do setor e à volatilidade crescente da realidade. Mais falam em empreendedorismo do que em construir novas relações entre Estado e sociedade, gestão e trabalho, participação social e cidadania. Uma visão que reitera a lógica do mercado de consumo e minimiza a responsabilidade primeira do sistema de saúde, que é de atender/responder às necessidades individuais e coletivas dos usuários.

A dificuldade de compor novos modos de gestão com aqueles que trabalham e com os usuários finais das políticas de saúde justificam, entre outros aspectos, por que muitos trabalhadores não aderem às propostas governamentais e por que a população cada vez menos

acredita nos governantes. Sentem que o cotidiano não é contemplado e que não há correspondência entre os projetos políticos e o mundo da vida e do trabalho.

Mesmo os dirigentes mais inquietos e inconformados com as vigências, quando se esforçam por readequar métodos e estratégias, têm dificuldades para lidar com composições abertas e permeáveis às invenções que o próprio fazer cotidiano está pedindo, no aqui e agora, em ato. O mais frequente é cair no jogo que reitera a centralização normativa e trata a descentralização como mero repasse de operações preconcebidas: uma prática de pseudodescentralização.

A pesquisa, em um cenário municipal, tornou visível que não basta o *bom projeto*, que é preciso radicalizar a democratização do SUS para *escutar* e *tocar* os cotidianos, mediante um trabalho permanente com todos os sujeitos e segmentos envolvidos. Mais que isso, exige que se faça o uso de ferramentas<sup>40</sup> e tecnologias<sup>41</sup> para *escutar* e *tocar* as práticas de saúde, de modo a torná-las mais refinadas no cumprimento dos princípios ético-políticos conquistados pela cidadania ao SUS.

Um planejamento e uma gestão normativos servem para governar processos estruturados, mas processos vivos (e que se queira viver) exigem círculos e redes situacionais, interinstitucionais, intersetoriais, pois serão esses *dispositivos* que mudarão as maneiras de governar e os modos de conduzir o trabalho da saúde. Para qualificar o trabalho e democratizar a gestão é preciso atingir a micropolítica dos processos de trabalho em saúde.

Merhy (2002) assinala que o *trabalho vivo em ato* opera como *máquina de guerra política*, no sentido de máquina desejante, à semelhança de Deleuze e Guattari (1997b), quando se referem às relações entre aparelho do Estado e máquina de guerra. Dizem os autores que a guerra, nesse sentido, é uma luta de agenciamentos, sem linha de combate, que acontece em espaço aberto e liso (agenciamento que se constrói sobre linhas de fuga quebradas, em ziguezague), não estando incluída no aparelho do Estado, pois vem de outra parte, das multiplicidades, dos devires, da potência e da metamorfose. Uma *máquina de guerra*, portanto, como máquina de pensar e agir, de mover ações, de desestabilizar paralisias e energizar esporos, proliferar vida, coletivos, iniciativas, coragem. Pelo poder de afetar e de ser afetado, o processo produtivo ganha em capacidade de despertar o entusiasmo e a vontade

---

<sup>40</sup> A noção aqui utilizada é de conceitos como “caixa de ferramentas” (FOUCAULT, 1979, p. 71): não como fórmulas e não no sentido mecanicista de poder, mas produção de multiplicidade, que não fixe (e nem filie) o pensar e o fazer aos modos únicos – certo, verdadeiro, totalizante.

<sup>41</sup> No sentido da abordagem de Merhy (1997b, 2002), que trata das tecnologias *duras*, *leve-duras* e *leves* exigidas em cada caso, nos processos produtivos, conforme seu potencial de operar encontros e agires.

de criar, tornando-se parte da invenção de si, dos entornos e do mundo, objeto de trabalho e de educação.

As problematizações feitas neste estudo posicionam o território das práticas em saúde como lugar de disputas, de poderes instituídos e também de processos instituintes, que se conformam numa relação tensa entre um agir regulado e um agir em liberdade. Na verdade, não existe um agir *comandado*, sempre será *disputado*. A arte, em defesa da vida, está em instaurar coletivos organizados de produção da saúde e em instaurar a alteridade como ética do trabalho.

No plano das discussões aportadas, a tese defende uma gestão autopoietica, inventiva da cidadania e disruptiva das certezas, dos comandos por palavras de ordem, da excessiva normalização, da fragmentação de saberes e fazeres, da captura das subjetividades desejanças e da reiteração da hegemonia biologicista. Uma perspectiva que desafia a gestão a desapegar-se do que sempre mais a caracterizou: o autoritarismo/controlado que busca não somente o apaziguamento de tudo o que possa ensejar qualquer tipo de estranhamento ou incerteza, mas seu apagamento (neutralização). O autoritarismo da gestão que a tudo responde e domestica o trabalho só conduz à reprodução, não à vida; é a antidesa da vida. Afinal, como se poderia esperar construir uma nova política de saúde pelos moldes desse tipo de gestão? Como efetivar o que tem sido chamado de luta/movimento sanitário quando se contém as intensidades que poderiam reacender a cidadania, o cuidado integral e a ética pela vida?

Para fazer do trabalho um espaço de construção de novas realidades, e não apenas de prestação de serviço, de oportunidade de emprego ou de condensação de interesses particularistas, é preciso ultrapassar as concepções que tratam a gestão como questão administrativa, de organização dos serviços e das ações em saúde, de *planejamentos consistentes* e de direção gerencial. Como diz Barros (2009, s/p), a gestão não se aplica a um objeto e nem pertence a um sujeito; é uma experiência singular que se atualiza *nos* e *com os* sujeitos e para além deles; é “a arte de gerir as variabilidades dos meios de trabalho, de lidar com a imprevisibilidade do cotidiano dos serviços”, cogoverno e autogestão, gestão do trabalho e da ação governamental. Mas a democracia precisaria estar em causa, assim como a defesa da vida e a qualidade do cuidado profissional à saúde individual e coletiva. Antes de uma opção restrita ao técnico-administrativo, a gestão em saúde precisa ser concebida como processo pedagógico e inventivo; consiste em modos de estar nos serviços, de se relacionar, de se conectar e de se constituir em alteridade.

