

Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde



Maria Cristina Botelho de Figueiredo
Maristela Cardozo Caridade
Delba Machado Barros
Ernane Ferreira Maciel
Gíssia Gomes Galvão
Organizadores

Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

Ministério da Saúde

**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação
na Saúde**

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Ministério da Educação

**Diretoria de Educação a Distância –
Universidade Aberta do Brasil – Capes**

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Presidente

Paulo Gadelha

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp

Hermano Albuquerque de Castro

Coordenadora da Educação a Distância – EAD

Lúcia Maria Dupret

Coordenadoras da Universidade Aberta do Brasil na EAD/Ensp/Fiocruz

Lúcia Maria Dupret

Henriette dos Santos

Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**Coordenação**

Maria Cristina Botelho de Figueiredo (Coordenadora)

Maristela Cardozo Caridade

Karla Traváglia Chrispim

Delba Machado Barros

Ernane Ferreira Maciel

Gissia Gomes Galvão

Assessoras Pedagógicas

Cleide Figueiredo Leitão

Suely Guimarães Rocha

Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde



Maria Cristina Botelho de Figueiredo
Maristela Cardozo Caridade
Delba Machado Barros
Ernane Ferreira Maciel
Gíssia Gomes Galvão
Organizadores

Copyright© 2005 dos autores

Todos os direitos desta edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/EAD

1ª edição - 2005

2ª edição - 2006

3ª edição revista - 2008

1ª reimpressão da 3ª edição - 2012

4ª edição revista - 2014

Revisão técnico-metodológica

Cláudia Maria da Silva Marques

Cleide Figueiredo Leitão

Henriette dos Santos

Marisa Teixeira Silva

Revisão gramatical

Roberto Botelho Rondinini

Capa

Eliayse Villote e Daniel Silva

Ilustrações

Alessandra Gérin de Castro

Dino Vinícius Ferreira de Araújo

Editoração Eletrônica

Abreu's System

Marina Rossi

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz

Biblioteca de Saúde Pública

F723 Formação de Facilitadores de educação permanente em saúde.
/ organizado por Maria Cristina Botelho de Figueiredo...
[et al], – Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.
320 p. : il.
ISBN: 978-85-61445-98-0

1. Educação em Saúde. 2. Pessoal Técnico de Saúde - educação. 3. Prática de Saúde Pública. 4. Cursos de Capacitação. 5. Aprendizagem. 6. Educação a Distância. I. Caridade, Maristela Cardozo (Org.). II. Barros, Delba Machado (Org.). III. Maciel, Ernane Ferreira (Org.). IV. Galvão, Gíssia Gomes (Org.). V. Título.

CDD – 362.1042

2014

Coordenação de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rua Leopoldo Bulhões, nº 1.480 – Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP:21041-210

<http://www.ead.fiocruz.br>

Autores

Aluísio Gomes da Silva Junior
Angela Capozollo
Carlos Maurício Guimarães Barreto
Cinira Magali Fortuna
Cláudia Maria da Silva Marques
Cleide Figueiredo Leitão
Débora Cristina Bertussi
Dulce Helena Chiaverini
Guido Antonio Espírito Santo Palmeira
Gustavo Figueiredo
Henriette dos Santos
José Inácio Jardim Mota
Júlio Alberto Wong Un
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Lúcia Maria Dupret
Maria Cristina Botelho de Figueiredo
Marisa Teixeira Silva
Murilo Wanzeller
Ricardo Burg Ceccim
Roseana Meira
Rossana Staevie Baduy
Silvana Martins Mishima
Sílvia Matumoto
Sueli Rezende Cunha
Túlio Batista Franco
Valéria da Silva Fonseca

Colaboradores

José Ivo Pedrosa
Liane Beatriz Righi
Lúcia Inês Schaedler
Maristela Cardozo Caridade

Revisores da 2ª Edição

Cleide Figueiredo Leitão
Maria Cristina Botelho de Figueiredo
Marcus Vinicius Ferreira Gonçalves
Marisa Teixeira Silva
Maristela Cardozo Caridade
Suely Guimarães Rocha

Revisoras da 3ª Edição

Elizabeth de Andrade Romeiro
Maria Cristina Botelho de Figueiredo
Maristela Cardozo Caridade

Revisores e Colaboradores desta Edição

Adelaide Maria Caldas Cabral
Alci Léia Dalmônico Padilha
Alessandra Aparecida Guadagnin
Camila Rosalia Antunes Baccin
Claudia Lima Monteiro
Delba Machado Barros
Denise Lopes Pacheco Ramos
Dirce Maria Schneider
Ernane Ferreira Maciel
Gíssia Gomes Galvão
Karla Traváglio Chrispim
Maria Cristina Botelho de Figueiredo
Maria Imaculada Ferreira da Fonseca
Maristela Cardozo Caridade
Neidi Regina Friedrich
Sueli Moreira Pirolo

Validadores¹

Adailton Isnal
Adalgisa Borges de Carvalho Assis
Aderli Goes Tavares
Adivete Santos Figueiredo
Adriana Cristina Franco
Adriana de Castro Rodrigues Krum
Adriana Katia Corrêa
Adriana Nunes Chaves
Adriene Jacinto Pereira
Aida Celeste de Brito
Alberto Novaes Ramos Júnior
Alessandra Moreno Maestrelli
Aline Santos Monteiro
Alóide Ladeia Guimarães
Amarílis Pereira Amaral
Ana Cristina Sales de Messias
Ana Cristina Couto Amorim
Ana Maria Martins Moser
Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
Ana Tania Lopes Sampaio
Anadja Maria dos Santos Rios
André Luiz da Silva
Andréa Cristina de Farias Mello
Andréa Leão e Silva
Ângela Rocha de Lamare Leite
Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
Antonio Carlos Sansevero Martins
Ari Vieira Lemos Júnior
Arminda Rezende de Pádua
Auriman Cavalcante Rodrigues
Aurora Del Carmem Rosell Soria
Bárbara Maria Soares Pereira Wanderley
Beatriz Galvão de Carvalho
Berenice das D. Gonçalves
Betina Black Dalarmelino
Brenda Mercedes Justiz González
Camila Rosália Antunes
Carla Moura Cazelli
Carlos Antônio Leal
Carlos Augusto Fernandes Bêta
Carlos Henrique Ferreira
Carlos Pilz
Carlúcia Maria Rodrigues e Lima
Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Cecília Maria Carvalho Soares Oliveira
Cecília Maria Cruz da Silva
Cinira Magali Fortuna
Clarice Fonseca Mandarino
Claudete Ayane Omotto
Claudete schroeder Lopes
Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto
Claudio Alencar do Rego Barros
Creuza Maria Brito Queiroz
Cristina Amélia Luzio
Cristina Campos dos Santos
Cristina Setenta Andrade
Danilo Figueira Gonçalves
Dânia Fonseca Marcondes

Dario Francisco Olivet Salles
Débora de Sales Pereira
Denise Barbosa de Castro Friedrich
Denise Bueno
Derly Silva Streit
Ediane Ragnini
Edimeia Ribeiro Alves Vieira
Edir Nei Teixeira Mandú
Edylene Maria dos Santos Pereira
Elaize Maria Gomes de Paula
Eliana Marília Faria
Eliane Aparecida Sanches Tonolli
Eliane Moreira da Costa
Elio Andriolo
Elioenai Dornelles Alves
Elizabeth Barcellos Azoury
Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro
Elizabeth Mitiko Konno
Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro
Elisângela Lucas Teixeira
Elzimar Evangelista Peixoto Pinto
Érica Simone Barbosa Dantas
Ériko Marvão Monteiro Duarte
Etel Matielo
Eugênio Lúcio Vieira
Eunice Alves Gomes
Fabiana Patucci
Fabiano Marques Rosa
Fabio Luiz Storer
Fábio Tetuo Omono
Fernanda Cristina Castelo de Lima Martins
Fernanda de Oliveira Sarreta
Fernando Antonio da Silveira
Fernão Diego de Souza Lopes
Francimeiry Amorim da Silva
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Franklin Leandro Neto
Francisca Nogueira da Silva
Gesilda Meira Lessa
Gilberto Souto Caramão
Gladys Amélia Vélez Benito
Gloria Maria Pinto Coelho
Graziela Damasceno de Araújo
Hedy Lamar Almeida Sanches
Helen Brüggemann Bunn Schmitt
Heliana Mara Souza Fonseca
Iara Maria Oliveira Torres
Inês Alcione Guimarães Tavares
Inez dos Santos Gonçalves
Iraildes Andrade Juliano
Isabella Murara Vieira
Ivaneide Medeiros Nelson
Ivani de Oliveira Penques
Ivône Gonçalves Nery
Jaqueline Aparecida Erig Omizzolo
Janete Elza Felisbino
Jaqueline Fernandes Pontes
João Roberto Bettoni Nogueira

Joeber Bernardo Soares de Souza
Jorge Adelson Marialva Batista Júnior
Jorge Luís de Souza Riscado
José Carlos Silva
José Carlos Moraes
José Eduardo Moreira Amorim
Judite Hennemann Bertoncini
Juliemy Aparecida de Camargo Scuoteguazza
Kátia Ferreira Costa Campos
Kátia Maria da Silva Lima
Katiane Geria Melo Lima
Kellem Raquel Brandão de Oliveira
Kelly Christina Gomes de Araújo
Laurení Dantas de França
Leci Denise Brinker Siqueira
Leonora Catharina Martins Pinto Rodrigo
Liana Maria Costa Gomes Lima
Lídia Batista Colombani
Lília Aparecida Kanan
Livia Cristina Benavente
Loíde Clementina da Cunha
Lorene Louise Silva Pinto
Lucélia Borges de Abreu Ferreira
Lúcia Marques Cleto Duarte Iusim
Lucilane Maria Sales da Silva
Luiz Carlos Castello Branco Rena
Luiz Evaristo Ricci Volpato
Luiz Marcos Ribeiro
Luzia Marlene Viveiros Machado
Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde
Manoel Martins Vieira
Mara Christina Martins Freire
Mara Lúcia Rocha Ramos
Marcelo Dala Bernardina Dalla
Márcia Maria Bragança Lopes
Margareth Lucia Paese Capra
Maria Alice Amorim Garcia
Maria Antonia Ramos Costa
Maria Aparecida Davi Monteiro
Maria Aparecida Moreira Martins
Maria Aparecida Rodrigues Cangussu
Maria Cândida de Pádua Bruce Souza
Maria Cristina de Moraes Coelho Caiuby
Maria Cristina Succar Tacla
Maria das Graças Alves Lima
Maria das Graças Silveira de Castro
Maria de Fátima Rodrigues dos Santos Godoi
Maria de Jesus Loredó Rocha
Maria de Lourdes Dutra
Maria do Carmo Moreira
Maria do Socorro de Araújo Dias
Maria do Socorro Leite Galvão
Maria Ediné Schmitt
Maria Elizabeth Araújo Ajalla
Maria Elizabeth da Silva Hernandez Corrêa
Maria Eny Coelho
Maria Fátima Maciel Araújo
Maria Francisca Santos Abritta Moro

Maria Gilcia do Nascimento Dantas de Sá
Maria Gorete Ferreira da Silva
Maria Helena dos Santos
Maria Imaculada Ferreira da Fonseca
Maria Iracema Mariano de Amorim
Maria Izabel D'Eça Neves Caruso Macdonald
Maria Liracy Batista de Souza
Maria Lucélia da Hora Sales
Maria Lúcia Tozetto Vettorazzi
Maria Marta Nolasco Chaves
Maria Odete Feres Simão
Maria Paula Cerqueira Gomes
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Maria Rosa Logiodice Cardoso
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Maria Teresinha Pinheiro
Maria Zenilda Lira do Rego
Marilene de Souza Santos
Marileni Marta Nascimento Martins
Marilia Santos Fontoura
Marinéz Gonzalez
Marinila Calderado Munguba Macêdo
Marisa Leal Correia Melo
Maristela Ines Osawa Chagas
Maristela Rodrigues Marinho
Marisa de Fátima Pedrosi
Marlene Madalena Possan Foschiera
Marli dos Santos Matos
Marta Gama de Magalhães
Marta Pereira Coelho
Mayke Heidrich
Milton Menezes da Costa Neto
Mônica Aparecida da Cunha Picolo
Mônica de Almeida Carrerio
Mônica Kramer de Noronha Andrade
Mônica Valadares Martins
Naderge Nazaré da Costa Moura
Nair Chase da Silva
Neila Falcone da Silva Bonfim
Nelson Ferreira Lima
Neuza Maria Garzim Faria

Neuzely de Oliveira Pereira
Newton Lessa Júnior
Nila da Conceição Cardoso
Nilce Emy Tomita
Norico Miyagui Misuta
Odenir Dias Teixeira
Odete Nazaré Vilhena de Macedo
Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha
Otília Simões Gonçalves
Paulo Klingelhofer de Sá
Petrônio José de Lima Martelli
Raquel de Moraes Sampaio Araújo
Regina Célia Lima Cardoso Silva
Rejane Roesler Mocinho
Rita dos Reis e Souza
Rita Maria Callegari Basso
Robélia Dórea da Silva
Roberto Echer
Romeu Selistre Sobrinho
Rosa Veronese
Rosana Marcondes
Rosana Maria Paiva dos Anjos
Rosangela Elias
Rosangela Lima Penha
Rosani Pagani
Roseli Maria Cardoso Ribeiro
Roseli Regina Freire Marconato
Rosemary Andrade Lentex
Rosiane Araújo Ferreira Feliciano
Rosimara Werner Lemos Duarte
Rubia Passos Landi de Souza
Salete Mafioletti Kozelinski
Sandra Kennedy Viana
Sandra Lucio Minuncio
Sandra Marcia Soares Schmidt
Sandra Regina Brandão Guimarães
Sandro Schreiber de Oliveira
Sebastião Elias da Silveira
Sebastião Lázaro Ortiz
Sergio Murilo Conti de Souza
Sheila Elke Araújo Nunes

Sheila Saint-Clair da Silva Teodósio
Silvana Maria Gois Gomes
Sílvia Matumoto
Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa
Sílvio Yasui
Simone Carvalho Charbel
Sirlei Fávero Cetolin
Sofia Campos dos Santos
Solane Maria Costa
Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Sonia Maria Olhas Gouvea
Soraya Maria de Medeiros
Sueli de Carvalho Vilela
Sueli Soldati Abranches
Suely do Nascimento Silva
Suzete Marchetto Claus
Tânia Macêdo Costa
Tânia Mara da Silva Bellato
Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Telma Semirames de Castro Mendes
Teresa de Jesus Martins
Tereza Kazue Saito Hayasida
Terezinha Eduardes Klafke
Valéria Calil Abrão Salomão
Valter Adriano Paulino de Campos
Vanderlúcia da Silva Pontes
Vanessa Rosar Mattos Dias
Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
Vera Lucia de Barros
Vera Lúcia Gonçalves Pacheco
Vera Lúcia Quinhones Guidolin
Vera Regina do Carmo Mendonça
Vilma Teresinha Nadal Zardo
Virgínia de Freitas Costa Castilho
Virgínia Maria Costa de Oliveira
Virgínia Rodrigues Braga
Vitória Augusta Teles Netto Pires
Vitória Solange Coelho Ferreira
Wanêssa Lacerda Poton
Zélia da Rocha Albernaz
Zélia Maria de Matos Lopes

¹O conteúdo do livro texto foi validado pelo conjunto dos tutores do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente.

Validadores² do Deges/Sgets/MS

Abigail Batista de Lucena Reis
Alexandre André dos Santos
Aline Guerra Aquilante
Andréa Fonseca Ventura dos Santos
Bernadete Nardo Teodoro
Carlos Augusto Martins Netto
Carolina Chaccur Abou-Jamra
Claudia Maria da Silva Marques
Denise Schuara
Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues
Fábio Pereira Bravin
Gilson Resende Giovani
Gracy Santos Heijblom

Laise Rezende de Andrade
Liliana Santos
Luiz Fernando Silva Bilibio
Lucia Inês Schaedler
Márcia Cristina Marques Pinheiro
Maria Aparecida Timo de Brito
Maria Cecília Ribeiro
Maria do Socorro M. de Oliveira
Mônica Diniz Murães
Mauro Maciel de Arruda
Odete Messa Torres
Patrícia Pol
Regina Áurea M. de Souza Cavalcanti

Renato Rocha Fonteles
Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida
Sara Regina Souto Lopes
Simione de Fátima César da Silva
Simone Chaves Machado da Silva
Sonia Lievori
Stefanie Kulpa
Teresa Maria Passarella
Vanderlei Francisco de Oliveira
Vanderléia Daron

² O conteúdo do livro texto foi validado pelos técnicos do Deges/Sgets/MS

Não basta saber ler que Eva viu a uva.
É preciso compreender
qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social,
quem trabalha para produzir a uva e
quem lucra com esse trabalho.

Paulo Freire

Sumário

Prefácio	13
Apresentação	15
Unidade de Aprendizagem Integradora	19
Mapa Referencial	21
Primeiro Encontro Presencial	23
Segundo Encontro Presencial	43
Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde	51
Mapa Referencial	53
Momento 1 – Um Olhar para o processo saúde-doença e cuidado	55
Momento 2 – Desenhos organizativos da atenção à saúde.....	99
Momento 3 – Educação permanente em saúde como estratégia de gestão de coletivos ...	139
Momento 4 – Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a Educação Permanente em Saúde.....	157
Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relação na Produção do Cuidado.....	183
Mapa Referencial	185
Caso – Jardim das Flores	189
Caso – Madalena	199
Caso – Reunião de Equipe.....	209
Caso – O Trabalho do coletivo de Educação Permanente em Saúde – EPS.....	217

Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.....	271
Mapa Referencial	273
Representação Gráfica da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde	275
Momento 1 - Pensar as Práticas Educativas Vivenciadas	277
Momento 2 - Construir uma Ação Educativa no Trabalho	289
Momento 3 - Aprendizagem Significativa no Trabalho.....	305

Prefácio

A Política de Educação Permanente em Saúde foi elaborada e implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), como importante estratégia para promover mudanças no modelo de formação do Sistema Único de Saúde (SUS) e impulsionar a integralidade da atenção à saúde, o que favoreceu a articulação intersetorial, sendo seu principal foco as necessidades dos usuários.

Trata-se de uma política descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar; contempla diferentes saberes e fazeres com o propósito de refletir as diversas práticas nos processos de trabalho, envolvendo todos os setores do chamado quadrilátero da saúde, composto dos usuários/controle social, profissionais de saúde, entidades formadoras e gestores do SUS.

O coração da Política de Educação Permanente em Saúde é potencializar mudanças nos processos de trabalho, transformando o exercício profissional e a organização do trabalho a partir da problematização de questões oriundas da própria prática. A ênfase recai sobre a mudança nas vivências profissionais, porquanto ela deve estar ancorada na reflexão crítica a respeito das práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços ou na rede de gestão.

Faz-se necessário que os processos de formação dos trabalhadores da saúde sejam estruturados com base na problematização crítica do seu processo de trabalho, uma vez que seu objetivo é transformar as práticas e a própria organização do trabalho estabelecendo como referencial as necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e a promoção da saúde.

Essa perspectiva desloca o poder dos diferentes setores, representados pelo quadrilátero, para o centro da roda, em um espaço de planejamento, gerenciamento e apoio; coloca, sim, distintos saberes e interesses em debate na tentativa de superar os nós críticos identificados nos processos de trabalho em saúde a fim de retratar a realidade local. Dessa forma, expressa uma opção político-pedagógica e vem se tornando importante estratégia de formação dos trabalhadores do SUS.

O encontro entre a demanda formativa gerada pela Política de EPS e o Programa de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (EAD/Ensp) ocorreu pela significativa experiência desse programa em processos de formação para os trabalhadores da saúde, por meio dessa modalidade de educação, exercendo um compro-

misso com a sustentabilidade de políticas públicas que concretizem o Sistema Único de Saúde.

Na contemporaneidade, os processos de trabalho e os de produção e socialização do conhecimento, as relações estabelecidas entre educação e trabalho, bem como as formas de integração regional e mundial configuram e são configurados por novas dimensões de espaço e tempo. Nela, a educação a distância não se conforma apenas como alternativa à educação presencial, mas se traduz como processo educacional singular – o que a torna, em muitas circunstâncias, a escolha mais pertinente, qualificando-a para a implantação de políticas públicas, inclusão social e desenvolvimento regional em prol da universalização de bens públicos, tais como trabalho, educação e saúde.

A parceria entre Deges/MS e EAD/Ensp, em 2004, resultou na construção coletiva do Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde, que objetiva responder às dificuldades conceituais, operativas, ético-políticas identificadas em relação à proposta de educação permanente, tendo em vista a diversidade de atores sociais que ela abarca e os processos que institui.

Em 2005, ano em que se implementou a primeira oferta do curso – inicialmente vinculada aos Polos de Educação Permanente (PEP) e, depois, aos Municípios de Educação Permanente (MEP) –, foram formados 4.182 facilitadores, perfazendo 73,3% dos inscritos no curso.

A partir de 2008, a oferta do curso pela EAD/Ensp tem sido viabilizada por intermédio da parceria com o Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB), que compõe a Diretoria de Educação a Distância da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (DED/Capes) do Ministério da Educação, oportunizando quatro ofertas: uma delas em processo de implementação para o segundo semestre de 2014, e as outras três já concluídas, com 628 facilitadores formados, o que perfaz 85% dos inscritos no curso. Essa parceria possibilitou diversificar o público-alvo na medida em que, além dos profissionais da saúde, participam professores da educação básica de diferentes especialidades, educadores, pedagogos e cientistas sociais.

De acordo com essa lógica, a concepção e o planejamento pedagógico do curso estão direcionados ao desenvolvimento das capacidades de diversos atores para atuar estrategicamente na ampliação das relações entre os processos educativos dos trabalhadores da saúde, da gestão, do desenvolvimento institucional e do controle social da saúde – lugar social em que todos os atores que buscam o curso se encontram a fim de fortalecer a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Por fim, ao longo dessa história de dez anos, vale a pena destacar que os quase 5 mil facilitadores formados expressam o compromisso e o envolvimento da Coordenação de Educação a Distância (EAD/Ensp/Fiocruz), que coordena o curso de forma competente e com muita garra, criando, no decorrer de seu fazer cotidiano e formativo, a sustentabilidade de políticas públicas que fortifiquem o Sistema Único da Saúde.

Cleide Figueiredo Leitão

Socióloga e educadora da EAD/Ensp/Fiocruz

Apresentação

A Educação Permanente em Saúde pressupõe a busca de soluções para problemas enfrentados no cotidiano do trabalho. Considera as experiências e vivências de cada um para promover transformações na prática profissional e na organização do trabalho.

A condução da Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil se dá por meio das instâncias de pactuação do SUS – Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Comissão Intergestores Regional - CIR apoiadas pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES. Estas instâncias são intersetoriais e interinstitucionais e participam da formulação, condução e desenvolvimento dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde - EPS.

A concepção e planejamento pedagógico do Curso estão voltados para desenvolver capacidades com o objetivo de apoiar ações de Educação Permanente, compreendida como potente ferramenta de apoio a gestão participativa e reflexão para reformulação da prática dos diferentes atores envolvidos.

O Curso apresenta uma estrutura modular dinâmica, que permite ao aluno, junto com sua turma e tutor, escolher o percurso de aprendizagem, a partir de vivências, necessidades e contexto profissional.

Este livro *Facilitadores de Educação Permanente em Saúde* orienta o caminho de aprendizagem e está constituído de quatro Unidades de Aprendizagem:

- Unidade Integradora
- Unidade Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde
- Unidade Trabalho e Relação na Produção do Cuidado
- Unidade Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde

A **Unidade Integradora**, “porta de entrada” no curso, é desenvolvida através de momentos presenciais e a distância.

Os momentos presenciais promovem discussões e sucessivas aproximações ao objeto de estudo/trabalho do aluno, com destaque para as contribuições que as Unidades de Aprendizagem do Curso oferecem para a elaboração e implementação de ações de Educação Permanente intermediadas por sua atuação como facilitador.

O propósito principal dos **encontros presenciais** é potencializar a ação construtora da Educação Permanente em Saúde. Por meio desses encontros, pretende-se propiciar a integração e a troca de experiências entre os alunos, bem como favorecer a correspondência entre os conteúdos trabalhados nas demais Unidades de Aprendizagem e as práticas que estão sendo exercidas junto aos coletivos de EPS.

Na **Unidade Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde**, as atividades conduzem o aluno na perspectiva de que, ao analisar qualquer problema a ser enfrentado pela Educação Permanente é necessário considerá-lo na sua totalidade, buscando uma **compreensão ampliada das relações sociais e políticas** que o envolvem.

Para desenvolver o trabalho como facilitador de Educação Permanente em Saúde é muito importante que o aluno potencialize sua capacidade de reflexão crítica acerca do contexto onde se desenvolvem as práticas de saúde em sua região.

Como facilitador, é fundamental compreender a complementaridade entre os setores educação e saúde.

Nesta unidade são trabalhados alguns conceitos que possibilitam a compreensão do projeto político de organização da gestão e da atenção à saúde, tomando a Educação Permanente como uma das ferramentas da gestão para a integralidade em saúde, analisando suas inter-relações.

Os temas abordados visam contribuir para que se amplie a capacidade de compreensão e análise dos contextos de sustentação das práticas de saúde, assim como para se atuar estrategicamente na implementação de processos de Educação Permanente em Saúde.

Esta unidade é apresentada em quatro momentos. Cada momento descreve atividades a serem desenvolvidas que proporcionarão experiências de aprendizagem buscando levar o aluno a aproximações sucessivas aos objetos de estudo / tema / trabalho.

A **Unidade Trabalho e Relação na produção do Cuidado**, aborda as relações, individuais e sociais, que configuram, constroem e criam o cuidado em saúde.

Esta unidade apresenta casos ilustrativos baseados em situações reais, temas-chave para a ação em saúde, e conseqüentemente, para estimular e empreender processos de Educação Permanente em Saúde. São quatro casos construídos de forma a levar o aluno a refletir sobre o trabalho em saúde e a produção de cuidado. Ao longo dos casos o aluno encontra a indicação de textos que visam aprofundar os temas abordados. Casos e textos estão, portanto, interligados, assim como as propostas de atividade ao longo e ao final de cada caso.

O aluno terá a oportunidade de conhecer – ou relembrar – o que é considerado o “coração” do cuidado em saúde: **as relações, individuais e sociais**, que configuram, constroem e criam o cuidado em saúde.

Na **Unidade Práticas Educativas no cotidiano do Trabalho em Saúde** o convite é para apoiar o desenvolvimento de práticas de Educação Permanente em Saúde, partindo de vivências e reflexões sobre o processo de **aprendizagem significativa no trabalho**.

A opção pedagógica adotada nesta unidade considera que o papel educativo é inerente a qualquer indivíduo. Desse modo, o estímulo é para transformar toda ação em aprendizagem e conhecimento e, neste caso específico, em fonte de transformação do processo de trabalho em saúde.

Esta unidade será desenvolvida tomando como ambiente de aprendizagem significativa a atuação do aluno, dialogando com outros atores, participantes ou não, dos espaços coletivos de Educação Permanente em Saúde. A proposta é ajudar a construir aprendizagens significativas a partir do agir cotidiano em saúde, de diferentes coletivos.

O livro apresentado foi construído para que o aluno tenha momentos de reflexão que impulsionem mudanças favoráveis no cotidiano de trabalho, tendo como objetivo a ampliação do trabalho integral em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

Os Organizadores

**Unidade de Aprendizagem
Integradora**



Mapa Referencial da Unidade

Vamos iniciar nossa caminhada!

Esta Unidade de Aprendizagem será desenvolvida em dois encontros presenciais, tendo como objetivo principal potencializar a ação construtora da Educação Permanente em Saúde, a partir de problemas identificados em cada região.

Além disso, pretende-se:

- construir coletivamente o conceito de Educação Permanente em Saúde;
- identificar o papel do facilitador;
- propiciar a integração e a troca de experiências entre os facilitadores;
- favorecer a correspondência entre os conteúdos trabalhados nas demais unidades de aprendizagem e as práticas que estão sendo exercidas junto aos coletivos de EPS

Primeiro Encontro Presencial

Marco Inicial

Percurso:

Convidamos você a iniciar o caminho em nosso curso, conhecendo as competências e atributos para atuação como facilitador de Educação Permanente em Saúde.

Referencial Teórico:

- Roteiro de Ações
- Texto: O desafio de ser facilitador de educação permanente em saúde
- Atividade a distância: Construindo uma ação de educação permanente em saúde

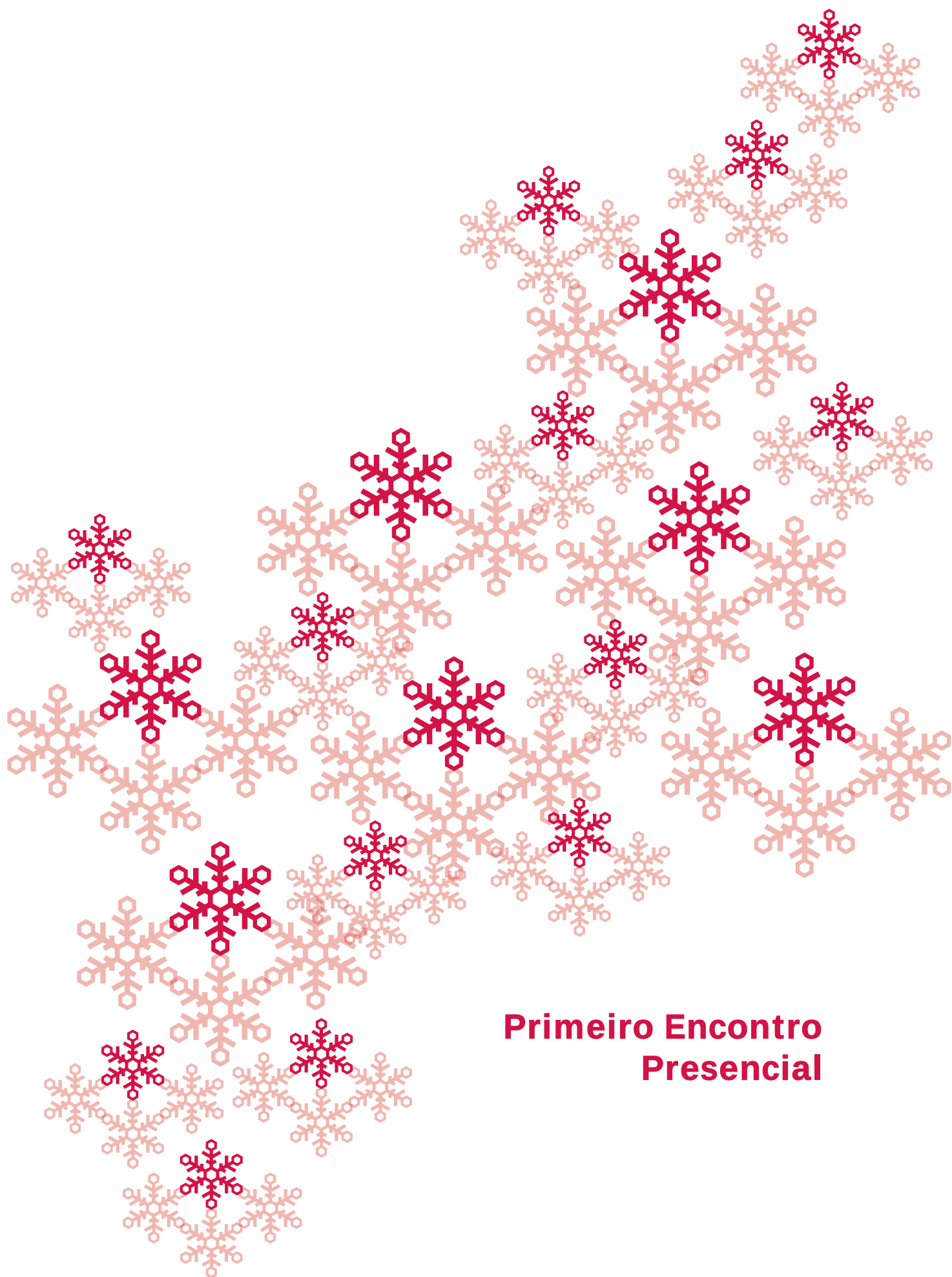
Segundo Encontro Presencial

Percurso:

O convite agora é para análise do processo de construção da Educação Permanente em Saúde, considerando as contribuições do curso.

Referencial Teórico:

- Roteiro de Ações
- Atividade a distância: Construindo uma ação locorregional de educação permanente em saúde



**Primeiro Encontro
Presencial**

Primeiro Encontro Presencial

As atividades propostas para este encontro visam acolhê-lo e promover sua integração com outros facilitadores de educação permanente em saúde, bem como com seu tutor.

Buscaremos contextualizar o curso de *Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*: seu significado, objetivos, metodologia e resultados esperados.

Neste encontro, é fundamental que você reflita sobre as competências e os atributos que são importantes para sua atuação como facilitador de educação permanente em saúde. Também é importante refletir sobre seu papel no âmbito da articulação entre os componentes da gestão, da organização do cuidado e da participação social com os processos de formação dos trabalhadores da saúde.

As discussões propostas para este primeiro encontro presencial pretendem também subsidiá-lo na elaboração de seu plano de estudos, estimulando a reflexão sobre as estratégias necessárias para a construção de ações de educação permanente em saúde.

Roteiro de Ações

Primeiro Encontro Presencial

Orientação aos Tutores/Coordenadores

1. Abertura do Curso: organizar e coordenar a mesa de abertura.
2. Dinâmica de acolhimento
3. Atividade nas turmas¹:
 - ✓ Organizar as turmas.
 - ✓ Realizar, nas turmas, o levantamento das expectativas dos facilitadores em relação ao curso, registrando-as em um quadro.
 - ✓ Promover o debate da apresentação, mapa referencial da Unidade Integradora e o Roteiro de Ações do Primeiro Encontro Presencial.
 - ✓ Orientar a leitura do Caderno do Aluno – A quem se destina, Objetivos e Proposta Pedagógica.
4. Apresentação EAD/ENSP/Fiocruz
5. Atividade nas turmas:
 - ✓ Estimular o debate nas turmas.
 - ✓ Orientar a sistematização das discussões, estimulando a participação de todos na identificação dos problemas, ressaltando semelhanças e diferenças.

Atividades dos Facilitadores

1. Participar da plenária de abertura do curso
2. Participar da atividade
3. Atividade nas turmas:
 - ✓ Conhecer sua turma e seu tutor.
 - ✓ Refletir e apresentar, no grupo, sua expectativa em relação ao curso.
 - ✓ Debater a apresentação, mapa referencial da Unidade Integradora e o Roteiro de Ações do Primeiro Encontro Presencial.
 - ✓ Ler e debater no Caderno do Aluno – A quem se destina, Objetivos e Proposta Pedagógica.
4. Participar da plenária de apresentação da EAD/ENSP/Fiocruz
5. Atividade nas turmas:
 - ✓ Debater as seguintes questões e montar um quadro-síntese das discussões:
 - ▶ Em sua opinião, o que é Educação Permanente em Saúde e qual o seu significado para a qualificação dos trabalhadores?
 - ▶ Qual o problema prioritário para iniciar sua ação como facilitador de práticas de Educação Permanente em Saúde?
 - ▶ Que tipo de conhecimento e quais as suas relações com o grupo com o qual vai trabalhar Educação Permanente em Saúde?

¹ Turma é o conjunto formado pelo tutor e seus facilitadores. Cada turma terá um tutor e será composta de aproximadamente 20 facilitadores.

6. Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA VIASK

- ✓ Apresentação
- ✓ Exercícios
- ✓ Avaliação

7. Atividade nas turmas:

- ✓ Estimular o debate nas turmas.
- ✓ Orientar a sistematização das discussões, estimulando a participação de todos na identificação dos problemas, ressaltando semelhanças e diferenças.

8. Coordenar a plenária

9. Atividade nas turmas

- ✓ Orientar a leitura do Caderno do Aluno.

6. Ambiente Virtual de Aprendizagem AVA VIASK

- ✓ Assistir à apresentação
- ✓ Realizar os exercícios
- ✓ Responder à avaliação

7. Atividade nas turmas:

- ✓ Debater as questões abaixo, sistematizar e registrar as discussões, utilizando o quadro montado na atividade 5.
 - ▶ Como você pretende iniciar seu trabalho como facilitador? Por quê?
 - ▶ Como as atividades de Educação Permanente em Saúde vão se inserir na dinâmica de trabalho da equipe com a qual você vai trabalhar?
 - ▶ De que modo sua atuação como facilitador vai se inserir em sua dinâmica de trabalho habitual?
 - ▶ Como compartilhar essa experiência de trabalho com os demais facilitadores e as equipes locais de trabalho?

8. Participar da plenária

- ✓ Apresentar o quadro elaborado a partir do Levantamento das Expectativas.
- ✓ Apresentar quadro-síntese das discussões das atividades 5 e 7.
- ✓ Participar do Debate após as apresentações.

9. Atividade nas turmas:

- ✓ Leitura, com debate, do Caderno do Aluno – A estrutura, Conjunto Didático, Dinâmica, Avaliação do Aluno, Conclusão do curso e certificação, Situação acadêmica do aluno no curso, Sistema de Comunicação, Os atores e Uma agenda para os estudos.

10. Atividade nas turmas:

- ✓ Orientar a leitura do texto.
- ✓ Orientar a elaboração de, no mínimo, três questões pertinentes ao conteúdo do texto para serem apresentadas e debatidas posteriormente.

11. Atividade nas turmas:

- ✓ Orientação para a elaboração do Plano de Estudo.
- ✓ Disponibilizar para os facilitadores a proposta de cada Unidade de Aprendizagem do Curso, debatendo seus conteúdos (utilizar material impresso e retomar o diagrama da roda).
- ✓ Solicitar aos facilitadores que reflitam sobre o caminho que irão percorrer para a realização do curso, e que proponham um cronograma de execução do curso.
- ✓ Solicitar a turma que sistematize, segundo modelo de planilha abaixo, o caminho a ser percorrido, com justificativa da escolha.
- ✓ Pactuar com a turma, e registrar o dia e hora do plantão semanal, além dos melhores dias e horários para realização de Chats.

Unidade	Quando	Por quê?
1 -		
2 -		
3 -		

10. Atividade nas turmas:

- ✓ Ler e refletir sobre o seguinte texto: *O desafio de ser facilitador de Educação Permanente em Saúde*.
- ✓ Elaborar três questões pertinentes ao conteúdo do texto para serem apresentadas e debatidas posteriormente.

11. Atividade nas turmas

- ✓ Elaborar, com sua turma e segundo modelo de planilha, o Plano de Estudos do curso, justificando a escolha.

Para isso considere:

- ▶ o contexto de seu local de trabalho;
- ▶ o papel que você vai desempenhar como facilitador de Educação Permanente;
- ▶ suas próprias experiências e necessidade de formação;
- ▶ a proposta de Educação Permanente em Saúde a ser desenvolvida na localidade.

Com base nessas reflexões elabore o Plano de Estudo, explicitando o caminho escolhido e propondo um cronograma de execução.

Registrar para apresentação posterior.

Anote o dia e horário do plantão do seu tutor.

A apresentação do Plano de Estudo deverá ser feita em uma planilha, contendo:

- ▶ sequência escolhida para percorrer as Unidades de Aprendizagem (Exemplo: Unidade azul, verde e amarela);
- ▶ cronograma para cada Unidade;
- ▶ justificativa da escolha.

O Plano de Estudo será disponibilizado na biblioteca do AVA pelo seu tutor.

12. Atividade nas turmas:
✓ Orientar a leitura da Atividade a distância.

13. Coordenar a plenária

14. Encerramento
✓ Estimular os facilitadores a relatarem suas impressões sobre o curso, avaliando as atividades desenvolvidas no primeiro encontro presencial.