Como apontam Barros, Benevides de Barros e Fonseca (2009 apud BARROS, 2009), toda situação de trabalho comporta uma *virtualidade* e não uma *identidade a priori*. Em razão



disso, a gestão não pode ser entendida como lugar de puras prescrições e determinações. Além de lidar com antecipações, a gestão se expressa em linhas de comunicação enviesadas, que deixam vaziar outros processos de invenção do trabalho e outros modos de constituição de sujeitos, para além de definições prévias e antecipáveis. Como diz Barros (2009), a gestão é uma questão humana que advém da necessidade de lidar com o inusitado próprio da variabilidade do trabalho, portanto supõe escolhas, arbitragens e valores no processo de relações entre sujeitos e nos processos de trabalho e relações de poder.

Barros e Benevides (2007) afirmam que a gestão em saúde não se encerra na organização do processo de trabalho, mas é o que se passa na intercessão entre vetores-dobras que coexistem no plano de produção da saúde – sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações) –, em que se forjam modos de gerir, trabalhar, fazer usos de si, expressar lutas e resistências, e construir sentidos coletivos. Como postula a Ergologia, o trabalho é espaço de imprevisibilidades e de *dramáticas* que se estabelecem num “[...] vaivém sem escapatória entre as normas institucionais heterodeterminadas, a singularidade do encontro e o trabalho subjetivo de ‘autogestão’ [...]”, que põe em questão o próprio agente do trabalho pelas situações inusitadas a enfrentar (SCHWARTZ, 2004, p. 43-44).

Não há como pensar a gestão do trabalho em saúde dissociada das variabilidades e dos movimentos que a constituem. O trabalhar e o gerir se produzem mutuamente, impõem engajamentos subjetivos e fazem a emergência dos sujeitos/trabalhadores por meio das escolhas imprevistas, que a cotidianidade do trabalho vem exigir. É um processo que está sempre se fazendo para dar conta das exigências da função e das regras que o regem, das escolhas improvisadas e da criação de formas de agir e de se relacionar nos processos de trabalho. O trabalho e a gestão, assim entendidos, são experiências impossíveis de serem vividas de forma rotinizada e mecanizada, pois envolvem uma autogestão que está sempre fazendo uso de escolhas e inventividades (invenção e reinvenção de regras e de usos de si), que tornam limitadas as codificações e as normalizações do trabalho, a ponto de não conseguir neutralizar e homogeneizar as formas de existência dos trabalhadores, ainda que haja investimentos insistentes nesse sentido (ibidem). Nas palavras de Schwartz, “trabalhar-gerir” quer dizer que, mesmo que se almeje, não se pode neutralizar o espaço das escolhas, conscientes ou informalizadas, a serem feitas.

Os argumentos teóricos deixam claro, portanto, que a gestão na saúde não se reduz ao comando dos trabalhadores, como muitas vezes é confundido. Antes disso, é espaço de debate, de composição de multiplicidades, de força de invenção, de outros modos de fazer, de

ser trabalhador e de trabalhar, de se relacionar e se constituir em coletivos, de lutar contra as formas que sufocam e anestesiavam a vida e de construir/inventar mundos e realidades. Se “os mundos do trabalho são criação e usos de si e expressão de luta e resistência ao trabalhar”, há sempre um “espaço de possíveis”, em que sujeitos inventam mundos e ao mesmo tempo se reinventam (BARROS, 2009, s/p). As inventividades no trabalho podem e devem ser incentivadas por uma gestão que busque as reconfigurações; quando isso acontece, mais *espaços de possíveis* se proliferam. Os modos de gestão inspiram maneiras de pensar e os modos de pensar criam maneiras de trabalhar-gerir.

No horizonte dos princípios e das diretrizes do SUS, com ênfase nos valores da integralidade, algumas questões se colocam. A integralidade exige uma gestão ética do trabalho, não fixada em ditames morais, pois estes facilmente levam à serialização e ao sufoco das energias vitais que convocam à vida, à criação de novos pensamentos, à atenção aos estranhamentos e ao que pede atualização. Uma gestão comprometida com a integralidade, por sua vez, tem que liberar a vida por inteiro, orientar-se pelo direito à saúde e favorecer uma *ordem dos encontros*, a fim de sustentar outros modos de existir no trabalho em saúde, capazes de acionar outros devires, tanto para os seus operadores quanto para os seus destinatários.

Um modo de gestão que ambiciona a integralidade em saúde, nessa linha de análise, vem exigir uma ética do pensamento-criação que não se curva aos instituídos, mas volta-se a defender e afirmar a vida, valorizando todas as oportunidades de criação-invenção que possam germinar nos imprevistos do aqui e agora de cada situação de trabalho. Diz respeito a um modo de pensar que não está dado e que precisa ser produzido onde acontece o próprio trabalho: é experimentar, problematizar, aprender/inventar no próprio fluir do movimento que pede o trabalho vivo em ato, entre aquilo que se sabe e aquilo que ainda se está por saber. Requer, também, lançar mão de todas as chances de arbítrio para fazer valer essa mesma ética na conformação e na implementação de modelos technoassistenciais, no sentido de tornar o *trabalhar-gerir* um espaço construtor de novas sociabilidades, que entabulem relações mais solidárias e cooperativas e, assim, produzam práticas criativas e mais atenciosas às demandas/necessidades dos usuários do sistema de saúde.

As exigências apontadas pelo vetor da integralidade situam a gestão do trabalho em saúde como espaço de aprendizagem e de construção permanente de problematizações/invenções, que possam indicar cartografias, novas relações produtivas e novos modos de gerir-trabalhar no sentido de um cuidado mais integral. Entretanto, para que uma nova gestão se presentifique, é preciso ampliar a potência dos processos autogestionários

no trabalho e incentivar a criação de redes-rizomas produtivas ou *círculos em redes*, que garantam a circulação de autonomias implicadas com a reinvenção da saúde. Seria uma *gestão pedagógico-inventiva* em saúde, desfazendo as tradicionais gestões, relegadas a comandos verticalizados de governantes ou das gestões que se entregam à própria sorte. Como alerta Cecílio (2007a), nem serão “camisas de força” nem espontaneísmos inconsequentes que levarão às mudanças que se está buscando. O que se quer é que sejam acionadas novas práticas de pensamento, novas subjetividades e capacidades de implicação, de modo a fazer desabrochar as potências inventivas necessárias à organização e à operação de um trabalho coletivo em saúde, mais compromissado com a vida e com a saúde, e isso requer que se criem dispositivos interrogadores das vigências e das realidades.

Nesse território de reflexões, a vertente da aprendizagem inventiva apresenta-se como ferramenta à Educação Permanente em Saúde e anima novas apostas em relação à gestão do trabalho em saúde. A política da invenção, baseada na Autopoiese, assegura a abertura da cognição às experiências não recognitivas, por bifurcar a cognição no campo coletivo das multiplicidades, dos agenciamentos e dos acoplamentos imediatos e em rede. É uma aprendizagem que produz saberes singulares e não determinismos universais, extrapola o processo de solução de problemas e se define como invenção de si e do mundo: um aprender num mundo que inventamos ao viver (KASTRUP, 1999) e ao trabalhar.

Uma gestão inventiva, antes de buscar esquadrinhamentos administrativos, se faria como obra de arte, plena de atos mais arriscados, de ideias que vêm da margem, de curvaturas e dobraduras de linhas que retornam sobre si mesmas, como força afetante, para, a cada vez, inventar novos caminhos e, ao mesmo tempo, reinventar-se. Seria a possibilidade de tornar o trabalho um lugar melhor de se viver, de encontros capazes de colocar em transe o homem das funções e da moral, um modo de gestão-artista que, antes de aprisionar e matar a vida, estaria ocupado em embaralhar as cartas do desejo e da economia, do ser humano e da máquina, da natureza e da cultura, do molecular e do molar, interrogando o presente, detectando as forças que pedem novos modos de existir (PELBART, 2003), para liberar um trabalho *vivível* e uma vida que valha a pena ser vivida. Apesar das capturas das formas tradicionais de gestão e da grande fadiga que atinge aqueles que habitam o mundo do trabalho na saúde, nos dias de hoje, há sempre os devires que não se rendem às demarcações fixas, como o devir-educação que, em sua molecularidade, sai descentrando as fixações e esburacando os muros institucionais para fazer vingar outros modos de se viver e trabalhar, em oposição ao universal.

A gestão, na perspectiva da aprendizagem inventiva, afirma-se como processo pedagógico e de invenção, que se efetua aquém do que já está dado/feito/instituído, sempre

atenta ao disparo da surpresa, do *breakdown* e ao que está nascendo. A gestão pode dar vazão aos devires, ao processo de subjetividade em curso e ao que pede invenção no trabalho em saúde, para atualizar-se no jogo entre forças e formas. Como já foi dito, o mundo do trabalho nunca está pronto, uma vez que ele precisa sempre de novas aprendizagens, pois nada, nem problemas, nem soluções, existem *a priori*; somente a reprodução.

Um gerir-trabalhar inventivo, por sua vez, exige uma aprendizagem que precisa ser assumida como *cultivo* para aumentar a força e a potência, que existe na cognição como virtualidade, e para atualizar as virtualidades que ganham sentido de diferenciação, o que justifica a necessidade de um incessante processo de aprendizagem, a exemplo do cultivo exigido aos pianistas para a invenção do músico e da música, citado por Depraz, Varela e Vermersch (2003 apud KASTRUP, 2005, p. 1278): “pianistas não precisam construir mãos para tocar, mas levam anos e anos criando mãos de pianistas: fortes, destros, calibradas no espaço, com uma extraordinária precisão”. Como a música, o SUS precisa ser cultivado, assim como também precisa ser cultivada uma gestão inventiva que o sustente.

Aderir a esse modo de gestão convocaria ao desmanche dos modos gestionários mais conhecidos, que só sabem se agarrar em binarismos moralizantes, que tudo pré-classificam e cristalizam e que sempre retornam, após períodos inventivos, para *marcar a mudança* no governo (do partido no governo), se assim *pensa* o partido eleito. Precisamos do desfazimento da perseverança pela reprodução do instituído para dar lugar a novos fluxos de desejo, sabendo que os mesmos só se proliferam em rizoma aberto, pois “quando um rizoma é fechado, arborificado, acabou, do desejo nada mais passa; porque é sempre por rizoma que o desejo se move e produz” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 23). Significaria revestir-se de uma política acolhedora do *devoir* e das experiências não recognitivas, e tornar as prescrições mais porosas à realidade e ao trabalho *industrioso* que acontece em ato, nas relações de encontro, na produção em saúde, para abrir-se ao cuidado que busca se firmar na ética da alteridade e em coletivos organizados, para fazer emergir as paixões alegres e as *afecções* ativas (no sentido spinozano), em detrimento de um trabalho rotineiro e procedimentalista.