✓ Dinâmica de encerramento

12. Atividade nas turmas:
✓ Leitura da Atividade a distância:
Construindo uma ação de educação permanente em saúde.

13. Participar da plenária

✓ Apresentar as questões elaboradas a partir do texto da atividade 10.

✓ Apresentar o Plano de estudo com as justificativas da escolha.

✓ Apresentar uma proposta preliminar de cronograma de execução do curso.

✓ Revisita do conceito de Educação Permanente e do que é ser facilitador.

14. Participar das atividades de Encerramento.

Orientações para organização dos três dias de encontro:

1º dia: Atividades de 1 a 5

2º dia: Manhã – Laboratório de Informática – Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA)

Tarde – Atividades de 7 a 9

3º dia: Atividades de 10 a 14.

Texto

O desafio de ser facilitador de educação permanente em saúde

I – Construindo um novo caminho para a educação na saúde

“É do novo que se faz o presente: não há por que esperar,
os nossos sonhos precisam ser vividos agora.
Amanhã eles serão outros.
Queremos viver hoje a nossa utopia ...”

ROBERTO FREIRE

Em setembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde*, apresentada pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

O desafio dessa política está na adoção da educação permanente em saúde como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor da saúde.

Para alcançar essas transformações, os serviços de saúde devem, dentre outras ações, investir esforços no desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, será possível superar a tradição de organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais e promover o ordenamento do processo formativo e da educação permanente em saúde.

Queremos dizer, com isso, que fazer educação permanente em saúde exige reflexão crítica sobre as práticas de atenção, de gestão e sobre as práticas de ensino, buscando processos educativos aplicados ao trabalho. Nesse sentido, a construção da educação permanente em saúde coloca em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, favorecendo a associação entre o desenvolvimento individual e organizacional, os serviços e a gestão setorial, a atenção e o controle social, na perspectiva de desenvolver/fortalecer o próprio Sistema de Saúde.

Assim, para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, é necessário que as várias instâncias do SUS assumam um papel de indutor dessas mudanças. Para tanto, é essencial promover um trabalho articulado entre as várias esferas de gestão do SUS e as instituições formadoras.

Podemos afirmar, então, que a lógica dessa política é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Por isso, acreditamos no seu potencial para propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e de docência, bem como da capacidade de trabalhar em equipes matriciais, de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde e de constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

A implementação dessa política envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Envolve, também, a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, buscando ampliar a qualidade da gestão, o aperfeiçoamento da atenção integral, o domínio do conceito ampliado de saúde e o fortalecimento do controle social no Sistema.

A consolidação dessa nova política requer, então, ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social do setor.

II – O sentido da roda: uma nova cultura para a gestão da educação na saúde

“Nada é mais pedagógico, no sentido de desenvolver a autonomia e a criatividade das pessoas, do que a geração de relações não autoritárias.”

ROBERTO FREIRE

A consolidação da política de educação para o SUS requer a construção de espaços coletivos locais e regionais com capacidade de desenvolver a educação permanente das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade. Tais espaços são instâncias de articulação interinstitucional para a gestão da educação em serviço. Esses espaços devem promover relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (trabalhadores e suas práticas).

A imagem da roda é bastante representativa dessa idéia, porque revela uma nova proposição para a concepção do sistema, sua estrutura e forma de condução. Assim, a imagem da pirâmide, tradicionalmente vivenciada nos fluxos organizativos e na racionalidade gerencial hierarquizada e verticalizada dos serviços de saúde, deverá ceder lugar para a roda de co-gestão do trabalho em educação permanente em saúde, viabilizando novos arranjos e novas estruturas organizativas, segundo uma ética de planejamento e de gestão descentralizados.

Com essa nova imagem, esperam-se novas aprendizagens sobre a importância da interinstitucionalidade e sobre a potência da intersetorialidade. A *roda*, além de representar um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, é um dispositivo de criação local de possibilidades, sendo muito mais do que um arranjo gerencial: na roda, a realidade local deve ser mapeada e deverão ser operados processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, de permeabilidade às práticas populares, de qualificação das práticas pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagem significativa pela alteridade com as pessoas (com suas histórias de vida e cultura) que buscam as ações, os serviços e os sistemas de saúde.

A *roda* para a gestão colegiada tem natureza política e crítico-reflexiva e serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. Estando na roda, os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade ou inventam realidades segundo a ética da vida que se expressa nas bases onde essas mesmas realidades são geradas.

A gestão colegiada para a educação em serviço coloca os atores em uma operação conjunta, em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Este é o desafio: dar voz e lugar para as instituições formadoras, para o movimento estudantil e para o movimento popular; todos que entram na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam. A União e os Estados atuam numa função de coordenação descentralizadora, ou seja, sem verticalidade para com o Município, estimulando sua maior autonomia.

Nessa perspectiva, a gestão colegiada deverá buscar ampliar a qualidade da gestão, da atenção integral à saúde, do domínio do conceito ampliado de saúde pela população, bem como fortalecer o controle social nos sistemas de saúde. Isso se efetivará na medida em que forem trabalhados os elementos que conferem, à integralidade do cuidado e à gestão, capacidade de impacto sobre a saúde da população. Esses elementos, essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, envolvem dimensões nem sempre reconhecidas ou valorizadas na organização do processo de trabalho em saúde, tais como: o acolhimento, a responsabilização, o desenvolvimento da autonomia dos usuários, além do trabalho em equipes multiprofissionais e a resolutividade da atenção à saúde.

III – O facilitador de educação permanente em saúde – um novo ator no cenário

“Temos de aprender a fazer das contradições uma fonte de energia para enfrentarmos os desafios postos por estas micro-experiências inovadoras, passos necessários para macro-experiências revolucionárias”.

ROBERTO FREIRE

Para implementar a educação permanente em saúde, é fundamental superar as concepções tradicionais de educação e constituir uma cultura crítica entre professores (universitários e de nível técnico), profissionais dos serviços de saúde e de movimentos sociais. A formação de facilitadores desse processo é uma estratégia de intervenção na interface da educação e da saúde.



Aprendizagem significativa

Conceito melhor discutido na Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho.



Alteridade

Este conceito será melhor trabalhado na Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção de Cuidado em Saúde e no texto 3 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Uma das atitudes mais importantes que o facilitador de educação permanente em saúde precisa assumir é a de *recontextualizador crítico*. Essa atitude implica estar sempre atento às efetivas necessidades político-pedagógicas em saúde e focalizar sua ação em razão da complexidade do trabalho em saúde, dos projetos estruturantes de reorientação da atenção, dos desenhos da atenção, enfim, dos princípios e diretrizes norteadores do SUS.

A ação do facilitador implica escuta, interação entre os diferentes atores envolvidos nas práticas de atenção, de gestão, de formação e de controle social e reflexão crítica acerca dos processos decisórios que repercutem na concretização do cuidado integral, considerando a responsabilidade tecnocientífica, social, política e ética em saúde. **As unidades de aprendizagem do curso irão provocá-lo a refletir sobre esses aspectos.**

Nesse sentido, os processos educativos não podem tomar como referência apenas a melhoria da capacidade profissional de diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Além disso, devem buscar o desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas; a formação engloba aspectos da produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Propomos que os processos educativos adotem a problematização da prática como estratégia pedagógica, contextualizando a formação às bases sociais, políticas e tecnológicas que sustentam os processos de trabalho em saúde.

Todas essas reflexões devem estar incorporadas ao cotidiano de trabalho do facilitador, pois são panos de fundo balizador para suas ações, uma vez que seu papel é acompanhar e facilitar a reflexão crítica sobre os processos de trabalho das equipes que operam no SUS em todos os níveis.

Podemos, então, apontar alguns desafios para o trabalho do facilitador de educação permanente em saúde: promover a articulação entre os vários atores, pactuando estratégias para a implementação das ações; identificar novos parceiros, facilitando a integração e a troca de experiências entre eles; contribuir para a ampliação das relações entre os processos educativos dos trabalhadores da saúde, a gestão setorial, o desenvolvimento institucional e o controle social da saúde.

IV – A formação do facilitador

“A educação tem caráter permanente.
Não há seres educados e não educados.
Estamos todos nos educando”.

PAULO FREIRE

A significativa diversidade de atores sociais e os novos processos instituídos pela política de educação e desenvolvimento para o SUS representam desafios importantes para a implementação das ações locais de educação permanente em saúde. Muitos atores que atuam na *roda* de co-gestão desse processo, embora defendam o espaço democrático dos coletivos de EPS, compreendam a idéia e busquem trabalhar a formação e o desenvolvimento dos

profissionais de maneira reflexiva e contextualizada, esbarram em dificuldades conceituais, operativas, ético-políticas em relação à educação permanente.

Torna-se, então, fundamental enfrentar essas dificuldades para que a vitalidade desses espaços de articulação interinstitucional seja assegurada. Assim, o Ministério da Saúde está desencadeando um processo amplo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde, objetivando aumentar rápida e maciçamente o quantitativo de pessoas capazes de operá-la em todo o país. A estratégia proposta para esse fim é a realização do *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*.

Este curso, portanto, é uma das estratégias de alimentação da política de educação e desenvolvimento para o SUS. Sua concepção e planejamento pedagógico estão voltados para desenvolver as capacidades de diversos atores em apoiar ações de educação permanente em saúde nas localidades, iniciando sua atuação a partir do início do próprio curso. Nesse sentido, os facilitadores desenvolverão as ações de educação permanente em saúde, contando com o apoio dos tutores e com o compromisso dos diferentes atores que participam do coletivo de EPS desde o primeiro momento do curso.

O curso é uma iniciativa conjunta do Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Ministério da Saúde e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz.

Sua estrutura é dinâmica, permitindo a participação de atores com distintas funções, diferentes acúmulos e necessidades de formação. Está organizado em quatro Unidades de Aprendizagem – uma incorpora elementos de operação e possui dois encontros presenciais: é a Unidade Integradora. As outras três unidades desenvolvem, no conjunto, as ferramentas necessárias ao trabalho do facilitador, promovendo um contínuo de reflexões/ações sobre várias questões pertinentes à educação permanente, como, por exemplo, o processo de trabalho em saúde, os processos de ensino-aprendizagem, metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, a integralidade, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, as relações subjetivas entre profissionais e entre esses e os usuários, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades de saúde, a capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização.

Sinteticamente, as quatro Unidades de Aprendizagem do curso estão assim organizadas:

- **Integradora:** conta com dois encontros presenciais. O primeiro desenvolve atividades de acolhimento e integração dos participantes, bem como contextualiza o curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. As discussões do primeiro encontro presencial irão subsidiar os participantes na elaboração de seu plano de estudos e estimular a reflexão sobre as estratégias necessárias para a construção e implementação das ações de educação permanente em saúde. O segundo encontro presencial ocorre antes do término do curso e desenvolve atividades de reflexão crítica sobre o processo de construção e implementação das ações locais de educação permanente em saúde, buscando evidenciar estratégias para encaminhamento/solução dos possíveis nós-críticos encontrados.

- **Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde:** discute a complexidade dos processos de subjetivação no contexto do trabalho em saúde, apontando instrumentos que podem contribuir para a análise e intervenção nesses processos. Busca, a partir de reflexões sobre a produção do cuidado no processo de trabalho em saúde, compreender que subjetividades operam nos ambientes de trabalho e nas relações entre trabalhadores e usuários dos serviços.
- **Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde:** trabalha na perspectiva de que, para analisar qualquer problema a ser enfrentado pela educação permanente, é necessário considerá-lo em suas distintas dimensões, buscando compreender as relações sociais e políticas que o envolve. Nesse sentido, apresenta conceitos e ferramentas que permitem compreender o projeto político de organização da gestão e da atenção à saúde, analisando suas inter-relações. Dentre estas ferramentas estão: o processo saúde-doença; a organização do sistema de saúde no Brasil; os desenhos organizativos da atenção; a integralidade na rede de serviços; a cadeia de cuidados progressivos à saúde; a educação permanente como estratégia de gestão e a informação em saúde, o planejamento e a avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde.
- **Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde:** desenvolve atividades que favorecem o conhecimento e análise da situação de formação dos profissionais, refletindo sobre os elementos e atores do processo de trabalho em saúde. As atividades têm a perspectiva de situar o facilitador de práticas de educação permanente em saúde como um sujeito que, focalizando sua ação no processo de trabalho em saúde, contribui para a construção de cenários propícios à reflexão das equipes de saúde sobre suas práticas, buscando potencializar a ação na dimensão da atenção, da gestão, da participação social e da formação em sistemas locais de saúde.

As unidades do curso problematizam as práticas, levando os participantes a refletirem sobre situações de aprendizagens significativas, desafiando-os frente aos contextos reais da vida e do trabalho. As experiências vividas pelos facilitadores no desenvolvimento da educação permanente em saúde somadas às situações-problemas propostas nas unidades de aprendizagem do curso constituem matéria prima para a reflexão e construção de conceitos e práticas necessários ao trabalho do facilitador. Também são utilizados textos de apoio elaborados especialmente para o curso.

É importante salientar que não há hierarquia entre as unidades do curso. Isso significa que cada participante tem liberdade para escolher o caminho que irá percorrer para realizá-lo. Para isso, deverá levar em conta o contexto local/regional em que atua, o papel que deverá desempenhar como facilitador de educação permanente em saúde, suas próprias experiências e necessidades de formação e a ação de educação permanente em saúde a ser desenvolvida na local/região.

VI – Construindo propostas locais e regionais de educação permanente em saúde: o novo ator em ação

“A mudança não é um trabalho
exclusivo de alguns homens,
mas dos homens que a escolhem”.

PAULO FREIRE

O trabalho do facilitador de educação permanente em saúde ocorre num cenário onde a condição relevante a ser considerada refere-se ao contexto político e social das necessidades em saúde da população de uma localidade. O facilitador apóia o desenvolvimento de propostas pedagógicas capazes de mediar a construção do conhecimento e dos perfis subjetivos dos trabalhadores, articulado com os atores do coletivo de EPS de sua localidade, no reconhecimento das necessidades em saúde e da cadeia de cuidado progressivo à saúde como fatores desencadeadores dos processos de aprendizagem.

Sua ação, nesse sentido, parte de um pressuposto importante: que os processos educativos ocorrem no mundo do trabalho, na realidade, incorporando o fato de que os saberes são sempre contextualizados. A política de educação permanente em saúde é uma provocação para essa ação, pois permite resgatar a importância do conhecimento significativo, de construir o conhecimento e os processos de ensino-aprendizagem, tendo como motivações fundamentais, as experiências dos trabalhadores e o contexto em que ocorrem as práticas de saúde, transcendendo a perspectiva biológica.

Essas reflexões levam a outra igualmente importante: que os espaços de trabalho devem permitir aos trabalhadores a expressão de suas capacidades, em termos de autonomia, iniciativa, participação, diálogo, negociação e intervenção sobre as situações próprias ao seu trabalho. Serão necessários novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem. Novos pactos entre os trabalhadores da saúde deverão ser formulados nos vários âmbitos da gestão, buscando absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nos espaços locais e no conjunto da rede de atenção à saúde.

As instituições formadoras, por sua vez, deverão considerar a educação permanente em saúde e a significação dos processos de formação a partir das necessidades sociais, refletindo a integralidade do atendimento e da rede de cuidados como metas a serem alcançadas na efetivação das mudanças qualitativas desejadas no setor saúde. Nesse sentido, é necessário investir esforços na reflexão sobre a metodologia de ensino, propostas de formação docente e de planejamento e gestão educacional.

O facilitador de práticas de educação permanente em saúde, em seu contexto de atuação, não pode perder de vista a perspectiva histórica do processo de trabalho e de formação, mantendo-se comprometido a um conceito político-educacional amplo, com participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e da formação.

VII – A educação permanente em saúde: uma nova dinâmica em processo contínuo de construção

“... o trabalhador social que atua numa realidade, a qual, mudando, permanece para mudar novamente, precisa saber que, como homem, somente pode entender ou explicar a si mesmo como um ser em relação com esta realidade ...”.

PAULO FREIRE

A política de educação para o SUS instaura para os trabalhadores do setor, para os movimentos sociais, para os usuários e para os educadores e estudantes da área um processo dinâmico, no qual decisão e avaliação se estabelecem em moto contínuo, onde a responsabilidade e não a formalidade está em questão. Quando a dimensão dessa política é compreendida, pode-se perceber com maior clareza o quão desafiadores são os contextos, os espaços e as relações de trabalho onde se desenvolvem as práticas de saúde.

Para construir a política de educação permanente em saúde, todos são convocados a potencializar ou desenvolver suas capacidades de reinventar, de descobrir e de ativar processos de mudança. Isso requer participação ativa dos profissionais e gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes no processo de coletar, sistematizar, analisar e interpretar continuamente as informações da realidade, problematizando o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, construindo significados e práticas com orientação social.

A execução dessa política favorecerá a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral e o fortalecimento do controle social – características fundantes de uma educação em serviço.

Os objetivos daqueles que estão enfrentando os inúmeros desafios já identificados na implementação da política de educação para o SUS dizem respeito à possibilidade de, em termos políticos, educacionais e éticos, contribuir para que os trabalhadores da saúde compreendam e atuem na complexidade do cuidar, com competência e cidadania. O que se persegue, em última instância, é avançar em direção à integralidade e humanização nos serviços e ações de saúde, buscando a efetiva implementação das diretrizes constitucionais do SUS e garantindo, à educação em serviço, estatuto de política pública governamental.

Com este texto, buscamos sistematizar as discussões realizadas até agora no curso. No entanto, alguns conceitos apresentados podem ser novos para você. Além de discuti-los com seus colegas e tutor, sugerimos que você busque mais informações no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br. Você terá acesso a leis, decretos, portarias e documentos publicados pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Editora MS, 2004.
- . Ministério da Saúde. *Portaria Nº 198/GM/MS*. 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.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES e Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2004, Mimeo.
- CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*. RJ, 14(1): 2004a, p.41-65.
- FREIRE, Paulo. *Educação e Mudança*. São Paulo: Paz e Terra, 14ª edição, 1988, p.28 e 48.
- FREIRE, Roberto e BRITO, Fausto. *Utopia e Paixão*. A Política do Cotidiano. Rio de Janeiro: Rocco, 4ª edição, 1986, p.20.
- MARQUES, Cláudia M. Silva. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. In: Ministério da Saúde/Profae. *Revista Formação*. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, n. 5, 2002, p.17-27.
- TORREZ, Milta Neide F. B. *Sistema de Certificação de Competências Profae: bases conceituais*. In: Ministério da Saúde/Profae. *Revista Formação*. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, n.2, 2001, p.45-51.

Atividade a Distância

Construindo uma ação de educação permanente em saúde

- Iniciar o processo de educação permanente em saúde junto à equipe/grupo que lhe cabe acompanhar. Interagir com todos os atores envolvidos, com iniciativa e postura ativa, a fim de iniciar o processo de elaboração e pactuação da proposta locorregional de educação permanente em saúde.

A partir de agora, você está sendo convidado para iniciar seu trabalho como facilitador de educação permanente em saúde.

Independentemente da Unidade de Aprendizagem que você tenha optado para iniciar seus estudos, é importante que você reflita sobre as estratégias necessárias para desencadear, no seu local de atuação, a construção da ação de educação permanente em saúde, junto ao coletivo de EPS da sua locorregião. A Unidade de Aprendizagem que você estiver vivenciando contribuirá na elaboração e negociação locorregional dessa ação, apontando alguns conceitos, instrumentos e estratégias ao seu trabalho como facilitador.

No seu processo de estudo/trabalho, é fundamental que você busque diálogo e interaja com outros colegas da locorregião que também estejam participando da Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, independente da Unidade de Aprendizagem que estiverem percorrendo.

A partir do problema (ou questão) identificado como prioritário, é importante e necessário problematizar com o grupo suas próprias explicações, compreensões e inquietações acerca do problema, levando-o à explicitação de como e por que entram no *jogo*. O objetivo é construir alternativas coletivas que aproximem o trabalho da equipe à atenção integral em saúde, qualifiquem a gestão e ampliem o controle social.

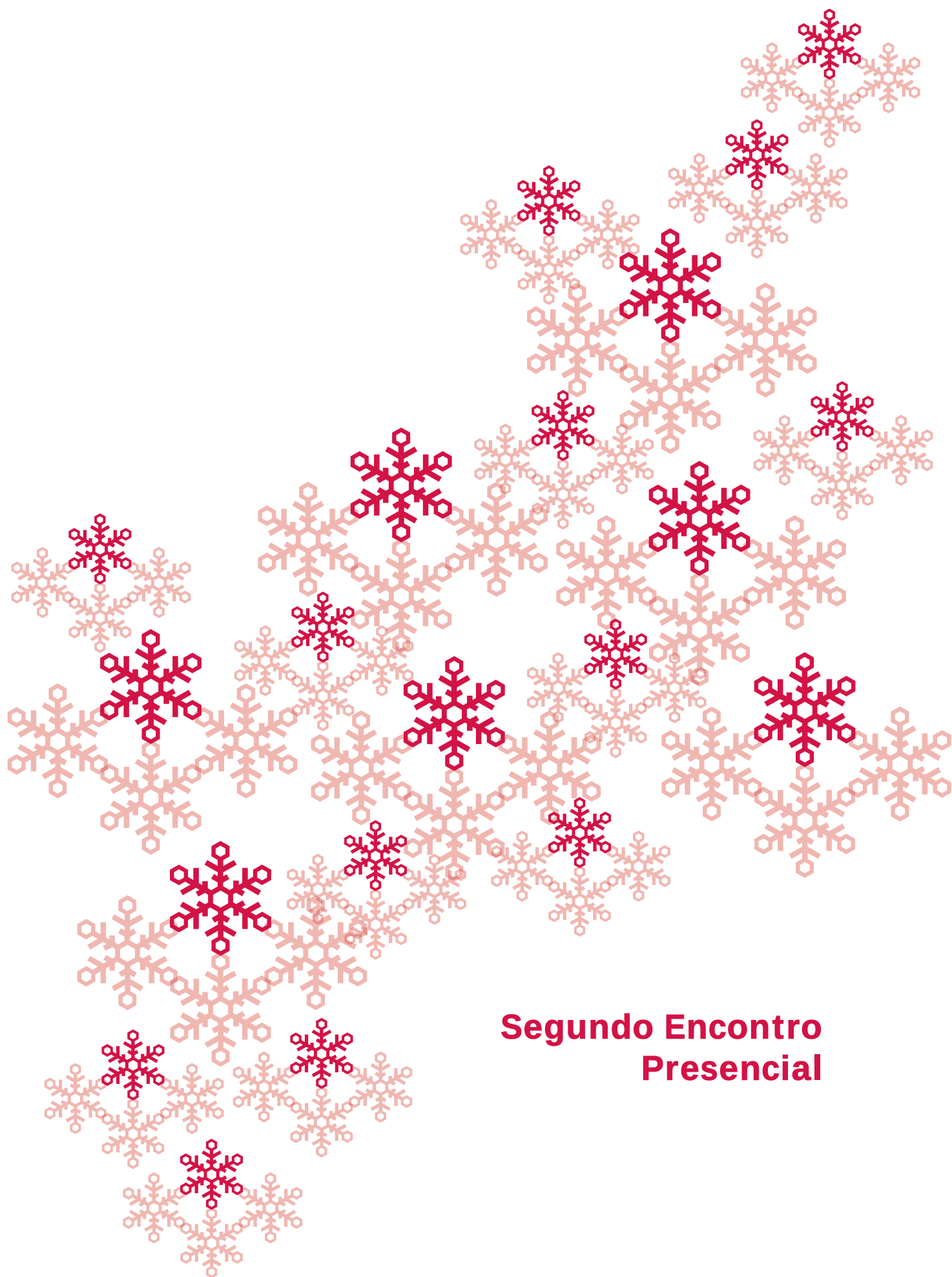


Se ainda não estiverem claras as prioridades para iniciar as ações de educação permanente em saúde, cabe a você e aos demais facilitadores de sua localidade ajudarem nesse processo.

Para essa ajuda, a principal referência coletiva deve ser a integralidade da atenção e a pergunta a ser respondida deve ser: **quais são os problemas que afastam nossa localidade da atenção integral à saúde?** Identificados os problemas, o exercício é descobrir quais os mais críticos, ou seja, aqueles que, enfrentados, possibilitarão um salto de qualidade. Esses são os **nós-críticos** que, uma vez definidos, servirão para mapear os temas, as equipes, os locais geográficos e os locais de atenção nos quais, prioritariamente, serão desenvolvidas ações de educação permanente em saúde, com o objetivo de qualificar a gestão e a atenção à saúde.

É importante que você registre todas as atividades que realizar e busque apoio do tutor, discutindo as estratégias que está implementando, o desenvolvimento das atividades e os resultados que está alcançando, identificando, no seu processo de trabalho, as acumulações, os incômodos, os desafios e os encaminhamentos necessários para a consolidação das ações de educação permanente em saúde.

Bom Trabalho!



Segundo Encontro Presencial

Segundo Encontro Presencial

Neste encontro, você está convidado a realizar atividades que possibilitem uma reflexão crítica sobre o processo de construção da proposta locorregional de educação permanente em saúde. Essa reflexão também objetiva buscar novas estratégias para encaminhamento/solução dos possíveis nós-críticos encontrados.

A partir de sua experiência e a de seus colegas, poderemos avaliar a contribuição do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde para potencializar sua atuação.

Neste encontro, também o convidamos a fazer uma auto-avaliação, considerando seu papel como facilitador, o significado e a importância de suas ações e suas necessidades de aprimoramento, apontando perspectivas para a continuidade do seu processo de formação e de trabalho como facilitador de educação permanente em saúde.

Roteiro de Ações

Segundo Encontro Presencial

Orientação aos Tutores/Coordenadores

1. Abertura do encontro: organizar e coordenar a abertura.
2. Dinâmica de acolhimento.
3. Apresentação do 2º Encontro Presencial.
4. Atividade nas turmas:
 - ✓ Solicitar o relato e avaliação das experiências vividas no processo de elaboração e implementação das ações de educação permanente.
 - ✓ Estimular o debate.
 - ✓ Solicitar uma síntese da discussão em uma ou duas frases.

Atividades dos Facilitadores

1. Participar da plenária de abertura do encontro.
2. Participar da atividade.
3. Participar da atividade.
4. Atividade nas turmas:
 - ✓ Relatar e avaliar as experiências vividas no processo de elaboração e implementação das ações de educação permanente, debatendo as seguintes questões:
 - ▶ Como está o processo de interação, articulação e negociação da ação de educação permanente junto aos atores envolvidos?
 - ▶ Há troca de experiências entre os facilitadores que atuam na mesma região?
 - ▶ Como você avalia as contribuições do curso para implementação da Educação Permanente na sua região?
 - ▶ Quais são as perspectivas para a consolidação da Educação Permanente na sua região?
 - ✓ Sistematizar os resultados das discussões, conforme orientação do tutor.

5. Atividade nas turmas:

- ✓ Conduzir um novo debate de forma a classificar os principais aspectos vivenciados no processo:

- ▶ do curso:

- ✓ o AVA;
- ✓ o material didático;
- ✓ a relação com o tutor e com a turma;
- ✓ a relação com os demais colegas de trabalho;
- ✓ a vivência do curso no processo diário de trabalho;

- ▶ de elaboração e implementação das ações de educação permanente:

- ✓ as aprendizagens possibilitadas pelo curso;
- ✓ os incômodos identificados;
- ✓ os desafios encontrados;
- ✓ os encaminhamentos necessários para a consolidação das ações de educação permanente.

6. Atividade nas turmas:

- ✓ Conduzir a pactuação de prazos para encerramento do curso na turma.

7. Coordenar a Plenária e estimular o debate.

8. Organizar as atividades de Encerramento.

5. Atividade nas turmas:

- ✓ Debater os principais aspectos vivenciados no processo de elaboração e implementação das ações de educação permanente de acordo com a orientação do tutor.

- ✓ Registrar o debate elaborando quadro-síntese dos itens: aprendizagens, incômodos, desafios e encaminhamentos.

6. Atividade nas turmas:

- ✓ Pactuar com sua turma de facilitadores e com seu tutor os prazos para encerramento do curso.

7. Participar da Plenária

- ✓ Apresentar as frases elaboradas na atividade 4.
- ✓ Apresentar o quadro-síntese elaborado na atividade 5.
- ✓ Apresentar proposta de cronograma pactuada para encerramento do curso.
- ✓ Participar do debate das questões levantadas.

8. Participar da Dinâmica de Encerramento.

Orientações para organização dos dois dias de encontro:

1º dia: Atividades de 1 à 5

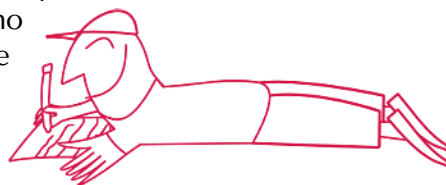
2º dia: Atividades de 6 à 8

Atividade a Distância

Construindo uma ação locorregional de educação permanente em saúde

- ➔ Consolidar a proposta de educação permanente em saúde, pactuando estratégias para a implementação das ações.

Para você, o processo inicial de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde está quase se completando. No entanto, sua formação e trabalho não se esgotam aqui, pois as perspectivas apontam caminhos pela frente. Para percorrer esses caminhos, é muito importante que você sistematize os conteúdos e as práticas vivenciados no curso, como base para a consolidação da proposta locorregional de educação permanente em saúde. Seu trabalho e desafio de articulação junto às equipes de saúde locais e aos atores do coletivo de EPS pactuando estratégias para a implementação das ações, seguirão adiante para propiciar a continuidade de sua atuação como facilitador de educação permanente em saúde.



Nesse processo, é fundamental que sejam assegurados espaços coletivos para a reflexão e análise crítica dos desafios encontrados, dos avanços alcançados e os nós-críticos a serem superados para melhorar a qualidade da atenção à saúde. Assim, é necessário fortalecer o diálogo entre todos os atores envolvidos, criando espaços de interação e troca de experiências entre os trabalhadores das diferentes equipes da gestão e da atenção à saúde, de maneira que seu trabalho possa contribuir para a ampliação das relações entre processos educativos dos trabalhadores da saúde, gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

Para que as estratégias propostas de reorganização do trabalho possam ser efetivamente implementadas e avaliadas, o diálogo e o compromisso com os gestores são indispensáveis. É possível que seja necessário identificar novos parceiros para assegurar a participação dos gestores e ampliar a utilização da

educação permanente em saúde como uma estratégia para a gestão democrática do SUS.

Lembre-se de que você pode contar com o apoio de seu tutor nesse percurso. Ele poderá ajudá-lo na sistematização dos conteúdos e práticas trabalhados no curso e na consolidação da proposta locorregional de educação permanente em saúde.

A educação permanente em saúde, como política de educação para o SUS, propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, com o propósito de operar mudanças. Você é um ator importante nesse processo e, coordenadamente a muitos outros atores, está colaborando com a construção dessa política.

Unidade de Aprendizagem
Análise do Contexto
da Gestão e das
Práticas de Saúde



Mapa Referencial da Unidade

A Educação Permanente é uma ferramenta da gestão para a integralidade em saúde. Essa Unidade trabalha com conceitos que possibilitam a compreensão do projeto político de organização da gestão e da atenção à saúde. Trata-se de problematizar questões do processo saúde-doença e cuidado na perspectiva de contribuir para ampliação da capacidade de compreensão e análise dos contextos da sustentação das práticas de saúde.

Momento 1

Um olhar para o Processo Saúde-Doença e Cuidado

Percurso

Convidamos você a refletir sobre saúde e doença como fenômenos da vida; processo saúde-doença e seus determinantes, sob a perspectiva do risco e do cuidado.

Referencial Teórico

- Filme: Ilha das flores
- Texto 1: Saúde e doença: dois fenômenos da vida
- Texto 2: Saúde, normalidade e risco
- Texto 3: Fazer do amor uma cidade: Fazer amor numa cidade: a presença do social e do cultural no contexto e nas práticas da saúde
- Anexo: Técnica da Estimativa Rápida

Momento 2

Desenhos Organizativos da Atenção à Saúde

Percurso

Convidamos você a conhecer a história da organização do sistema de saúde no Brasil e refletir sobre os aspectos technoassistenciais que caracterizam a gestão e organização dos serviços e a rede de saúde, na perspectiva da integralidade.

Referencial Teórico

- Filme: História das Políticas de Saúde no Brasil
- Texto 4: Desenhos organizativos da atenção à saúde
- Texto 5: Integralidade como orientação da saúde
- Texto 6: Malha de cuidados ininterruptos à saúde

Momento 3

Educação Permanente em Saúde como estratégia de gestão de coletivos

Percurso

Convidamos você a conhecer diferentes desenhos organizativos da gestão, a discutir a democratização da gestão para transformação das práticas e a compreender a importância de ampliar a compreensão e produção de novos pactos para a organização dos processos de trabalho

Referencial Teórico

- Filme: O dia em que Dorival encarou a guarda
- Texto 7: A Educação Permanente como estratégia de gestão de coletivos.

Momento 4

Informação, Planejamento e Avaliação como ferramenta para a Educação Permanente em Saúde.

Percurso

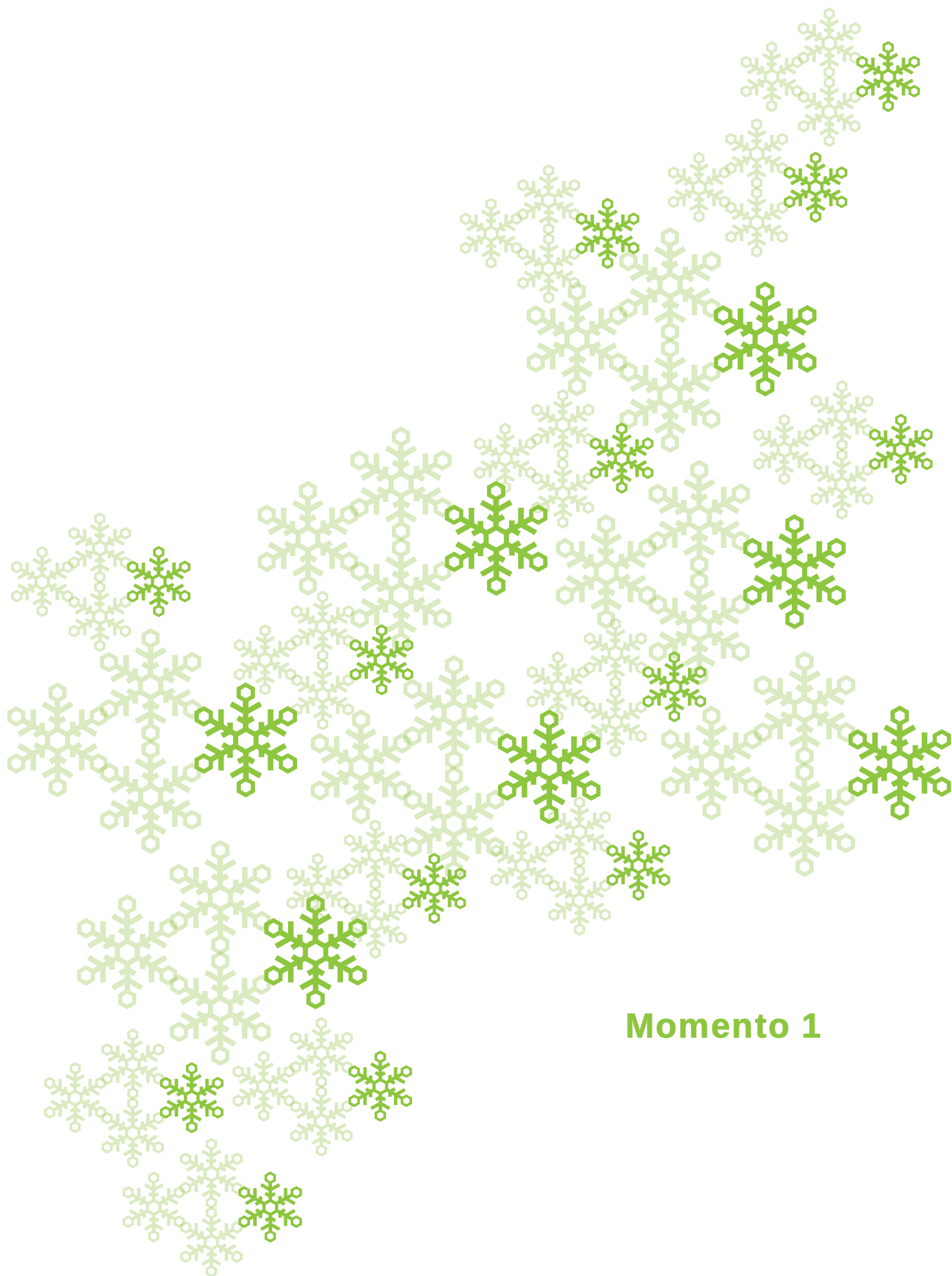
Convidamos você a reconhecer a importância da Informação para o planejamento de ações de Educação Permanente em Saúde, além de alguns indicadores e atributos de qualidade para Avaliação.

Referencial Teórico

- Texto 8: Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para educação permanente em saúde.

Ao final dessa Unidade você deverá ser capaz de:

- Compreender a diversidade e dinamicidade dos contextos que sustentam as práticas de saúde;
- Reconhecer a integralidade como potência para construção de mudanças dos desenhos organizativos da atenção à saúde;
- Compreender a educação permanente em saúde como estratégia de gestão de coletivos, e construir um quadro de referências com vistas ao planejamento da ação local de educação permanente em saúde.



Momento 1

Momento 1

Um olhar para o processo saúde – doença e cuidado

Para iniciar a análise dos contextos de sustentação das práticas de saúde na sua localidade, convidamos você a refletir sobre os sentidos da saúde–doença sob as perspectivas do risco e do cuidado. Como ponto de partida, evidenciamos quatro atores sociais intimamente implicados nesta questão: os usuários, os trabalhadores, os formadores e os gestores.

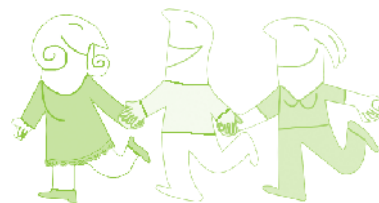
Em que medida as diferentes visões sobre o processo saúde–doença são percebidas e consideradas quando da definição das políticas de saúde e dos modos de organização da gestão e do cuidado?

Para nos aproximarmos dessa questão, faz-se necessário explorar a dimensão do processo de saúde e doença como fenômenos da vida, compreender suas complexidades e sua importância na conformação das práticas sociais em saúde e dos desenhos organizativos da atenção.

**Atores sociais:
organizações,
pessoas e
coletivos
envolvidos
de forma
significativa
com o
problema.**

Atividades

- 1 – Reflita sobre as seguintes questões:
O que significa, para você, ter saúde?
O que contribui para que as pessoas tenham saúde?
O que significa estar doente? O que faz com que as pessoas adoçam?



- Como os serviços/trabalhadores de saúde interferem no processo saúde-doença?
O que você acha que as pessoas que trabalham ou convivem com você pensam sobre essas questões?

- 2 – Escute e registre as opiniões de pelo menos três trabalhadores (incluindo um gestor) que trabalhem com você e de três usuários dos serviços sobre as questões acima apresentadas.
3 – Sistematize a atividade 1 no *Quadro 1*, como segue:

A escolha do entrevistado é a ação mais importante para este tipo de levantamento. Leia sobre a “Técnica da Estimativa Rápida” (anexo) pois ela poderá ajudá-lo em futuros levantamentos.

QUADRO 1

O que é saúde?	O que é doença?	Elementos que afetam a saúde das pessoas

 Texto 1 – Saúde e doença: dois fenômenos da vida.

Para pensar e sentir:

– Como a saúde e a doença se expressam como fenômenos da vida?

 Texto 2 – Saúde, normalidade e risco.

Para pensar e sentir:

– Como você entende a idéia de que o risco impulsiona a vida?

 Texto 3 – Fazer do amor uma cidade: Fazer amor numa cidade: a presença do social e do cultural nos contextos e nas práticas da saúde.