Em síntese, tomar a gestão como espaço de educação é tomá-la na sua potência de inventar modos de existir-trabalhar, de rachar as coisas pelo meio, onde as coisas crescem, em prol da formação do novo, da emergência ou, como diria Foucault, da atualidade, que só é possível por meio da experimentação do que acontece em cotidianos de trabalho vivos. É remontar o diagrama do gerir-trabalhar, sabendo que a recomposição desse diagrama exige um reposicionamento ético-político e uma tomada de posição para além das políticas de governo, pois significa conviver com as forças instituintes próprias de coletivos em

autogestão. É pôr-se em contato com quem pode aprender/inventar, sem se deixar cair no esquema transcendente da árvore/raiz, que constrange o trabalho vivo e impõe a submissão do trabalho e da própria vida. É assumir o desafio de aprender a fazer-se questão e a inventar modos de trabalhar na permanente tensão e disputa das forças micropolíticas que nos subjetivam. É inventar/trilhar novos caminhos para assumir o complexo modo de expressão do mundo das necessidades em saúde, desafiando-se a recuperar a autonomia do trabalhador no dia a dia do trabalho, a deixá-los serem pessoas reais, como condição para atender/cuidar de pessoas também reais.

Trata-se, enfim, de uma gestão que escuta – escuta pedagógica<sup>42</sup>, conforme Ceccim (1997) – o trabalho como agenciamento da integralidade, dos fluxos de vida que pedem passagem, que escuta os ditos e os não ditos, daquilo que é visível e daquilo que tenta se armar como novo (pensamento/criação), a fim de produzir sensibilidades e competências necessárias ao *agenciamento de forças de vida*, como propõe Ceccim (1997, p. 32). Para isso, terá que se conceber o trabalho como um lugar de debate, “[...] uma *matéria estrangeira* onde se constroem saberes específicos, ligações coletivas, onde se põem à prova valores sociais e políticos na confrontação da atividade de trabalho com as normas antecedentes” para construir novas dinâmicas das relações entre *trabalhar, aprender e saber* (SCHWARTZ, 2009, p. 42). Conceber o mundo do trabalho como uma *escola invisível*, pela abertura que cria de canais informais e dispersos de comunicação e de fios de conectividades, relacionamentos, intercâmbios e subjetivações (elos, laços, redes, círculos em redes), alternando espaços de liberdade e normalização, produzindo implicações e afetamentos que escapam dos esquemas e das estruturas organizativas das instituições, como faz pensar a formulação de Diana Crane (1972): *Invisible colleges*, no caso da difusão de conhecimento em comunidades científicas. É o que Emerson Merhy provoca quando invoca o desafio da *pedagogia da implicação*, chamando a atenção de que qualquer esforço ou estratégia que busque o trabalho, com eixo na integralidade, só terá capacidade de mudança quando conseguir “[...] atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde” (Merhy, 2005a, p. 173).

---

<sup>42</sup> “Escuta pedagógica da saúde” é uma definição de Ceccim (2007a, p. 360) e refere-se ao “interrogar o processo de trabalho em saúde pelas questões educativas: ocorre o compartilhamento de problematizações? Como ocorre a composição de coletivos de aprendizagem? Como ocorrem o desenvolvimento e a aprendizagem?”. Para o autor, um “devir da educação” estaria vivo na noção de educação permanente em saúde, na qual uma escuta pedagógica estabeleceria “uma atenção à organização de saúde (processos, serviços, sistemas), não para tomá-la em seu *o que é/como está* ou *o que deve/como deve* ser/estar, mas ao que pede atualização, processo de mudança, emergência de saberes e fazeres novos”, portanto, “construção pedagógica”.

O estudo de caso, em Caxias do Sul, mostrou que forças micropolíticas se coengendram aos autogovernos e que equipes de saúde e serviços de saúde se fabricam mutuamente. Fez ver que, nessas condições, o trabalho tanto pode ser lugar de barreira, de assujeitamento às hierarquias e às regras e de reprodução do mesmo, como pode ser espaço de cuidado integral, de passagem para a criação e para a produção da vida, pois é lugar de produção não linear, de proliferação rizomática, sempre aberta a novas conexões. Levou a concluir que nenhum governo conseguirá proibir os trabalhadores a pensarem seu trabalho, nem definir totalmente e de forma antecipada os contornos e as virtualidades da experiência humana, conforme pretendia a governança taylorista. Fez pensar que a Educação Permanente em Saúde, ancorada na aprendizagem inventiva, pode se constituir em *dispositivo*, neste caso para o *cultivo* do trabalho vivo, de intensidades, singularizações, sensações, engajamentos subjetivos, redes de conversações, agenciamentos coletivos de enunciação e sociabilidade cooperativa. Uma ferramenta com força para ensaiar uma gestão menor<sup>43</sup>, para compor novas coreografias de trabalho, pautadas em valores libertários e comprometidas tanto com a singularização do coletivo quanto com a coletivização do que é singular, para além dos grandes planejamentos feitos nos gabinetes institucionais.

A problematização derivada de estudos teóricos e da pesquisa em um sistema local de saúde firmam a tese de que a Educação Permanente em Saúde é um dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde, por ter potência para disparar processos de subjetivação/invenção, de exposição à autoanálise do trabalho e de abertura de espaços relacionais no interior da gestão em saúde, que elevam a qualidade das práticas setoriais. Ao construir a ressonância e o contágio entre Educação e Trabalho e entre Educação e Saúde, no cotidiano dos serviços de saúde, torna possível o conversar e o emocionar, o enredar-se, o implicar-se e o reinventar-se, necessários à consolidação de uma política pública de saúde, em defesa da vida ou, ainda mais, de afirmação da vida. A tese sugere a Educação Permanente em Saúde como uma estratégia de renovação da gestão, pelo acoplamento Educação e Gestão, sustentando uma gestão pedagógico-inventiva, disruptora dos modos vigentes de gerir o trabalho em saúde. Em outras palavras, uma gestão autopoietica, que não se deixa saturar de soluções e que agencia a oportunidade de aprendizagens permanentes, deixando-se molhar pelas precipitações micropolíticas que elas produzem. Uma gestão, portanto, que se mantém

---

<sup>43</sup> Esse termo foi construído mediante uma torção ao termo *educação menor* (menor como tudo aquilo que escapa ou subverte um pensamento hegemônico, erigido a modelo) empregado por Silvio Gallo (2003), em semelhança ao pensamento de Deleuze e Guattari (1977) pela via de Kafka – por uma *literatura menor* (uma língua minoritária que se forjou dentro da língua alemã, subvertendo-a).

permanentemente aberta às forças produtivas e desejantes e à aprendizagem incessante do incerto, para, assim, poder reinventar o trabalho em saúde.

Se é para a gestão do trabalho que *formamos/educamos*, conhecer esse lugar, do ponto de vista de quem nele transita, os desafios, os entraves, as resistências, as criações possíveis, parece aportar outro sentido à formação e ao trabalho das diferentes categorias profissionais do setor da saúde. Mais do que isso, ajuda a disparar convocações ao encontro da educação e do trabalho, que ainda se mantêm em polos dissociados e distantes.



## Referências

AMORIN, Henrique. Valor-trabalho e trabalho imaterial nas ciências sociais contemporâneas. **Caderno CRH**, Salvador, v. 23, n. 58, p. 191-202, jan./abr. 2010.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; FONSECA, Tânia Mara Galli Fonseca. Psicologia e processos de trabalho: um outro olhar. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 133-140, jul./dez. 2004.

\_\_\_\_\_; HECKERT, Ana Lúcia Coelho; MARCHIORI, Flávia Moreira. Desafios para a pesquisa dos processos de trabalho: a CAP como estratégia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 20-34, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v6n1/artigos/PDF/v6n1a03.pdf>>. Acesso em: 22 mai 2011.

\_\_\_\_\_. Trabalhar: usar de si – sair de si. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 11, n. 22, p. 355-357, maio/ago. 2007.

\_\_\_\_\_; BENEVIDES DE BARROS, Regina. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 61-72. Disponível em: <<http://www.pqv.unifesp.br/textobethbarrosdadoraoPrazer.PDF>> Acesso em: 10 jun. 2011.

\_\_\_\_\_; BENEVIDES DE BARROS, Regina; FONSECA, Tânia Mara Galli. **Gestão da escola**. 2009. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Trabalho e gestão: algumas questões (im)pertinentes. Mesa 1: A gestão do e no trabalho; que gestão é essa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2., 2009, Brasília. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/node/7510>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Obras escolhidas, v. 1. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde**. Tema central: Descentralização na área de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.



\_\_\_\_\_. **6ª Conferência Nacional de Saúde.** Tema central: Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

\_\_\_\_\_. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Tema central: Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. **1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde:** política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **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. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.

\_\_\_\_\_. **9ª Conferência Nacional de Saúde.** Tema central: Municipalização é o caminho. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 1992.

\_\_\_\_\_. **2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde:** os desafios éticos frente às necessidades do setor da saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/93.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 24 maio 1993.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96:** gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, 6 nov. 1996.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. **11ª Conferência Nacional de Saúde.** Tema central: O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília, 15-19 dez. 2000. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335 de 27 de novembro de 2003.** Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB-RH/SUS.** Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 198, 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. Diário Oficial da União, Brasília, 16 fev. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Tema central: Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação. Brasília, 27-30 mar. 2006. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. 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. Diário Oficial da União, 22 ago. 2007, Seção 1.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As muitas vozes da integralidade (Apresentação). In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. p. 11-15.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

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

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

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

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Florence Universitária, 1995.

CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. **Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade.** 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CASTEL, Robert. **Les métamorphoses de la question sociale.** Une chronique du salariat. Paris: Fayard, 1995.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Lei nº 3.269, de 28 de setembro de 1988**. Cria a Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente. Caxias do Sul: 1988.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Lei nº 3.447, de 27 de dezembro de 1988**. Autoriza a celebração de convênio entre a Prefeitura Municipal de Caxias do Sul e o Ministério da Saúde, através da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e dá outras providências. Caxias do Sul: 1988.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Lei nº 3.281, de 12 de outubro de 1988**. Celebra convênio com o Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde, com o objetivo de estabelecer mecanismos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, através do aperfeiçoamento da estratégia das Ações Integradas de Saúde. Caxias do Sul: 1988.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal de Habitação e Ação Social. **Plano Municipal de Saúde**. Caxias do Sul: 1988.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Caxias do Sul: 1997.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo das Ações Básicas de Saúde**: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul: 2000.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Decreto Municipal nº 12.001, de 25 de novembro de 2004**. Institui o Centro de Educação Permanente em Saúde. Caxias do Sul: 2004.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema Único de Saúde**: a saúde pública em defesa da vida. Revista. Caxias do Sul, mar. 2004a. 51 p.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema Único de Saúde em Defesa da Vida**: experiências que queremos compartilhar. Revista. Caxias do Sul, dez. 2004b. 94 p.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Caxias do Sul: 2007.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal de Saúde. **Experiências em atenção à saúde**: fortalecendo a atenção básica. Caxias do Sul: EducS, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg ; CARVALHO, Paulo Antonacci (Org.). **Criança hospitalizada**: a atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Ufrgs, 1997. p. 27-41.

\_\_\_\_\_; ARMANI, Teresa Borget Armani. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 143-161.

\_\_\_\_\_; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.).

**Educação médica em transformação:** instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

\_\_\_\_\_; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005a.

\_\_\_\_\_. Onde se lê “recursos humanos da saúde” leia-se “Coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; Abrasco, 2005b. p. 161-180.

\_\_\_\_\_. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2005c. p. 259-278.

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

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERGS; CEPESC; ABRASCO, 2006. p. 69-92.

\_\_\_\_\_ et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2006. p. 153-178.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Yara Maria de. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149-182.

\_\_\_\_\_; FERLA, Alcindo Antônio. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2005. p. 253-266.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 107-112.

\_\_\_\_\_. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde!” O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 11, n. 22, p. 358-61, maio/ago. 2007a.