Para pensar e sentir:

– Como você sente a presença do mundo social no cotidiano dos serviços de saúde? Como se estabelecem diálogos, danças, músicas compartilhadas entre eles?



Avaliação

-  Compare e registre as opiniões levantadas sobre o processo saúde-doença com as abordagens encontradas nos textos, apontando semelhanças e diferenças nas diversas formas de compreendê-lo.
-  Na sua opinião, qual a compreensão predominante de saúde-doença nas práticas de saúde no local em que você vive ou trabalha e na sua locorregião?



Espaço Aberto – ampliando os sentidos

Antes de iniciarmos nossas próximas atividades, gostaríamos de indicar um filme para você assistir junto com seus colegas e com as pessoas que você entrevistou (momento 1 – atividade 2).

Se você já viu este filme, veja de novo!

Depois, faça uma reflexão/discussão sobre a problemática apresentada no filme.



Filme: Ilha das Flores

(35 mm, 12 min, cor, 1989)

(janela 1.33, som óptico mono)



DIREÇÃO: Jorge Furtado
PRODUÇÃO EXECUTIVA: Monica Schmiedt, Giba Assis Brasil e Nora Goulart
ROTEIRO: Jorge Furtado
DIREÇÃO DE FOTOGRAFIA: Roberto Henkin e Sérgio Amon
DIREÇÃO DE ARTE: Fiapo Barth
MÚSICA: Geraldo Flach
DIREÇÃO DE PRODUÇÃO: Nora Goulart
MONTAGEM: Giba Assis Brasil
ASSISTENTE DE DIREÇÃO: Ana Luiza Azevedo

Uma Produção da Casa de Cinema PoA

ELENCO PRINCIPAL: Paulo José (Narração)
Ciça Reckziegel (Dona Anete)

(disponível no site www.portacurtas.com.br)

Após ver o filme e discutir com seus colegas...



Pense:

Como você analisa o contexto de vida das pessoas apresentado no filme a partir dos conceitos trabalhados até este momento?

Texto 1

Saúde e doença: dois fenômenos da vida

1. Resgatando a historicidade do processo saúde-doença

Na maioria das vezes, quando perguntamos sobre a saúde de alguém, escutamos como resposta que tudo está bem se a pessoa a quem nos referimos não ficou doente, não precisou tomar medicamentos e nem utilizou os serviços de saúde. Caso contrário, a resposta será que não anda bem.

Vira-e-mexe, temos definido saúde como oposto de doença, algo que somente percebemos quando sentimos a sua ausência. Por definirmos a saúde dessa maneira é que esquecemos que ela também significa nossa capacidade de enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda e entender o que está ocorrendo, como, ainda, os momentos da vida, nos quais somos capazes de pensar, sentir e assumir nossos atos e decisões.

Para a Organização Mundial de Saúde, essa noção traduziria “um estado de completo bem estar físico, mental e social”, mas será que esse estado existe mesmo?

Às vezes, tudo parece tão bem e... de repente, acontece um imprevisto... um acidente, por exemplo. Outras vezes, o corpo está bem, mas as preocupações com os problemas do dia-a-dia são tão grandes e se mostram tão complicados que não nos sentimos bem. Vem o desânimo, a falta de coragem, a tristeza... Outras vezes, ainda, estamos nos sentindo tão dispostos e alegres que resolvemos, por um ato solidário, doar sangue e, no exame que é feito rotineiramente nesses casos, encontramos um resultado que nos revela uma doença de que nem suspeitávamos e temos de passar por mais exames, tomar remédio e assumir cuidados.

Algumas situações nos fazem sentir doentes, algumas vezes, logo identificamos qual foi a causa ou percebemos que alguma coisa agrediu nosso corpo. Outras vezes, algo não vai bem mas não nos sentimos doentes, aguardamos que passe, optamos por relaxar e pedir licença no trabalho, buscamos

conselhos na família. Também existem fatores que perturbam nosso estado de saúde sobre os quais não temos consciência e nem podemos identificar fatores causais. Quando não percebemos nenhuma alteração na nossa vida, como no caso da doação de sangue, ou quando não associamos preocupações com filhos, família, casa, comida e trabalho com nossos estados de saúde ou doença, limitamos nossa compreensão da saúde à presença ou não dos processos fisiopatológicos.



Você é capaz de pensar em situações vividas ou lembrar-se de pessoas em que essa compreensão se faz presente?

Nem sempre é fácil localizar as causas de determinados problemas de saúde. Às vezes, são tantas as causas, que fica difícil dizer quem é quem, como no caso da desnutrição das crianças que está relacionada a fatores que vão desde a política econômica vigente na sociedade, determinando a má distribuição de renda, emprego, escola e alimentação, até a desorientação da mãe em relação aos cuidados na amamentação e o acesso às ações de pediatria e puericultura.

Essas situações nos fazem pensar que existe uma definição a respeito de saúde e de doença dada pelas pessoas, outra que é dada pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde e outra, ainda, pelo modo como a sociedade identifica os indivíduos que são “fortes e saudáveis” e aqueles que, não possuindo tais características, são considerados “não saudáveis” ou que vivem em risco de adoecer e morrer.



Retome as perguntas que você formulou às pessoas como atividade inicial no Momento 1 (trabalhadores e usuários). Você encontrou muitas diferenças na maneira de compreender saúde e doença por esse conjunto de pessoas? Como você explicaria essas diferenças ou as semelhanças encontradas?

Para as pessoas, a idéia de doença e de saúde encontra-se muito próxima do que cada um considera “sentir-se bem”. Isto varia de pessoa para pessoa e depende de cada cultura, do meio em que está inserido e do modo como sua relação com o mundo define seu modo de viver. É o que chamamos de “andar a vida”.

Em algumas localidades pobres do país, onde, às vezes, o acesso à água potável é um problema, as diarreias infantis são consideradas somente como “desarranjos” e, por sua frequência constante, acabam sendo encaradas como “normais”. Outras vezes, observamos que, para os trabalhadores rurais diaristas, dores de cabeça e enxaquecas, por exemplo, não são consideradas doenças porquanto não os impedem de exercer o trabalho.

De certa forma, o que as pessoas consideram como doença ou não, se encontra em estreita relação com as estratégias de resolução do problema: a busca de profissionais de saúde ou de outros agentes, a utilização de recursos terapêuticos naturais ou a automedicação, a espera que o tempo resolva etc.

Quando pensamos nas práticas e nas representações que os indivíduos, grupos e coletividades apresentam a respeito de saúde e doença percebemos que existe uma multiplicidade de justificativas, explicações e discursos que

se relacionam com saberes da tradição, terapias que não estão vinculadas ao conhecimento científico ocidental e até mesmo modelos de tratar como os que acontecem nos terreiros das religiões afro-brasileiras, nos sistemas de conhecimento indígena e no conhecimento popular.



Os profissionais de saúde, de maneira geral, desenvolvem suas práticas a partir de competências e habilidades adquiridas por meio de um processo de formação que tem por base o acúmulo e desenvolvimento de conhecimentos e de tecnologias que, por sua vez, são orientados pelos princípios de racionalidade científica que lhes confere estatuto de “verdade”.

Como o desenvolvimento do conhecimento humano é um processo histórico, também em relação à saúde/doença, a teoria e a prática que orientam o saber-fazer dos profissionais variam no tempo e no espaço. Na Grécia antiga, a saúde e a doença eram consideradas fenômenos naturais na vida de uma pessoa, pertenciam à Natureza, tanto quanto uma árvore que nasce, cresce, dá frutos e com o tempo envelhece e morre. Não havia médicos, enfermeiros, nutricionistas, embora houvesse profissionais que cuidavam da estética e do vigor dos atletas. O estudo em saúde dirigia-se aos “ares, águas e lugares”, não ao cuidado, que era relegado aos escravos e às mulheres.

Na Europa do século XVIII, a doença, reconhecida como um estágio diferente da saúde, ganhou duas importantes concepções que definiram as práticas e os sujeitos dessas práticas.

Em um primeiro momento, a doença era considerada resultado da maneira como se constituíam os aglomerados humanos, evidenciada quando do aparecimento de epidemias, sendo as ações daí decorrentes responsabilidade dos governos da época, fazendo com que surgissem profissionais e militantes políticos que, na **França**, por exemplo, diziam que as causas das epidemias são sociais, econômicas e físicas e “o remédio recomendado” consistia em prosperidade, educação e liberdade, que só poderiam se desenvolver numa democracia plena e ilimitada.¹

Outras práticas eram desenvolvidas por agentes que atuavam como fiscais e guardas com o objetivo de livrar a sociedade das “condições” que colocavam em risco a saúde da população, queimando objetos pessoais daqueles que morriam, isolando os que apresentavam sinais de doença.

Num segundo momento, quando da descoberta do microscópio, as doenças passaram a ter uma causa visível – o micróbio – orientando o conhecimento e as práticas sobre a saúde/doença, que passaram a ter como prioridade a compreensão da dinâmica e das maneiras de se evitar os efeitos da presença desse agente.

Esses conhecimentos e práticas ainda hoje encontram-se presentes tanto em determinados fatos cotidianos como nas práticas profissionais. Podemos citar a proibição de enterrar os mortos em igrejas e a “regra” dos túmulos apresentarem “sete palmos” de profundidade, resultados da concepção de que a doença se transmitia pelos **miasmas** que fluíam dos cadáveres, devendo esses ser isolados em locais apropriados.



França

O texto faz referência a Louis Villermé que, na França, em 1840, pesquisava a pobreza, as condições de trabalho e suas repercussões sobre a saúde da população e militava contra a opressão dos governos absolutistas.



Miasmas seriam as emanções provenientes de animais ou vegetais em decomposição.

1. Terris, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. Journal of Public Health Policy, 13 (3), p. 267-276, 1992.

Outro exemplo clássico do pensamento microbiano encontra-se nos princípios das ações preventivas, nas campanhas de prevenção e erradicação de algumas doenças infecciosas e nas vacinas.



Você já imaginou quantas coisas presentes em seu cotidiano são baseadas nessas concepções? Você consegue identificar e descrever situações vivenciadas por você e por pessoas de sua convivência em que essas concepções estejam presentes?

Passado o período de euforia em que a doença tinha um agente, um lugar para se instalar e medidas para controlar ou evitar seus efeitos e quando as sociedades humanas ficaram mais complexas, organizadas em grandes aglomerados como as cidades, em que a maioria da população, apesar do conhecimento e da tecnologia desenvolvidos ainda morria de doenças infecciosas, o pensamento microbiano e unicausal mostrou-se incapaz de responder a tais questões. Surgiram, então, outras teorias que buscavam explicar a situação de saúde/doença tendo como referência o modo como a sociedade se organizava e estabelecia as condições de vida das pessoas.

No nosso cotidiano, existem situações em que essas teorias de explicação social do processo saúde-doença aplicam-se muito bem. É o caso da desnutrição infantil que apresenta muitos fatores envolvidos, de algumas doenças que são relacionadas ao trabalho, como é o caso dos cavadores de poços que apresentam doenças pulmonares e das doenças diarréicas que aparecem nas pessoas que não têm acesso a condições adequadas de moradia e ao saneamento básico.



Observe e reflita sobre as doenças ou problemas de saúde que mais afetam as pessoas e as famílias de sua convivência e de sua localidade, relacionando esses fenômenos com o modo como as pessoas e as famílias vivem.

Nos dias atuais, com o aparecimento dos cânceres, a doença passou a ter outra explicação, agora centrada não mais em um agente externo, mas dentro do próprio corpo (nas células), sendo as práticas de saúde desenvolvidas com o uso de tecnologias que invadem nosso organismo e tentam desfazer ou eliminar esses elementos que crescem e se reproduzem de maneira diferente.

Ultimamente, a ciência e a tecnologia foram mais longe... Permitiram “enxergar” dentro das células elementos que podem determinar o aparecimento de doenças – os genes – que estudados pela genética buscam identificar mensagens incorretas ou defeituosas, que são responsáveis pela maior ou menor possibilidade de as pessoas desenvolverem determinados tipos de doenças.

Nas sociedades contemporâneas, são constantemente produzidas e divulgadas pela mídia e pela indústria da saúde, padrões saudáveis de estética, de modos de viver, que acabam dominando até nosso inconsciente, e as pessoas que não se enquadram nesses padrões terminam por se sentirem excluídas e fora do contexto.

É interessante o que acontece com o chamado padrão de beleza. Se você tiver oportunidade de observar alguns quadros ou esculturas antigas, que mostram as pessoas que viveram nos séculos passados, verá que existe uma grande diferença entre homens e mulheres daquele tempo e aqueles que hoje são considerados exemplos de beleza.

E a predominância desse padrão ideal de saúde e beleza é tão forte que contribui para o crescimento de um imenso mercado de produtos que objetivam fazer com que as pessoas atinjam esse ideal. Existem revistas, jornais e programas de televisão que dão “dicas” para emagrecer, ter um corpo escultural, diminuir rugas e retardar o envelhecimento. Existem, à venda, vitaminas específicas, cremes, aparelhos para enrijecer os músculos, alimentos sintéticos, cirurgias plásticas e outros produtos que transformam as pessoas em consumidores implacáveis dessas mercadorias, na esperança de se aproximarem dos “modelos de beleza e saúde” que vemos nos cartazes, no cinema, na televisão e que povoam nosso imaginário.



Refleta e discuta com seu tutor e companheiros este trecho embasado nas idéias de André Martins², publicadas em 2004.

A partir do “ideal de saúde”, propagado pela mídia e pela indústria de produtos assistenciais e farmacêuticos, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, como devendo ser aniquilado; qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento maior – e insuportável – da perfeição projetada, devendo ser “corrigida”. Os afetos são mobilizados e manipulados “narcisicamente” no sentido de suscitar nas pessoas o sentimento e a fantasia de que, caso não sigam o imaginário coletivo da saúde ideal, estarão não só aquém da sua própria possibilidade de saúde, mas sobretudo fora do agrupamento humano atual, vivendo uma espécie de exclusão social, relativa aos padrões simbólicos da sociedade a que pertencem. Sempre que alguém deixa de comungar da moda que une as individualidades está fora deste grupo, que quanto mais ostenta padrões de saúde idealizados, mais exclui quem não partilha do ideal ou das possibilidades reais de acesso a este ideal, produzindo-se sensações de doença que não podem ser detectadas pelos instrumentos tão modernos do laboratório clínico à genética.

2. Os determinantes da saúde

Em razão do que vimos até aqui, poderíamos deduzir que a saúde e a doença dos indivíduos e dos coletivos humanos apresentam várias causas e dependem de vários elementos que podemos chamar de determinantes de saúde e de doença.

Existem determinantes do estado de saúde que dizem respeito às condições que as coletividades, as cidades, as localidades ou o país apresentam, como nível de desenvolvimento social e econômico, como infraestrutura, como participação das pessoas nas decisões sociopolíticas e como grau de desigualdade de renda, entre outros fatores.

2. Martins, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Revista Interface – Comunic.Saúde. Educ., v.8, n.14, p. 21-32, set., 2003 – fev. – 2004.

Por sua vez, esses determinantes contribuem para o aparecimento de condições que propiciam a saúde ou a doença. Podemos dizer que as condições de vida e trabalho, assim como a convivência com ambientes poluídos, determina a existência de fatores que condicionam o aumento de agentes transmissores de doenças infecciosas e/ou transmissíveis e alergias; a falta ou a alimentação inadequada que leva à desnutrição; a situação de miséria e exclusão social que pode levar à violência e ao mundo das drogas e outros problemas que fazem, às vezes, parecermos demandar um grande hospital para a própria sociedade.

A modificação desses determinantes por meio de intervenções voltadas para a melhoria da distribuição da renda e acesso aos benefícios das políticas públicas, como disponibilidade de serviços de saúde, escolas e creches, por exemplo, têm efeito positivo sobre as condições de vida e saúde das coletividades.

Um relatório realizado em 1974 pelo Ministério da Saúde do Canadá, conhecido como Relatório Lalonde, propunha o conceito de campo da saúde, no qual os determinantes do estado de saúde da população estariam em quatro níveis: a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção³.

Na primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978, a saúde foi reconhecida como fenômeno de determinação intersetorial e direito de todos. Foi acrescida, historicamente, no plano das determinações, sua interface com o ambiente, a transformação de relações sociais excludentes e a conciliação entre os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem estar para todos. Passaram a ser destacadas, a solidariedade e a equidade como condições indispensáveis para a saúde e para o desenvolvimento.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade é a provisão de um sistema de atenção à saúde universal e equânime, tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade da atenção e a participação e o controle social.

No nosso país, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), do ano de 1990, definiu no Artigo 3º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A concepção ampliada de saúde e a compreensão de que ações realizadas por outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva deram origem a outras perspectivas de promoção e cuidado à saúde. Nesse sentido, promover a saúde é atuar para mudar positivamente os elementos considerados determinantes da situação de saúde/doença.

A promoção e cuidado à saúde dependem do acesso à informação, de direitos sociais, da organização da vida em coletivos e da decisão política de praticar os princípios que caracterizam uma sociedade democrática, como

3. Ochoa, F.R.R, Pardo, C.M.L., Ayzaguer, L.C.S. Indicadores de salud e bien estar em municípios saludables. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPAS), Organización Mundial de la Salud (OMS); 1994.

a equidade, a solidariedade, o respeito aos direitos e a justiça social, definindo ações que objetivem a modificação dos determinantes e dos condicionantes da saúde nos ambientes de moradia, vida e trabalho.

Entretanto, para operar no sentido da integralidade, considerar a saúde das pessoas e da população e construir compromissos

de gestão, é importante que as propostas organizativas, assistenciais e de promoção da saúde se aproximem mais das pessoas, respeitando aquilo que elas conhecem e valorizando sua cultura. É muito importante considerar a sabedoria popular na construção dos sistemas de informação, no cuidado aos problemas e na regulação da qualidade dos serviços. Também é importante o respeito à crença das pessoas, não banalizando sua espiritualidade e promovendo a auto-estima e a autoconfiança, para que os usuários compareçam, com autonomia, ao encontro com os profissionais e sistemas de atenção à saúde e exerçam efetivamente seu direito de controle social.



Até aqui, fizemos uma aproximação mais geral à noção de saúde como um processo móvel e instável, entre processos biológicos, vivências e condições de vida e trabalho. Nos próximos textos, a proposta é de aprofundar a compreensão de saúde como noção de vida e não como um fenômeno das ciências naturais. A vida expressa a produção dos homens e do mundo, sendo o processo saúde-doença constitutivo das experiências da vida.

Texto 2

Saúde, normalidade e risco

1 – A saúde como experiência subjetiva



Quando um médico, uma pessoa e o entorno dessa pessoa falam sobre saúde, será que eles se referem verdadeiramente à mesma realidade?

Todos vivemos silenciosamente o fenômeno ao qual damos o nome de saúde!

Neste texto, desenvolveremos a idéia, muitas vezes esquecida pelos profissionais e serviços de saúde, de que saúde, além de ser seu objeto de trabalho, é também um assunto ligado às próprias pessoas, no processo de construção da vida.

Assim, saúde não é algo que vem do exterior, não é um assunto dos outros. Ao contrário disso, a saúde é uma “coisa” que se ganha, que se enfrenta e de que se depende. É algo onde o papel de cada pessoa é fundamental (DEJOURS, 1986).

Além disso, saúde e doença não são conceitos definitivos nem tampouco são opostos. Ambos referem-se à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida. São conceitos que dependem, como discutido no texto anterior, do lugar de onde se está, dos tempos, dos contextos e das tensões em que cada um está inserido.

Para propor um conceito mais amplo, integral e complexo de saúde, nosso ponto de partida é rejeitar a idéia de que o corpo humano seja uma máquina. Para nós, não é possível estabelecer uma analogia entre um relógio desregulado e um homem diabético. Negamos essa antiga e arraigada associação, pela qual se compara a saúde do corpo com a eficiência de uma máquina: o estado de bom funcionamento da máquina não é sua saúde e seu desarranjo nada tem a ver com doença!

Rejeitar essa associação é indispensável para ampliar o conceito de saúde, resgatando seu sentido singular e subjetivo. Ao rejeitá-la, a saúde deixa

de ser vista como algo a ser contabilizado, medido por aparelhos e de domínio exclusivo daqueles que se dizem ou se imaginam especialistas. Quando falamos a respeito de saúde, fazemos sempre referência à dor ou ao prazer e essas dimensões, que são subjetivas, escapam a medições e ajudam-nos a compreender a saúde como verdade do corpo e a aceitá-la com uma visão não restrita a um valor universal.

É importante salientar que, ao trazer a dimensão do indivíduo para esta reflexão, não estamos negando a contribuição da ciência, do saber técnico para a compreensão e a construção da saúde. Esses saberes são importantes pois sugerem uma série de possibilidades úteis para a sustentação da saúde. Desse modo, os conhecimentos centrados nos componentes objetivos e biológicos do corpo tornam-se aliados, e não inimigos, de uma compreensão mais ampliada do conceito de saúde.

Afinal, o pensamento científico sobre saúde é o que valida e dá suporte às intervenções que o saber técnico pode *sugerir* como artifícios para sustentá-la. Estamos falando em *sugerir* porque acreditamos que seja necessário que esse “saber” se disponha a aceitar que cada pessoa o instrua a respeito daquilo que somente ela está capacitada a dizê-lo. O profissional, então, auxilia na tarefa de dar sentido ao que não está evidente para a pessoa; para o conjunto de sintomas que, de forma solitária, ela não conseguiria decifrar. Um bom profissional de saúde, além de um bom conhecedor, deveria ser um bom tradutor.

Para pensar e sentir:

Você já parou para pensar o quanto nossa atitude pode ser contrária ao que está dito acima? E, sendo assim, o que de fato estamos valorizando: a idéia de homem-máquina ou de saúde como verdade do corpo?

2 – A saúde e a doença como movimentos da vida



Não existe nada igual a uma saúde perfeita: a experiência da saúde inclui a experiência da doença.

Seguindo nossas idéias, afirmamos que um conceito de saúde vinculado à subjetividade das pessoas não pertence à ordem dos cálculos, não é resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas. Esse conceito subjetivo e não condicionado à medição por aparelhos é definido por alguns autores como “margem de segurança”, que significa o poder de cada pessoa em tolerar e compensar as agressões do meio. A saúde é compreendida, então, como a capacidade de cada um, de enfrentar situações novas, como a margem de tolerância (ou de segurança) que cada um possui para enfrentar e superar as adversidades do seu meio.

Nessa perspectiva, a saúde pode ser pensada como a possibilidade de uma pessoa ficar doente e poder recuperar-se a partir, também, dessa margem de tolerância. Isso significa dizer que cada pessoa tem capacidades próprias para administrar, de forma autônoma, as tensões do meio com as quais ela precisa conviver.

Vivemos com saúde, convivendo e equilibrando nosso organismo, mesmo com as anomalias, as tensões e os desconfortos – claramente sentidos por nós, mas nem sempre compreendidos pelos profissionais de saúde.

Para pensar e sentir:

Lembre-se do conceito de saúde da OMS. Você acha que a saúde de uma pessoa, a sua saúde, se aproxima a um estado de completo bem estar?

Podemos compreender melhor a idéia apresentada no parágrafo anterior, levando em conta uma característica importante dos organismos vivos: a prodigalidade. Essa característica diz respeito a um certo “excesso” de cada um de seus órgãos e sistemas, que permite garantir uma certa margem de segurança acima do desempenho normal. Esse aspecto refere-se às funções orgânicas propriamente ditas, mas a idéia de tolerância não se limita a isso, pois estamos falando de um corpo que também é subjetivo.

Isso nos remete novamente à idéia da singularidade de cada ser vivo, cuja saúde exprime os *poderes* que o constituem, ou seja, sua capacidade peculiar de dar resposta às agressões a que está exposto. Essa capacidade não significa simples equilíbrio, adaptação ou conformidade com o meio. É muito mais do que isso, uma vez que saúde implica a possibilidade de instituir novas normas em situações novas.

Assim, reafirmamos: o caráter subjetivo é inseparável do conceito de saúde e essa associação pode ser percebida de forma restrita ou ampliada. No entanto, é necessário admitirmos um conceito que atenda às particularidades das pessoas em sua percepção do que é saúde e doença.

3 – A saúde e a normalidade

Normalidade não é saúde e anomalia não é doença.

Um organismo dito *normal*, ajustado ao meio, pode ou não ser considerado saudável. A explicação para esse ajuste, ou seja, para o que é considerado *normal*, tem uma perspectiva orgânica, fisiológica, correspondendo, teoricamente, não ao conceito de saúde, mas ao conceito de *normalidade*.

A definição de normalidade, nesse sentido, está restrita à idéia de compatibilidade com a vida, estando ligada a médias estatísticas, que nos dão as medidas tidas como certas para um estado que deve ser considerado como *normal* para um organismo.

O conceito de normal também está ligado a um sentido valorativo, que se refere àquilo que é considerado como desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade. No entanto, o normal não tem a rigidez de uma determinação que vale para todas as espécies, correspondendo, de fato, a parâmetros ou médias consideradas como normas de adaptação e de equilíbrio com o meio.

Então, se o normal admite variações, é flexível em relação às condições individuais, fica claro entender que o limite entre o normal e o patológico se apresenta de forma muito imprecisa. A distinção entre eles não se reduz a



uma variação quantitativa; existe uma diferença qualitativa importante, que não pode ser percebida apenas por meio de cálculos, médias ou constantes estatísticas.



Você pode dar exemplos de condições ligadas ao corpo que para algumas pessoas são normais e para outras não?

O conceito de saúde, por sua vez, representa muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio, pois, como já vimos, saúde implica a capacidade de instituir novas normas em vários tipos de situações.

Nosso corpo apresenta certa duplicidade: por um lado, nos é dado nosso *genótipo*. Por outro, desenvolvemos ao longo da vida, nosso *fenótipo*. Podemos, então, compreender o corpo como um produto na medida em que nossa inserção em um meio e o modo de vida por nós escolhido ou imposto contribuem para modificar nossa estrutura morfológica, levando à singularização de nossas capacidades.

Ao falarmos do patrimônio genético que existe em cada um de nós – o genótipo – devemos nos atentar para o fato de que “erros” de codificação genética podem ou não determinar uma doença, dependendo das demandas impostas pelo meio. Uma anomalia, genética ou não, não pode ser associada imediatamente a uma doença. *As anomalias possuem valor neutro enquanto as doenças, um valor negativo*. Dessa forma, uma anomalia só poderá ser considerada patológica se estiver vinculada a um sentimento pessoal e concreto de sofrimento. Somente nesse caso estariam justificadas intervenções no sentido terapêutico.

Os infortúnios, assim como as doenças, fazem parte da nossa existência. Não compartilhamos com a idéia de que qualquer infortúnio seja considerado uma doença e, portanto, seja passível de medicalização.

4 – A saúde, as condições de vida e o risco

Só é possível falar de saúde quando dispomos de meios para enfrentar nossas dificuldades e compromissos; a conquista e ampliação desses meios é uma tarefa ao mesmo tempo individual e coletiva.

Considerando nosso corpo como produto, surgem questões políticas e sociais importantes: ao existirem condições de vida que são impostas às pessoas, passa a existir um conjunto de elementos que precisa ser bem analisado e considerado quando da programação de políticas públicas. Esses elementos dizem respeito, por exemplo, a uma alimentação deficiente, ao analfabetismo ou escolaridade precária, à distribuição perversa das riquezas, às condições desfavoráveis de trabalho, ao desemprego e às condições sanitárias deficientes. Todos nós reconhecemos, nesses elementos, causas para predisposição a diferentes doenças.

Assim, quando analisamos a relação entre saúde-sociedade, é necessário considerarmos diversas questões. Existem condições de vida que não são nem poderiam ser *escolhidas* pelas pessoas. São condições que refletem

as desigualdades econômicas e sociais que precisam ser transformadas por meio de políticas públicas e de intervenções, de modo a possibilitar meios para a superação dessas desigualdades.

Quando a escolha do indivíduo é claramente limitada e ele se encontra exposto a condições de vida insalubres e estressantes, quando seu acesso aos serviços considerados essenciais é inadequado (incluindo aí educação, moradia, saúde) estamos nitidamente diante de situações de iniquidade, de diferenças injustas em relação a outros indivíduos de uma mesma sociedade. As intervenções que busquem diminuir a exposição a essas condições insalubres são fundamentais, pois é no interior de um meio capaz de garantir uma existência saudável que um indivíduo pode se constituir como capaz de tolerar e superar as infrações a que está exposto.



Sabemos, também, que a diminuição da saúde coloca limites na capacidade de superação às agressões do meio e, ainda, que certas doenças contribuem para diminuir a margem de tolerância dos indivíduos. Assim, há um conjunto de condições desfavoráveis de existência que deve ser considerado como sendo causa de predisposição a doenças futuras. Se vivemos num mundo de acidentes possíveis, de dificuldades e infortúnios e se compreendemos a saúde a partir de um conjunto de poderes que nos permite viver sob as exigências de um meio a princípio não escolhido, é necessário que a margem de segurança dos indivíduos seja ampliada ao máximo possível. A saúde implica, nesse caso, não apenas a segurança contra os riscos, mas também a capacidade de “corrigir” nossa margem de tolerância, ampliando-a de modo a permitir-nos enfrentá-los.

Considerando que a experiência do ser vivo inclui a doença, ou seja, que não há saúde perfeita, salientamos a importância da implementação de políticas de saúde com objetivos possíveis. Isso nos remete a uma nova reflexão, em que o conceito de saúde incorpora a idéia de “abertura ao risco”, levando-nos a repensar os conceitos de prevenção e de promoção da saúde. Entendendo saúde como segurança contra os riscos, coragem para corrigi-los e possibilidade de superar as capacidades iniciais, os programas de saúde coletiva deveriam criar estratégias de prevenção de doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e, ao mesmo tempo, gerar políticas de promoção da saúde que permitissem maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir os riscos que estão sempre presentes na nossa história de vida.

Salientamos com isso, que os riscos fazem parte da saúde e que o mais importante é identificarmos aqueles que podem e devem ser evitados e aqueles que são próprios da experiência da vida humana. Essa diferenciação é fundamental para permitir a construção de estratégias que levem em consideração a idéia inicialmente desenvolvida neste texto: que a saúde das pessoas é uma assunto que se refere, primordialmente, a elas próprias e que o papel dos profissionais deve ser o de oferecer seus conhecimentos técnicos para ajudar a construir a autonomia das pessoas, num processo de defesa da vida.

Se consideramos que populações ou condutas de risco são aquelas em que ocorre um desvio da média ou aquelas identificadas como médica ou socialmente perigosas, fica difícil considerar a inevitabilidade ou mesmo a

positividade de certos riscos e desafios que, em algumas circunstâncias, são tidos como desejáveis e que podem ser integrados ao conceito de saúde.

A aceitação do risco vem sendo, pouco a pouco, incorporada às estratégias de prevenção de algumas doenças. É o caso da Aids, por exemplo, em que já podemos identificar claramente uma nova postura em relação ao conceito de risco: a história nos ensinou que não é possível falar em população ou grupo de risco para essa doença e algumas práticas preventivas, tais como o uso de preservativos e os programas de troca de seringas para usuários de drogas, parecem flexibilizar esse conceito, colocando certa tolerância aos riscos. Esse pode ser um sinal de um novo modo de pensar e organizar as políticas públicas de saúde.

Referências

- CAPONI, Sandra. A Saúde como Abertura ao Risco. In: *Promoção da Saúde conceitos, reflexões, tendências*. Dina Czeresnia e Carlos Eduardo Machado (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CECCIM, Ricardo Burg. *Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde*. Cadernos Educação Básica. Saúde e Sexualidade na Escola. Porto Alegre: Editora Mediação, 1998, p. 37-50.
- DEJOURS, Christophe. *Por um novo conceito de saúde*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, n.1, p. 2-15, 1986.

Texto 3

Fazer do amor uma cidade Fazer o amor numa cidade: a presença do social e do cultural nos contextos e nas práticas da saúde

Sugestão

*Antes que venham ventos e te levem
do peito o amor — este tão belo amor,
que deu grandeza e graça à tua vida —,
faze dele, agora, enquanto é tempo,
uma cidade eterna — e nela habita.*

*Uma cidade, sim. Edificada
nas nuvens, não — no chão por onde vais,
e alicerçada, fundo, nos teus dias,
de jeito assim que dentro dela caiba
o mundo inteiro: as árvores, as crianças,
o mar e o sol, a noite e os passarinhos,
e sobretudo caibas tu, inteiro:
o que te suja, o que te transfigura,
teus pecados mortais, tuas bravuras,
tudo afinal o que te faz viver
e mais o tudo que, vivendo, fazes.*

*Ventos do mundo sopram; quando sopram,
ai, vão varrendo, vão, vão carregando
e desfazendo tudo o que de humano
existe erguido e porventura grande,
mas frágil, mas finito como as dores,
porque ainda não ficando — qual bandeira
feita de sangue, sonho, barro e cântico —
no próprio coração da eternidade.
Pois de cântico e barro, sonho e sangue,
faze de teu amor uma cidade,
agora, enquanto é tempo.*

Uma cidade

*onde possas cantar quando o teu peito
parecer, a ti mesmo, ermo de cânticos;
onde possas brincar sempre que as praças
que percorrias, dono de inocências,
já se mostrarem murchas, de gangorras
recobertas de musgo, ou quando as relvas
da vida, outrora suaves a teus pés,
brandas e verdes já não se vergarem
à brisa das manhãs.*

Uma cidade

*onde possas achar, rútila e doce,
a aurora que na treva dissipaste;
onde possas andar como uma criança
indiferente a rumos: os caminhos,
gêmeos todos ali, te levarão
a uma aventura só — macia, mansa —
e hás de ser sempre um homem caminhando
ao encontro da amada, a já bem-vinda
mas, porque amada, segue a cada instante
chegando — como noiva para as bodas.*

*Dono do amor, és servo. Pois é dele
que o teu destino flui, doce de mando:
A menos que este amor, conquanto grande,
seja incompleto. Falte-lhe talvez
um espaço, em teu chão, para cravar
os fundos alicerces da cidade.*

Ai de um amor assim, vergado ao vínculo
de tão amargo fado: o de albatroz
nascido para inaugurar caminhos
no campo azul do céu e que, entretanto,
no momento de alçar-se para a viagem,
descobre, com terror, que não tem asas.

Ai de um pássaro assim, tão malfadado
a dissipar no campo exíguo e escuro

onde residem répteis: o que trouxe
no bico e na alma — para dar ao céu.

É tempo. Faze
tua cidade eterna, e nela habita:
antes que venham ventos, e te levem
do peito o amor — este tão belo amor
que dá grandeza e graça à tua vida.

Thiago de Mello

Neste texto, tentaremos desenhar uma imagem sobre os aspectos pessoais, sociais e culturais da gestão e da atenção em saúde e, por extensão, dos processos de educação – porque organizar a gestão e a atenção em saúde é uma pedagogia, é um ato transformador de contextualizar o social e o cultural nos contextos e nas práticas da saúde.

Não foi simples enfeite – ou efeito – começar pelo poema do amazonense Thiago de Mello. Ele sugere, com o olhar da poesia, as múltiplas relações entre o íntimo – *privado?* – das pessoas e os mundos culturais. A cidade, complexa metáfora do vivido, do sofrido e do desfrutado, toca todas as pontas da experiência humana.

Vejamos: que dentro dela caiba o mundo inteiro?

O poeta nos convida a fazer do nosso amor uma cidade. Uma cidade, não de nuvens, mas de chão. E que nela caiba o mundo e você inteiro. Nela cuidaríamos do nosso amor e dos mais queridos. Uma cidade de canais e pontes, como o Recife; uma cidade de mares e montanhas mágicas, como o Rio de Janeiro; uma cidade de belíssimo horizonte, como a capital de Minas Gerais ou como o cerrado de Brasília; uma cidade coberta de nuvens poéticas, como São Paulo ou, enfim, uma cidade mirando o pôr do sol sobre o rio, como Porto Alegre.

Mas por que a imagem da cidade para acalantar o valioso? Por que o poeta da Amazônia, da floresta e da natureza pediria a nós para criarmos uma cidade? Ela não é uma cidade qualquer. É uma *cidade invisível*, como enxergou o escritor Ítalo Calvino. Ela está dentro de nós, mas, ao mesmo tempo, não é íntima, não é privada – *propriedade privada*. Ela está feita de outros – crianças, mar e sol, árvores e pássaros. Outros que não somos nós, outros que nos criam, outros que nos habitam, outros com os quais aprendemos e com os quais compartilhamos vida. Ao construir cidades pessoais, nós também nos transmutamos em cidades: ruas e andares, sinais e becos, parques e praias... somos isso tudo. Ao construirmos cidades, construímos modos de ser a nossa cidade.

Uma cidade onde andar como criança, indiferente a rumos, nos espantando a cada passo, nos ensina. Aprender é uma forma de *ser mais* – e não de *ter mais*. Aprender sabedorias e não somente os saberes. Os conhecimentos, nessa cidade, são somente pretextos para cirandar. Os movimentos circulares que os antigos consideravam sagrados: rodas de dança e de conversa. Rodas de Educação Permanente em Saúde: cidades lo-corregionais desenhadas por nós.



Há, então, desde o início, desde nossa solidão e intimidade, a presença grande e permanente do social e do cultural: essas cidades que somos. Talvez não tão belas como as desejadas pelo poeta; ou talvez muito mais belas e inimagináveis. Cada um sabe. O importante é sentir que, seja como for, fazemos parte ativa de sociedades e culturas e somos, nós próprios, feitos também dessas sociedades e culturas.

Essa consciência *que resulta do pensar e sentir é uma consciência afetiva*. Uma consciência crítica, lúdica e sensível de *fazer parte*. As metáforas da roda, da ciranda e da conversa, todas elas sugerem uma forma específica de sermos e de andarmos a vida: andar em diálogo, lado-a-lado, na horizontalidade, na construção conjunta. Isso requer, como você já tem lido, habilidades e saberes para perceber o que está acontecendo. Mais ainda, no papel de facilitar, catalisar e viabilizar a organização da gestão em saúde, essas habilidades, coincidentemente, são parecidas ou são as mesmas que o cuidado e a educação demandam. É que organizar é cuidar de idéias coletivas, fazer jardinagem carinhosa de plantas crescendo – imaginando ainda que serão flores. Escuta, observação, respeito, acolhimento: habilidades humanas nobres, que nos elevam e nos colocam em novo patamar de possibilidades. Também desafios difíceis a enfrentar: sabedorias da mente, do corpo e do espaço relacional que criamos com os outros. Desafios e sabedorias que só o tempo e a experiência vão trazer.

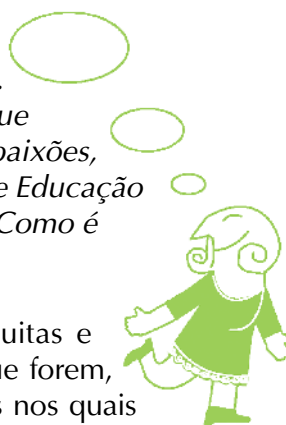
Saber-nos acompanhados nessa caminhada – nessa cidade – já é bom consolo e ânimo para adentrar-nos mais e mais fundo no desafio de facilitar a Educação Permanente em Saúde.

Para pensar e sentir:

*Leia novamente o texto do Thiago de Mello.
Imagine qual seria sua cidade. Que ruas colocaria? Que pessoas, que lojas, que sons, que brincadeiras, que paixões, que desejos? Pense na cidade da roda de conversas de Educação Permanente em Saúde ou de uma experiência local. Como é a cidade de um grupo que pensa junto?*

Este texto abordará rapidamente as relações – muitas e íntimas – entre os serviços de saúde – sejam do tipo que forem, especializados ou básicos – e as coletividades e culturas nos quais aqueles surgiram e vão se desenvolvendo. Normalmente, como participantes – funcionários ou usuários – da vida dos serviços, tendemos a separá-los do “espaço exterior”. É como se dentro dos centros de saúde, dos hospitais, das UTIs, das clínicas privadas, ou mesmo das equipes de Saúde da Família, estivéssemos num mundo a parte, com regras próprias e com códigos distintos de disciplina, diálogo e vida social.

Na verdade, essa nossa impressão não é errada: existe, sim, uma cultura especial “dos serviços”, do “cuidado em saúde”, tal como convencionalmente são delimitados – o interior dos estabelecimentos de saúde. A *cultura dos serviços* – na verdade devemos utilizar o plural: as *culturas dos serviços* já que são muitas e particulares – tem a ver com a forma como os gestores consideram “corretas” ou “adequadas” as coisas do mundo e das pessoas dentro de um



contexto determinado. Isso quer dizer que, ao falarmos em cultura, estamos nos referindo a como as pessoas – usuários, profissionais, funcionários, gestores, docentes ou estudantes:

- interpretam o que acontece: como e porque o serviço funciona assim ou como e porque deveria funcionar assado, como e porque o médico, a auxiliar ou qualquer outro trabalhador de saúde se comporta de uma forma determinada etc;
- realizam determinadas ações “especiais” (rituais): consultas, triagem, limpeza, preenchimento de formulários e relatórios, visitas domiciliares, palestras, oficinas etc – há sempre uma ordem e um significado para tudo;
- comportam-se dentro de determinadas regras – formais ou não – de etiqueta, morais, de respeito, do que deve ser ou não;
- interpretam a doença e a vivem – o que a doença produz na vida das pessoas, seja no seu mundo interior ou nas suas relações com os outros.

Vemos que, mesmo acontecendo entre pessoas ou em pequenos grupos, o cuidado tem uma dimensão social e cultural que exige sensibilidades e ferramentas para melhor compreender, sentir, avaliar, experimentar e viver os múltiplos processos de cuidado, muitos deles imperceptíveis ao olhar natural.

Dos serviços de saúde às coletividades – dos indivíduos às famílias e aos coletivos

A cultura não é simplesmente imposta. Não é uma “coisa”, um objeto que está “lá fora”. Todos participamos, de forma diversa, da sua forma atual. Ela sempre está mudando. Por exemplo, a forma como “funcionavam” os serviços de saúde antes do SUS era muito diferente da atual. E só se passaram quinze anos! A forma como os usuários relacionam-se com os profissionais de saúde e outros funcionários também vai mudando no tempo. Só que, em geral, não percebemos... a menos que, numa roda de conversa (sempre as rodas!), alguém diga: *leeeeeembra como era naquele tempo?* Só assim, ficamos pensando, recordando e relembando – *trazendo para o presente o que era*. Re-cordar: *voltar a passar pelo coração*.

Quem produz e produziu essas mudanças, esses novos rumos, essas “novas caras”? Todos. Mesmo os indiferentes e passivos. Todos – em sociedade, em coletivo – vamos tecendo as culturas. Com a cultura dos serviços de saúde isso não é diferente.

O cuidado, processo central do Ser em saúde, também é coletivo, cultural e social. Ele transmuta o outro doente, o outro que sofre, o outro com mal-estares. E, ao assim fazê-lo, mudamos também os cuidadores. Eles, os cuidados, nos cuidam, nos mudam, nos levam a outros patamares de sermos pessoas e sermos atores, de sermos **agentes de mudança**.

Mesmo que até hoje se privilegie o encontro médico-paciente ou profissional de saúde-usuário, como os mais importantes no processo de cuidado em saúde, esses encontros são fragmentos de um contínuo social e cultural.



Agentes de mudança

Na Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde, você encontra o Caso Madalena como um exemplo destas questões abordadas aqui.

Como nas orquestras e nas criações coletivas, realizamos o cuidado em dissonância e em harmonia: conflito e alianças. Na verdade, se vemos as nossas caminhadas como parte de músicas de grupo, de duetos, quintetos, quartetos, pequenas orquestras ou grandes sinfonias, perceberemos claramente que somos muito mais “outro” do que “nós”. Dependemos profundamente do outro, assim como eles dependem de nós.

Há, em todos nós, dimensões do coletivo: culturas, sociedades, grupos. Essas dimensões influenciam, determinam e orientam o nosso agir em saúde. No contexto deste curso, influenciarão o agir nos processos de *Educação Permanente em Saúde*.

Autores e pensadores mais radicais e visionários afirmam que *somos em comunhão* – e somente em comunhão. Fenômenos presentes sempre em todas as histórias de cada um – *família, coletividade, grupo social, parceiros, amigos etc* – seriam fundamentais para o nosso *ser* e o nosso *tornar-se*: quer dizer para as formas como nos reconhecemos, como andamos pela vida e como aceitamos mudar ou não.

Afirmar isso não coloca somente como *importantes* as questões da coletividade e grupos sociais, movimentos sociais, processos coletivos ou redes sociais: elas se apresentam como *fundamentais* para o nosso bem-estar, para a realização da vocação de “ser mais” e transcender – ou “ir além de nós mesmos”.

Veja só como o grande poeta pernambucano João Cabral de Melo Neto escreveu:

1. Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.

De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,

para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

2. E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.

A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

A saúde – como a vida – é sempre feita em coletivos, de *muitos galos*. Mesmo quando estamos “sós” na experiência do adoecer, estamos intercomunicados com os outros e com o mundo. Há infinitas conexões que nos sustentam e que fazem da gente o que somos, nossa saúde, nossas doenças e nossos processos de busca por saúde.

No trabalho em saúde, em que é produzido o cuidado de forma permanente, seja dentro ou fora dos serviços de saúde, é importante termos clareza dessas interdependências: formas de construir-nos e de construir. É no diálogo, na conversa, na roda, na troca, no debate, nos impasses e nas soluções que nos fazemos e refazemos, em conjunto, nunca isoladamente.

Nosso amor verdadeiramente é uma cidade. Dentro de nós habita o mundo; e o mundo é composto por tudo aquilo que tocamos e nos toca, especialmente os fracos, especialmente os vulneráveis, especialmente aqueles que sofrem e que são personagens vivos do nosso cuidado.

Entender isso é entender a essência do ser do trabalho em saúde, a comunhão, a união que forma unidade. Dessa forma, apagam-se paredes, transparecem-se muros e barreiras, questionam-se velhas certezas e visões sobre os limites, alcances e abrangências do *fazer saúde*.

Para pensar e sentir:

Como tecer sua manhã, entre todos os galos do seu coletivo de EPS, entre todos os belos bichos que andam acreditando no projeto da Educação Permanente em Saúde?



Relembre sua passagem – passada ou atual – pelos serviços de saúde, ou por experiências populares de saúde. É possível identificar fenômenos isolados, caminhadas solitárias? Como se conformavam as orquestras da música do cuidado? Que banda tocava? Havia solistas que sobressaíam? As destrezas virtuosas eram harmônicas ou destoavam do resto das músicas? E os usuários e suas famílias, que sons produziam? Tente olhar de cima, de longe, para sentir uma grande música única na produção de cuidados. Mas também tente ser pequenino para estar por dentro, invisível, abraçado, fusionado, em comunhão. A música é a mesma? A música (melodia, ritmo, tom) é única?

Até algumas décadas atrás, o mundo da Saúde Pública estava influenciado quase que totalmente por uma forma de pensamento e ação (racionalidade/paradigma/hegemonia) muito influenciada pela **medicalização**. Era consenso que a saúde se fazia nos serviços de saúde e que, no topo de uma hierarquia de excelência e poder de curar, estariam os hospitais, cada vez mais especializados. O que hoje conhecemos como “alta complexidade” era identificado – e ainda o é em muitos espaços e grupos – como o melhor para o cidadão. Isso corresponde a uma visão da saúde como ausência de doença, como vimos no início desta Unidade, visão que limitava nossa ação a resolver casos de enfermidade. É claro que essa forma de pensar não está totalmente substituída; ela serve em muitas ocasiões e em determinados lugares.

Mas o fato de ser predominante (hegemônica) e excluir outras formas de compreender a saúde era realmente um problema. Muitas realidades e necessidades eram ignoradas, grandes massas de pessoas não ascendiam à atenção de saúde e muitas riquezas culturais eram banidas (saberes e sabedorias de diversos grupos não profissionais). Em parte devido a essa compreensão, houve, no Brasil, um grande movimento pelo Direito à Saúde e pela Reforma Sanitária que levou, depois de longas lutas, à formalização do Sistema Único de Saúde. Depois de quinze anos de SUS, ainda não podemos dizer com tranquilidade que ele esteja totalmente implantado e funcionando plenamente. Vários dos seus princípios, como a equidade, a universalidade e o controle social, não estão “plenamente” incorporados na vida coletiva de todos os grupos que o compõem. Quer dizer, mesmo em processo, ninguém pode afirmar que construímos uma cultura de saúde acorde com o SUS que o Movimento da Reforma Sanitária projetou.



Medicalização

Este tema também é abordado no Mirante 1 da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde e no texto “O Modo Hegemônico da Produção do Cuidado” da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

É verdade que muitas das coisas propagadas pelo SUS só acontecerão se toda a sociedade – a grande sociedade que engloba todas as realidades regionais, estaduais, locais, étnicas, de gênero e os mais díspares agrupamentos econômicos e culturais – se democratizar e se abrir ao diverso de si para mudar e crescer. É necessário que tenhamos uma compreensão ampliada do porquê e do como acontecem as coisas no campo da saúde.

Pois bem, para realizarmos os princípios doutrinários do SUS (equidade, universalidade e controle social) temos de questionar com firmeza a lógica que hierarquiza profissionais e serviços de saúde, definindo tempos e espaços “superiores” e “melhores” em detrimento de tempos e espaços a serem excluídos. Questionar é ser crítico; politicamente crítico. Entretanto, questionar não significa condenar nem descartar. Há grande valor, utilidade e beleza no cuidado realizado nos serviços de saúde por profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, odontólogos, pessoal de nível médio e tantos outros. Ser crítico também não é ver o mundo em preto e branco, esquecendo as cores, ignorando os matizes. A criticidade se constrói pacientemente, em diálogo, com experiências e vivências e – mais uma vez – com os outros.

Seja como for, precisamos de novas lentes, novos olhos, novos sentidos para quebrar as fronteiras impostas historicamente e que nos limitam ao espaço físico e simbólico de um estabelecimento de saúde ou de uma identidade profissional estereotipada (quer dizer, empobrecida e caricata, com potencialidades cerceadas). Ampliar horizontes para enriquecer nosso cuidado, cuidar mais e melhor e ser com o outro (estabelecer alteridade) é uma forma de humanizar as práticas de saúde e de organizar um sistema de saúde de acordo com as necessidades sociais.



Ainda bem que, no Brasil, temos centenas – talvez milhares – de experiências a nos ensinar sobre a abordagem popular: pastorais da saúde, projetos de extensão universitária, ação social de partidos políticos, projetos locais de municípios ou do próprio Ministério da Saúde e projetos de diversas ONGs e movimentos populares.

É obvio que não é suficiente se autodenominar “popular” para sê-lo, mas a atuação popular em saúde é um primeiro passo de mudança de foco: de uma visão muito centrada nos serviços, excluindo ou subvalorizando o “mundo exterior”, para uma compreensão de que é na coletividade, com as famílias e organizações sociais nela existentes, que o cuidado “se completa”, “se legitima” e se faz “integral”.

Veja bem, isso não nega o grande valor da produção convencional do cuidado: o compromisso, o carinho, o esforço pela criação, de nos encontrarmos com o outro ou a escuta sincera, mas a dimensão ampliada do cuidado deverá abranger também, necessariamente, o mundo social. Há de ser criada – ou aprimorada – uma *sensibilidade cultural* dentre os profissionais de saúde. Isso significa que uma compreensão ampliada da realidade, uma postura solidária e compreensiva sobre outras realidades sociais distintas às nossas, deve ser preocupação e interessante para construir o cuidado e um sistema de saúde a partir do olhar do interessado ou “daquele que sofre”.

Na verdade, os projetos e programas populares em saúde são somente o primeiro passo para a compreensão das coletividades como elemento fundamental para realizarmos o Grande Cuidado. Boa parte desse aprendizado, dessa transformação, está fora dos parâmetros formais de qualquer plano, projeto ou programa. Deixemos a vida nos surpreender.

Liste experiências que conheça de aproximação entre os serviços e a população. Que problemas enfrentam os profissionais nos seus mergulhos populares? Como os resolvem? De quem dependem as soluções duradouras? Como poderia o serviço de saúde aprofundar sua proximidade às coletividades? Como isso pode ser direcionado aos processos de cuidado ampliado em saúde?

A população: *mil caras* da saúde

A prática das equipes de saúde da família evidenciou ao longo dos últimos 10 anos, de forma oficial para o SUS, a coletividade e a *família* como dimensões valiosas e centrais na consecução do cuidado. As constatações e intuições que essa prática foi produzindo no Brasil todo, foi mudando também nossa própria idéia do *que é e como se faz* o cuidado. Assim como os antigos e os povos indígenas compreendiam, hoje começamos a visualizar e a sentir que a família, o círculo social e as redes de relações e convivência, todas desempenham papel importante em todo o processo que vai do sentir-se saudável, sentir necessidade de buscar o serviço de saúde, obter os cuidados necessários, sentir-se bem acompanhado pelo serviço de saúde e, novamente, sentir-se saudável.

É freqüente ouvirmos falar que a experiência de saúde da família é uma experiência transformadora. Ela tende a mudar radicalmente alguns profissionais mais sensíveis. Com outros, o “toque” é menos poderoso, mas sempre haverá um “antes” e um “depois” à experiência de atuação direta junto aos grupos sociais. Às vezes, acontece antes de formados, com os projetos de extensão universitária espalhados pelo país todo. Os meninos e meninas, estudantes, encontram realidades duras, dramáticas, mas também amorosas, repletas de folclore e sabedoria.

Esse encontro, de estudantes e de profissionais, é marcante para a compreensão das dimensões sociais e culturais do cuidado. Viver é muito mais do que ler, ver ou ouvir. A experiência direta é chave na construção da pessoa e na produção de perfis de compromisso social. É preciso experimentar!

A nossa experiência própria com diversos grupos sociais será produto, sempre, de misturas entre o que aprendemos com o intelecto e com as emoções e o que vemos e sentimos “diretamente”. Mas você já deve ter notado que o que “vemos” e o que consideramos “realidade direta” são, ambos, influenciados pela sociedade e pelas culturas às quais pertencemos. Não há experiência direta se não há um esforço por “quebrar” as regras implícitas que fazem com que vejamos e sintamos as coisas de uma forma determinada.

É por isso que a alteridade (o contato com o outro, com produção de diferença-em-nós) é,



acima de tudo, um sentimento, uma presença além da materialidade de terras, casas, perfis epidemiológicos, pessoas, animais etc. *Sentimos* a alteridade. Custa um pouco sentir a diversidade do outro, mas se não houver um “sentir com o outro” e um “mudar-nos” não *contatamos* a alteridade, apenas sabemos da existência do outro. Para aprender com o outro, precisamos dos esforços de que estamos falando aqui: esforço racional e intelectual (ler e debater ajuda muito); esforço ético (viver valores solidários, intenções de consciente compreensão do diverso, do estranho); esforço político (optar por sair do nosso quintal e explorar a vastidão do mundo e dos seres) e esforço estético (criar realidades, comunicações, convivências). Obrigatoriamente, para edificar novos entendimentos, teremos de “viver” a alteridade: com intelecto, razão lógica, criação, ética, emoções e afetividade.

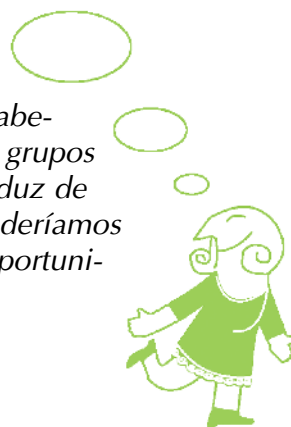
A vivência da alteridade é abertura à diversidade e à presença de fatos e processos com os quais não concordamos, mas nos esforçamos em entender profundamente, transmutando o nosso trabalho de organização da gestão e da atenção em saúde. Nossa presença é outra, nossa identificação com os “usuários”, nosso entendimento sobre o *porquê* e o *como* dos problemas de saúde.

É nesse sentido que a abordagem popular de saúde contribui para melhorar a gestão: revela novos mundos e mostra que na desordem há várias lógicas que conferem racionalidade, por certo diversa e estranha, à vida no meio da injustiça, do descaso e do sofrimento, mas queremos a integralidade. Não há como planejar um sistema de saúde sem que se estabeleça a condição de permanente fluxo de mudança, buscando que cada serviço faça sentido para a população usuária para a qual se organiza.

Ao mostrar o fluxo contínuo em que as pessoas – incluídos usuários e familiares – estão imersas, a experiência e a reflexão sobre grupos sociais também permite novas soluções para problemas individuais e coletivos. As soluções e os conhecimentos devem ser feitos de forma compartilhada entre profissionais e população. Indiferença, patologia social, preguiça, vício e outras visões negativas podem então também ser reavaliadas, contribuindo de forma política e solidária à criação de formas novas de organização do cuidado, tanto na sua extensão (“entrando” no mundo popular e familiar) quanto na sua profundidade (incorporando progressivamente pensamentos e sentimentos sobre as variadas dimensões que poderiam explicar o *porquê* e o *como* das coisas). Talvez, dessa forma, recupere-se o “para quê” do trabalho em saúde; e se avalie com novos olhos a idéia do Servir em Saúde (trabalhar nos Serviços de Saúde).

Para pensar e sentir:

Com quais grupos sociais você pode dizer que estabeleceu contato, compreensão e descoberta? Em que estes grupos sociais são diversos? O que a diversidade do outro produz de diversidade na sua subjetividade? Quais caminhos poderíamos seguir para termos – como trabalhadores de saúde – a oportunidade de vivência de sentimento de alteridade?



Quem vê o que quando *está nas falas das coletividades sociais*

As visões sobre o que é coletividade variam, segundo a moda e as teorias sobre o social e cultural. Mudam, também, dependendo de quem enxerga e imagina uma coletividade. Por exemplo, hoje quando os políticos ou os planejadores de saúde falam de comunidade, usualmente estão se referindo a:

- Um espaço delimitado geograficamente: um território restrito. Antigamente eram rios e florestas que delimitavam comunidades; depois foram jurisdições políticas e administrativas. Comunidades seriam espaços delimitados – em geral pequenos – geográfica e administrativamente.
- Um conjunto homogêneo de moradores em territórios geográficos, políticos ou administrativos delimitados. Usualmente são consideradas as populações “simples” e com baixa escolaridade e cultura, os pobres, os negros e os migrantes.
- Organizações locais que representam a população, bem como as instituições presentes no território definido como “local”.

Para alguns políticos, comunidade é voto – real ou potencial – e necessidade de cumprir oferecimentos – realizar obras. E, acima de tudo, espaço de alianças políticas.

Para alguns gestores de saúde, comunidade é o público que vai procurar os serviços de saúde – formando as longas filas. *Comunidade não é toda a população*, pensam muitos gestores, *é somente aquela parcela que utiliza os serviços do SUS: pobres, favelados e moradores de periferia*.

Em outros casos, comunidade já é outra coisa. É o dia-a-dia. As organizações locais – oficiais e clandestinas – que têm grande presença nas decisões (prioridades e rumos) e na viabilização de ações de saúde coletiva (campanhas, cadastros, oficinas e cursos). *Sem eles não se anda*, disse uma vez uma médica do PSF do interior de Minas Gerais.

Enfim, para cada trabalhador dos serviços de saúde, seja da atenção básica ou da atenção hospitalar, a *comunidade* será uma coisa diferente. Num extremo, para alguns “doutores” ela inexistente – é só o conjunto de casas e a massa anônima que fica olhando ou reclamando no Posto de Saúde ou lá fora. No outro extremo, comunidade é uma rede de relações de carinho e apoio mútuo, como para alguns agentes comunitários de saúde. Todas as possibilidades intermédias também existem.

Existem, dentre todo esse leque de possibilidades, formas mais dinâmicas de enxergar as coletividades sociais – das mais gregárias às “sem território”: as coletividades múltiplas a que as pessoas recorrem para procurar bem-estar, sentirem-se bonitas, protegidas, fortes e com capacidade de decidir sobre suas próprias vidas. Essas, nos tempos atuais, são muitas, mas são temporárias. À diferença das “antigas” comunidades (que ainda existem e coexistem com as “novas”), as novas são “rápidas”, como a realidade, e vão mudando (em movimentos de “metamorfose permanente”) com a entrada e a saída de pessoas, novos interesses e características, por mudanças inesperadas, dramas e acontecimentos. Todos nós as temos visto e provavelmente participamos de mais de uma: movimentos religiosos, grupos desportivos, grupos de auto-ajuda

e de solidariedade, amantes das artes, grupos de cultura popular, de dança de salão, de academias de ginástica etc, ou seja, coletivos de toda ordem, nos quais reproduzimos ou produzimos subjetividade.

A vivência de comunidade – que corretamente seria chamada por comunalidade – transmuta o nosso trabalho de produção do cuidado se ela consegue ser respeitadora e crítica, direcionada ao bem-estar e aberta à diversidade.

As novas formas de coletividade (e suas práticas sociais de busca de bem-estar e cuidado em saúde) respondem a uma *fome de símbolos* – uma necessidade de encontrar fenômenos e experiências relevantes, que sejam significativas para nosso bem-estar, nossa “boa saúde”. Há, em todas elas, a experiência viva de comunidade – a comunalidade.

É importante afirmar aqui a grande importância da comunalidade para a saúde. Este sentimento é uma sensação real e duradoura de que pertencemos a um todo maior. E que esse todo maior nos fornece bem-estar. Bem-estar, cuidado e saúde são sentimentos construídos em coletivo – com e pelos outros.

Para pensar e sentir

Recrie, na memória, as relações entre população e algum serviço de saúde que você conheça. Pense nos conflitos e parcerias. Pense nas formas de entender comunidade dos distintos atores envolvidos. Reflita sobre a importância e os desafios de incorporar e compatibilizar variadas visões. Na medida em que é a construção de um coletivo organizado para a produção, os espaços de EPS tendem a ser coletividades de parceiros. Ao mesmo tempo são arenas de debate e conflito em que devem ser construídos acordos e, mais importante ainda, ações práticas de educação permanente em saúde. O que impede (e o que possibilita) o sentimento de grupo social? Qual a diferença entre coletividade de moradia e coletividade de interesse? Há grupos sociais dentro de coletividades? Quais os caminhos que podemos seguir, para termos – como trabalhadores de saúde – a oportunidade de vivência de sentimentos de comunidade?



Redes sociais solidárias em saúde

Em mais de um dos sentidos acima descritos, as denominadas Redes Sociais são formas de experiência de coletividade. Conhecer o seu significado e conhecer as suas formas de operação é importante para o trabalho de educação de atenção em saúde e de gestão dos sistemas e serviços de saúde, porque essas formas menos hierárquicas de relação social estão acontecendo de maneira crescente – seja de forma “espontânea” ou “induzida” por ONGs, pelos governos ou pelos partidos políticos.

A imagem da rede é muito bonita. No Oriente, por exemplo, a criação e o movimento do universo foram com frequência traduzidos no ato de tecer, permanentemente, uma rede infinita, em extensão e em altura: mundos, fenômenos e seres infinitos. Tecer sempre sugere o lado feminino da cultura:

um lado paciente, sutil, persistente e criativo. É a criação pela naturalidade e magia do andar a vida e não pelas explosões e guerras. Tecer o pano que abriga e cuida.

Tecer é cuidar. Tecemos saúde.

A rede para dormir a sesta é uma outra imagem que remete ao aconchego, ao balanço rítmico que nina, ao som suave do mar e ao vento que move a rede. Sentimento de proteção e descanso: oportunidade de repor forças, de encontrar saídas, de se abraçar e fazer amor, criando vida, criando prazer...

Outra rede muito poética é a do pescador. Imagem da força dos muitos fios entrelaçados. A idéia dos nós e das junções ou fios que se unem. A imagem de que todos os nós estão interconectados. Difícil dizer qual nó será o chefe, o mais inteligente, o mais poderoso, o mais malandro ou aquele que tirará maior vantagem do resto. Rede que apreende peixe, enchendo de vida as *barquinhas brancas*. Rede que alimenta e nutre: cuidado. Rede de cuidados: gestão do sistema de saúde.

As práticas de saúde usualmente constituem redes, fluxos de saberes e de fazeres, formas múltiplas de procurar e ofertar bem-estar. Nessas redes de diálogo, de conversa e criação, todos se beneficiam: os que cuidam são cuidados e aqueles que procuram saúde obtêm respostas. Às vezes, não conseguimos perceber redes sociais nos espaços mais formais como os serviços de saúde, mas elas estão presentes. Estão na cumplicidade dos que esperam, na familiaridade e simpatia de alguns trabalhadores para com a população, nas iniciativas de grupos de bem-estar ou de estratégias coletivas, otimistas e esperançosas de enfrentamento de algumas doenças.

Rede, em saúde, usualmente sugere um conjunto de indivíduos ou organizações em diálogo procurando e construindo (tecendo) saúde. As redes são “soltas” e não “sólidas”. As hierarquias não são fixas nem eternas, são **desenhos** de complementaridade e integração. As vozes escutadas e os atores atuantes vão mudando com o tempo. As pessoas ou organizações entram e saem. Alguns gostam de ficar calados, observando, enquanto outros tomam a palavra, o gesto e a ação para movimentar o conjunto ou partes do conjunto. Exigências de homogeneidade são menores: alguns podem fazer isto e outros aquilo.

Mas a rede não só é movimentação, fluxo, flexibilidade, ela vai gerando um conjunto dinâmico de produtos de cultura: a cultura da rede, a cultura em rede. Uma rede social é, também, e acima de tudo, um grupo cultural, uma forma de identificar-se com referenciais de cultura, com outros semelhantes, com os que estão mais próximos. Culturas de rua, culturas vivas, culturas feitas por todos em ação.

No campo da saúde se fala – já faz uns dez ou quinze anos – de Apoio Social; ou melhor, de Redes de Apoio Social. O apoio social seria a presença sistemática e continuada de suporte em relação à capacidade do indivíduo e dos grupos em controlar o rumo da vida. Apoio social é garantir o sentimento de coletivo, as redes de relações e de amizades, o sentir-se cuidado. As Redes de Apoio Social podem ser estratégias de saúde pública – de promoção da saúde – ou surgir de forma mais ou menos independente como iniciativa



Desenhos

Uma discussão mais aprofundada sobre este tema pode ser encontrada mais adiante, nos textos “Desenhos organizativos da atenção à saúde” e “Malha de cuidados ininterruptos à saúde”, nesta Unidade.

de sobrevivência e enfrentamento coletivo de problemas. Em qualquer uma das suas versões, essas redes têm se mostrado muito eficazes para “proteger” as pessoas ou diminuir sua “vulnerabilidade”. Experiências com populações especiais (idosos morando sozinhos; crianças especiais; populações institucionalizadas em cadeias, hospitais e asilos) têm se mostrado muito positivas, não só no sentido mais óbvio de promover saúde, mas também pelo fato de múltiplos ganhos secundários acontecerem: amizades, namoros, iniciativas de geração de renda, atividades artísticas e de lazer, atividade física... redes de relações produtoras de saúde.

As redes sociais solidárias em saúde são uma das novidades no entendimento profissional. Elas existem há tempo e somente agora as enxergamos ou tentamos criá-las ou estimulá-las. Elas fazem parte da complexidade dos atores contemporâneos, complexidade que cruza centenas de características pessoais e grupais para produzir infinitas variantes de identidade cultural e participação social.

Para pensar e sentir:

Partindo da leitura prévia, quais poderiam ser as diferenças entre instituições mais estáveis e formais e as redes sociais de saúde? Imagine formas de constituição de redes solidárias em saúde no seu âmbito de trabalho. Os espaços coletivos de Educação Permanente em Saúde podem ser considerados ou podem vir a se constituir uma rede? Como?



Controle Social e Participação Popular em Saúde

Uma grande conquista do Sistema Único de Saúde foi incorporar (no final da ditadura militar) a presença do popular, a irrupção do pobre, como dizia Gustavo Gutierrez (o teólogo peruano que inventou o termo *teologia da libertação*). Banido durante quase duas décadas – e antes combatido por séculos – o popular reaparece no centro da concepção do SUS, como um dos seus princípios operadores. A *participação e o controle social* são grandes desafios numa sociedade a caminho de democratizar-se. Sabemos que o Controle Social no SUS, exercido por meio dos Conselhos de Saúde, dista muito da perfeição. Ele ainda nega – ou exclui – amplos grupos da população (sejam índios, negros, quilombolas, mulheres, migrantes, bóias-frias, sem-terra etc). Não somente pelas operações de representação – que vão afunilando mais e mais as vozes sociais, até reduzi-las a umas poucas – mas também porque ainda não produzimos sensibilidade de escuta às vozes dissonantes. Ainda negamos, insensíveis, as dissonâncias culturais. Vivemos o próprio mundo das regras sociais estabelecidas. Nossas dinâmicas culturais dispensam outras. Nosso controle social ainda é pouco participativo, mesmo que esteja cheio de indivíduos valiosos e lutadores.

Outros atores, outras culturas, grupos minoritários e excluídos, como bem afirma Victor Valla, nunca ficam passivos, parados. Pela necessidade de viver e sobreviver, eles produzem vida. Eles produzem cuidado e saberes de saúde. Práticas sociais – fragmentárias, temporárias, múltiplas, que se vão unindo e separando, que vão surgindo e se extinguindo/transformando. Além das formas

legitimadas (instituídas) de participação via conselhos, há inúmeras formas de presença e participação em experiências populares de saúde, em grupos de pacientes, em ações de apoio em saúde, alimentação e educação. Essas formas, sutis, fogem da oficialidade – somente são vistas quando, por exemplo, chegam à mídia. Nos últimos anos, mais e mais pesquisadores da saúde coletiva vão se deparando – e encantando – com as denominadas práticas sociais de saúde da população. A discussão da integralidade trouxe à tona a idéia de que para um cuidado ser integral devem ser compostas alianças de saberes e práticas de saúde entre profissionais (o setor “autorizado”) e a população (o setor “informal”). A criatividade e a profundidade das práticas sociais de busca de bem-estar é tanta que vai “contaminando” o mundo dos serviços de saúde. Dessa aproximação, novas misturas estão sendo geradas. Processos de constituição de singularidades culturais de saúde, de produção de novos atores sociais – mistos, dialógicos, solidários, engajados.

A participação popular (aquela que extravasa os limites definidos pelos grupos de poder) é impertinente para as formas instituídas de governo ou de praticar a vida social e institucional. Ela é inesperada, criativa, aberta, misturada. Por isso é difícil de gerenciar – racionalizar, controlar.

O Controle Social – aquele mais profundo, que significa democracia real e diálogo profundo e criativo; conflito e embate, sim, mas acordo e construção conjunta – ainda está em construção, com avanços e retrocessos, mudanças e permanências. Há culturas borbulhantes aproximando-se e miscigenando-se. Há grupos e indivíduos inventando formas múltiplas de saúde, não uma, mas muitas saúdes.

No mundo social há grande quantidade de iniciativas para juntar as pessoas em atividades de lazer e saúde. Elas poderiam aproximar-se das ações de Educação Permanente em Saúde? Como dar oportunidade para que os usuários participem realmente dos processos de educação dos profissionais da saúde?

Saberes e sabedorias populares – a voz e o fazer dos grupos populares

A participação popular é pertinente para introduzirmos o tema do saber leigo (e do saber popular) na organização da gestão e do cuidado e na produção de processos de educação. Começemos pela idéia de Culturas Populares.

Comumente, “cultura” é identificada com “bom gosto”, “erudição”, “acesso à educação formal”, quer dizer, a cultura comportaria uma elitização. Só as elites, os que estão por cima na escala de hierarquia social e econômica poderiam ascender à cultura. Entretanto, estamos aqui falando de um conceito muito mais amplo. Como já afirmamos, cultura tem a ver com um conjunto de sistemas de significado compartilhados por grupos de pessoas. Significados materiais (a produção de objetos, a forma como se dispõem as coisas no espaço etc.) e significados não-materiais (parentesco, religião, justiça, ética, sexualidade etc.). Assim, todo grupo humano, sem exceção, é produtor de cultura. Produz cultura (ou culturas) e, ao mesmo tempo, é produzido pelas culturas.

Com os grupos populares não poderia ser diferente. Perceba que o termo engloba muitíssimos grupos com ampla diversidade. Há diferenças étnicas, sociais, regionais, de linguagem, de hábitos...

Na saúde, a presença do popular, convencionalmente, é vista como um problema. Acostumados a pensar que “o povo” é ignorante, repleto de defeitos e sem vontade nenhuma de melhorar – ou de ser “mais como a gente” – parte-se usualmente de uma postura prévia que desqualifica o outro, impossibilitando o diálogo. Isso tem sido chamado por Victor Valla de “crise de compreensão”: se o outro não é qualificado, como posso compreender ou estabelecer diálogo com ele? Valla conclui que é a postura errada que nos distancia das lógicas e saberes da população (que, segundo ele, se expressam especialmente nas falas) e entrava muitos processos coletivos de saúde.



Negar – por preconceito – os saberes da população; acreditar que os profissionais são superiores, ou que seu saber é melhor porque é científico, ou pensar que nada há para aprender dos grupos populares reduz a escuta e o olhar, assim como o entendimento das pessoas e das realidades e as práticas de saúde.

Aquilo que acabamos de afirmar em relação à cultura, saberes e sabedorias populares, vale também – e muito – para todo processo de educação com coletivos e para organizar as práticas de gestão e de atenção. Os coletivos e as iniciativas de Educação Permanente em Saúde precisam que garantamos bons fluxos – de idéias, emoções e sentimentos – e relativizemos nosso próprio saber, nossa própria visão de mundo.

Uma cidade que é uma roda de tamanho gigante de todos e para todos

No desafio de transformar-se profundamente, sinceramente, ou de aprender a ser facilitador de Educação Permanente em Saúde, a compreensão do social e do cultural pode ser uma grande ajuda. Essa compreensão deverá ser guiada por uma visão ética e solidária e por uma opção de simpatia e aposta pela diversidade de grupos e culturas.

Novas sensibilidades são requeridas: escuta, empatia, amorosidade, solidariedade, gestos e palavras inclusivos. O poema não é mais metáfora, é uma proposta de imagem, é sociologia, visão densa das dinâmicas culturais em que estamos imersos como atores ativos: criadores conscientes. Mesmo involuntariamente, sem saber ou sem querer, participamos de rodas, de fluxos e caminhos, de edificações em constante mudança. Para organizar a gestão e o cuidado, para produzir educação em saúde, temos de mergulhar na invenção da nossa cidade. Uma vez impregnados, poderemos compreender quão ausentes de essência fixa somos, quanta descoberta e maravilha nos espera no meio daquilo que pensávamos monótono, insosso, cinza, repetitivo.

Referências

- HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- LANGDON, E.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.
- VALLA, V. (Org.). *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- VALLA, V. (Org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- WONG-UN, J. A. *Comunidade(s) na saúde: comunalidade, interexistência e experiência poética*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2002. Tese de doutorado.
- A poesia *Sugestão* de Thiago de Mello pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.secrel.com.br/jpoesia/tmello01.html#suges>

Anexo

Técnica de Estimativa Rápida

A Estimativa Rápida é uma técnica de coleta de informações, que possui como características a sua simplicidade, baixo custo e preparo rápido de técnicos e pessoas da comunidade para atuarem como pesquisadores de campo.

A utilização dessa técnica em serviços de saúde tem sua referência na avaliação qualitativa, porém tem sido freqüentemente utilizada para o conhecimento de problemas e necessidades de saúde de uma determinada população.

Esse método utiliza como principais fontes de coleta de dados:

- registros já existentes, obtidos a partir de fontes primárias e/ou secundárias;
- entrevistas com informantes-chave, utilizando questionários estruturados;
- observação de campo (observações ativas da área e de instituições).

Seu processo de preparação e execução requer alguns cuidados com a coleta e sistematização dos dados das diferentes fontes, a elaboração dos questionários, a seleção e treinamento dos pesquisadores, o reconhecimento da área e a organização do trabalho de campo.

É importante coletar dados do território que permitam, como resultado, construir o perfil demográfico (censo) e epidemiológico da população (morbidade-mortalidade e infra-estrutura, como abastecimento de água, rede de esgotos, oferta de equipamentos de saúde e educação, entre outros).

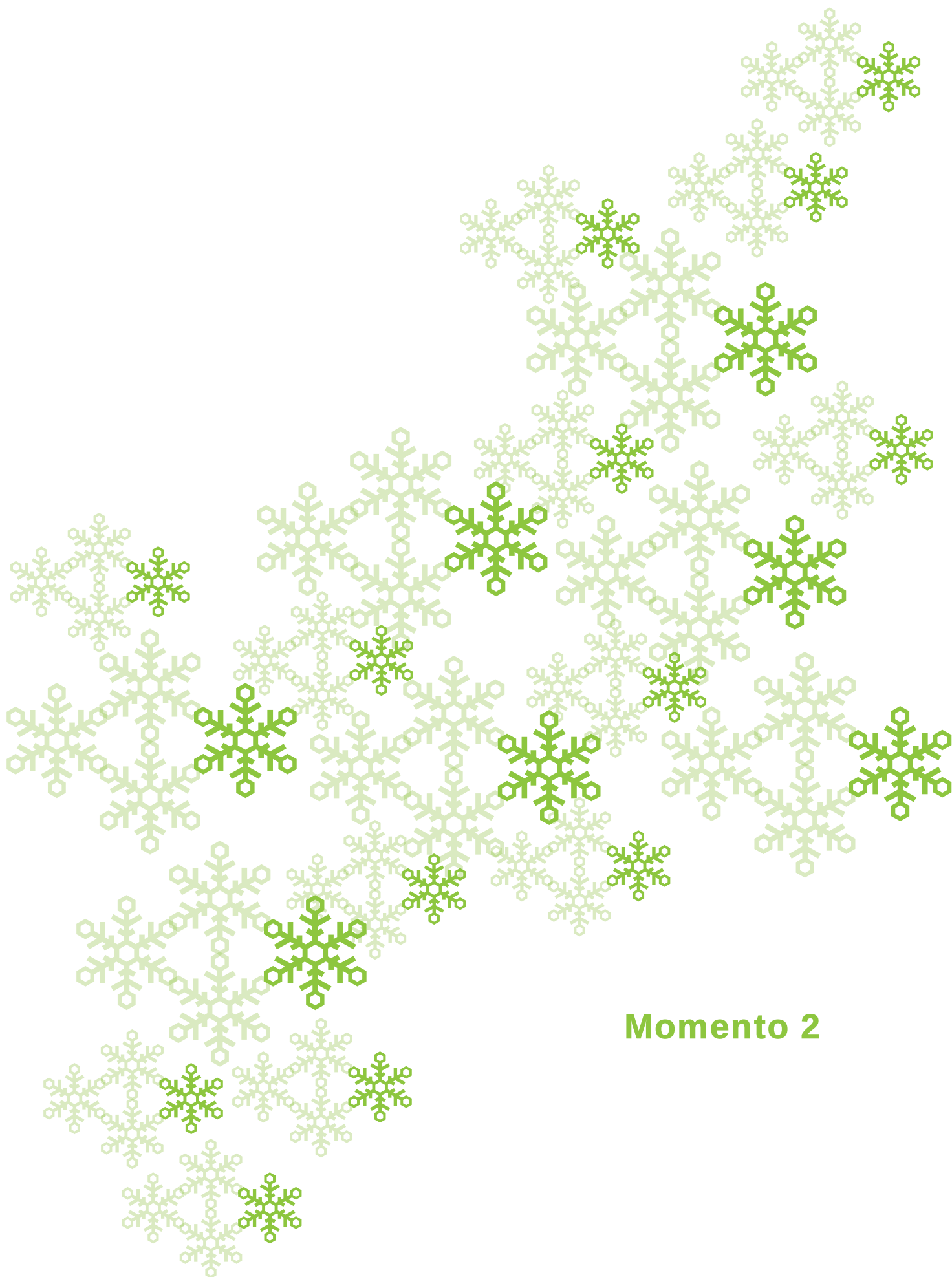
Embora essa abordagem apresente falhas, tais como o despreparo dos pesquisadores, os efeitos da sazonalidade e os problemas da amostragem não representativa, essa metodologia, se usada com bom senso e planejamento criterioso, apresenta resultados importantes sobre um determinado território. Essa técnica permite coletar informações com vistas à elaboração de um plano de ação.