\_\_\_\_\_. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba (SP), v. 1, p. 29-48, 2007b.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Avaliação de processos formativos segundo a modelagem da Educação Permanente em Saúde**: AvaliaEPS (Relatório de Pesquisa). Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997a.

\_\_\_\_\_. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997b.

\_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. p. 113-126.

\_\_\_\_\_. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 11, n. 22, p. 345-351, maio/ago. 2007a.

\_\_\_\_\_. Réplica: O problema de sermos intelectuais-governantes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 11, n. 22, p. 362-63, maio/ago. 2007b.

CLARK, Lygia. Composição n. 5. Série: **Quebra da Moldura**, 1954. Barcelona: Fundació Antoni Tàpies, 1997. p. 75.

CLAUS, Suzete M.; CAPRA, Margareth L. P. Potencializando a gestão para organizar o SUS a partir da rede básica. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002. p. 67-87.

COIMBRA, Cecília; NASCIMENTO, Maria Lívia do. **Sobreimplicação**: práticas de esvaziamento político? Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto22.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2011.

COWAN, James. **O sonho do cartógrafo**: meditações de Fra Mauro na corte de Veneza do século XVI. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

CRANE, Diana. **Invisible Colleges**. Diffusion of knowledge in scientific communities. Chicago: The Chicago University Press, 1972.

DAVINI, M. C. Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente**

**de personal de salud.** Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 109-25. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).

DELEUZE, Gilles. **Spinoza et le problème de l'expression.** Paris: Les Éditions de Minuit, 1968.

\_\_\_\_\_. **Espinosa e os signos.** Porto: RÉ S Editora Ltda., 1970. (Coleção Substância – Série Filosofia).

\_\_\_\_\_; GUATTARI, Félix. **Kafka: por uma literatura menor.** Rio de Janeiro: Imago, 1977.

\_\_\_\_\_. **Diferença e repetição.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **A imagem-tempo.** São Paulo: Brasiliense, 1990.

\_\_\_\_\_. **Conversações.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

\_\_\_\_\_; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia.** Tradução de Bento Prado Junior e Alberto Alonzo Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992 (Coleção TRANS).

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995 (Coleção TRANS).

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v. 3. São Paulo: Ed. 34, 1996. (Coleção TRANS).

\_\_\_\_\_. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, Gilles. **O mistério de Ariana.** Lisboa: Vega, 1996. p. 83-96.

\_\_\_\_\_; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v. 4. São Paulo: Ed. 34, 1997a. (Coleção TRANS).

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v. 5. São Paulo: Ed. 34, 1997b. (Coleção TRANS).

DELEUZE, Gilles. A imanência: uma vida. In: VASCONCELLOS, Jorge; FRAGOSO, Manuel A. da Rocha (Org.). **Gilles Deleuze, imagens de um filósofo da imanência.** Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina (UEL), 1997a, p. 15-19.

\_\_\_\_\_. **Crítica e clínica.** São Paulo: Editora 34, 1997b. (Coleção TRANS).

\_\_\_\_\_. **Proust e os signos.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

DEPRAZ, N.; VARELA, F.; VERMERSCH, P. (Ed.). **On becoming aware: a pragmatic of experiencing.** Amsterdam; Philadelphia: J. Benjamins, 2003.

DIDI-HUBERMAN, Georges. A imanência estética. **ALEA**, v. 5, n. 1, p. 118-147, jan./jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/alea/v5n1/fr\\_20351.pdf](http://www.scielo.br/pdf/alea/v5n1/fr_20351.pdf)> Acesso em: 20 fev. 2011.

ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, Virgínia. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, p. 295-304, maio/ago. 2005.

FEUERWERKER, Laura C. M. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMBERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

\_\_\_\_\_. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: uma oferta para os pólos e para o Ministério da Saúde. Documento do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FOUCAULT, Michel. **A crise atual da medicina**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1974. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. Disciplina. In: FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 125-204.

\_\_\_\_\_. Est-il important penser? In: DEFERT, Daniel; EWALD, François (Dir.). **Dits et écrits**. v. 4. Paris: Gallimard, 1994. p. 178-182. Tradução em português disponível em: <<http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/pensar.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995. p. 243-276.

\_\_\_\_\_. Sobre a arqueologia das ciências. Resposta ao Círculo de Epistemologia. In: \_\_\_\_\_. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Ditos & Escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000a. p. 82-118.

\_\_\_\_\_. Nietzsche, a genealogia, a história. In: \_\_\_\_\_. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Ditos & Escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000b. p. 260-281.

\_\_\_\_\_. O que são as luzes? In: \_\_\_\_\_. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Ditos & Escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000c. p. 335-351.

\_\_\_\_\_. A escrita de si. In: \_\_\_\_\_. **Ética, sexualidade, política**. Ditos & Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. p. 144-162.

\_\_\_\_\_. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: \_\_\_\_\_. **Ética, sexualidade, política**. Ditos & Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p. 264-287.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **O uso das ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde**: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP). São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, Paulo. **A educação na cidade**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

GALLO, Sílvio. **Deleuze e a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2003.

GUATTARI, Félix. O capitalismo mundial integrado e a revolução molecular. In: ROLNIK, Suely (Org.) **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

\_\_\_\_\_. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

\_\_\_\_\_; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. In: POMBO, Olga et al. **Interdisciplinaridade**. Antologia. Porto: Campo das Letras, 2006. p. 153-159. Disponível em: <<http://www.caosmose.net/candido/unisinos/textos/textos/guattari.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

HABERMAS, Jürgen. **Dialética e hermenêutica**: para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Multidão**: guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

IANNI, Octavio. A questão social. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 2-10, jan./mar. 1991.

JORNAL PIONEIRO. Diário de integração da Serra, Caxias do Sul. Edições de 3 abr. 1988, 9 abr. 1988, 13 abr. 1988, 17 set. 1991, 23 dez. 1996 e 26-27 fev. 2011.