A Estimativa Rápida apóia-se em três princípios:

- coletar apenas dados necessários e pertinentes ao objetivo do programa;
- identificar as informações necessárias e as maneiras aceitáveis pela população local de se obter esses dados;
- envolver a comunidade no exercício da pesquisa, não apenas para realimentar as informações para os planejadores, mas também para se obter maior aceitação numa intervenção futura (ampla interação entre pesquisados e pesquisadores).

As informações na pesquisa de Estimativa Rápida devem ser coletadas através dos “informantes-chave” da comunidade. O uso de informantes representativos da comunidade é fundamental porque eles estarão legitimando o caminho para a aplicação dos resultados. Os pesquisadores precisam acompanhar o processo de escolha desses informantes, visto que eles representam o primeiro contato com a comunidade e a “ponte” para alimentar a pesquisa de informações.

O texto de Acúrcio, F.A.; Santos, M.A.; Ferreira, S.M. A aplicação da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: MENDES, E.V. (Org.) *Organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998, cap. 3, p. 87-110. Traz de forma detalhada os passos da técnica além de apresentar o relato de experiência de sua aplicação.



Momento 2

Momento 2

Desenhos organizativos da atenção à saúde

Conhecer os desenhos organizativos da atenção à saúde em sua localidade significa compreender como as ações de intervenção no processo saúde – doença – cuidado estão organizadas e combinadas.

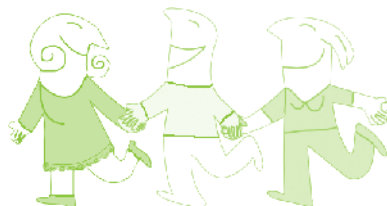
Convidamos você a conhecer a história da organização do sistema de saúde no Brasil e refletir sobre os aspectos tecnoassistenciais que caracterizam a organização dos serviços, da rede, da gestão dos serviços. Os aspectos tecnoassistenciais dizem respeito a como o processo saúde-doença e cuidado é localmente compreendido, às tecnologias desenvolvidas a partir desse conhecimento para intervir na saúde e na doença e às escolhas políticas e éticas que recortam problemas a serem enfrentados pela política de saúde.

Nesse sentido, estamos propondo que, a partir de algumas reflexões, você perceba a dinâmica de funcionamento presente na rede de atenção local/regional e como essa rede se articula com as necessidades de saúde, com o perfil cultural da população que dela faz uso e com as redes sociais que tornam a saúde uma questão de vida.

Salientamos, neste momento, a importância de se pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema de saúde, redesenhando-os a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos, valores e necessidades. Assim, a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão deve viabilizar a construção de um sistema de saúde mais efetivo, humanizado e comprometido com a vida das pessoas. Nesse sentido, um sistema mais aberto aos diferentes modos de vida, possibilitando que a organização da saúde “fale” com as vivências das pessoas, coletivos e grupos sociais.

Atividades

1 – Com base nas suas observações, experiências e conhecimentos, descreva:



-  O que você entende por gestão do sistema de saúde?
-  Como está organizada a gestão do seu município?
-  Como são tomadas as decisões sobre o funcionamento, os temas de trabalho e as prioridades de ação das unidades de saúde?
-  Quem participa dessas decisões?
-  Como os diferentes serviços de saúde se relacionam dentro do seu município?
-  Como seu município se relaciona com os outros municípios de sua localidade?
-  Como a população circula nos serviços de saúde e nos espaços de decisão?

Discuta com o seu tutor e colegas caminhos para obter informações sobre essas questões e os porquês da realidade encontrada.

2 – Veja e reflita sobre o filme:

Se você já viu este filme, veja de novo!

Filme: História das Políticas de Saúde no Brasil

Créditos: CEFOR-SP



Discuta e registre:

Qual a influência dessa história na organização dos serviços de saúde na sua localidade?

3. Leia e reflita:

Texto 4 – Desenhos organizativos da atenção à saúde

Para pensar e sentir:

Como você caracteriza o sistema de saúde de seu município/localidade em relação ao desenho técnico-assistencial? Por quê?



Texto 5 – Integralidade como orientação da saúde

Para pensar e sentir:

Para você, como a integralidade é compreendida na atenção, na gestão, no controle e na participação social, no seu município/localidade?



Texto 6 – Malha de cuidados ininterruptos à saúde

Que mudanças são necessárias na organização da gestão e do cuidado para transformar o desenho técnico-assistencial na sua localidade?

Avaliação

Após a realização das atividades e das leituras, discuta e registre:

A educação permanente em saúde pode contribuir para a construção de novas alternativas, novos circuitos de integração entre os serviços e entre esses e a população? Por quê?



Texto 4

Desenhos organizativos da atenção à saúde

Um *desenho tecnoassistencial* diz respeito à maneira como são organizadas e combinadas, isto é, “desenhadas”, numa dada sociedade, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença e rede de atenção. Esse *desenho* comporta aspectos *tecnológicos* e aspectos *assistenciais*.



Neste texto, usamos as designações “desenho” e “tecnoassistencial” em lugar das designações “modelo” e “técnico-assistencial”. Você já pensou sobre qual a diferença entre desenho e modelo e qual a diferença entre acoplar a noção de tecnologia ou de técnica à organização da atenção à saúde?

Pois bem, os aspectos *tecnológicos* envolvem não só recursos materiais, científicos e instrumentais ou operacionais, mas também as escolhas estabelecidas para articular e promover conhecimentos, as estratégias de interpretação, de planejamento e de avaliação e o investimento em negociação, pactuação e inovação. É o estatuto tecnológico que permite que, a partir da sensibilidade e do enfrentamento criativo de problemas da realidade, exista a transformação de um conhecimento técnico. Novas práticas de cuidar, tratar ou escutar, isto é, de atenção à saúde, são assim construídas.

Já os aspectos técnicos se referem à construção de saberes *aplicados*, isto é, saberes relativos aos processos, à arte ou aos modos específicos de executar ou fazer algo, resumindo-se aos recursos materiais, científicos e instrumentais ou operacionais que *definem* maneiras, jeitos ou habilidades de atuar na realidade ou de intervir em um dado campo de práticas.

Os aspectos assistenciais envolvem não só a realização de procedimentos clínicos, mas também a trajetória dos atos terapêuticos, a história das ações de saúde e os movimentos de disponibilização ou de incorporação, para o uso social, de modos de cuidar/tratar/escutar.

O desenho tecnoassistencial implementado em cada realidade é revelado pela análise da 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.



Você já se questionou sobre os aspectos envolvidos na organização e estruturação das estratégias institucionais de atenção à saúde?

Por que preferimos não falar em modelos de atenção?

É o caráter ou possibilidade de difusão de um desenho tecnoassistencial que permite denominá-lo por *modelo*. Mas essa imagem carrega uma noção conservadora, de molde, ao qual devemos nos adaptar, de “receita” para a reprodução das “melhores práticas” em diferentes localidades, regiões e até países.

A idéia de modelo vem das concepções tidas como nobres em relação à eficiência, ao melhor uso dos recursos, à maior produtividade no trabalho e ao alcance de metas “técnicas”. Como se as técnicas definissem *o único modo correto de fazer as coisas*.

Vale a pena compreender um pouco melhor como “surgem” as práticas de saúde. As práticas de saúde são práticas sociais, produto das relações sociais. As relações sociais correspondem ao modo como os homens se relacionam entre si e com a natureza.

Os homens, então, agem e pensam condicionados pelas relações sociais em dado momento, em dada sociedade. Portanto, há razões determinadas para que as práticas sociais surjam e se conservem, já que correspondem à satisfação ou ao predomínio de determinados interesses.

No entanto, apesar de ser fruto da ação humana, à medida que uma prática social se estabiliza, se fixa e se repete, ela é convertida a uma *idéia comum*. Daí, passa a ser percebida como se fosse uma coisa em si, existente por si mesma. Deixa de ser percebida como consequência das ações humanas.

A fixação de uma atividade social, então, impregna o cotidiano da sensação de que as práticas são regras naturais (“é assim porque sempre foi assim”/“sempre foi assim porque deve ser assim”). Os diversos atores envolvidos nas instituições sentem-se constrangidos pelas regras *naturalizadas* e têm dificuldades de mudar o que parece tão *natural* continuar.



Para pensar e sentir:

Você já se sentiu assim no seu trabalho, “esmagado pelo peso das coisas que são como são”?

Você já reparou que, de tempos em tempos, precisamos refletir sobre nosso cotidiano, identificando novas questões e atualizando a forma de enfrentar velhas e novas situações de trabalho?

A noção de desenho deixa mais claro que um modelo é uma configuração provisória de práticas, que representa sempre um embate entre conservação e mudança. Conviver com a mudança



permite viver em realidades em construção, promovendo as possibilidades e as escolhas coletivas.

A educação permanente em saúde pode ativar processos vivos de transformação, que questionam o naturalizado (desnaturalizar a realidade significa revelar o processo de **construção de conceitos, valores e práticas**) e possibi-

litam movimentos propositivos de mudança.

A transformação pode ser criativa, cheia de potência inventiva, como a própria vida. Ao invés de nos sentirmos esmagados pelo peso “das coisas que são como são”, podemos resgatar nossa capacidade de ação e encarar as organizações como estruturas vivas, que podem ser do modo como os usuários necessitam que sejam. Organizações vivas em que os trabalhadores sejam incentivados a estar como um coletivo organizado, motivado e responsável.

Como você já viu, as concepções e as práticas de saúde são múltiplas e, ao longo do tempo e da história, umas predominam sobre as outras. Mas nós perdemos, às vezes, essa noção de movimento permanente. Há de se compreender, então, que estão em jogo forças de *conservação* e de *mudança* como em uma luta entre *atos instituídos* e *movimentos instituintes*. Por esse estado de tensão permanente, em todo cenário de práticas, estão presentes possibilidades, escolhas coletivas e construção de realidades.

Outras referências, que não as técnicas e a eficiência, podem ser importantes para definir práticas de saúde. Por exemplo, um problema grave como a mortalidade infantil pode ser enfrentado com recursos baratos e eficazes, todos de caráter técnico comprovado, utilizando-se intensivamente trabalhadores com pequena incorporação de recursos de formação. A mortalidade infantil vai diminuir, mas estaremos passando ao largo das necessidades das pessoas. Deixaremos de enfrentar os efeitos históricos do processo saúde–doença–rede de atenção na vida social e cultural de uma população que vive os sofrimentos da pobreza. Estaremos passando ao largo também dos fatores que promovem a fixação dos profissionais de saúde nos lugares.

Luiz Cecílio (1997) propõe-nos abandonar a “segurança” que a idéia de “modelo” possa nos trazer e assumir uma postura muito mais criativa e “arriscada” de modelar os serviços, tendo como referência as necessidades dos usuários. A liberdade em elaborar novas combinações entre os diferentes recursos de que dispomos e sua relação com o uso social de cada arranjo tecnológico e assistencial será sempre uma tarefa de *desenhar* estratégias *tecnoassistenciais*. Essas estratégias devem estar relacionadas – sempre – com sua utilidade para pessoas e populações.

A noção de desenho permite-nos acenar com os campos de possibilidade como estratégia de gestão, isto é, admitir que nenhum método dispõe da chave do sucesso perfeito.



Construção de conceitos, valores e práticas

Lembra quando discutimos no Momento 1 desta Unidade como o conceito de saúde–doença embasa a construção da política de saúde e dos modos de organização da gestão e do cuidado em saúde?



Você acredita que tais questões tenham alguma importância para pensar e sentir as prioridades indicadas à Educação Permanente em Saúde?

Por que nos referimos ao tecnoassistencial e não ao técnicoassistencial?

Os *aspectos tecnológicos* não se resumem à escolha dos recursos técnicos e científicos. São modulados pelas sucessivas aproximações à realidade, pela sensibilidade diante das necessidades sociais e pela abertura ao contato com as atividades locais.

Esses aspectos contribuem para desenhar as estratégias tecnoassistenciais por meio do processo de busca permanente de informações; da documentação histórica, legal e sobre as práticas; da articulação entre os recursos físicos, financeiros e de infra-estrutura, destinados ao enfrentamento de problemas, e da interação com as redes sociais de apoio e as de mobilização pela saúde.

Dentre as *modalidades assistenciais*, não existem apenas as alternativas de atendimento ambulatorial e hospitalar. Elas incluem o conjunto de conceitos operados para cuidar, tratar e escutar as necessidades e os direitos de atenção à saúde e o foco das propostas de trabalho. Incluem a escolha de práticas: centradas nos profissionais, nos procedimentos e na tecnologia por equipamentos, centradas nas equipes de saúde, rotinas e protocolos ou centradas nas pessoas e coletividades, por exemplo.

A escolha do desenho tecnoassistencial que melhor responda às necessidades de saúde deve atender aos princípios do SUS: assegurar universalidade de acesso; integralidade da atenção; descentralização da gestão; regionalização da atenção; alta resolubilidade em cada serviço ou em sua articulação em rede intercomplementar; integração intersetorial; fortalecimento das instâncias de pactuação e de controle social e educação permanente dos trabalhadores de saúde.

A escolha do desenho tecnoassistencial deve também preservar e desenvolver a autonomia das pessoas; enfrentar os preconceitos ou privilégios (garantia de igualdade na assistência); garantir o direito dos usuários e populações à informação sobre sua saúde (pessoal e coletiva); tornar conhecida a proposta “arquitetada” para a utilização da rede; incorporar, além dos saberes da saúde, as outras visões de direitos sociais na alocação de recursos e nas orientações programáticas e incentivar, ao máximo, a participação popular.

Todas essas questões devem fazer parte do planejamento de qualquer Educação Permanente em Saúde, demandada por qualquer ponto do sistema de saúde, sob pena de resumir-se a formação ao “modelo técnico”.

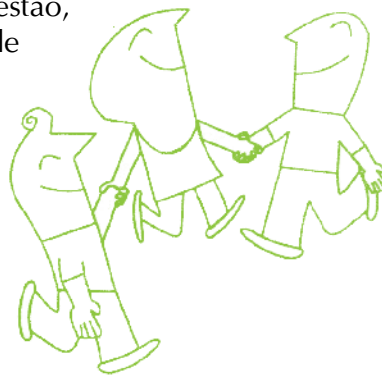
Por fim, cabe dizer que quando falamos de um desenho tecnoassistencial de um serviço ou de um sistema de saúde, fazemos referência não somente aos programas assistenciais, mas também ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho no setor da saúde.

Essa escolha diz respeito às distintas opções ideológicas, organizacionais e técnicas utilizadas para estruturar o trabalho a ser ofertado, para definir necessidades de saúde e para avaliar os resultados do setor.

O trabalho em equipe ou as práticas profissionais compõem os modos com que oferecemos atenção de saúde, entretanto, isoladamente, elas não

são capazes de qualificar a assistência. As práticas de gestão, a visão sobre o direito à saúde e o estabelecimento de prioridades assistenciais e de promoção de saúde interferem e direcionam as práticas assistenciais.

Na condição de facilitadores de educação permanente em saúde, estamos certos de que a compreensão da “mobilidade dos desenhos tecnoassistenciais”, seu “redesenhar permanente” ajudará a detectar caminhos de mudança tecnológica e caminhos de mudança assistencial, ambos capazes de possibilitar o desenvolvimento de estratégias institucionais de atenção à saúde em sua localidade!



O propósito desta Unidade é buscar com você essa compreensão.

Pode ser que você venha a reforçar sua visão a respeito de sua inserção na educação permanente em saúde ou venha a modificá-la e preenchê-la com questões antes imprevistas.

Mas o mais importante é você encontrar maneiras de favorecer um ambiente de trabalho mais criativo, mais inovador e mais orientado à gestão de processos de educação permanente em saúde. Que esses processos se direcionem para a resolução dos nós-críticos no ordenamento da gestão, formação, participação e atenção de saúde, estando comprometidos com as necessidades sociais.

Para pensar e sentir:

Como você pensa e sente o coletivo de EPS como parte do desenho tecnoassistencial de sua localidade?

A Educação Permanente em Saúde pode possibilitar que você inter-rogue a realidade e “pesque” o que nela há de atividade *re-produtiva* e o que há de forças *produtivas* pedindo passagem:

- Qual é o desenho tecnoassistencial vigente?
- Como se dão as disputas de poder entre os vários atores institucionais que sustentam o desenho tecnoassistencial vigente?
- Como os atores incorporam as demandas populares e a satisfação dos usuários em seus projetos?
- Como estão as relações entre os profissionais na assistência e na gestão?
- Onde e como a população participa das decisões?
- Onde e como os trabalhadores e usuários trocam, entre si, e constroem novos saberes?



Essas, entre outras perguntas, ajudam a orientar a definição do quadro de trabalho para processos de Educação Permanente em Saúde.

Desenhos tecnoassistenciais em saúde: o debate acumulado e os vetores ordenadores

No Brasil, ao longo de sua história, alguns desenhos tecnoassistenciais se tornaram predominantes como o da “saúde pública campanhista” e o da “assistência medicalizadora”, associados a uma maneira de orientar a formação dos profissionais, conhecida como **modelo flexneriano**.



Modelo flexneriano

Para maior aprofundamento veja o texto “O Modo Hegemônico de Produção do Cuidado” da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

Nesse modelo, a formação e a prática profissional são centradas no Hospital e na utilização intensiva de tecnologias de diagnóstico e de terapêutica. Recorta-se a realidade, na medida que o critério para a priorização de problemas baseia-se na possibilidade de eles serem investigados e/ou tratados por suas tecnologias.

Essa opção de **formação e atuação na saúde** articula-se aos interesses econômicos do mercado de saúde, não necessariamente atendendo aos interesses e necessidades das pessoas e populações.



Você consegue perceber isso no seu cotidiano?

Desde a década de 1970, o Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil vem lutando pela difusão de outros desenhos tecnoassistenciais que incorporem outras opções ideológicas, tecnológicas e organizacionais na construção do sistema de saúde.



Formação e atuação na saúde

Você pode retomar estas questões revendo o filme História das Políticas de Saúde do Brasil.



O que você conhece das lutas pela Reforma Sanitária no Brasil? Quais os principais desenhos tecnoassistenciais disputados pelos atores envolvidos no processo da Reforma Sanitária?

São várias as alternativas que foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS: Ação Programática ou Programação em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde – Silos; as Cidades Saudáveis ou Saúde Cidade e o Movimento em Defesa da Vida.

Há um certo consenso dessas propostas em torno de alguns eixos orientadores da reformulação dos serviços de saúde:

- a noção de território, que é compreendido não apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história;
- a definição de problema de saúde de maneira mais ampla que as doenças, por meio de uma sistematização de causas e conseqüências das situações que interferem na saúde da população, a programação de ações e da avaliação de seu impacto sobre problemas identificados;

- o estabelecimento de estratégias para a percepção das desigualdades regionais e microrregionais, de forma que seja possível orientar propostas redistributivas de recursos visando à maior equidade;
- a reorganização das práticas de saúde privilegiando uma abordagem interdisciplinar na qual epidemiologia, ciências sociais, clínica, educação em saúde e política setorial, entre outros conhecimentos, possam se articular na compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos;
- a ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários, que devem ser compreendidos nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais; desenvolvimento de ações que articulem a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos ou coletividades doentes e a vigilância à saúde (Integralidade na abordagem);
- a revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, a partir do reconhecimento da complexidade da atenção básica em suas relações com a população e seus problemas sanitários. O reconhecimento de que os problemas apresentados pelas populações, em especial na área urbana, requerem uma abordagem multiprofissional e uma articulação em rede (Integralidade na rede de serviços);
- a articulação do setor da saúde com os demais setores de governo na formulação de “políticas saudáveis” para as cidades (Intersetorialidade);
- a gestão democratizada, tendo em vista a horizontalização dos organogramas e a construção de instâncias coletivas de gestão, apontadas como alternativas para possibilitar maior participação dos trabalhadores.

Existem, também, diferenças e lacunas, que podem ser evidenciadas se examinarmos os vetores que definem os focos organizativo, avaliativo ou de prioridades de atenção nos diferentes desenhos tecnoassistenciais propostos:

- **vetor lógico-programático:** propõe uma análise da situação de saúde por meio dos padrões de adoecimento, vulnerabilidade e risco de morte por doenças e agravos. Traz a tendência ao caráter prescritivo ou normativo para os serviços no seu encontro com os usuários, ofertando uma programação que interpreta a população pela sua “curva epidemiológica”. Esse saber é absolutamente necessário, mas, quando é utilizado para desenhar o sistema de atenção e gestão, leva a uma atuação vertical e de produção de impactos sobre indicadores, enfraquecendo o olhar sobre a produção de acolhimento e escuta às pessoas em suas dificuldades pontuais ou difusas no modo de andar a vida.

- **vetor da intersectorialidade:** propõe uma análise da situação de saúde com base nas condições mais gerais de vida, destacando a necessidade das boas condições de acesso aos bens coletivos, ou seja, a tudo aquilo que entendemos como determinante da qualidade de saúde. Baseia-se na proposta de promoção da saúde e enfatiza a necessidade de articulações intersectoriais, por exemplo, com as áreas de ambiente, educação, atividade física, urbanismo etc. Esse vetor propõe aspectos essenciais para uma política de saúde, mas, quando utilizado para ordenar o sistema oferece poucos elementos para a organização das práticas de atenção e da rede de cuidados, visando à garantia de acesso a todos os recursos assistenciais de que venham a necessitar pessoas e populações.
- **vetor epidemiológico:** uma ampla conjugação do método epidemiológico com o de promoção da saúde, valorizando enormemente a educação em saúde como desenvolvimento da autonomia das pessoas e populações. Configura propostas que consideram os fatores determinantes ou condicionantes da qualidade de saúde, a necessidade de informações e conhecimentos para promover a autonomia e a necessidade de acesso às tecnologias do cuidado com produção de vínculo entre profissionais e equipes de saúde com os usuários.
- **vetor da integralidade:** uma construção mais aberta e, além do reconhecimento de todos os fatores referidos aos demais desenhos, traz, como destaque, a necessidade de se ter acesso a todas as tecnologias de saúde para a redução de danos e sofrimentos e prolongar a vida. Como integralidade, revela-se em defesa de que as tecnologias de saúde não sejam vistas como as de maior ou de menor importância e que não sejam hierarquizadas entre melhores e secundárias, mas vistas como recursos que precisam ser consumidos na hora certa e no espaço adequado, sejam as imunizações, os grupos com portadores de patologias, o diagnóstico por imagem ou laboratorial, as cirurgias ou os transplantes. Como se trata do sistema de saúde, o encontro com os usuários estende-se desde a participação no cuidado ao controle social sobre o setor.

Ruptura com a dicotomia rede básica – hospitais

A idéia predominante em relação ao desenho tecnoassistencial do sistema de saúde envolve uma *imagem em pirâmide* para a atenção à saúde, bem como a idéia da *complexidade* crescente em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde.

Supõe-se que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência.

Na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando jamais.

Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas.



E por que tem sido tão difícil articular os diferentes serviços do sistema de saúde? Por que não se consegue assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades?

São várias as explicações. Por um lado, ao mesmo tempo em que se atribui um papel crítico à atenção básica, ela é desvalorizada.



Como assim?

Segundo a noção formal da pirâmide, é possível organizar um sistema verticalizado, desenhado com uma base formada pela atenção básica e o topo pelos serviços de *alta tecnicidade* (concentração de equipamentos e recursos técnicos).

De acordo com essa concepção, os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos e atendem às situações com maior risco de vida. Nesse âmbito, têm grande valor os conhecimentos técnicos necessários, sobretudo, ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, que são valorizados como verdadeiramente científicos.

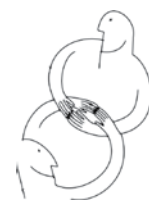
Como, em geral, não há risco de vida e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto, desvalorizados. Na verdade, enfrentam-se desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida, inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida (relações sociais, violência urbana, gravidez indesejada ou em adolescentes jovens etc). Essa complexidade só pode ser enfrentada com a articulação dos conhecimentos biológicos com outros, advindos de campos como a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outros.

No entanto, muitos admitem a possibilidade de que profissionais menos preparados sejam suficientes para dar conta dos problemas mais simples e para encaminhar os mais complicados. Não reconhecem a especificidade nem a complexidade envolvida nesse trabalho.

Capacidade de reconhecer o contexto, capacidades de comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e de compreender diferentes valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções para situações aparentemente sem saída. Uma formação mais ampla e contextualizada, o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores são fundamentais para tudo isso, mas há pouca ênfase no **desenvolvimento de tecnologias para esses tipos de situações**.



Só os especialistas podem trabalhar num hospital ou num ambulatório de especialidades, mas qualquer médico pode trabalhar na atenção básica. Você já pensou por quê? Quais as consequências disso?



Desenvolvimento de tecnologias para esses tipos de situações

Este tema também é trabalhado no Momento 3 da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

Um outro aspecto importante é que não se assegura a retaguarda necessária para garantir à atenção básica capacidade de enfrentar efetivamente uma série de situações e agravos. Foi ampliada a cobertura da atenção básica, mas são sérias as limitações para exames laboratoriais e radiológicos ou para apoio nas áreas de reabilitação, saúde mental e outras, indispensáveis para a continuidade da atenção.

Um serviço que não consegue assegurar esse tipo de apoio, acaba se desmoralizando. Muitas pessoas preferem procurar diretamente os hospitais, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será menos complicado.

Por outro lado, os hospitais estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo. Há, também, um profundo desconhecimento sobre a atenção básica e seu potencial de cuidado. Como consequência, descontinuidade da atenção, ambulatórios sobrecarregados, população cativa.

Então, a atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas.

De outra parte, o conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de andar a vida no local ou o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde.

Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como **“malha de cuidado ininterrupto à saúde”** e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos.

A maior parte das propostas tecnoassistencias desenvolvidas para o SUS centram suas propostas na reorganização da atenção básica. Mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde.

Uma mudança importante será desenvolver práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar, tais como a incorporação da presença de acompanhantes e familiares na internação.

Outra mudança será visualizar os serviços básicos, os ambulatorios de especialidades e hospitais gerais ou especializados, formando um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado de serviços, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Por fim, obviamente, é necessário fortalecer a atenção básica como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde.

No lugar formal e burocrático da pirâmide, podem ser desenhados os mais diversos diagramas, dependendo de quais serviços já se dispõe, de quais as características da população e quais as possibilidades de investimento e apoio.

A estrutura e os processos de gestão também constituem-se em grandes desafios. Ainda são incipientes os mecanismos que favoreçam a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais. As instâncias formais de pactuação entre gestores (comissões intergestores), de participação dos trabalhadores (mesas de negociação) e de participação da população (conselhos de saúde) ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção.



Investimentos na capacidade de escuta às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção parecem oferecer maior capacidade de viabilizar gestões participativas.

Há uma carência de processos de avaliação que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam avaliar, também, o desenvolvimento de políticas ou qualitativo das práticas e dos resultados. Alguns autores têm proposto outras abordagens que levam em conta a Integralidade, o processo de trabalho e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários.

Para que seja possível construir esse novo modo na gestão, atenção e controle social, precisamos de um outro perfil de trabalho e de trabalhadores. É aí que a proposta da Educação Permanente em Saúde ganha vigor, pois tem o potencial de ajudar a pensar o próprio sistema ao realizar a formação e desenvolvimento em saúde. Por meio da Educação Permanente em Saúde, é possível que cada equipe de cada serviço construa espaços coletivos para resolver os problemas enfrentados no trabalho.

Um problema de hipertensão arterial, por exemplo, tem de ser acolhido desde a orientação alimentar com respeito às necessidades e possibilidades pessoais e dos locais de moradia, passando pela orientação e oportunidade de estar em grupo para abordar as questões subjetivas e do andar a vida até a cirurgia e recuperação de uma ponte de safena.

Pouco a pouco parece surgir a possibilidade de trazer aos serviços e à própria lógica de gestão setorial o componente mais subjetivo dos usuários, aquilo que para as pessoas são necessidades de saúde, mas que não se enquadram no referencial técnico-científico hegemônico.

Novos desenhos tecnoassistenciais precisam entrar em curso com

referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho. Sabemos que hoje é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares.

Embora muitas formas de modelagem permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde pela Educação Permanente em Saúde, pelo menos no que diz respeito à modelagem dos “corações e mentes”.

Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde.

Referências

- CECÍLIO, L. C. O. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n.º 3, jul/set 1997, p. 469-478.
- SILVA Jr.; A. G. S. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Modelo de atenção à saúde como contrato social*. Texto apresentado à 11ª CNS.

Texto 5

Integralidade como orientação da saúde

Viver não é apenas existir, mas arrancar da existência a vida, onde ela está aprisionada, equilibrada, estabelecida, submetida a uma forma majoritária, a uma gorda saúde dominante. Diante disso, a vida como palpitação, ardência, a ser liberada.

PETER PÁL PELBART

Sem desejar esgotar as discussões sobre os sentidos e impressões acerca da integralidade, este texto se propõe a colocar em cena algumas reflexões ou problematizações sobre o tema. Ele é um convite à exploração de algumas possibilidades de compreensão da integralidade e das implicações para a organização da atenção em saúde e também para a gestão setorial, para a participação popular e o exercício do controle social em saúde e para a formação e educação permanente na área.

A estrutura *racionalista* e das *verdades científicas*, presente desde a nossa entrada na sociedade dos “**tempos modernos**” nos impõe modos frios, rígidos e regrados de ser, sentir, agir, pensar e estar nos coletivos, no trabalho ou na vida.

Esse modo de ser, sentir, pensar, agir e estar impõe uma existência pautada pela regularidade, que se afirma no igual e abomina a diversidade de modos de existir, pondo em ação uma prática pedagógica de “saber mais sobre o mesmo”, isto é, de conhecer mais daquilo que já conhecemos e não o desconhecido; de aprofundar os termos com que aprendemos a aprender, mas não aprender a desaprender esses termos para ousar invenções de conhecimento (pelo comportamento afetivo diante das coisas; pelo desenvolvimento da sensibilidade para entender o outro, o mundo e as coisas; pelo espírito criativo e investigativo que – cada vez mais – só vemos nas crianças) e de evitar a educação que não interroga/não põe em dúvida, de fato, a realidade.



Tempos modernos
Sugerimos ver o filme
Tempos Modernos
de Charles Chaplin,
disponível em
locadoras.

A vida que se afirma, nesse caso, é linear, regular e livre de “afecções”, evitando as dúvidas, a criação ou a invenção. Tal forma de entender e organizar a vida ou de estar na vida, deve-se, em grande parte, à *ciência positivista*, que pretendeu ensinar a compreender os comportamentos do todo a partir das propriedades de suas partes. Dividir ou repartir em pequenos espaços, a fim de conhecer e explicar fenômenos: tendência a compartimentar o corpo, o trabalho e a vida em sistemas hierárquicos. O desenho ou arranjo organizacional que tem correspondido e dado corpo a essas práticas está bem representado pela pirâmide que é sustentada por uma base que faz, mas não cria e que tem no seu topo, na direção ou gerência, os espaços de comando, controle e criação.

As práticas em saúde, constituídas nessa perspectiva, centram-se em um conjunto de técnicas e procedimentos ou na medicalização das doenças. A saúde, assim produzida, passa a ser um “bem” a serviço da reprodução – conservação – da sociedade e do *status quo* das relações sociais e a doença passa a ser um mal que deverá ser sanado a qualquer custo. Assim, a educação popular em saúde passa a ser informativa, corretiva e indicativa de práticas de higiene e do cuidado de si e o efeito produzido é a separação ou dualidade entre corpo e pensamento, saúde e doença, normal e patológico.

A expressão da relação saúde-doença é colocada numa correlação binária de oposição, como certo e errado, bem e mal, bom e mau, em que a doença é a falta de saúde e o rompimento da harmonia e do equilíbrio humano e a saúde é seu perfeito equilíbrio e enquadramento nas normas padronizadas pela fisiologia ou biologia; como vimos desde o início desta Unidade e está abordado, enfaticamente, na Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

O vetor programático ou a saúde pública campanhista de que falávamos nos desenhos organizativos da atenção parece evidenciar essa lógica. Os veículos de comunicação (TV, rádio, *outdoors* etc) e as campanhas, de modo geral, colocam em movimento, por períodos determinados, ações de alcance nacional com temáticas bem específicas, voltadas para públicos bem específicos (mulheres, idosos ou crianças, por exemplo) que alimentam a noção de saúde-doença como acesso ou falta de informação, como cumprimento ou abandono de regras de vida, como fator individual e de decisão pessoal. São, geralmente, ações de caráter preventivo, às vezes, com distribuição de recursos e que implicam mobilização nacional, com farta distribuição de materiais – cartazes, pôsteres e, se for o caso, vacinas, seringas etc.

“Pacotes de capacitação” são, também, colocados em cada campanha/programa. A cada programa de assistência ou prevenção, um programa de educação que implicará a realização de uma “qualificação” de profissionais, “reciclagem” das equipes de saúde, “supervisão” da implantação das ações e “mobilização” de multiplicadores. Assim, reproduz-se uma cadeia de comando vertical de **execução programática**.



Execução programática

Esta crítica está apresentada de modo bem mais consistente na Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde.

 **É possível perceber dicotomias e hierarquizações na organização da atenção, da gestão, da participação social e da formação em saúde? Como?**

No que se refere aos atuais desafios do sistema de saúde, é possível perceber que essa “cadeia reprodutiva” perde sentido. A priorização de alternativas e práticas que valorizem o encontro entre profissionais de saúde, gestores, movimentos sociais, usuários e profissionais responsáveis pela formação, parece evidenciar práticas e perspectivas de mudança e reversão das noções “aplicadas” para produzir noções “implicadas”.

Se, por um lado, há todo um investimento no uso de tecnologias cada vez mais avançadas para a realização de exames e intervenções clínicas, por outro lado, parece haver, ainda, forte necessidade de trazer os usuários para o centro das “cenas” de gestão e de atenção à saúde.

Na discussão sobre os desenhos organizativos da atenção, vimos que o centro das abordagens tecnoassistenciais variam: centro em programas, em rotinas, em procedimentos, nos hospitais, nos profissionais etc. Certamente, tal situação aponta para a necessidade de redução no distanciamento constatado na relação trabalhadores-usuários, isto é, entre aqueles que portam algum tipo de necessidade que precisa ser satisfeita (usuários) e aqueles que podem, por meio de suas habilidades e conhecimentos, ofertar estratégias para a satisfação de parte dessas necessidades (trabalhadores/ profissionais/ pessoal da saúde). Colocar os usuários como centro da gestão e da atenção é o primeiro caminho para a integralidade.

Redes, sistemas e integralidade: possibilidades de encontro

Cuidar da saúde de alguém implica competências, habilidades técnico-científicas, mas isso não é tudo: é preciso estar preparado e disponível para o diálogo com interesses de natureza estética, emocional e moral, entre outros, que são muito distintos. Nesse sentido, temos de estabelecer a possibilidade de, na atenção da saúde, realizar mais “bons encontros” do que práticas curativistas de doenças, desconfortos, comportamentos ou orientações pessoal-subjetivas.

 **Você concorda que essa perspectiva já exista na saúde? Como você percebe a Educação Permanente para o desenvolvimento de outras habilidades necessárias aos “bons encontros”?**

Se, por um lado, nos constituímos como cidadãos, como profissionais ou como trabalhadores numa perspectiva *racional-científica* que produz fragmentação, por outro, acompanhamos, também, as provocações e os efeitos de mudança nesse paradigma. As idéias sobre redes e sobre a perspectiva sensível-aproximativa da realidade para detectar processos sociais podem produzir novidades não somente nos modos de compreensão científica, mas também sobre a organização da vida, do trabalho e, mais especificamente, sobre as formas de atenção, gestão, participação social e formação para a área da saúde.

À proposta e à constituição do SUS corresponde um conceito de saúde que implica a complexidade, a diversidade e a amplitude da produção da vida humana. Tal como definido na lei, o SUS deve buscar dar conta de pensar e organizar um sistema de saúde que corresponda ao conceito mais abrangente de *saúde como expressão da qualidade de vida*.



Leia o capítulo II da Constituição Federal de 1988 que discute a questão da saúde e a Lei Orgânica da Saúde – (Lei 8080/90 e Lei 8142/90). Você identifica os fatores explicativos da integralidade no texto das leis? Em que aspectos?

Mattos (2003) chama-nos a atenção para o fato de que a disputa pela reforma sanitária brasileira produziu um dos sentidos da integralidade que é o que está gravado na Constituição Federal: a não aceitação de uma política voltada para a oferta de serviços assistenciais descompromissada com as consequências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população, bem como a não aceitação do ordenamento de um sistema descontextualizado das necessidades e dos problemas de saúde das pessoas e da população.

Apenas com assistência não seria possível reduzir a magnitude da maioria das doenças. Por isso a integralidade deve estar presente nas práticas de atenção, nos princípios da gestão e na organização das políticas de saúde.

Na disputa pela reforma sanitária, assistiu-se à recusa ao pensamento de que políticas de atenção exclusivamente assistenciais poderiam melhorar a situação de saúde. Destacou-se a importância da formulação de políticas de saúde e não apenas os dispositivos de coordenação e gestão do sistema de serviços. A configuração desejada ao Sistema Único de Saúde deveria envolver o arranjo das instituições/instâncias de formulação das políticas de saúde e de condução da implementação dessas políticas.

Descentralização da gestão setorial, integralidade da atenção à saúde e participação popular com poder deliberativo constituem as diretrizes do SUS, configurando caminhos e formas para a rede definida pela Constituição Federal de 1988 (Art. 198). Essas diretrizes devem indicar os processos e os modos de gestão e a organização do trabalho e das práticas cotidianas. A cada diretriz correspondem possibilidades distintas, mas entrecruzadas, estabelecendo-se rotações de eixo e produção de sentidos.



Colocada essa perspectiva, talvez seja importante e pertinente pensarmos um pouco sobre o sentido ou os sentidos que estamos dando à integralidade. Começemos por uma definição básica, afirmando que a integralidade é um dos princípios constitucionais e um dos pilares do SUS. Refere-se tanto às pessoas quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual constitui uma *singularidade* com capacidade/poder de introduzir sentidos que “inovam” os sentidos anteriores. A participação muda a atenção e a gestão; a gestão muda a atenção e a participação; a atenção muda a participação e a gestão.

Cada pessoa constitui um todo e é membro de uma coletividade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser compartimentalizadas senão

para efeito didático. As unidades constitutivas do sistema configuram também um todo, capaz de propor-se, ou não, como atenção integral. Para Mattos (2001), a integralidade não é apenas um princípio constitucional, mas uma *bandeira de luta*, pois se refere a um conjunto de princípios que apóiam a perspectiva de construção de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Pelo menos três grandes conjuntos de sentidos podem ser identificados para compreender a integralidade: aqueles que a definem como atributo e valor das práticas de cuidado e prestação de serviços de saúde; aqueles que a definem como critério de qualidade e de avaliação para a organização da rede de ações e serviços e aqueles que a definem como explicação das respostas governamentais (as políticas) aos problemas de saúde.

A identificação da integralidade com as práticas de cuidado e prestação de serviços de saúde poderia ser resumida como “prática da boa medicina”/“traço da boa prática profissional”. Esse traço de “boa prática profissional” estaria ligado a não reduzir o usuário aos aparelhos e sistemas do corpo e a criar *espaços de encontro* entre o trabalhador de saúde e o usuário, para que esse possa ser ouvido em todas as suas demandas, lançando mão de todas as tecnologias disponíveis para ampliar a capacidade de atenção.