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

\_\_\_\_\_. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 17-27, jan./jun. 2001.

\_\_\_\_\_. Cartografias literárias. **Departamento de Psicologia da UFF**, v. 14, n. 2, p. 75-94, 2002.

\_\_\_\_\_. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 7-16, 2004.

\_\_\_\_\_. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação & Sociedade**, Florianópolis, v. 26, n. 93, p. 1273-1288, set./dez. 2005.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LATOUR, Bruno. **La clef de Berlin**: et autres leçons de sociologie des sciences. Paris: La Découverte, 1993.

\_\_\_\_\_. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. São Paulo: EDUSC, 2001.



LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs, 2000. p. 11-35.

LENIN, W. **Cahiers philosophiques**. Paris: Sociales, 1965.

LÉVY, Pierre. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

LINS, Daniel. Deleuze surfista da imanência. **Revista Cult online**. 15 set. 2009. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/novo/site.asp?edtCode=405A8403-AD34-47FE-9051-22017E8B23A9&nwsCode=C9F6BB16-5981-4AEA-9347-17017B62091F>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

LISPECTOR, Clarice. **Para não esquecer**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LUZ, Madel T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MACHADO DA SILVA, Simone Chaves. **Ensino da saúde sob rodas em redes: cenários possíveis da educação superior na profissão do cuidado**. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MARX, Karl. **Elementos fundamentais para la crítica de la economía política** (Borrador). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1980.

\_\_\_\_\_. **O capital, crítica da economia política**. Livro 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATURANA, Humberto. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.

\_\_\_\_\_. Entrevista. Centro de Ciências de Educação e Humanidades – CCEH. **Universidade Católica de Brasília**, v. 1, n. 2, nov. 2004.

\_\_\_\_\_; VARELA, Francisco. **Autopoiese: de máquinas e seres vivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996. 2 v.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-112.

\_\_\_\_\_ et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 113-150.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista et al. (Org.) **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; Chapecó (SC): Prefeitura Municipal, 2004. p. 21-45.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Integralidade**: implicações em xeque. 2005b. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-13.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; Abrasco, 2005c. p. 195-206.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

\_\_\_\_\_; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ODDONE, Nanci. Revisitando a “epistemologia social”: esboço de uma ecologia sociotécnica do trabalho intelectual. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 108-123, jan./abr. 2007.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES DE BARROS, Regina. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

\_\_\_\_\_. O tempo não reconciliado. In: ALLIEZ, Éric (org.). **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. São Paulo: Ed. 34, 2000. (Coleção TRANS). p. 89-102.

\_\_\_\_\_. **A vertigem por um fio**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PIMENTA, Selma Garrido. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 521-539, set./dez. 2005.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 159-172.

REVISTA EXPRESSÃO, v. 1, n. 1, dez. 1995. Revista do curso de jornalismo da Universidade de Caxias do Sul.

ROCHA, Sebastião. A pedagogia da roda. **Boletim Espaço para la infância**, Haia (Holanda), n. 13, p. 24-29, 2000.

ROLNIK, Suely. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: ENCONTRO REGIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL DA ABRAPSO, 4., 30 mai 1992. São Paulo: PUC-SP, 1992. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/homemetica.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Cidadania e alteridade: o psicólogo, o homem da ética e a reinvenção da democracia. In: SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. Novas figuras do caos mutações da subjetividade contemporânea. In: CONGRESSO INTERNACIONAL LATINO-AMERICANO DE SEMIÓTICA. 3., 4 set. 1996. São Paulo: PUC-SP, 1996. Disponível em: <<http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/caos.pdf>> Acesso em: 13 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, Daniel (Org.). **Cultura e subjetividade: saberes nômades**. São Paulo: Papirus, 1997a. p. 19-24.

\_\_\_\_\_. Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, Daniel (Org.). **Cultura e subjetividade: saberes nômades**. São Paulo: Papirus, 1997b. p. 25-34.

\_\_\_\_\_. Esquizoanálise e antropofagia. In: ALLIEZ, Eric (Org.). **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. São Paulo: Ed. 34, 2000.

\_\_\_\_\_. Vida na berlinda. In: COCCO, Giuseppe (Org.). **O trabalho da multidão: império e resistência**. Rio de Janeiro: Griphus, 2002. p. 109-120. Disponível em: <<http://pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Berlinda.pdf>> Acesso em: 11 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. “Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma. SIMPÓSIO CORPO, ARTE E CLÍNICA, 2003. Porto Alegre: UFRGS, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, 2003. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>>. Acesso em: 11 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina; HADDAD, Jorge (Eds.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).

\_\_\_\_\_; BRITO, Pedro. **Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud: manual del educador**. Washington Organización Panamericana de la Salud, 2002.

ROVERE, Mario. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 96).

\_\_\_\_\_. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e valor. **Tempo Social**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, out. 1996.

\_\_\_\_\_. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez. 2000.

\_\_\_\_\_. Trabalho e saber. Trabalho e Educação. **Revista do NETE**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 21-34, jan./jun. 2003.

\_\_\_\_\_. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 33-55, 2004.

\_\_\_\_\_. Actividade. **Laboreal**, Porto, v. 1, n. 1, p. 63-64, 2005. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235399:483;622>>. Acesso em: 15 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. O trabalho numa perspectiva filosófica. In: NOZAKI, Izumi (Org.). **Educação e trabalho**: trabalhar, aprender, saber. Mercado de Letras, 2009. p. 23-46.

\_\_\_\_\_. A experiência é formadora? **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 35-48, jan./abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011.

SERRES, Michel. **Filosofia mestiça**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, Simone Chaves Machado da. **Ensino da saúde sob rodas em redes**: cenários possíveis da educação superior na profissão do cuidado. 2010. Tese (Doutorado em

Educação) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA JR., Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. et al. **Políticas de saúde no Brasil e a organização de desenhos tecnoassistenciais**. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, Unidade de Aprendizagem – Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 1992. (Biblioteca Artes Médicas).