A produção de cuidado de saúde, nessa perspectiva, requer o concurso de tecnologias de diferentes naturezas: equipamentos e recursos materiais disponíveis, conhecimentos de que cada trabalhador é portador (núcleos de saberes e de práticas) e o recurso às redes de apoio social para a ajuda pontual ou para a ampliação da autonomia das pessoas e coletividades.

Ações cuidadoras sustentadas pela integralidade deveriam estar presentes na preocupação e na prática de todos os trabalhadores, articulando as ações de promoção e as de prevenção, ações voltadas à identificação de riscos, aquelas ligadas ao sofrimento imediato do usuário e as de acolhimento e desenvolvimento da auto-determinação.



Pensando em seu cotidiano, você poderia identificar encontros marcados pela preocupação da integralidade enquanto traço de uma “boa prática profissional”?

Merhy (1997) destaca a importância do investimento nas tecnologias da interação, da escuta e do olhar que consideram acolhimento e produzem autonomia. Para o autor, essas **tecnologias “leves”** permitem e potencializam que a organização do trabalho esteja centrada no **trabalho vivo**: possibilidade de produção de compromisso e implicação na produção do trabalho e dos encontros. A atenção, nessa perspectiva, pode se configurar como dispositivo para respostas criativas no momento do encontro trabalhador-usuário e igualmente no encontro trabalhador-trabalhador, que sempre é singular (Mishima et al, 2003).



Tecnologias leves e trabalho vivo

Para saber mais sobre as tecnologias leves e duras e trabalho vivo, leia o texto “Processo de Trabalho em Saúde” da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

Como vimos na discussão sobre os desenhos tecnoassistenciais, os modos tecnológicos de atuar em saúde estão sempre relacionados, social e politicamente, com determinados agrupamentos de força, que têm interesses específicos no que se está produzindo. Isso quer dizer que cada conformação tecnológica impõe suas finalidades nos processos de produção.

O modelo de saúde hegemônico, por exemplo, expressa interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção dos atos em saúde. Esse modelo empobrece ou mesmo anula a dimensão da integralidade, subjugando a clínica à baixa interação com os usuários, bem como à menor produção de autonomia dos mesmos. Esse modelo, também promove a submissão dos processos decisórios sobre a organização do sistema de saúde à busca da padronização do processo saúde-doença, à focalização das intervenções e ao arranjo dicotômico entre “cestas” de ações básicas e filas para serviços altamente especializados.

Dessa forma, fragmentam as populações sob assistência, os cuidados a serem assegurados, os padrões de acesso aos serviços e às tecnologias, as práticas multiprofissionais e tudo o mais que compete contra a integralidade.

A identificação da integralidade com a organização dos serviços e das práticas de saúde busca uma necessária e efetiva horizontalização e articulação entre as ações programáticas presentes nos serviços de saúde. A integralidade como parâmetro contribui para quebrar a dicotomia entre as ações de saúde pública e as assistenciais, assim como o distanciamento e a cisão entre as áreas especializadas.

Nesse sentido, a integralidade pode ser tomada como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, permitindo a ampliação da leitura e intervenção sobre os problemas enfrentados pelos usuários. A organização dos serviços se daria também no sentido de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem.



Para pensar e sentir:

Como você se vê como agente de transformação das práticas de cuidado à saúde, de gestão, de participação social e de formação? É possível identificar, em seu cotidiano, espaços em que se analisem e se articulem as necessidades de saúde à organização da produção de cuidados? Como se dão? Você percebe os sentidos da integralidade na organização da gestão em saúde?

A identificação da integralidade às respostas governamentais a determinados problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos levaria a definição de políticas de atenção e não mais a “programa de assistência” ou “ação programática” para grupos específicos. Essas *políticas* de atenção consideram ações tanto na perspectiva preventiva quanto assistencial, numa direção de contextualizar os grupos sociais atendidos e buscando a ampliação de seus direitos. Para tanto, faz-se necessária a abertura de espaços coletivos de escuta e busca de alternativas às demandas sociais por saúde.

O trabalho em saúde exige o desafio de, no ensino e na prática assistencial, trabalharmos com a possibilidade de potencializarmos a escuta e a construção coletiva das equipes, *em ato*. Implica o encontro das diversas competências dos trabalhadores que se voltam para a produção de cuidados e de uma gestão que faça sentido na vida coletiva. Trabalho que exige rever as relações de poder e mesmo de onipotência de cada trabalhador para que se construa o trabalho em equipe com a intercessão e a articulação de conhecimentos e competências e com a criatividade de diferentes membros da equipe.

Todos os sentidos da integralidade trazidos até aqui parecem evidenciar a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais, com caráter interdisciplinar. A integralidade implica mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde, para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais e entre os profissionais de saúde e os usuários, para que se amplie efetivamente a autonomia dos usuários e coletividades.

Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental e uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atender toda e qualquer necessidade dos usuários, mesmo as não percebidas, ou a tentativa equivocada de atribuir aos profissionais individuais a chave da integralidade.



Considerando as discussões apresentadas e tendo como referência a integralidade, quais os principais problemas que afastam da atenção integral os profissionais, serviços e projetos pedagógicos na sua localidade?

Referências

- FRANCO, T.; MERHY, E. E. PSF. Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco, 2001.
- MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco, 2003.
- MISHIMA, S. M. et al.. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises*. Brasília: MS, 2003.
- RIGHI, L. B.. *Poder local e inovação no SUS*. Campinas: Unicamp, 2002. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.
- SCHAEDLER, L. I.. *Pedagogia cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos*. Porto Alegre: UFRGS, 2003. Dissertação de mestrado.

Texto 6

Malha de cuidados ininterruptos à saúde

A rede de assistência produzida a partir do modelo científico é uma rede que separa os espaços lucrativos e os não-lucrativos, as ações individuais e as coletivas, a cura e a prevenção. Um exemplo disso é a rede de atenção desenvolvida no Brasil: até a década de 1980, as organizações que se fortaleceram foram aquelas que apresentaram maior capacidade para incorporar equipamentos e algumas especialidades.

A atenção à saúde na década de 1970 propiciava a cristalização de redes de atendimento separadas, destituídas de mecanismos de integração entre elas, privilegiando o setor privado no que dizia respeito à execução dos serviços. A rede de serviços próprios, estruturada antes do processo da Reforma Sanitária foi, depois, subordinada às Secretarias Estaduais de Saúde e, a partir da década de 1980, consolidou-se uma rede sob a gestão do município, mas essa descentralização não implicou, necessariamente, aumento de autonomia desses serviços nem possibilidade de diversificação de seus processos.

De qualquer forma, é importante considerar que a construção do Sistema Único de Saúde e a produção de uma *rede de cuidados* coerente com suas diretrizes esbarram em uma *rede de serviços* e uma *forma de gestão* que carregam propostas de desenvolvimento organizacional coerentes com outros desenhos organizativos da atenção à saúde, que não o da integralidade.

Veja-se que, para a Constituição Federal de 1988 (Art. 198), as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, da integralidade da atenção, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação social, com poder deliberativo.

Se o sistema deve ser único, devendo ter direção descentralizada, ser pautado pela integralidade e estar sob o interesse dos usuários, a rede de serviços tem de ser uma rede de cuidados, comportando-se como uma rede única. Nessa, regionalização significa garantia de acessibilidade,

dispor de todos os serviços de que se necessite o mais próximo de onde se vive; e hierarquização significa garantia de complementaridade entre os serviços. Com outras formas de gestão não se poderá alcançar a integralidade, corresponder aos interesses dos usuários e nem efetivar um comando único de caráter local (descentralizado).

Diferentes aspectos tecnoassistenciais convivem dentro do SUS. Esses aspectos expressam diferentes desenhos organizativos da atenção, inclusive seu entendimento ao significado de “rede”, de “cuidados à saúde” e de “sistemas de referência e contra-referência”. Portanto, diferentes formas de regionalizar e hierarquizar.

Um dos significados de rede seria o que trabalha com a regionalização da atenção e com o desenvolvimento de programas de saúde, saindo fortalecidas as unidades básicas e o papel das unidades de referência. O conceito de hierarquização é bastante enfatizado.

Nesse caso, há uma importante aposta na percepção de que a solução para os problemas de saúde está nos locais de moradia, demandando educação para a saúde, saneamento e habitação, seguida da oferta de serviços de porta de entrada ao sistema de saúde. A partir da porta de entrada, há um itinerário de serviços de complexidade crescente.

Esse desenho investe no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em rede e sua expressão na organização da atenção é a estruturação da rede básica e dos processos de hierarquização por encaminhamento e devolução à porta de entrada.

Uma outra noção de rede é a que propõe a hierarquização por níveis de assistência. Nesse tipo de hierarquização, são definidas atribuições para as unidades básicas de saúde (atenção primária), para as unidades de referência (atenção especializada ambulatorial) e para os hospitais (internação). Aposta-se na vigilância à saúde como expressão da integralidade e do contato com os usuários; na atenção básica como atribuição dos municípios; na regionalização como distribuição geográfica dos serviços e na participação social focada na educação popular em saúde.

Trazemos uma terceira noção, esta mais focada nas propostas de gestão democrática: a saúde como direito de cidadania e dever do setor público, voltada para a defesa da vida individual e coletiva. A problematização do conceito de integralidade seria uma de suas características, sendo motivo para a flexibilização dos critérios clássicos de hierarquização. A rede básica seria vista como um lugar estratégico e complexo de atribuições, tanto mais resolutiva para conjuntos cada vez maiores de problemas de saúde conforme puder ser a distribuição das ações e serviços para alcançar a integralidade sem prejuízo da qualidade da atenção. O conjunto da rede de serviços de saúde precisa incorporar as noções de cuidado e integralidade.

Para uma configuração em rede, sob comando único descentralizado, controle social e a integralidade na qualidade da atenção e nas formas de gestão, o SUS precisa investir nas noções de acolhimento, responsabilidade e resolutividade. A forma como os processos de trabalho se estruturam e as formas de gestão precisam ser colocadas em análise na produção da integralidade e do comando único por esfera de governo sob controle social. A gestão

produz atores e não haverá mudança sem a participação dos operadores do SUS, seus trabalhadores.

Procure identificar, na rede de serviços de saúde da sua localidade, aspectos que você considere mais próximos aos destacados nos diferentes desenhos tecnoassistenciais.

Esses aspectos apontam uma outra forma de organização do SUS em relação à produção de cuidado à saúde, à gestão e ao controle social e participação popular?

O tema de uma rede, de verdade, é o da produção de uma “malha” em que se conquiste a integralidade da atenção pelo conjunto dos serviços e pelo conjunto das ações que se façam necessários. Para que se alcance a integralidade da atenção em saúde pelo itinerário por entre o conjunto das ações e dos serviços, não se poderá pensar em um percurso a base de encaminhamentos, mas um percurso onde, progressivamente, se passa de um âmbito para outro, conforme a capacidade de resposta de cada um. A regionalização e a hierarquização integradas resultariam em uma malha de cuidados ininterruptos, organizados não por complexidade crescente, mas por cuidados progressivos.

A idéia de cuidados progressivos introduz responsabilidade à rede como conjunto diante de cada usuário, como uma pessoa sob o cuidado do sistema de saúde. Isto rompe com a noção de redes variadas que dialogam com problemas, mas não com pessoas. Por isso, a rede deve ser tomada como uma malha e a atenção, como cuidados progressivos ininterruptos (não como referência e contra-referência de cuidados de complexidade crescente ou descendente).

A noção de malha de cuidados ininterruptos à saúde acrescenta uma perspectiva inovadora à agenda dos atores que pretendem construir o Sistema Único de Saúde. Uma forma que responda ao desafio da integralidade, que tome a avaliação de qualidade pelo diálogo com os sentimentos populares e com a plenitude de integração da rede de serviços como rede de cuidados.

Quem produz a nova institucionalidade da rede do SUS? Uma rede como malha de cuidados ininterruptos

A integralidade como modo de organizar as práticas indica a importância da superação dos programas verticais (por exemplo: Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Programa de Atenção à Saúde da Criança, Programa de Atenção à Saúde do Adulto e demais) que desenham estruturas e ações homogêneas, que servem para todo e qualquer usuário pertencente ao grupo em questão e desvalorizam a possibilidade de criação presente nos espaços locais para a produção do cuidado e da gestão.

A perspectiva da rede de atenção integral – e da malha de cuidados progressivos ininterruptos – é a da *heterogeneidade*, ou seja, produção de novidade/diferença/inação pelo confronto/contato/afecção de/por diversidades/estranhamentos/singularizações.

A importância dos espaços locais que historicamente foram percebidos como lugares de baixa complexidade, como o município pequeno ou as unidades básicas de bairros ou os serviços das zonas rurais, são os que mais requerem estruturas interdependentes entre as várias modalidades de equipamentos de saúde que se dispuser. Esses locais se constituem em potência para originar arranjos de uma rede que atenda às expectativas, demandas e necessidades das pessoas em relação aos serviços de saúde e mesmo de assistência social.



É possível pensar, a partir da perspectiva colocada acima, a rede de atenção em seu município/locomregião? Por quê?

Na rede de serviços expressa na forma de pirâmide (com serviços de atenção primária localizados na base e serviços de alta complexidade no ápice, com os serviços intermediários de apoio diagnóstico e terapêutico distribuídos hierarquicamente pelo meio), diferentes concepções têm sido utilizadas para cada um dos seus âmbitos hierárquicos.

No desenho da pirâmide, a rede básica revela-se em uma concepção de rede tutelada, sem autonomia, um espaço de execução de programas de saúde e ações primárias. Nessa “rede” constata-se uma certa homogeneidade na formação das equipes, nas propostas de área física e na padronização do processo de trabalho.

Esse é um espaço essencialmente público estatal, em que os processos de gestão se referem aos serviços da rede própria. Os âmbitos mais altos da pirâmide apresentam-se como uma outra concepção de “rede”: clínicas, hospitais ou serviços de referência integram-se à atenção, mas mantêm sua identidade. Nesse âmbito, o gestor municipal relaciona-se, prioritariamente, com o setor privado. Os serviços de referência para especialidades, quando ambulatoriais, são executados hegemonicamente por uma “rede” de consultórios privados, cuja principal articulação ou idéia mobilizadora é da venda de serviços.

O principal perigo da forma piramidal é a aceitação de que tudo tende à pirâmide e que a base, tida como pouco complexa, poderia ter normatizadas todas as suas ações. Na maioria das vezes, a noção de território aparece como espaço para a organização da atenção, reduzida à localização de equipamentos e não como espaço político e social no qual estão inscritas vivências, pessoas e populações. Os processos de regionalização da atenção terminam definidos pelos critérios de mercado para o que é mais ou é menos complexo.

Nessa direção, Milton Santos (1997) diz que o problema do âmbito dos serviços previstos ainda está sem solução quando pensamos os territórios políticos da vida coletiva, ou melhor, ainda não foi esboçada uma ação política:

[...] a situação atual exige correção urgente, de forma a atribuir à totalidade da população aquele mínimo de condições sem as quais a vida não é digna. Devemos, porém, estar conscientes dos limites da tarefa. Tais limites são, sobretudo, limites estruturais. Parece em primeiro lugar inviável, nas condições presentes, trazer às populações todos os serviços de que elas necessitam, em virtude da forma como os recursos são alocados; em segundo lugar, é provável que a própria realização de tais serviços, em lugar e tempo inadequado, venha a agravar as condições agora reinantes (Santos, 1997, p. 81).

Aos procedimentos burocráticos que correspondem à lógica da pirâmide – com definições pré-estabelecidas e resultados prévios aos encontros possíveis – correspondem as formas de ensino, atenção e gestão cristalizadas, com centralização na tomada de decisões. Porém, a defesa que fazemos aqui é a de que a produção da malha de cuidados ininterruptos progressivos à saúde é uma tarefa de todos os espaços de gestão do SUS. O espaço local assume, portanto, a importância de um espaço de produção de alternativas tecnoassistenciais.

Na perspectiva do desenvolvimento de redes, ao trabalhar com a idéia de nós e fluxos de nós interconectados, propomos a imagem do rizoma. Na tensão entre o local e o global e entre a centralização e a descentralização, constroem-se mais do que serviços padronizados por “níveis” de complexidade. Deveríamos mesmo erradicar a noção de “nível”, pois essa noção desautonomiza, gera subordinação e dependência, contrariando os princípios do SUS.



A idéia de rizoma é a que mais expressa a noção de rede em malha. Em uma rede como malha não há maior e menor, anterior e posterior, início e fim. Tudo o que há é o tramado, só há meio, “entre-nós”, ligações, conexões. Para Deleuze e Guattari, o rizoma (tipo de raiz não axial, mas ramificada) possui alguns princípios que definem seu funcionamento. Esses princípios podem apresentar consonância com os princípios da constituição de rede no SUS: *acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito à informação, responsabilidade, hierarquização e regionalização*.

São princípios de um rizoma:

- *Tramado de malha*: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. O rizoma faz conexões que não obedecem a ordens de hierarquia vertical ou burocrática, atua por contato e contágio mútuo. Embora suas conexões provoquem modificações nas linhas conectadas e imprimam novas direções e possibilidades, não condicionam as conexões futuras;
- *Conexão entre diversidades*: um rizoma é composto por múltiplas linhas, conectando-se com diferentes tipos de matérias: biológicas, tecnológicas, lingüísticas etc;
- *Heterogeneidade e multiplicidade*: princípio de auto-criação que explica as transformações do rizoma, sem apelar para qualquer instância supostamente exterior;

- *Formas mutantes*: tensão permanente entre o movimento de criação de formas e organizações e o desmanchamento dessas mesmas formas (reconfiguração permanente, isto é, mutação permanente das configurações organizadas);
- *Aberto às aprendizagens por sensibilidade*: um rizoma nunca é representacional (representação dada por antecipação). É sempre inventivo, pois é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente;
- *Produtor ativo de política*: o rizoma, como ação política de conexões, pode se converter em prática de desestabilização permanente, atualizando-se constantemente, mesmo sobre mapas previamente traçados ou instituições normativas, sempre disputando pela mudança e por coletivos em gestão.

Tente fazer uma relação entre os princípios do rizoma apontados no texto e os princípios da constituição de rede no SUS: acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito à informação, responsabilidade, hierarquização e regionalização. Não se preocupe se as relações que você estabelecer estarão certas ou erradas, a idéia é possibilitar diversas formas de estabelecer tais relações.

O que aparece em uma rede como único elemento constitutivo é o nó, pouco importam as dimensões de uma rede, uma vez que se pode aumentá-la ou diminuí-la sem que perca suas características de trama. A trama não é definida por sua forma, por seus limites extremos, mas por suas conexões, por seus pontos de convergência e de bifurcação.

Exemplos de rede/trama/malha: redes neuronal e imunológica; redes de informática e da comunicação pela internet. Outras redes são as redes ferroviária, rodoviária, aérea e marítima. Todas são exemplos de figuras que não são definidas por seus limites externos, mas por seus agenciamentos internos. Uma malha não pode ser caracterizada como um todo fechado, dotado de superfície e contorno definidos, mas como uma totalidade aberta, sempre capaz de proliferar, o que se daria por meio de seus nós, suas tramas, suas conexões por todos os lados e em todas as direções.

Percebe-se a potência criativa, o conflito com a ordem, os arranjos arriscados, a ausência de modelos seguros, isto é, a liberdade de combinar e recombinar, tendo como medida conseguir desenhar uma malha de cuidados à saúde. Assim, lugares periféricos, ao contrário da visão hegemônica dos campos do planejamento e da gestão clássicos ou da visão racionalista em saúde, são espaços com potencial para a produção de desenhos organizativos e de redes mais complexos e com maior diversidade tanto nas alternativas de financiamento como da produção do cuidado.

Para Boaventura de Sousa Santos (2000), essa diversidade se deve ao fato de que, em lugares periféricos, a criação de obrigações horizontais

sobrepõe-se à criação de obrigações verticais, o que conduz a uma participação mais orientada pelo princípio da coletividade local. Esses lugares – os lugares periféricos – são lugares privilegiados para a invenção de novas formas de produzir a gestão e o cuidado em saúde.

Para pensar e sentir:

No seu espaço locorregional, é possível se pensar em criar essas “obrigações horizontais”? Identifique em sua vivência situações de participação para a construção coletiva de alternativas assistenciais.



Trabalhar na perspectiva de uma malha de cuidados implicará mudança nos processos de gestão

Arranjos organizacionais em rede podem não ser uma total novidade, mas sua potencialidade em configurar os serviços de saúde só foi anunciada pelo SUS. Como estratégia de comunicação e relações, a informática dá corpo às redes. Em termos de cuidado à saúde, a formação de redes parece não só ser imprescindível, como também inevitável à concretização de um SUS que pertença ao andar a vida.

O SUS ainda se ressentir de uma proposta em malha de cuidados ininterruptos para fazer corresponder à rede o vetor da integralidade. Enquanto estratégia de organização dos serviços de saúde, o trabalho em malha traz algumas implicações, entre as quais podemos citar:

- **Acessibilidade:** cada nó pode e deve conectar-se a outros nós, o que implica acesso irrestrito da população, de tal forma que quem necessita/quer/deseja atendimento possa ser dignamente acolhido, seja qual for a porta escolhida como meio de acesso;
- **Resolutividade:** o trabalho dos profissionais deixa de ser uma atividade solitária. A perspectiva de equipes multiprofissionais passa a ganhar espaço nos ambientes de trabalho, onde projetos terapêuticos devem ser formulados diante das histórias de vida que chegam aos serviços;
- **Preservação da autonomia:** o trabalho em saúde, constituído em malha, implica capacidade de maleabilidade, demandando, portanto, uma prática de escuta, não só relativa àquele que procura/necessita os serviços, mas entre os diferentes profissionais implicados no atendimento, direta ou indiretamente;
- **Direito à informação e divulgação de informações:** não significa necessariamente que todos deverão saber tudo, mas que devem ser pensadas formas de acessar, discutir, construir/desconstruir desde conceitos até rotinas de trabalho;
- **Responsabilidade:** na relação entre os profissionais e deles com a população. O trabalho em malha traz a possibilidade da invenção (não só de novas técnicas e tecnologias, mas da vida e de variadas possibilidades de existência) e, portanto, de responsabilização frente ao criado, ao inovado;

- *Regionalização e hierarquização:* cada nó, como uma unidade produzida e produtora de linhas e fluxos, caracteriza-se como ponto de entrada da rede, devendo estar o mais acessível ao usuário, por proximidade geográfica e facilidade de ingresso assistencial, produzindo a intercomplementaridade entre todos os serviços.

Na rede única, fica claro que não se trata mais de fazer corresponder a cada esfera de governo uma única ação, do tipo: governo federal que planeja, estadual que controla e municipal que executa. Talvez a proposta não seja sequer de inverter esses papéis, mas de propor uma construção coletiva e ações conjuntas, em que cada esfera possa compartilhar planejamento, execução e regulação. Trata-se, talvez, de acolher e somar: não mais planejar *ou* executar, mas planejar, e executar, e controlar.

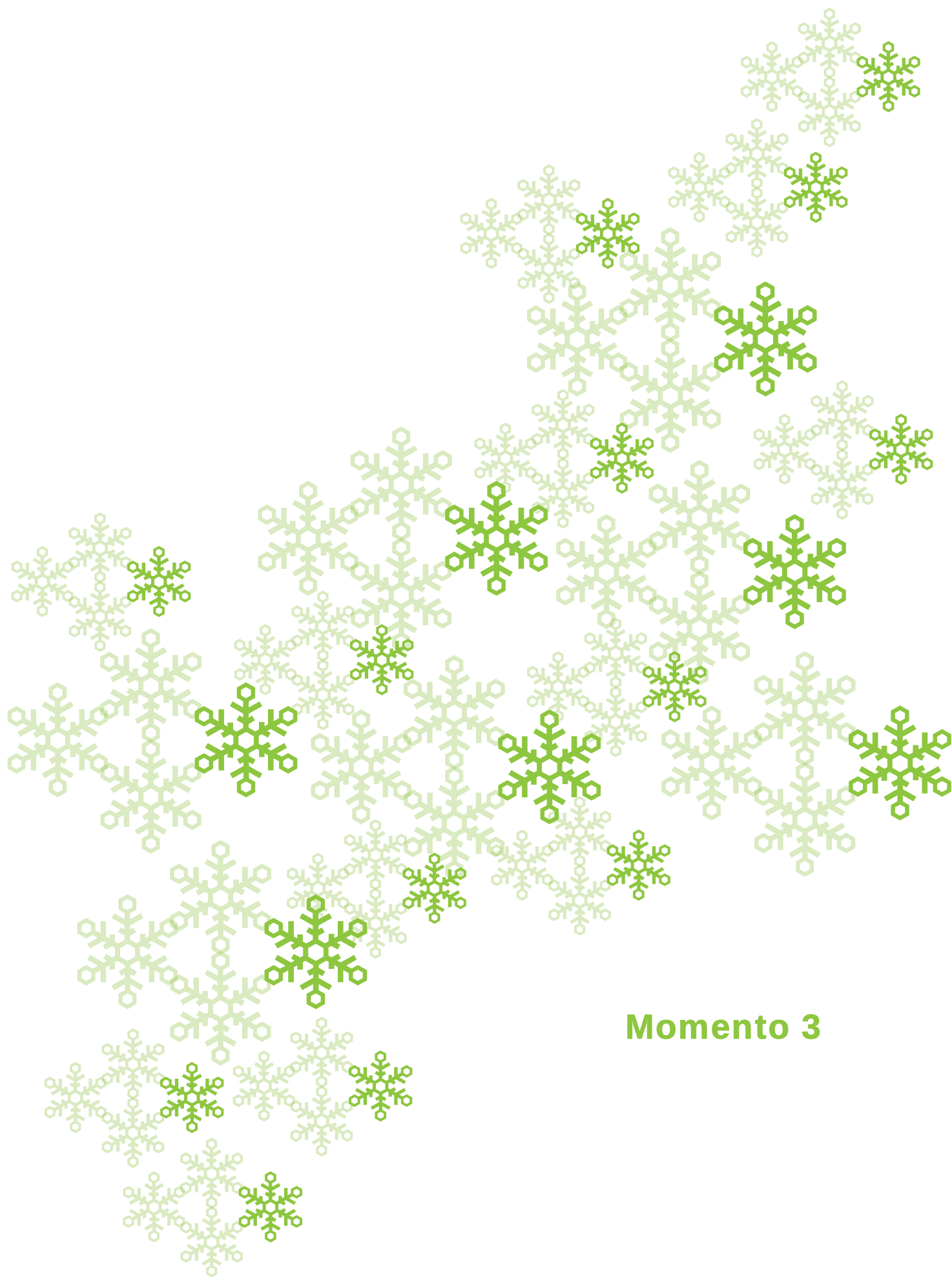
Em rede única, mudam os movimentos que fazemos como trabalhadores na saúde. Já não podemos ser mais apenas trabalhadores que executam ações centradas na assistência por procedimentos (injeções, curativos, preenchimento de formulários, encaminhamentos), mas trabalhadores que refletem, planejam, propõem e controlam a gestão e as formas do trabalho.

Dessa forma, é especialmente necessária a concepção de apoio matricial para o desenvolvimento de uma malha de cuidados ininterruptos progressivos, sustentada em processos de co-gestão – que indicam o aumento da autonomia de lugares e de atores e, ao mesmo tempo, indicam a necessidade e a valorização dos fluxos, pois o matriciamento só pode se dar por fluxos e transversalidade de conhecimentos e práticas.

Na política de educação permanente em saúde, a roda aparece como uma referência central para a gestão produtora de redes/malhas. Contrapondo as formas tradicionais de gestão, a noção da roda nos serve para provocar um movimento de relativização dos organogramas piramidais e das estruturas ou lógicas verticais de organização do trabalho.

Referências

- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia* – volume 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A.(Org.) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco, 2001.
- MEHRY, E. E.. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec, 2002.
- RIGHI, L. B.. *Poder local e inovação no SUS*. Campinas: Unicamp, 2002. Tese (doutorado em Saúde Coletiva), Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.
- SANTOS, B. S.. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- SANTOS, M.. *Espaço e método*. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.
- SCHAEDLER, L. I. *Pedagogia cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos*. Porto Alegre: Ufrgs, 2003. Dissertação de mestrado em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.



Momento 3

Momento 3

Educação permanente em saúde como estratégia de gestão de coletivos

O SUS é um sistema de saúde democrático que vem sendo construído a partir dos serviços e práticas de saúde já existentes no país. Esses serviços operavam e ainda operam em outra lógica, alimentada por interesses econômicos e corporativos e por conceitos, idéias e proposições diferentes das do SUS. Essa é parte da explicação para a distância entre determinados enunciados já consagrados da reforma sanitária (integralidade da atenção, conceito ampliado de saúde, intersetorialidade, descentralização, gestão democrática, controle social) e as práticas de saúde vigentes.

Todos e cada um dos trabalhadores do SUS, na atenção e na gestão do sistema, bem como os usuários, têm idéias, conceitos, concepções acerca da saúde, de sua produção, do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada um e cada unidade deve cumprir na prestação de serviços de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera e que cada usuário e cada coletivo expressa suas expectativas, demandas e necessidades.

Para produzir mudanças de práticas de gestão, de atenção e de controle social é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e construir novos pactos de organização do sistema, de convivência e de práticas que aproximem o SUS dos princípios da reforma sanitária, da atenção integral e da qualidade.

A educação permanente em saúde é uma das estratégias que possibilita construir um novo estilo de gestão em que os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social são construídos coletivamente.

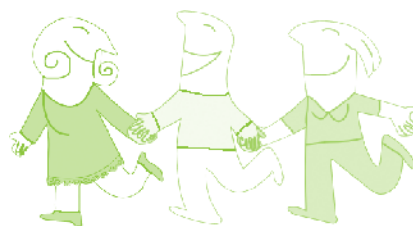
Atividades

1 – Veja o filme:

Convide seus colegas para assistir ao filme indicado.

Se você já viu este filme, veja de novo!

Depois, faça uma reflexão/discussão sobre a problemática apresentada no filme.



Filme: O dia em que Dorival encarou a guarda



DIRETOR: Jorge Furtado
ELENCO: João Acaiabe
Pedro Santos
Zé Adão Barbosa

ANO: 1986

DURAÇÃO: 14 min

(site www.portacurtas.com.br)

2 – Para sentir e pensar:

Após ver o filme:

-  Quais os sentimentos que o filme despertou em você?
-  Que lembranças da sua vida e da sua prática o filme traz?
-  Que conexões você faz com as discussões propostas nesta unidade?

3 – Leia e reflita:

 **Texto 7 – A Educação Permanente como estratégia de gestão de coletivos**

Avaliação

Após a realização das atividades e da leitura, e considerando seu cotidiano no SUS, exemplifique situações em que a prática de gestão interfere diretamente nas ações e nas relações estabelecidas.



Texto 7

A educação permanente como estratégia de gestão de coletivos

Você já se perguntou por que se fala tanto em crise? Crise da saúde, crise da universidade, crise do trabalho... E não é só aqui no Brasil, não. É uma questão mundial.

Pois é, acontece que, de tempos em tempos, em função de uma série de fatores, a sociedade humana sofre reviravoltas. Uma das mais marcantes foi a Revolução Científica, que começou na época do Renascimento.

O mundo virou do avesso. Rompeu-se de uma vez com o feudalismo, com a vinculação dos homens comuns à propriedade da terra e com o domínio total da Igreja Católica em relação à ciência, à filosofia, aos valores morais e aos comportamentos.

Contestaram-se os limites que eram impostos ao pensamento, à criação e à ação humana em todos os campos. E a ciência passou a se desenvolver utilizando uma metodologia para descobrir o mundo. Essa tecnologia de investigação, a metodologia científica, tornou-se parte de um modo específico de produzir verdades.

Para conhecer o verdadeiro ser do universo, a ciência propôs que fossem abandonadas, por completo, todas as sensações e impressões, desejos e afetos, tudo o que se apresenta como subjetivo. Isso porque a subjetividade não permitiria que se elaborassem proposições científicas rigorosas e universais.

A ciência organizou-se por disciplinas para possibilitar, por meio da especialização, o aprofundamento do conhecimento nas mais diversas áreas. E o conhecimento especializado foi tomado como referência para organizar o mundo em todos os campos, inclusive o trabalho e a saúde.

Pois bem, essa racionalidade vitoriosa, produzida ao longo dos últimos cinco séculos, parece não estar mais dando conta de responder aos desafios do mundo contemporâneo. Por isso, tantas crises.

A ciência ainda trabalha por disciplinas, que, isoladamente, não



dão conta de produzir as respostas necessárias a um mundo em constante e acelerada mutação, que propõe à resolução problemas cada vez mais complexos. Problemas que, para serem resolvidos, pressupõem o diálogo entre saberes, conhecimentos e disciplinas.

Também não há mais lugar para verdades absolutas. Já se sabe que o método científico não é neutro, pois todas as ciências estão baseadas em critérios de seletividade, que não são neutros nem naturais. O desafio que está colocado para a ciência é o de ser capaz de dialogar com todas as formas de conhecimento.

No campo da saúde, há uma incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas. Há problemas graves para o financiamento dos sistemas de saúde, o modelo de atenção predominante não responde às necessidades da população, que também está insatisfeita com a relação com os profissionais da saúde.

Estamos em um daqueles momentos históricos em que surgem muitas dúvidas e questionamentos, em que há busca significativa por alternativas, em que muitas contradições se explicitam.

E, por isso, tantas contraposições: saúde biológico-centrada X produção social da saúde; planejamento normativo X planejamento estratégico; pedagogia da transmissão X pedagogia crítica ou pós-crítica; ciência como única possibilidade de produção do conhecimento X valorização do conhecimento produzido a partir da prática; especialização X transdisciplinaridade.

Outra reviravolta? Parece que sim.

E o que isso tem a ver com o SUS e a educação permanente em saúde? Muita coisa.

O SUS vem conseguindo superar obstáculos políticos importantes. Em tempos de políticas de redução do Estado, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, conseguiu-se assegurar recursos mínimos para o setor. O sistema é descentralizado, existem instâncias de pactuação entre os gestores e existem instâncias de controle social. A saúde é um dos únicos setores do Estado que sofreu uma reforma democrática.

Por que isso foi possível? Porque o SUS foi construído com base em um movimento social vigoroso, que associou a saúde à conquista da democracia no país.

Assim, apesar das limitações, o SUS conseguiu ser democrático em suas bases institucionais. Foram necessárias estratégias políticas ousadas para assegurar essas conquistas e superar inúmeros ataques.

No entanto, o SUS trabalha com diretrizes, conceitos e propostas de práticas que são contra-hegemônicos na sociedade. Ou seja, sua consolidação implica a superação de conceitos e de práticas sociais que são predominantes há muito tempo. E tem havido muitas dificuldades para conseguir



superá-las. Essa é uma das explicações para a dificuldade em operacionalizar propostas como a integralidade e a organização de um sistema de saúde usuário-centrado.

Mas há outras, sobre as quais podemos atuar. Assim como para a construção da institucionalidade do SUS foram adotadas práticas não usuais, mais democráticas, em outros campos a ousadia também se faz necessária. Aliás, indispensável.



Você já pensou sobre isso?

Na sua localidade, existem práticas democráticas de saúde? Por quê?

As diferentes maneiras de entender a gestão, o trabalho em saúde e a condução das políticas

A racionalidade cartesiana

Tradicionalmente, o Ministério e as Secretarias de Saúde trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado.

Cada área técnica parte do máximo de conhecimentos acumulados em seu campo e dos princípios políticos considerados mais avançados para examinar os problemas de saúde do país. A partir dessas referências, são propostos os programas de ação e, para a implementação de cada programa de ação, propõe-se uma linha de capacitações.

Os trabalhadores são considerados “caixas vazias”, orientadas pelas normas e o trabalho em saúde é organizado de maneira parcelar, de modo que cada profissional é responsável apenas pela realização de uma de suas partes, sem participação e compreensão do todo. A fragmentação do trabalho leva ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização do profissional em relação aos resultados finais. Nessas circunstâncias, produzem-se trabalhadores alienados, insatisfeitos e descomprometidos. Pessoas que realizam um trabalho mecânico, cumprido à custa de mecanismos coercitivos.

Existe, além do mais, uma valorização moral diferenciada do trabalho dos profissionais, particularmente dos médicos. Neste caso, o saber e as práticas dos demais trabalhadores acabam ficando subordinados ao saber e às práticas dos médicos.

Para completar, existe a idéia de que cada serviço corresponde a um todo orgânico, constituído por diversos órgãos, cada um deles com um papel específico a cumprir. À gestão corresponderia todo o conjunto de ações de governo com o objetivo de manter a articulação funcional das partes com o todo. O retrato dessa concepção é um organograma expressando uma estrutura vertical de poder.





Para pensar e sentir:

*Você já vivenciou uma experiência desse tipo?
O que ela mobilizou em você?*

O problema

Se no campo da produção em geral essa maneira de operar a organização do trabalho traz problemas, em saúde a coisa é ainda mais complicada e os resultados medíocres. Impossível assegurar qualidade da atenção dessa maneira. Integralidade, então, nem pensar.

O SUS como sistema não tem se preocupado em romper com essas formulações, embora haja muitas experiências inovadoras de gestão e de organização da atenção acontecendo no país.

Ora, um sistema de saúde usuário-centrado somente pode ser construído com trabalhadores que se responsabilizem por seu trabalho, que estejam dispostos a acolher, responsabilizar-se, cuidar. Essa disposição precisa ser construída, mas para isso é preciso disputar concepções de saúde e construir contratos coletivos em defesa da vida; é preciso ter trabalhadores com possibilidade de invenção e criação; é preciso ter trabalhadores e unidades que possam contar com o apoio necessário para enfrentar com responsabilidade, situações que extrapolam sua governabilidade; é preciso fazer política de saúde de modo a fortalecer a capacidade de resposta de gestores e trabalhadores diante das circunstâncias de seu contexto.

Como é possível, então, ficar indiferente à maneira como se organiza a gestão e como se propõem e implementam as políticas de saúde no país?

Uma outra interpretação é possível

Para começar, o trabalho em saúde não é completamente controlável. Como se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização ele está sujeito aos desígnios do trabalhador em questão.

Depois, muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, ou de acordo com seus interesses.

O serviço de saúde, então, é palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador.



Você já vivenciou esse jogo?

Ele era explícito?

Que consequências tinha para o trabalho em saúde?

Apesar de formalmente haver uma direção a quem formalmente cabe governar, na verdade todos governam. Carlos Matus diz que todos são agentes da organização (g) e alguns estão em posição de “alta direção” (G). Então, a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia. Ou seja, planeja quem faz.

Quer dizer, então, que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem. Claro que os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de ferramentas, que compõe sua capacidade de governar). Quando um ator “joga bem”, pode ampliar sua governabilidade.

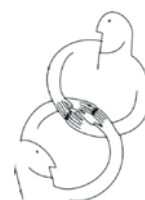
A gestão do cotidiano em saúde e suas tensões

Existem, então, pelo menos três campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde:

- O território das práticas de saúde é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo de modo a fazer valer os interesses dos usuários é por meio do controle social e da pactuação política;
- A produção de atos de saúde é um terreno do **trabalho vivo** (isto é, em que predominam as tecnologias leves – relacionais – em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados. Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitam a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção;
- O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Esse também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários).

As possibilidades de ação diante desse contexto da produção das ações de saúde

Esses três campos de tensão são lugares estratégicos para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor ou para definir as possibilidades de implementação de um dado desenho organizativo da atenção.



Trabalho vivo

Para saber mais sobre trabalho vivo e sobre as tecnologias leves e duras, leia o texto “Processo de Trabalho em Saúde” da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

A intervenção pode estar orientada a aumentar a governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, impactando os exercícios privados dos profissionais (restringindo-a, por exemplo, por meio do controle de custos), atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos.