THIOLLENT, Michel. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 82-103.

\_\_\_\_\_. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1994.

TELLES, Vera da Silva. Questão social: afinal do que trata? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 4, 1996, p. 85-95.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; Abrasco, 2005. p. 89-111.

VARELA, Francisco. **Sobre a competência ética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

\_\_\_\_\_. O reencantamento do concreto. In: PELBART, Peter Pál; COSTA, Rogério da (Org.). **Cadernos de subjetividade**: o reencantamento do concreto. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. p. 72-86.

VICTOR HUGO. **Os trabalhadores do mar**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

WARSCHAUER, Cecília. **Rodas em rede**: oportunidades formativas na escola e fora dela. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

ZUGNO, Paulo Luiz. **Implantação do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul**: resistências e obstáculos. 2003. Dissertação (Mestrado Acadêmico) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2003.



## Apêndices

### **Apêndice A – Texto de apoio para a narrativa escrita**

O setor da saúde em nosso país vem sendo submetido a um significativo processo de reforma, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, em que várias estratégias têm sido ativadas no sentido da concretização do SUS, sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) uma dessas estratégias.

Para a EPS, o objeto de transformação é o processo de trabalho e as práticas de saúde com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e do acesso aos serviços de saúde, nos quais as ações educativas estão voltadas às equipes situadas em qualquer instância do sistema de saúde, tomando como foco os problemas enfrentados nos cotidianos, sejam referidos à atenção, à gestão ou à participação. A EPS é um dispositivo que busca provocar as equipes de saúde a identificar os problemas que distanciam suas práticas dos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase à integralidade. Para a EPS, o que deve ser colocado em análise pelos coletivos são os atos produzidos no cotidiano, pois, espera-se que por meio da autoanálise, da problematização das práticas concretas e da escuta do fazer, possam ser disparados novos modos de ser e de agir comprometidos com a afirmação e a defesa da vida. Para haver aprendizagem é preciso um estado ativo de ‘perguntação’, de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber, tomando como referência a implicação com os usuários. A EPS, portanto, é uma pedagogia em ato que busca mudar o cotidiano de trabalho na saúde, colocando o cotidiano profissional em invenção viva, em equipe e com os usuários.

Em Caxias do Sul, no período de 1997 a 2004, por ocasião de um movimento político institucional que pretendeu implementar uma nova estratégia tecnoassistencial (“Em Defesa da Vida”) no sistema local de saúde, foram desencadeados processos como esses propostos pela educação permanente em saúde que pretendiam, por meio da problematização das práticas vigentes, transformar as práticas de saúde. Nesse sentido, convido você a fazer um relato por escrito que discorra sobre esses processos, na forma de uma narrativa livre, utilizando a própria linguagem, sem a preocupação com qualquer formalismo. O texto/narrativa irá discorrer sobre o que é possível lembrar/contar/falar/sentir por meio das histórias pessoais de trabalho. Tente fazer uma analogia das experiências de educação permanente em saúde com o movimento da águas. Por exemplo: assim como as águas marinhas e as águas de um rio se movem em padrões confusos, provocadas por fatores exógenos e endógenos, havendo efeitos de redemoinhos, ondas, corredeiras, quedas d’água, fluxos represados, barreiras, torrentes, enchentes, vazantes, movimentos similares podem acontecer nas experiências cotidianas e nos processos vividos de educação permanente em saúde.

Não pretendendo que se torne um questionário, apresento algumas questões que poderão nortear o relato. Quais foram os processos mais significativos de educação permanente em saúde vivenciados? Como aconteceram? Em que sentido foram significativos? O que esses processos dispararam em você e nos coletivos? O que ficou ou pode ficar dessas experiências no momento presente?

## **Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Título da pesquisa:** Educação Permanente em Saúde: dispositivo pedagógico para a ativação de trabalho vivo no setor saúde

**Campo temático:** Educação em Saúde

**Pesquisadora responsável:** Margareth Lucia Paese Capra – telefone: (54) 3214.8170 – e-mail: mcapra@terra.com.br

**Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – telefone: (51) 3308.4131 – e-mail: ricardo@educasaude.org

**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação

**Comitê de Ética:** Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A pesquisa integra o objeto de estudo de um projeto de tese de doutorado em Educação da pesquisadora, e tem como objetivo investigar a potencialidade da Educação Permanente em Saúde (EPS) para mobilizar ações protagonistas no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde, tendo em vista arranjos gerenciais e práticas assistenciais mais implicadas com os usuários do SUS. Ao estabelecer uma maior compreensão sobre a formação em serviços de saúde, espera-se contribuir para a reconstrução das práticas de gestão, atenção, educação e controle social no setor. A produção da pesquisa de dará pelo método da entrevista coletiva, mediante uma dinâmica de conversações, e pelo sistema de escritas breves em forma narrativa sobre experiências profissionais vividas e relacionadas com o tema. O campo empírico será a experiência no município de Caxias do Sul, para tanto está previsto um grupo focal com pessoas que ocuparam cargos diretivos e participaram do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, no período de 1997 a 2004.



**CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como informante. Fui informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a mesma, os procedimentos nela envolvidos, os direitos de receber qualquer outro esclarecimento sobre a pesquisa, de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo e de não ser identificado, além de ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade, se não emitir expressa autorização em contrário. O uso de gravador de voz será utilizado com a minha permissão, com finalidade documental. Declaro, ainda, que fui informado do endereço e formas de contato com a pesquisadora e orientador, caso desejar esclarecer qualquer dúvida (Av. Paulo da Gama, 110, prédio nº 12.201, 4º andar, sala 409, Porto Alegre, RS).

---

Assinatura do participante

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Data de recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da pesquisadora