Mas eles podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder.

A educação permanente em saúde como uma estratégia para a gestão de coletivos

Reconhecendo o cenário de disputas e diversidade de compreensões, o primeiro passo é criar oportunidades para a explicitação dos diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde.

Essas oportunidades devem ocorrer em espaços coletivos que tenham como objeto de discussão o processo de trabalho em cada unidade de produção, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido. O primeiro tema em torno do qual se deve buscar construir acordos é exatamente para que serve o trabalho da unidade e o significado do trabalho em saúde.



Essa é uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional. Um espaço com tantos atores, com tanta diversidade de pontos de vista, suscita debates, inquietações, mobilização de afetos e desconfortos.

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a inconformidade (o desconforto com a realidade atual),

a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho.

Esse desconforto ou percepção de insuficiência tem de ser intenso, vivido, percebido. Não se produz mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o desconforto e depois a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Conceitos e problemas que pareciam imutáveis, inerentes à contingência das organizações, passam a ser transformáveis, revelando a potência de cada um dos atores na medida de sua participação no coletivo.

Quando nos referimos a espaços coletivos como arranjo organizacional, queremos dizer que são espaços concretos destinados à escuta e à circulação de informação, à elaboração e tomada de decisão. Podem tomar a forma de

equipes de trabalho e grupos. Esses espaços revelam desejos, interesses e posições e podem facilitar o desenvolvimento integral das pessoas.

Cada grupo humano e cada ator dispõem de recursos de interpretação de sua realidade. Esses recursos podem ser potencializados como recursos de poder. Constrói-se poder nos indivíduos e nos coletivos – empoderamento – quando eles põem em ação, de maneira consciente, seus recursos de interpretação e se apropriam de sua experiência.

A construção do processo de **co-gestão** cria espaços de **poder compartilhado** e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho, podendo contribuir para estimular o compromisso e a responsabilização pelo processo e por seus resultados.

Diferentemente das “caixas vazias” orientadas pelas normas, a partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes, crenças e desejos existentes em um coletivo, pode-se identificar as suas repercussões e construir novos pactos e novos arranjos consensuais entre os atores envolvidos na gestão, na atenção, na formação e no controle social.

É necessário subverter a “ordem” existente na organização tradicional, na qual, em geral, não há espaço nem tempo para escuta e construção coletiva, uma vez que o lugar da tomada de decisão está no ápice da pirâmide (organograma). É necessário descentralizar sem perder o norte e para isso precisamos envolver todos para dar “cara” (identidade) ao coletivo. Portanto, precisamos coletivizar tudo, desde definição de objetivos até os métodos de trabalho.

Construir novos pactos, que coloquem a favor do interesse do público (dos usuários) a relativa autonomia/liberdade de que os trabalhadores de saúde dispõem na concretização de suas práticas.

Construir novos saberes implica identificar interesses; confrontar os saberes anteriores (pré-existent) com as realidades; desequilibrar certezas ou desestabilizar convicções (rupturas epistemológicas); garantir condições para o diálogo; construir uma nova forma de aproximação, formulação e comunicação com os saberes produzidos.

Para pensar e sentir:

*Você já viveu uma experiência de gestão democrática?
Que lições você tira dela?*

Por que isso é tão importante?

A construção do SUS é um jogo complexo: uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria. Ao mesmo tempo em que avançamos na implementação do sistema público, também o subsistema privado, chamado de complementar, avançou em sua organização.

O SUS herdou um conjunto de serviços – hospitais, ambulatorios e unidades básicas – que funcionavam em estreita relação com os serviços privados por meio da compra de serviços (de internação, laboratoriais e de diagnóstico, por exemplo).

As forças construtoras do SUS lutam por assegurar saúde como direito, acesso universal e equidade. Mas não conseguiram transformar a lógica



de distribuição dos recursos, que seguem fortemente orientados à atenção terciária (chamada de alta complexidade), em que estão concentrados os procedimentos e a tecnologia dura. Esse segmento é remunerado a preços de mercado, ao contrário de tudo mais no sistema.



Você já se perguntou por quê?

O subsistema privado reforça, na sociedade e junto aos profissionais de saúde, valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde traduzido como direito a consumir serviços médicos. A valorização dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional. A supervalorização do trabalho do médico em detrimento dos demais profissionais de saúde. A centralidade do hospital por ser o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura.

Essas idéias são predominantes na sociedade. Essas idéias orientam a formação dos profissionais de saúde. Essas idéias estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Mas, ao mesmo tempo, há insatisfação e crítica. Há percepção, por parte de vários atores, dos problemas, insuficiências e contradições que essas idéias predominantes provocam. Há insatisfação da população com a qualidade da atenção. Há insatisfação dos profissionais com as oportunidades de prática que lhes são oferecidas. E há propostas alternativas e forças sociais disputando por outra proposta.

A grande possibilidade de quebra da lógica predominante é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde. Por isso é tão importante transformar a gestão e criar a possibilidade de que, no espaço coletivo, as pessoas descubram que têm o poder de mudar, que os desconfortos possam ser trabalhados na direção da construção de outras interpretações, outras práticas e outros compromissos com o público.

Por isso a educação permanente é tão importante. Possibilita operar uma dinâmica inovadora de relações e conceitos. E é assim que o mundo vai mudar: pela transformação do poder em autoridade compartilhada, do direito despótico em direito democrático e do conhecimento-regulação em conhecimento-emancipação, em todos os espaços da vida humana.

A modo de síntese

A Educação Permanente em Saúde possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu *foco* são os processos de trabalho (formação, atenção, gestão, controle social), seu *alvo* são as equipes (unidades de produção), seu *lôcus* de operação são os coletivos, pois o olhar “do outro” é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de “incômodos”.

As possibilidades de inovação e mudança das concepções e práticas de saúde dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão dos processos de trabalho.

Exatamente por ser uma estratégia para a aprendizagem coletiva a partir das práticas e do trabalho é que a Educação Permanente em Saúde é parte constitutiva da gestão democrática: ela é uma estratégia para a gestão de coletivos.

A Educação Permanente é uma oportunidade para produzir diálogo e cooperação entre os profissionais, entre os serviços (hospital e rede básica, por exemplo) e entre gestão, atenção, formação e controle social – para que as áreas se potencializem e ampliem a potência do sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade.

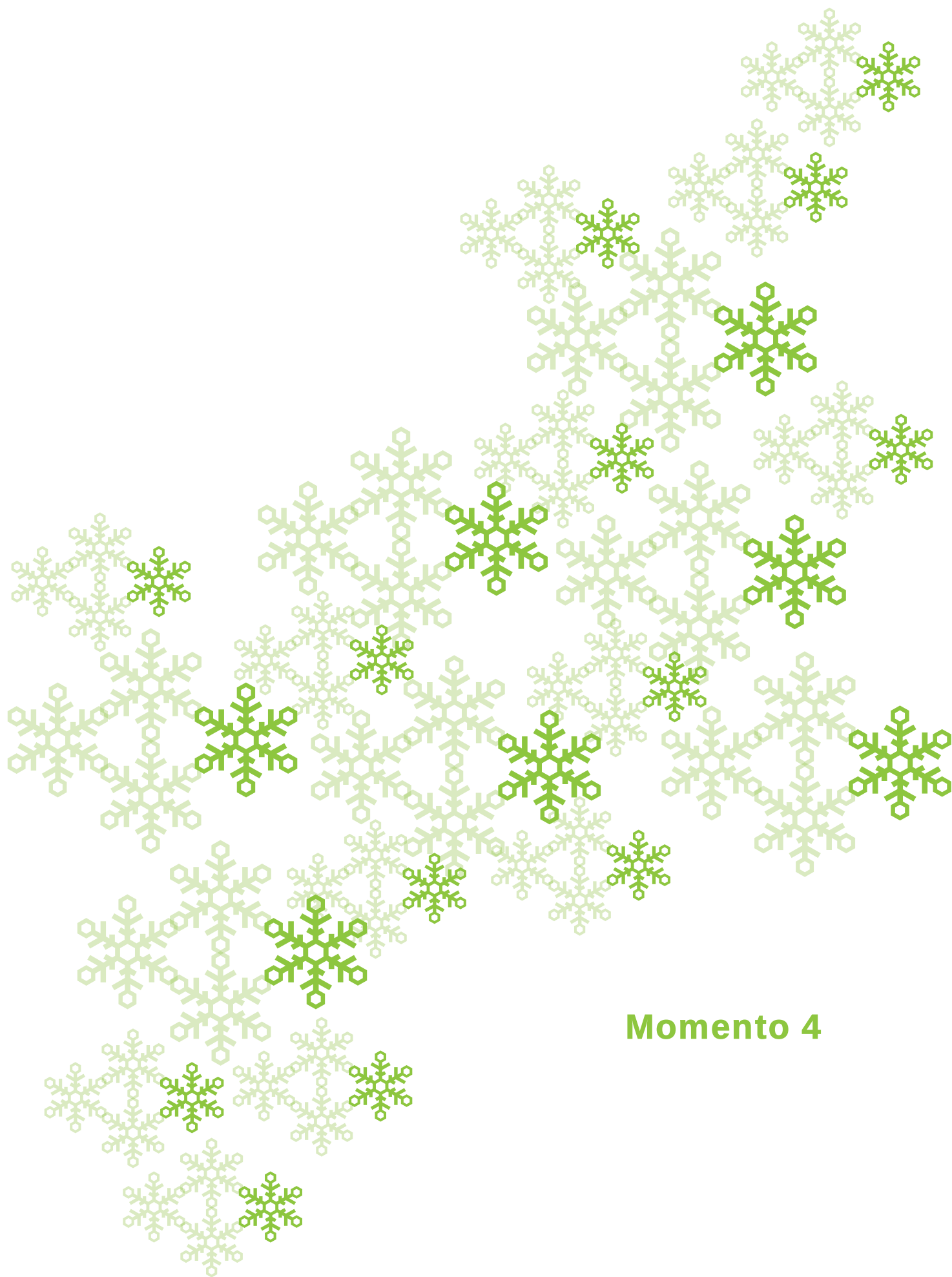
É uma oportunidade de construir pactos para ampliar os compromissos com o interesse público, usando dos espaços de liberdade que a prática em saúde proporciona.

A Educação Permanente em Saúde concretiza-se plenamente, sendo parte constitutiva da agenda dos gestores do SUS, como estratégia indispensável para a construção do SUS que queremos.



Referências

- CAMPOS, G.W. S. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde*. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E.; CHACKOUR, M. et al. *Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde*. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.



Momento 4

Momento 4

Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde

A construção de maneiras mais democráticas de organizar a gestão do SUS pressupõe uma releitura de ferramentas comumente usadas nesse campo.

Planejar e avaliar são processos presentes no nosso cotidiano, da mesma forma que a informação é necessária para qualquer ação ou decisão. Nesse sentido, a informação, além de ser uma ferramenta para o planejamento e avaliação em saúde, é também considerada um instrumento necessário para a análise dos sentidos das ações, na busca da abertura de novas possibilidades do agir em saúde.

Para planejar, é necessário desenvolver ou potencializar habilidades, tais como a capacidade de compreender o contexto, dialogar, negociar, produzir acordos. É também importante mediar conflitos, assegurar a articulação entre os propósitos e os objetivos políticos com as estratégias definidas e os resultados esperados, bem como avaliar sistematicamente as ações e os resultados alcançados.

Assim, aqui estão apresentados alguns elementos acerca da informação, do planejamento e da avaliação que ajudam na construção das ações de educação permanente.

Atividades

1 – Com base nas suas experiências, reflita:

- Uma mesma informação pode gerar diferentes interpretações e conduzir diferentes formas de ação. Por quê?
- No seu dia-a-dia, como você obtém informações para realizar suas atividades?
- Como as informações em saúde são divulgadas e discutidas com os diferentes atores?
- Qual a sua experiência com atividades de planejamento e avaliação?
- Quem são os atores envolvidos com o planejamento e avaliação das ações?



2 – Leia e reflita:



Texto 8 – Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde

Para pensar e sentir:

– Quais informações são necessárias ao planejamento da ação de educação permanente em saúde que você irá desenvolver?

– Como pode se pensar em estruturar um processo de planejamento mais coletivo?



3 – Com base na sua vivência como facilitador, reflita:

- Que elementos são necessários para você planejar estrategicamente sua ação como facilitador?
- Como abordar de forma ampliada os problemas identificados para que você desenvolva ações de educação permanente em saúde?
- Que recursos você precisará para implementar ações de educação permanente com vistas a sua viabilização técnica, material, pedagógica e política?
- Quais estratégias de avaliação você poderá utilizar no desenvolvimento da ação de educação permanente em saúde na sua localidade?

Avaliação

Como está sendo o processo de planejamento da ação de educação permanente em sua localidade?

Considere, por exemplo:

-  informações utilizadas para análise do problema;
-  interação com os atores envolvidos com o problema;
-  recursos utilizados;
-  estratégias de operacionalização, acompanhamento e avaliação;
-  outros elementos que você julgar importantes.



Texto 8

Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde

1. Alguns elementos sobre a questão da informação

A informação é necessária para qualquer ação ou decisão na vida cotidiana, já que é um insumo para os processos decisórios próprios de instituições e pessoas.

O processo de produção da informação envolve um conjunto de elementos, que incluem a definição de intencionalidades e objetivos – que orientam o desenho e a coleta de dados, bem como sua interpretação e utilização.

O **dado**, quantitativo ou qualitativo, é o elemento básico, em forma bruta, para a produção da informação, mas ele, por si só, não permite compreender os fatos ou situações. A **informação** é o produto da análise contextualizada de dados.

A informação propicia a produção ou transmissão de conhecimento e deve iluminar a compreensão de fatos e situações. A informação nunca é neutra, pois reflete concepções, valores, intenções, visões de mundo e outras particularidades de quem a produz, utiliza e interpreta.

Na área da Saúde, a informação é produzida com diversas finalidades. Por exemplo, com o objetivo de identificar problemas de saúde, individuais ou coletivos, de uma população. Também pode ser produzida para ampliar o conhecimento sobre o funcionamento do próprio sistema de saúde, de suas unidades e de suas equipes de trabalho. Ou ainda, para se conhecer a opinião dos usuários sobre os serviços de saúde ou para fornecer elementos para avaliar a aplicação dos recursos etc. Ou seja, trata-se de fornecer elementos para a análise de uma situação, a partir da identificação da necessidade de conhecer mais sobre problemas ou questões relevantes, contribuindo para o conhecimento da realidade sócio-econômica, demográfica, epidemiológica, da organização do sistema, da atenção etc.

A **Informação em Saúde** deve ser entendida como um instrumento de apoio à decisão para o planejamento, gestão, organização e avaliação, nos diferentes níveis que constituem o Sistema Único de Saúde, incluindo o controle social, a população em geral e seus diferentes tipos de organização (ONGs, sindicatos, universidades etc).

Um conjunto de procedimentos organizados para produzir informação de apoio a uma organização configura um **Sistema de Informação - SI**. Um Sistema de Informação não é um mero aglomerado de informações: envolve pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações. Por meio dele coletam-se, armazenam-se, processam-se, recuperam-se dados (de maneira informatizada ou não), disponibilizando-os aos usuários (indivíduos ou grupos que demandaram o levantamento dos dados), que irão interpretá-los.

O **Sistema de Informação em Saúde - SIS** é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde. Um dos objetivos do Sistema de Informação em Saúde, na concepção do SUS, é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local considerando a influência das condições de vida da população no processo saúde-doença e orientar a tomada de decisão.



Na área da saúde, além dos sistemas voltados para a informação epidemiológica (mortalidade, morbidade e seus determinantes) e sobre as condições de vida da população (aspectos demográficos, sociais e econômicos), há os sistemas mais diretamente relacionados à gestão e organização do sistema, voltados para a informação sobre as condições da oferta de serviços (produção e utilização, qualidade do serviço e grau de satisfação do usuário), orçamento, pessoal, medicamentos, etc. O SIS também é uma ferramenta importante para a reflexão sobre os processos de trabalho nas instituições prestadoras de serviços.

A descentralização, princípio constitucional do SUS, implica a necessidade de o município, os distritos, as unidades de saúde, os profissionais, os conselhos de saúde e outras organizações da população participarem ativamente da produção dos dados e também de serem capazes de organizá-los, analisá-los e utilizá-los para identificar problemas, caracterizá-los, estabelecer prioridades, propor estratégias para seu enfrentamento e mobilizar pessoas e recursos para que as ações sejam concretizadas. É importante, também, que a informação produzida seja divulgada a quem produz o dado, para quem planeja ações de saúde e à população em geral, particularmente a diretamente afetada pelo problema ou usuária do sistema de saúde em dada região.



Quem coleta os dados de saúde na sua localidade?

Os municípios/distritos/unidades de saúde/conselhos de saúde da sua localidade têm acesso/trabalham com as informações em saúde das respectivas áreas? Como? Por quê?

E os usuários e os movimentos sociais de sua área trabalham com que tipo de informações? Como fazem para obtê-la?

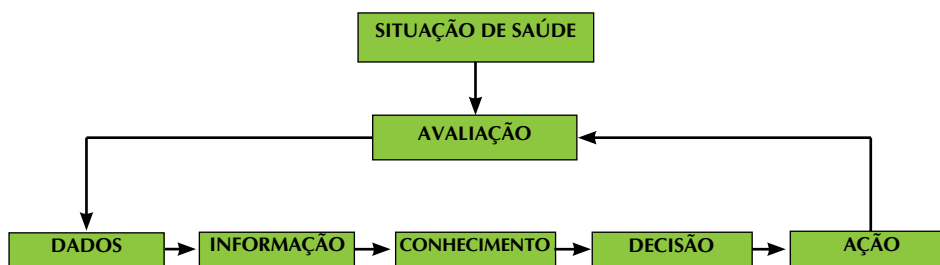
Você conhece as informações de saúde da sua localidade? Como as utiliza em seu trabalho ou ação em saúde?

As informações podem ser obtidas por meio de diversas fontes, incluindo censos, pesquisas populacionais (IBGE – Censo Demográfico, Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios – PNAD), estatísticas vitais, dados (de diversas ordens) produzidos nos serviços etc.

Nem sempre os dados disponíveis nos sistemas de informação existentes são suficientes para caracterizar um problema ou uma situação que se quer conhecer e, então, é necessário produzir outras informações. Isso pode ser feito mediante diferentes tipos de levantamentos, dependendo das necessidades: entrevistas, pesquisa em prontuários, grupos focais, questionários, observação dos processos de trabalho etc. É importante ter clareza do que se quer levantar para não ampliar ou reduzir excessivamente o contexto do trabalho.

O aperfeiçoamento dos sistemas de informação está diretamente relacionado ao manuseio das bases de dados pelos usuários. O uso da informação produzida contribui para melhorar sua qualidade, para identificar erros e falhas, estimulando o aperfeiçoamento do trabalho de quem produz o dado.

O diagrama abaixo mostra, de forma sintética, a dinâmica de um Sistema de Informação em Saúde.



Quadro apresentado por FERREIRA, S.M.G. retirado do Caderno Vigilância Sanitária organizado por Francisco Eduardo Campos, Lúcia Maria Tonon e Gustavo Furquim Werneck. Belo Horizonte: Coopmed, 2001 (Cadernos de Saúde, 4)

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa foi criada visando articular, por meio de parcerias, entidades técnicas e científicas nacionais envolvidas na produção e análise de dados para compreensão da realidade de saúde brasileira e suas tendências. Na página eletrônica da RIPSa³, é possível obter maiores informações e ter acesso a seus produtos.

É importante citar ainda a utilização de **Sistema de Informações Geográficas – SIG** na área da saúde, que é um sistema digital de captura, armazenamento, recuperação, análise e apresentação de dados espaciais.

3. <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/ripsa/index.cfm>



Indicadores do Pacto da Atenção Básica

Os Indicadores do Pacto da Atenção Básica 2004 para os municípios, segundo número de habitantes e Estado, estão disponíveis no site do Ministério da Saúde – <http://portalweb01.saude.gov.br/pacto2004/portaria2004.doc>

É uma ferramenta que permite a integração de informações sobre a saúde da população por meio da localização espacial. Sua grande contribuição está na agilidade para construção de cenários, facilitando a análise.

Indicadores de saúde são parâmetros construídos a partir de dados fornecidos pelos SIS com o objetivo de mensurar as atividades realizadas ou o grau de risco de um evento ou agravo à saúde. Trata-se de atribuir valor aos dados, permitindo comparações: dentro de uma mesma instituição, ao longo do tempo, entre instituições, municípios, estados, regiões ou países.

Os indicadores de saúde são um dos elementos utilizados para estabelecer prioridades, objetivos e definir metas a alcançar dentro do sistema. Alguns deles compõem a base para a pactuação de metas entre as esferas de governo que compõem o SUS, como, por exemplo, os **indicadores do Pacto da Atenção Básica – PAB** selecionados e pactuados anualmente.

A Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD⁴ é composta por um conjunto de indicadores de gestão, relacionados a metas, execução física e financeira, pactuados pelos Estados e Municípios anualmente. A Instrução Normativa nº 2 da FUNASA estabelece os procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da PPI-ECD.

Em poucas situações, entretanto, os Sistemas de Informação têm sido utilizados para analisar a organização e a qualidade da atenção ou a dinâmica de trabalho das equipes de saúde.

Por que você acha que isso acontece?

Um indicador, de forma isolada, não é capaz de dar conta da realidade. Em geral é necessário um grupo deles para caracterizar determinada situação. Além disso, os dados dos sistemas de informação existentes e os indicadores de saúde são apenas parte do que é necessário para conhecer uma situação. Ou seja, os dados e as informações servem para caracterizar, para descrever uma situação, mas não são suficientes para explicá-la. Para chegar lá, a contextualização das informações no tempo, no espaço e na sociedade são fundamentais. Como fazê-lo?

Há várias maneiras de construir o conhecimento sobre uma dada situação. A diferença tem a ver com o modo de encarar a realidade, o planejamento e as maneiras de intervir sobre os problemas.

O conceito de *diagnóstico*, oriundo da medicina, pressupõe ser possível encontrar uma explicação científica, objetiva e rigorosa e, portanto, *espelho da verdade*, para o que se encontra na realidade epidemiológica, social, da vida. O diagnóstico, portanto, deveria ser único e válido para todos e essa é a base do planejamento tradicional – o planejamento normativo, que só leva em conta o ponto de vista de um ator, aquele que planeja, geralmente o governo ou a direção das instituições.

A *análise de situação* pressupõe que a realidade é produto de um jogo entre vários atores e que os diferentes jogadores explicam a realidade da vida,

⁴ Informações sobre os indicadores da PPI-ECD e suas metas <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ppi03/ppi03.htm>

do jogo a partir de seu ponto de vista. Todos podem partir dos mesmos dados e informações e fazerem uma leitura diferente a respeito deles. Ou seja, dependendo da *lente* com que olha a realidade, dependendo do *lugar onde está posicionado*, cada ator retira da realidade, constrói uma determinada explicação dos fatos.

Ou seja, toda explicação é dada por alguém e esse alguém é humano, tem seus valores, suas ideologias e seus interesses. Sua leitura está carregada de subjetividade e movida por um propósito, por seus interesses em relação ao tema em questão.

Segundo esse referencial, que é o do planejamento estratégico situacional, então, a realidade não é explicável por sua simples descrição, mas pelas *leituras* que os diferentes atores fazem dela, sob diferentes códigos, postos de interpretação, de acordo com seus interesses e lugares. Ou seja, a análise de situação nos obriga a determinar *quem explica*, implica *diferenciar as explicações e compreender suas diferentes lógicas*.

Lembra-se da história do copo com água até a metade? Cheio ou vazio até a metade, dependendo do olhar de quem o vê. Você se lembra de alguma situação – no seu trabalho ou em sua ação social em saúde – em que os diferentes olhares sobre uma mesma situação produziram explicações e propostas distintas?

Para a educação permanente em saúde essa questão é fundamental, pois ela parte do princípio de que todos os atores da saúde interferem em sua produção de acordo com seus pontos de vista e seus interesses.

Imagine uma equipe de saúde: como será possível construir uma dinâmica de trabalho sem saber desde que ponto de vista cada um dos trabalhadores opera?

Geralmente “supomos” que existe acordo sobre uma série de questões. Por exemplo, **todos** estão interessados em oferecer uma atenção à saúde de qualidade. Mas, já sabemos, cada um dos membros de uma equipe entende saúde e qualidade da atenção de maneira diferente. Sem conversar sobre isso, sem criar oportunidades para que os diferentes pontos de vista se expressem, é muito difícil construir **acordos**. E aí surgem ruídos, diferentes interpretações sobre fatos, sobre necessidades, sobre problemas.

Para organizar um trabalho que envolve tantos atores e em que cada um tem um grau significativo de autonomia em seu campo de atuação, é fundamental entender o outro. Não necessariamente para concordar com ele, mas para saber desde onde ele fala e com que valores está trabalhando.

Para transformar uma realidade, então, é indispensável conhecê-la muito bem: caracterizá-la e entender como cada ator envolvido entra no jogo, construindo sua parte da realidade e sua explicação sobre ela.

Por exemplo, vamos supor que na sua localidade o problema identificado como prioritário para a educação permanente tenha sido a elevada taxa de mortalidade materna. Para agir sobre esse problema – nesse caso expresso por meio de um indicador de saúde – é preciso compreender sua explicação.

Será preciso localizar, no território, o local em que as mortes acontecem – ou seja, identificar o(s) serviço(s) de saúde envolvido(s): quem são os profissionais de saúde implicados, quem são e de onde vêm as mulheres que morreram (como era sua família, como moravam, viviam, trabalhavam etc), saber se fizeram e como foi feito seu acompanhamento pré-natal (onde, quem, como, quando), saber como foi (onde, quem, como, quando) o atendimento durante o trabalho de parto e, **MUITO IMPORTANTE**, compreender a visão de cada um dos atores (pessoas e coletivos) sobre a situação (o atendimento ao pré-natal e ao parto, em geral, e nesses casos, em particular).

Como você vê, somente o indicador e os dados de produção das unidades de saúde não serão suficientes para compreender as explicações do problema. Mais ainda, o olhar de cada um dos atores envolvidos é fundamental para a construção de possíveis soluções.

Ou seja, vai ser preciso compreender a dinâmica das equipes (de atenção e de gestão) envolvidas na atenção pré-natal e hospitalar, bem como a relação entre as diferentes unidades e equipes (e se os serviços estiverem localizados em diferentes distritos ou municípios, a dinâmica de relação entre os gestores); vai ser preciso compreender a utilização que a população local faz dos serviços de saúde e sua relação com cada um deles. E todos esses atores terão de ser parte ativa da construção da explicação do problema, de sua problematização, bem como da proposição e implementação de alternativas.

Como você analisa o processo de eleição do problema a ser trabalhado por você na educação permanente?

Foi construída uma explicação coletiva sobre ele? Essa explicação contou com a participação de todos os atores-chave envolvidos? O que você vai fazer, então, a partir dessas reflexões?

2. Alguns elementos de planejamento úteis para pensar a educação permanente em saúde

A educação permanente em saúde oferece à gestão do sistema, das unidades e das equipes elementos, recursos e estratégias pedagógicas que são fundamentais para a produção de mudanças de pensamento e de práticas. Na verdade, a educação permanente é constitutiva de estilos democráticos de gestão, como você pôde conhecer no Texto 7, desta Unidade.

Uma idéia importante a destacar é que a educação permanente em saúde não trabalha com problemas em abstrato nem trata os problemas de maneira genérica ou geral. Tomemos novamente como exemplo a mortalidade materna, que é um problema presente em todo o Brasil.

Para a educação permanente em saúde, o indicador de mortalidade materna não é suficiente para que compreendamos esse problema. Certamente, as causas da mortalidade materna são diferentes em cada lugar do país e, para enfrentá-las, é preciso que localizemos esse problema em cada território.

Território que não é só uma delimitação geográfica de algum lugar, mas um determinado espaço, ocupado historicamente por uma população. Em alguns municípios, certas comunidades são cortadas por acidentes topográficos

cos que caracterizam os limites geográficos entre municípios. Entretanto, às vezes, a ocupação daquela localidade se deu com famílias migrantes oriundas de uma mesma região, com determinados costumes e modos de levar a vida que conferem identidade própria e única àquela comunidade – dividida pela geopolítica.

Ou, por outro lado, algumas localidades, mesmo bem delimitadas geograficamente, são habitadas por uma heterogeneidade de grupos populacionais, o que torna necessário subdividi-las para melhor compreensão das questões de saúde e doença. A determinação de território pressupõe essas possibilidades de análise a partir da característica dos grupos populacionais que o ocupam.

Em cada território, o sistema de saúde está organizado de maneira diferente, dispõe de recursos diferentes, obedece a uma certa lógica de gestão, conta com profissionais de saúde diferentes. E todos esses elementos, como já vimos, interferem na produção do problema Mortalidade Materna.

A formulação de propostas de atividades ou operações para dar conta de reduzir a Mortalidade Materna, um problema nacional, carece, portanto, de uma contextualização, da compreensão de suas explicações específicas em cada lugar do país – região, microrregião, município, distrito – conforme as características de organização do sistema.

É muito comum vermos certos gestores, às vezes cobertos de boas intenções, terem sérias dificuldades na implementação de seus projetos. Na maioria das vezes, o motivo está no choque de visões e interesses daqueles que gerenciam com aqueles que executam ou se beneficiariam dessas ações. Outras vezes, acontece de as propostas, apesar de endereçarem problemas importantes e reconhecidos por todos, estarem orientadas por explicações que não correspondem às que efetivamente estão em ação.

Quando um problema nacional como a mortalidade materna é abordado de maneira genérica, trabalha-se com explicações genéricas, perde-se a possibilidade de captar sua gênese específica e a potência das soluções propostas diminui drasticamente.

Em geral, essas abordagens genéricas levam à identificação de uma única possibilidade de explicação, que é a falta de conhecimento das equipes da atenção à saúde em relação ao tema. E aí, invariavelmente, é proposta uma capacitação para resolver o assunto.

Pode ser que exista mesmo a necessidade de ampliar os conhecimentos a respeito dos cuidados pré-natais, da atenção ao parto e ao recém-nascido.



Mas será que todas as equipes de saúde do Brasil desconhecem os mesmos aspectos do problema? Como seria possível, então, definir uma capacitação nacional?

E se uma das causas da má qualidade do pré-natal em uma região estiver relacionada à dinâmica da equipe de saúde, que limita a possibilidade das visitas domiciliares ou o diálogo entre os profissionais para uma boa interação com os usuários? E se, como acontece em partes da região norte do país, o problema estiver relacionado à migração da população ao longo do ano por conta do trabalho sazonal – aí a solução tem a ver com uma boa relação com a população para saber quando e para onde vai ser a mudança e com

uma boa comunicação entre as unidades para transferir o acompanhamento das pessoas. E se o problema for dificuldade de acesso à atenção ao parto? E se o problema for a falta de profissionais nas maternidades? Em todos esses casos, a capacitação não será uma boa estratégia para o enfrentamento do problema Mortalidade Materna.

Ou seja, identifica-se um problema relevante, mas não se conhece bem sua explicação e, então, a estratégia de enfrentamento proposta resulta equivocada e ineficaz. Por essa razão, tanto o planejamento das ações e serviços de saúde como as ações de educação permanente, têm de estar baseados em um bom *processamento dos problemas*, que envolva a participação de todos os atores implicados (ou de todos os que pudermos reunir).



Você já viveu uma situação como essa? Quais foram as consequências?

Mas o que é mesmo um **problema**?



Problema

Veja mais sobre esse tema na Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde!

Problema é uma brecha entre um aspecto da realidade e um valor ou desejo sobre como deveria ser essa realidade para um determinado observador (individual ou coletivo).

Então, os problemas não existem independentemente da existência dos atores. Ou seja, para nós não existem problemas e sim atores que problematizam uma dada realidade. Os problemas são, necessariamente, subjetivos porque são produtos da percepção das pessoas individualmente ou de coletivos de pessoas.

Existem vários tipos de abordagem para compreender a natureza dos problemas. Uma delas classifica os problemas em *estruturados* e *quase-estruturados*. Os problemas quase-estruturados são problemas complexos, em que há dificuldades para enumerar todas as causas; portanto, são multicausais. A maior parte dos problemas com que trabalhamos na área da saúde pertencem a esta categoria, de quase-estruturados, pois há causas biológicas, sociais, culturais, de organização dos serviços, das práticas de saúde envolvidas em sua explicação.

Outra abordagem classifica os problemas em *intermediários* e *finais*. Os problemas finais são os vividos pelos usuários – do sistema de saúde ou da escola, por exemplo. Os problemas intermediários são aqueles que vivemos no cotidiano das organizações (serviços de saúde e escolas, por exemplo) e que interferem na qualidade do seu produto final. Para atingir os problemas finais é preciso enfrentar os problemas intermediários, mas é importante não perder a referência e ficar emaranhado nos problemas intermediários. Então é preciso ter claro que o alvo a ser atingido para resolver uma situação são os problemas finais e é a sua modificação que mede o sucesso de nossas ações transformadoras.

Processando um problema:

a) descrição do problema:

A descrição de um problema serve para caracterizá-lo da melhor maneira possível, para que não haja dúvida a respeito de qual é o tema efetivamente tratado e, para isso, usamos os chamados *descritores*. O descritor quantifica ou qualifica direta ou indiretamente o problema. De modo geral, podemos descrever um problema utilizando poucos descritores, de modo a deixar clara sua natureza e sua dimensão ou gravidade.

b) a explicação do problema:

O próximo passo é entender melhor, explicar o problema, compreender que outros problemas (intermediários) contribuem para que ele exista. A melhor coisa a fazer é construir as explicações do problema de maneira coletiva, de modo que os diferentes atores levantem suas opiniões a esse respeito.

Depois do levantamento inicial, as diferentes explicações e causas precisam ser agrupadas e ordenadas para que seja possível encontrar as causas mais importantes. Especialmente é importante identificar aquelas causas que, se atacadas ou modificadas, produzem um grande impacto sobre o problema: esses são os nós-críticos.

c) fazer planos para atacar as causas do problema:

Para o enfrentamento dos nós-críticos é que se propõem as ações/ operações. Toda operação proposta, ao ser implementada, deve propiciar a obtenção de produtos e resultados. Os produtos são mais imediatos, mais palpáveis. Os resultados são o impacto sobre o problema ou sobre as causas do problema. Um “teste” para sabermos se a proposição de ações está boa é verificar se é possível identificar produtos concretos que sejam decorrência delas.

Os recursos necessários para a implementação das ações são de vários tipos: físicos, econômicos, de conhecimento, de poder. Há recursos que estão sob controle do grupo que está construindo o plano de ações e outros que não. O controle sobre os recursos reflete o controle ou o poder que os atores têm sobre as causas/problemas que estão sendo trabalhados. A isso chamamos *governabilidade*.

d) análise de viabilidade e propostas para construir viabilidade:

É importante, então, conhecer a motivação dos demais atores que controlam recursos e poder que são importantes para o enfrentamento dos problemas. A motivação pode ser favorável, contrária ou indiferente. Favoráveis são aqueles atores que estão dispostos a ceder os recursos críticos que controlam porque estão de acordo com a proposta. Indiferentes são atores que, em princípio, não se mobilizarão ativamente, nem contra nem a favor. Contrários são aqueles que se mobilizarão ativamente contra as propostas.

Mas essa motivação pode ser modificada a partir de movimentos estratégicos do grupo que está planejando a ação. Portanto, a governabilidade não é fixa. Ela aumenta se você conseguir envolver outros atores no reconhecimento do problema e no planejamento das soluções, por exemplo. Um problema que envolve as relações entre a UBS e o hospital dificilmente poderá ser superado por uma ação exclusiva da Unidade Básica: temos de trabalhar para incluir no processo alguns atores-chave do hospital ou do distrito.

Mas isso não acontece espontaneamente. É preciso desenvolver estratégias específicas para sensibilizar outros atores e mobilizá-los a participar do jogo. As estratégias têm de levar em conta os interesses e motivações dos demais atores, buscando movê-los para posições mais favoráveis ou imobilizá-los/neutralizá-los quando opositores francos.

Veja como isso é importante para a educação permanente! A análise do problema nos ajuda a definir quem será o grupo que temos de reunir para ter capacidade de enfrentar um problema!!! O coletivo da EPS pode ser uma instância interessante para ajudar a mobilizar os diferentes atores necessários ao enfrentamento de um problema!!!

Quando em um processo de planejamento vários problemas forem identificados, como você vai fazer para priorizá-los? Há vários critérios que envolvem a gravidade do problema ou a força de seu reconhecimento e a governabilidade que os atores que planejam detêm ou que pode ser construída para enfrentá-lo, por exemplo. Não adianta eleger um problema sem trabalhar para mobilizar os atores ou os recursos necessários para seu enfrentamento (às vezes, isso não é possível, não adiantando, portanto, eleger esse problema). E também não adianta propor ações que tenham que ser desenvolvidas por outros atores, que não participam do processo!!!

Uma breve síntese sobre a utilização do planejamento na educação permanente

Como você vê, a utilização de algumas ferramentas de planejamento é fundamental para o desenvolvimento da educação permanente. Elas nos ajudam a entender os problemas sobre os quais vamos trabalhar. Também nos ajudam a reconhecer facilidades e obstáculos, a identificar aliados e oponentes e facilitam a proposição de estratégias para acumular capacidade de resolução e diminuir as possibilidades de resistência.

É por tudo isso que a educação permanente em saúde só pode ser desenvolvida em espaços coletivos e de maneira articulada com a gestão do sistema.

Nos espaços coletivos, os diferentes atores podem colocar sobre a mesa suas explicações sobre determinado problema e o confronto de opiniões possibilitará que as percepções dos diferentes atores se transformem (e o que antes não era problema pode passar a ser reconhecido como tal). Nos espaços coletivos, é possível estabelecer negociações, construir novos pactos e novos acordos orientados a objetivos comuns agora explicitados.



A produção conjunta de estratégias aumenta o compromisso com a concretização porque processos participativos produzem mais compromisso que processos verticais, normativos. Além disso, estratégias construídas em conjunto com os aliados reúnem maior poder de fogo. Ações articuladas com a gestão do sistema têm maior possibilidade de envolver mudanças de regras e de recursos.

Como os cenários são cambiantes e todos os atores estão em movimento ao mesmo tempo, é fundamental constantemente avaliar como as coisas estão andando. Atores mudam de posição em função das estratégias desenvolvidas, novos obstáculos surgem e outros são superados.

3. Elementos de avaliação para o desenvolvimento da educação permanente em saúde

Avaliação, como já se pôde perceber, é muito importante para o desenvolvimento da educação permanente. Se não, como saber se as estratégias/ações que desenhamos estão funcionando bem? Como saber como estão reagindo os diferentes atores envolvidos? Como saber ou mostrar que houve mudanças significativas em consequência das ações desenvolvidas?

O problema é que, embora essa importância seja óbvia, estamos todos já cansados de participar de experiências, programas, projetos de todos os tipos em que a avaliação, embora esteja incluída na proposta inicial, nunca chega a ser desenvolvida.

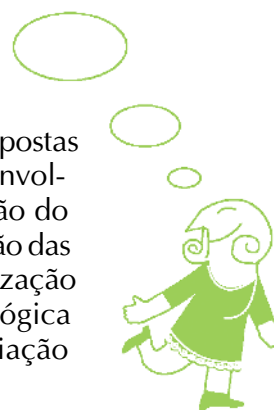
Isso acontece por várias razões. Muita gente acha que avaliação é muito complicada e que precisa ser construída com a participação de especialistas – que nunca estão disponíveis. No final, muitas vezes, cada participante de uma experiência acaba tirando suas próprias conclusões a respeito do que valeu a pena e não valeu, mas faz isso individualmente, sem possibilidade de debate coletivo. E aí, a experiência e o que se aprendeu com ela ficam somente na cabeça dos participantes, cada qual com a sua versão, com poucas possibilidades de socialização e sem poder mostrar os resultados das experiências, muitas vezes interessantes e instigantes.

Acontece, também, de muitos de nós termos vivido experiências pouco agradáveis com processos avaliativos conduzidos de maneira tradicional, construídos de fora e de longe, sem se preocupar com o contexto e com os atores envolvidos, orientados à medida de resultados de acordo com objetivos (sem se preocupar em entender os processos) ou destinada a práticas de controle e enquadramento.

Para pensar e sentir:

Você já viveu experiências assim? É capaz de resgatar situações?

No campo da avaliação, como no planejamento e nas propostas educativas, existem diferentes visões, conceitos e teorias, que envolvem a compreensão sobre a natureza da realidade e a produção do conhecimento. São esses conceitos e teorias que orientam a seleção das perguntas de avaliação, caracterizam seu objeto, levam à priorização de determinados valores e determinam a orientação metodológica (quem avalia, quem define as perguntas, quando se faz a avaliação e a quem ela deve servir, por exemplo).



Nos últimos anos, foram desenvolvidas várias metodologias que partem de postulados epistemológicos, filosóficos e políticos que defendem a possibilidade da produção do saber a partir da prática, a importância da apropriação e do uso do conhecimento pelos participantes de determinada experiência ou situação, bem como a importância da democratização do poder gerado pelo saber.

Avaliação emancipatória, avaliação para o “empoderamento” e sistematização são algumas delas – todas desenvolvidas com a preocupação de possibilitar a produção de conhecimentos a partir de projetos sociais de intervenção, como a educação permanente em saúde.

Ou seja, parte-se da experiência e da prática vivas – em ação – para construir uma visão ou sentido compartilhado a seu respeito. São modalidades de construção e apropriação democráticas do saber.

Além de auxiliar a ordenar as experiências e suas bases documentais – atas, documentos, fotos, vídeos, entre outros – essas metodologias possibilitam ir além. Ajudam a interpretar as experiências vividas, identificando as influências do contexto, a potência e as limitações das estratégias e dos referenciais conceituais adotados.

Para isso, a ferramenta principal são as perguntas, especialmente as que se dirigem a explorar os “*comos*” e os “*porquês*” do percurso percorrido pelo projeto ou experiência.

Em termos gerais, elas se definem como processos de reflexão coletiva e organizada, que se realizam para compreender determinado processo vivido por um coletivo e que possibilitam construir novos significados a respeito do que foi feito, à luz das circunstâncias atuais, bem como produzir conhecimento/teoria a respeito.

À diferença da avaliação tradicional, essas metodologias não se limitam a construir um julgamento valorativo sobre as experiências ou a verificar o cumprimento dos objetivos ou as metodologias que se propuseram levar a cabo. Tomam esses elementos como referências para a reflexão e diálogo coletivo entre as pessoas que tomaram parte na experiência, com a finalidade de estimular a aberta expressão de todas as vozes e todos os “saberes” envolvidos. Criam espaços propícios para o diálogo e a aprendizagem entre esses diferentes saberes.

Não se busca com esses processos obter **uma** verdade ou gerar **um** consenso a respeito da interpretação e compreensão da experiência vivida. Busca-se explicitar e pôr em diálogo as perspectivas dos diferentes atores que tomaram parte no processo. A evidenciação dos diferentes olhares, ao lado do diálogo coletivo, constituem a maior riqueza do processo.

As reflexões e a explicitação das explicações a respeito dos processos são o primeiro passo fundamental para que se possam “construir textos” a respeito das experiências e projetos. Esse importante produto pode se materializar em documentos, apresentações e outros materiais que permitam a cada coletivo expor suas conclusões e as lições que construiu com referência ao processo sistematizado e/ou avaliado.

No caso da educação permanente em saúde, que opera em espaços coletivos, que se propõe a trabalhar com problemas, considerando o contexto e os diferentes atores envolvidos, o referencial de avaliação tem necessariamente de ser coerente, ou seja, basear-se nos mesmos princípios que orientam a ação educativa.

Ou seja, a avaliação no caso da educação permanente em saúde ***deve ser uma atividade do grupo que vive a experiência*** e servir a dois propósitos fundamentais:

- a. Propiciar a reflexão organizada para interpretar coletivamente cada experiência e construir conhecimentos a respeito dela;
- b. Possibilitar a compreensão cotidiana do sentido de cada ação, situação e de cada resultado.

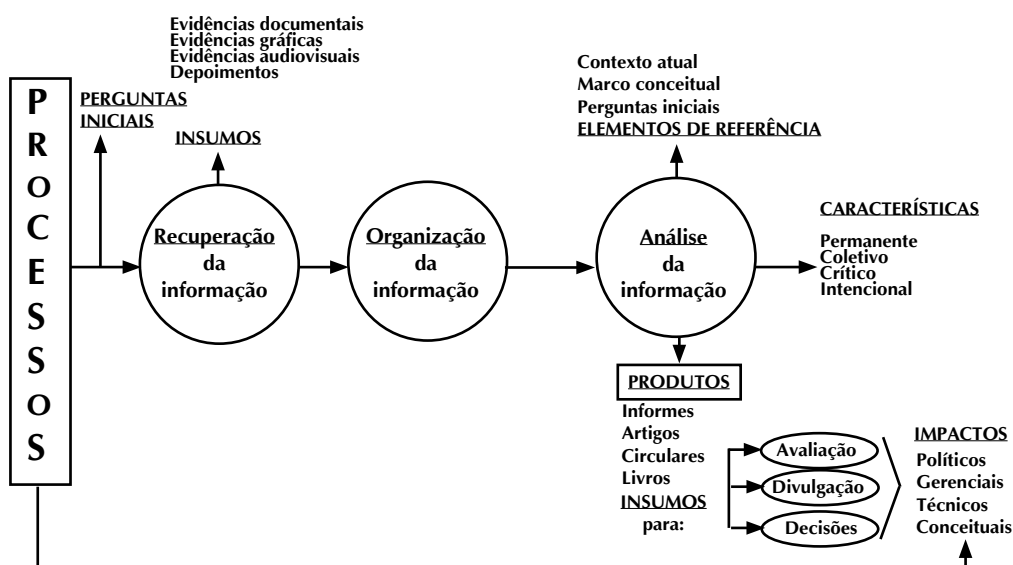
Alguns elementos importantes para a avaliação:

- Analisar as finalidades e objetivos da ação de educação permanente – isso é importante para reconhecer a coerência entre o processo finalmente desenvolvido e o que se pretendia inicialmente;
- Analisar o contexto em que acontece a ação – a situação de saúde, as características sociais e culturais, a organização do sistema e da unidade (se for o caso), o processo de trabalho. Saber quem são os atores envolvidos e seus interesses e lugares em relação ao tema trabalhado; identificar as posições, os conflitos, as relações de poder e sua influência na conformação do problema que está sendo enfrentado;
- Analisar a construção do plano de ação – o problema está ou estava claro? Foi bem explicado? Havia governabilidade para enfrentá-lo? O que foi feito a respeito?
- Analisar a dinâmica de trabalho – como os diferentes atores se sentiram e se posicionaram ao longo do processo? Por quê? As estratégias propostas geraram os resultados previstos? Como? Por quê?
- Analisar os resultados – Como os participantes se sentiram ao longo do processo e como se sentem agora? Que novas interpretações existem agora em relação aos problemas? Os problemas identificados foram superados? Como? Por quê? O que fez realmente diferença?

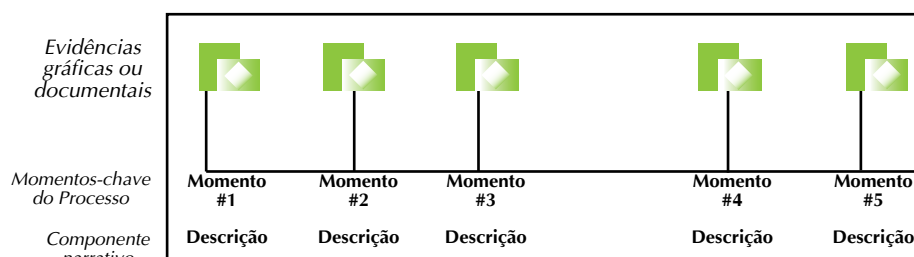
É importante registrar os diferentes momentos e passos da experiência de educação permanente em saúde para evitar o risco de perder elementos, acontecimentos ou pistas importantes – porque a memória falha. E é fundamental prever momentos coletivos para “paradas” para reflexão e análise coletiva do processo.

A seguir, são apresentadas três figuras que ilustram possibilidades de organização do processo de avaliação:

Avaliação na Educação Permanente em Saúde – uma sugestão organizativa

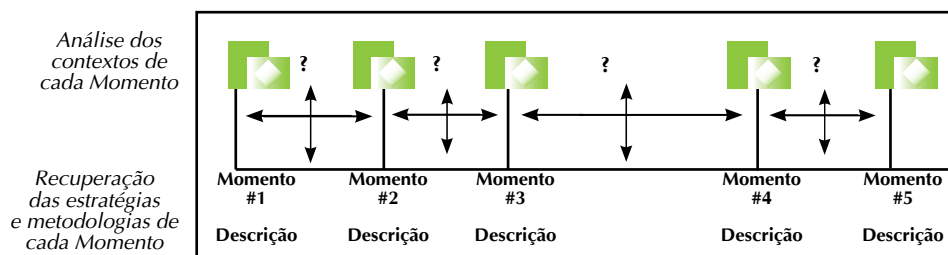


Sugestões para desenvolver a Avaliação Coleta de informação



A definição sobre quais são os momentos-chave é feita coletivamente, partindo da percepção da experiência do ponto de vista de cada ator que dela participou.

Sugestões de percurso para a Avaliação Análise de informação



As perguntas orientam as reflexões, ajudando a identificar e compreender as relações entre as estratégias e metodologias utilizadas em cada um dos momentos-chave, entre os resultados e as características dos contextos interno e externo da experiência.

Que tal começar a recuperar os registros de todo o processo de indicação de tutores, de eleição dos problemas para educação permanente, de identificação dos facilitadores e dos arranjos para desencadear as ações de educação permanente em sua localidade? Que perguntas você se faria para iniciar a avaliação desse processo? Junte-se aos demais facilitadores da sua região e comece a trabalhar!



Referências

- ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; JUNIOR, L. C. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Editora UEL, 2001.
- BARNECHEA, M..M.; GONZÁLEZ, E.; MORGAN, M.L. *A Produção de Conhecimentos em Sistematização*. Exposição apresentada ao Seminário Latino-americano de Sistematização de Práticas de Animação Sociocultural e Participação Cidadã na América Latina. Medellín, Colômbia, 11 - 14 de agosto, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal da Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, Brasil, 2001. Tema 6: Informação em Saúde, p. 163-1
- CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. *Sistema de Informação em Saúde para Municípios*. v. 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Série Saúde & Cidadania.
- CARVALHO, M. S. *Informação: da produção à utilização em Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Suely Rozenfeld (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- CECÍLIO, L.C.O. *Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental*. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- CENTRO Nacional de Epidemiologia/FNS. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 4 ed. cap 3. *Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica*, 1996
- Este texto também pode ser acessado no seguinte endereço: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/GVE/GVE0302.htm>
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n.º 12, (2), 1996, p.59-70.
- Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- FERREIRA, Sibeles M. G. retirado do *Caderno Vigilância Sanitária*. Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Gustavo Furquim Werneck, (Org.). Belo Horizonte: Coopmed, v. 4, *Cadernos de Saúde*, 2001.
- FRANCKE, Marfim; MORGAN, María da Luz. *A sistematização: aposta pela geração de conhecimentos a partir das experiências de promoção*. Lima, outubro de 1995.
- HUERTAS, Franco. Entrevista com Carlos Matus: *o Método PES em questão*. São Paulo: Fundap, 1996.
- JARA, Oscar. *Dilemas e desafios da sistematização de experiências*. CEP, Centro de Estudos e Publicações Alforja.
- MALIK, A M; SCHIESARI, LMC. *Qualidade na Gestão Local e de Serviços e Ações de Saúde*. Saúde & Cidadania.
- MARTINIC, Sergio. *O objeto da sistematização e suas relações com a avaliação e a investigação*. Exposição apresentada no Seminário Latino-americano de Sistematização de Práticas de Animação Sociocultural e Participação Cidadã na América Latina. Medellín, Colômbia: Fundação Universitária Luis Amigó, CEAAL, 12-14 agosto, 1998.
- ROSCHKE, M. A. & COLLADO, C.B. *Evaluación de Proyectos de Educación Permanente: Supuestos y Perspectivas*. In: *Educación Permanente de Personal de Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.º 100. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1994.
- ROVERE, Mario. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.º 96. Organización Panamericana de la Salud.

- SAUL, A. M. *Avaliação Emancipatória: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo*. São Paulo: Cortez Editora, 2000.
- Secretaria Executiva de Saúde Pública SESPA. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br>
- SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. . *Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n.º 10, (1), jan/mar, 1994, p. 80-91.
- SOUZA, João Francisco. *Sistematização: um instrumento pedagógico nos projetos de desenvolvimento sustentável*. Traduzido do português por Margarida Mendieta Ramos, do Departamento Editorial do CREFAL, Costa Rica. Apresentação realizada no mês de abril 2001, Cochabamba, Bolívia, no Seminário ASOCAM (Agricultura Sustentável Camponesa de Montanha, organizado pelo Intercooperation).
- TANAKA, O.Y. & MELO, C. *Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde*.
- TESTA, Mario. *Pensamento estratégico e lógica de programação*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- TESTA, Mario. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

**Unidade de Aprendizagem
Trabalho e Relações na
Produção do Cuidado**



Mapa Referencial da Unidade

A Saúde é produzida em processos de trabalho, processos feitos do trabalho de diversas pessoas, coletivos, organizações e instituições.

Essa Unidade traz a discussão do “coração” do cuidado em saúde: as relações, individuais e sociais, que configuram, constroem e criam o Cuidado em Saúde.

Caso - Jardim das Flores

Cena 1: Filomena busca atendimento na Unidade de Saúde

Cena 2: A filha de Filomena é atendida na Unidade de Saúde

Percurso

A partir da leitura do caso, convidamos você a refletir sobre o modo de produzir o trabalho em saúde, as vozes e posturas que encontramos, as possibilidades de cuidados e as consequências de nossa atuação e falas.

Referencial Teórico

- Texto 1: O modo hegemônico de produção do cuidado
- Texto 2: O processo de trabalho em saúde

Caso – Madalena

Percurso

A partir da leitura do caso, convidamos você a refletir sobre o processo de produção de cuidado que remete a descoberta dos coletivos sociais, e estes devem dialogar com as lógicas dos serviços.

Referencial Teórico

- Texto 3: Velocidade e intervalo no tempo da saúde

Caso - Reunião de Equipe

Cena 1 – Discutindo na equipe um caso atendido

Cena 2 – As ressonâncias da reunião na Unidade de Saúde

Percurso

A partir da leitura do caso, convidamos você a refletir sobre um dos âmbitos da organização do trabalho em saúde: a equipe. Na visita a estes momentos em que sua equipe se reúne para discutir os modos de operar e produzir saúde, perceba como ocorrem encontros e desencontros, onde as equipes estão confrontando emoções, desejos e interesses, mas sobretudo, produzindo o cuidado.

Referencial Teórico

- Texto 4 – Vivendo o mundo do trabalho – o trabalho humano e os coletivos: os desafios de estar na vida com os outros e a construção do trabalho de saúde em equipe

Caso - O Trabalho do Coletivo de Educação Permanente em Saúde- EPS

Cena – Fragmentos de uma reunião do coletivo de EPS

Percurso

Esse caso convida você a refletir sobre o trabalho coletivo em Educação Permanente em Saúde. Pense nos espaços de discussão do processo de trabalho dos quais participa ou já participou e reflita sobre a diversidade de posições, visões de mundo, concepções de saúde, de educação e do próprio trabalho coletivo dos diversos atores.

Referencial Teórico

- Texto: “O desafio de ser facilitador de práticas de Educação Permanente em Saúde” disponível na Unidade de Aprendizagem Integradora

Ao final desta Unidade você deverá ser capaz de:

Recontextualizar sua prática em saúde, a partir de reflexões críticas sobre:

- o processo de trabalho em saúde;
- a produção do cuidado;
- o compartilhamento cotidiano do trabalho em equipe e,
- a participação em momentos coletivos de negociação e pactuação.

Reflexões iniciais

Nesta unidade, seu ponto de partida é sua própria experiência em relação aos serviços de saúde.

Nesse momento, convidamos você a fazer um exercício de reflexão (introspecção). Procure trazer à memória suas experiências, como usuário, na utilização de serviços de saúde.

Escolha uma delas, a mais significativa...



Lembre-se do que você viu e vivenciou, como você se sentiu...

Lembre-se do que você esperava do atendimento e de como esse foi realizado.

Agora traga à memória as pessoas que cuidaram de você. Quem eram elas? O que elas fizeram? Você se sentiu cuidado?

Retorne para seu plano de estudos, vamos propor que você pense mais objetivamente sobre essa situação.



O que é cuidado para você?

Liste as características do que, para você, seria uma atenção de boa qualidade.



Caso Jardim das Flores

Caso Jardim das Flores

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim das Flores fica situada na região do Vale de São Jorge. Lá vive uma comunidade formada por famílias de trabalhadores da indústria metalúrgica. Além da UBS, há também uma escola municipal para crianças de 1ª a 8ª séries. Mais embaixo, há um campo de futebol, do qual a própria comunidade cuida, para o lazer da meninada. Há, ainda, igrejas espalhadas pela região e um comércio muito movimentado.

Na Unidade de Saúde, floresce um pequeno jardim na entrada, que é cuidado pelo Sr. José, com atividade voluntária de jardineiro. Lá trabalham 30 pessoas que mantêm o atendimento no horário de 7 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. São 8 auxiliares de enfermagem, 2 escriturários, 3 auxiliares de serviços gerais, 2 vigias, 2 pediatras, 2 clínicos, 2 ginecologistas, 2 dentistas, 1 técnico de higiene dental, 1 gerente, 2 auxiliares de farmácia, 1 assistente social, 2 enfermeiras, que se dividem em jornadas de trabalho de 20, 30 e 40 horas semanais. Esses trabalhadores garantem os serviços de consulta médica nas 3 especialidades (Clínica, Pediatria e Gineco-obstetrícia), visitas domiciliares, vacinação, curativos, inalação, coleta de material, atendimento odontológico básico, dispensação de medicação, grupos educativos para gestantes, hipertensos e diabéticos.

A população da área de abrangência da Unidade é de 18 mil habitantes.

A gerente realiza reuniões com os trabalhadores da unidade somente para resolver problemas, ou para acertos administrativos e transmitir informações.

A Unidade não conta com Comissão Local de Saúde.





Cena 1 – Filomena busca atendimento na Unidade de Saúde

Filomena é dona de casa, tem 45 anos, mãe de dois adolescentes, e esposa de um operário metalúrgico. Mora na periferia da cidade e sofre de freqüentes dores de cabeça. Amiúde, vai ao Centro de Saúde consultar o médico.

Naquele domingo, a dor repete-se e Filomena resolve que no dia seguinte vai retornar à Unidade de Saúde mais uma vez como tem feito, periodicamente, nos últimos anos.

Na segunda-feira, pontualmente às 4:30h da manhã, debaixo de uma brisa fresca do mês de maio, sai de casa para a Unidade de Saúde, onde chega às 4:50h para obter uma senha, o passaporte para a desejada consulta médica.

Às 7:00h, Sr. Valdeci, porteiro da Unidade de Saúde, abre a porta, coloca ordem na fila e distribui 12 senhas, correspondentes a maior parte das 16 consultas ofertadas pelo médico clínico naquele dia. Filomena é a 11a. Dirige-se com calma à recepção e, portando seu precioso “salvo conduto”, cumprimenta as recepcionistas, as quais conhece há 8 anos desde a fundação da Unidade de Saúde.

– Pode sentar e esperar o médico, Filomena. Ele só chega às 8:30h.

Filomena sabe que vai ser a manhã inteira ali. Enquanto a recepcionista revira o arquivo em busca do seu prontuário, dirige-se até o banco no fundo da sala e encosta por ali, esperando um alívio para as dores de cabeça.

Já não sabe quantas vezes veio à Unidade e é o mesmo problema. A dor vai e volta. A Unidade cheia, criança chorando, muita fala que bate como um zumbido na sua cabeça. O som das vozes parece oco, confuso e a dor ali, insistente.

Já veio muitas vezes ao médico para resolver o problema da dor de cabeça, mas nunca houve uma resposta satisfatória no

sentido de dar um jeito definitivo ao seu problema. Nos

últimos anos, passou por muitos deles. Tem o Dr. Marcus, que foi o primeiro da Unidade. Chegava cedo, mas era muito apressado e às 8:30h, mais ou menos, já tinha atendido todo mundo. Mandou fazer uns exames. Filomena fez Raio X, tirou sangue, voltou ao médico que receitou uns remédios caros. Ela comprou depois de algum tempo e tomou todos eles. A dor foi embora, mas depois voltou.

Depois do Dr. Marcus veio o Dr. Virgílio. Não chegava cedo, porque tinha de passar no hospital antes de vir pra Unidade. Mas nunca faltava. Consultou Filomena muitas vezes. Cada vez pedia um tanto de exames e, depois de prontos, receitava novos medicamentos. Mas nunca tinha tempo pra conversar direito. As consultas eram rápidas e silenciosas. Falar, só o necessário, respondendo às perguntas que o médico fazia e só.

Agora é o Dr. Gustavo. Médico novo e já sem tempo pra conversar. Quer ver o problema da cabeça, pesquisa tudo pelos exames e receita muitos remédios.

E assim vai passando a vida de Filomena. Queixa-se das dores aos médicos, ao marido, aos filhos, às vizinhas, à diretora da escola e até o padre já ouviu.



Walquíria e Rosa Maria são boa gente, mas trabalham muito, não têm tempo nem de olhar pra gente quando chegamos aqui. Vão direto perguntando o nome, pegando a senha e anotando no caderno.

Às 8:30h chega o médico e as pessoas agitam-se para a consulta que está prestes a ocorrer. Filomena havia esperado boa parte da manhã, tendo de ouvir as piadinhas de sempre, que fazem com ela.

– Olha ela de novo, vem toda semana e não tem nada – comenta a funcionária.

– É, deve ser manhosa, não quer trabalhar e vem pra cá – diz outra.

Filomena não tem boa reputação com os funcionários da Unidade de Saúde. É tida como uma pessoa que procura o serviço sem necessitar. Que já se pesquisou seu problema e verificaram que não tem nada. Uns falam que ela toma consulta de quem realmente precisa. Mas ela sente a dor, vai fazer o quê? A dor está lá e é o tal negócio, ela pensa “Pimenta no olho do outro não dói”. Pois, então, ela sente a dor e pronto, vai buscar o recurso.

– Mas são tantos anos e nada. O que será que eu tenho? – começa a indagar a mulher.

Após ter feito pré-consulta com a auxiliar de enfermagem, que verificou sua pressão arterial e peso, e uma ansiosa espera por 45 minutos, tempo em que o médico realizou as 10 consultas anteriores à sua, Filomena é chamada ao consultório.

Para pensar e sentir:

Considerando como Filomena está se sentindo, pense em quais expectativas ela traz para o serviço de saúde?



Que profissionais a atenderam até este momento e qual a sua avaliação sobre esses atendimentos?



No consultório...

– O que a Sra. tem? – pergunta Dr. Gustavo, olhando o relógio.

– Dor de cabeça, doutor. Desde ontem, não passa...

– Tá com febre?

– Não, senhor. Eu tenho tido dor no corpo.

– O corpo a gente fala depois, quero saber da cabeça. Tem dor atrás dos olhos? Tem tontura?

– Não, senhor.

O médico passa a examiná-la. Após o término, Filomena pergunta:

– Posso conversar com o senhor?

– Sim.

– O meu corpo todo está doendo e acho que minha pressão está alta.

O médico interrompeu-a, verificou a pressão anotada:

– A pressão está boa, mais alguma coisa?

– Não, senhor.

Após um curto tempo de relógio, ela sai com a receita de um analgésico, a indicação para exames e retorno daí a 15 dias. O mesmo rito que se repete na sua vida nos últimos anos.

Filomena sai com um nó na garganta. Queria falar alguma coisa, mas ficou entalado ali. Uma conhecida sensação de que faltou alguma coisa na consulta... “Eu falei tudo que tinha de falar? Não esqueci alguma coisa? O que foi mesmo que ele perguntou?”.

As questões torturam sua memória e ela repassa cada segundo da consulta, como se fosse um filme rodando no seu cérebro. Tentava se recordar das perguntas do médico, seus gestos. “Ele franziu a testa, será que é sinal de que meu problema é sério? Vou perguntar da outra vez que vier aqui.” – pensa a mulher, enquanto caminha vagarosamente na Unidade de Saúde.

Dirige-se à recepção que fica com a prescrição de exames para marcar e comunicar à Filomena. Ela sai da Unidade e leva consigo a dúvida, a expectativa do exame marcado, a esperança de curar aquela dor, a ansiedade pelo retorno ao médico para perguntar o que ela tem, falar da sua angústia, da sua vida. Que vida?! A vida da qual nunca lhe perguntaram e sobre a qual ela nunca falou.

Para pensar e sentir:

O que Filomena conseguiu expressar durante o atendimento médico?

Analise os processos de escuta, formação de vínculo e responsabilização.

Analise a abordagem do médico. Quais aspectos foram priorizados pelo profissional?

Você identifica práticas educativas no atendimento realizado?

O Texto “O modo hegemônico de produção do cuidado” (página 225) pode auxiliá-lo em seu trabalho.



No retorno, após 30 dias, de posse dos exames, Filomena repetiu o mesmo ritual: a brisa, a madrugada na fila, o porteiro. A recepção, seguida da espera e da pré-consulta. Finalmente a consulta médica. Dessa vez quem falou com o médico foi o papelório que ela trouxe. Foi com ele que o médico conversou. Colocou o Raio-X contra a luz, balbuciou alguma coisa, olhou o exame de sangue e falou algo mais (Tão baixo!...). Depois pegou a caneta e prescreveu a receita. Deu-lhe o papel com os nomes dos remédios e mandou procurar a farmácia.

“E a vida?” – pergunta-se uma frustrada e dolorida Filomena. “A vida é pra ser vivida e não falada, deve ser assim. Também, ele tem tanta coisa pra fazer... não vai ter tempo pra ouvir”. A sensação de que faltou alguma coisa, sentimento de descuidado, desproteção, insegurança.

– Tenho ou não um problema sério? E se for um câncer?

Filomena decide que assim que puder vai agendar consulta com outro médico. Quer ver o que ele vai falar do seu problema. Quer ter certeza. Mesmo que o pessoal vá xingar e criticar por estar voltando à Unidade, ela vai marcar assim mesmo.

Na farmácia, a auxiliar que atendeu a Filomena verificou a receita e entregou os medicamentos, explicando a forma de tomá-los. Escreveu na caixa de cada um o intervalo de horas para consumo e recomendou que os mesmos

fossem tomados nos horários certos e guardados em lugar adequado, longe do alcance de crianças. E, com voz carinhosa, ela disse:

– E a vida Filomena, como está, tudo bem na família?

A pergunta surpreendeu. Nunca lhe perguntaram isso. Mas ao mesmo tempo destampou algo preso na garganta e ela começou a falar do desemprego do marido, da falta de dinheiro, da gravidez da filha, da prestação atrasada, enfim, a vida era um turbilhão que ela não estava conseguindo controlar.

Depois da conversa, Filomena mostrou-se mais aliviada.

Para pensar e sentir:

Como você vê a interação entre Filomena e a Auxiliar? Compare aos atendimentos anteriores.

*Quais **conceitos de saúde** sustentam as práticas apresentadas no caso, o que acha disso?*



Cena 2: A filha de Filomena é atendida na Unidade de Saúde

Filomena está preocupada com a filha, grávida novamente. Não sabe direito como vai ser com mais uma criança em casa... Amanhã vai acompanhar a filha na consulta de pré-natal.

– Ainda bem que o Posto tá marcando consulta para gestantes e crianças a qualquer hora, porque assim não precisa chegar tão cedo para conseguir ser atendido.

Bete, a filha de Filomena, tem 18 anos e está grávida do seu terceiro filho. A primeira consulta de pré-natal na Unidade sempre é feita pela enfermeira, para agilizar o atendimento e segue o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde. Na consulta, é preenchida a ficha de pré-natal, aberto o cartão da gestante, solicitados os exames de rotina e realizadas as orientações.

A enfermeira, recém-chegada à Unidade, é uma pessoa bastante simpática e educada. Pega um formulário e inicia o atendimento, perguntando:

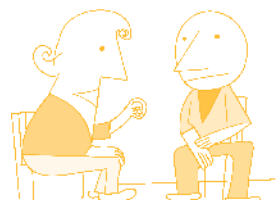
– A gravidez é desejada?

– Não foi desejada nem planejada. Meu último filho nasceu há sete meses e eu estava tentando colocar o DIU quando engravidei.

A resposta foi anotada pela enfermeira, sem que procurasse dar continuidade ao diálogo sobre questão tão fundamental para Bete. A consulta prosseguiu com outras perguntas para o preenchimento da ficha e com os procedimentos de rotina: a enfermeira mirou a balança, mandou subir, pesou-a e anotou. Pegou o aparelho de pressão em cima da mesa, apertou aquilo no braço da Bete, mediu a pressão arterial, anotou. Prescreveu exames laboratoriais e iniciou as orientações, anotou no prontuário. Parabenizou-a pela gravidez, orientando sobre alimentação, recomendando que não usasse bebidas alcoólicas, não fumasse. Finalizou, então, com a seguinte fala:

– Tente ficar bem com você para transmitir calma para o bebê.

– Mas eu estou nervosa porque perdi também a chance de ser admitida



Conceitos de saúde

No momento 1 da Unidade de Aprendizagem de Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde, você terá a oportunidade de se aproximar mais da discussão sobre o conceito de saúde.

no trabalho, porque o teste de gravidez na urina foi positivo.

A enfermeira tentou animar Bete respondendo, quase de imediato, que era possível realizar vários tipos de trabalho em casa. E se despediu, desejando-lhe boa sorte.

Para pensar e sentir:

Analise a abordagem da enfermeira. Que aspectos foram priorizados pela profissional?

Você apontaria alguma semelhança desse atendimento com o de Filomena? Qual(is)?

O que os atendimentos recebidos por Filomena e Bete provocaram em você? Como te afetaram?

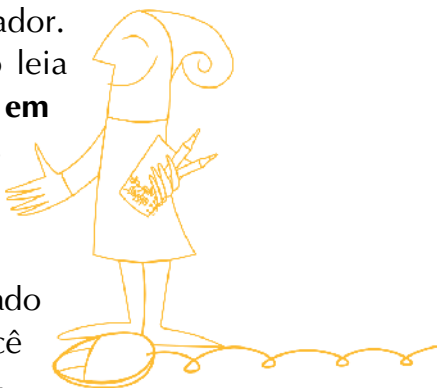
Como você imagina que os atendimentos afetam a forma de ser, pensar, agir e sentir dos trabalhadores e usuários?

E você? Reflita sobre o seu modo de agir/sentir/pensar no seu cotidiano de trabalho e na sua vivência.



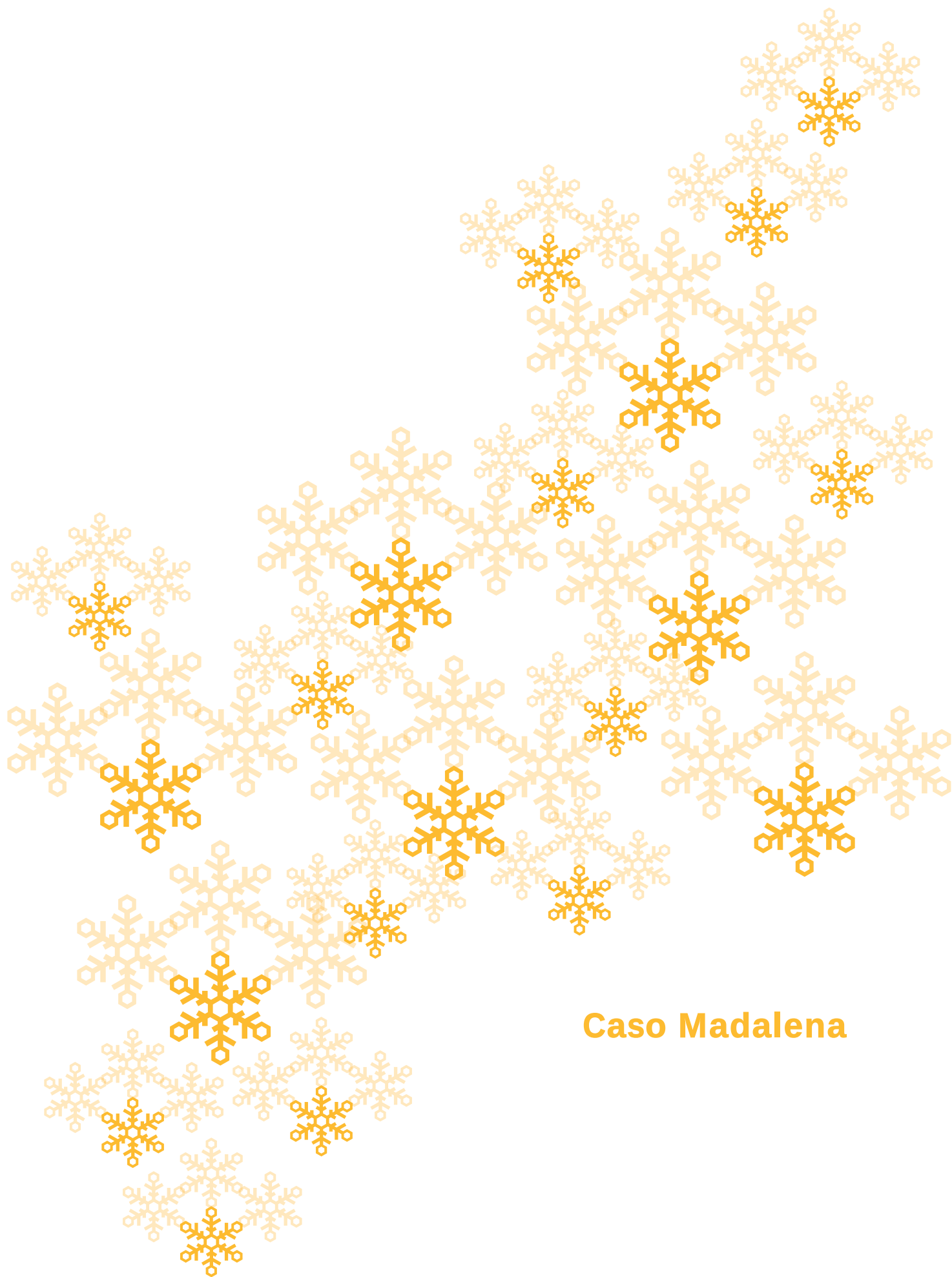
Avaliação

-  Considerando as situações apresentadas, analise a organização do processo de trabalho, na Unidade Jardim das Flores. Aplique o fluxograma analisador. Para subsidiar o seu trabalho leia o texto **Processo de trabalho em Saúde** (página 239) e utilize os roteiros propostos.
-  Analise a produção de cuidado. Retome o seu conceito de cuidado e de qualidade da atenção. Você proporia mudanças no atendimento/atenção oferecido e no processo de trabalho desta Unidade. Quais?



Questão norteadora para a proposta de Ação de Educação Permanente em Saúde:

Pensando na atividade de elaboração da proposta de ação de Educação Permanente em Saúde, procure identificar, nos serviços de saúde da sua localregião, questões semelhantes às abordadas nesse caso. Discuta com seu tutor sobre isso.



Caso Madalena

Caso Madalena

Este relato é baseado em histórias reais de mulheres moradoras no Bairro da Rocinha. A narrativa resgata o trabalho conjunto entre elas e os profissionais de saúde de um Instituto de Referência na área de atendimento Materno Infantil. A história é contada de forma a **dar voz** a todos os envolvidos na busca de estratégias para construir um sistema de saúde mais justo e ético.

Quando conheci Madalena nem imaginava sua vida.

Como enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva, primeiro conheci sua filha Maria. Maria nasceu prematura, foi submetida a uma cirurgia por refluxo gastro-esofágico e adquiriu, então, uma gastrostomia (abertura no estômago) e uma sonda para alimentação. Desenvolveu uma doença pulmonar crônica e permaneceu muito tempo em ventilação mecânica na UTI. Era muito desnutrida, o que dificultava sua recuperação e agravava seu quadro. Maria ficou internada cinco meses e passou a ser dependente de tecnologia dura, ou seja, de um arsenal terapêutico que inclui equipamentos, medicamentos e insumos essenciais à sua sobrevivência.



O trabalho na UTI era pautado pela manutenção da vida da criança. Trata-se de um setor que possui muitos monitores, respiradores, uma temperatura mais fria e muitos ruídos sonoros que indicam o funcionamento e os alarmes dos equipamentos. O processo de trabalho é intensamente centrado no domínio do cuidado tecnológico e especializado.

Todos os trabalhadores da UTI envolvidos no cuidado formam, no cotidiano, uma arena diária de lutas, encontros e desencontros, o que se traduz num mundo vivo e vivido por todos, nem sempre integrado, que muitas vezes exclui a família.

Os cuidados envolvidos no tratamento hospitalar são diversos e têm características próprias. O grande arsenal de equipamentos, as rotinas de tratamento da doença e a intensidade do ritmo de trabalho dificultavam uma aproximação com Madalena.

Madalena veio muitas vezes à UTI ver sua filha Maria. Naquela época o processo de trabalho pouco permitia que houvesse tempo para incluí-la na abordagem clínica. No entanto, a dinâmica do atendimento fez-me entrar em contato com ela. O meu trabalho como enfermeira remeteu-me a conversar com Madalena, pois ela, como mãe e responsável, devia autorizar os procedimentos no corpo de Maria que eram necessários para sua sobrevivência.

Madalena estava apavorada, com muito medo e resistia a assinar. Nesse momento, iniciei um diálogo com ela; tudo a assustava.

– Como? Minha filha não vai comer pela boca? Eu não sei lidar com isso. Minhas outras filhas são como todas as crianças. O que vou fazer da minha vida?

Sua angústia mobilizou-me profundamente... Senti-me no seu lugar quando enfrentava situações sobre as quais eu não tinha domínio, isso me deixava insegura. Como deve ser difícil para Madalena.

Estar sensibilizada por sua dor e dificuldade possibilitou uma abertura para o diálogo. Organizar com meu corpo uma postura de ouvinte e de escuta sensível tornou-se necessária. Estava totalmente receptiva à sua fala.

Em nossos encontros, pude dividir com Madalena o que tanto me inquietava! Dizer a Madalena que o trabalho na UTI exigia muita rapidez e eficiência. Esse modo de operar o cotidiano da assistência no Hospital proporcionava pouco tempo para entrar em contato com as aflições das famílias.

Compartilhar com Madalena sentimentos comuns de insegurança e medo frente ao novo, por motivos diferentes, favoreceu a construção de uma relação de confiança para o cuidado de Maria.

Essa aproximação trouxe Madalena ao Hospital quase todo dia.

Mostrava-se assustada com os aparelhos. Tudo era novo e desconhecido para Madalena. Observava atentamente os profissionais tão competentes e julgava-se incapaz de cuidar da sua filha. Em uma de suas visitas, ela queixou-se, falando emocionada:

– Sabe, a única coisa que eu posso oferecer à minha filha é meu colo. Segurar no colo, pegar e acariciar. Fiz isso com minhas outras filhas. Aqui me sinto impotente, não posso fazer nada.

Esse diálogo mobilizou discussões com os demais profissionais da equipe da UTI que foram revelando diferentes posições. Alguns resistiam às modificações, alegando falta de tempo e dificuldades em mudar as rotinas, considerando que a presença da mãe atrapalharia o andamento do trabalho. Outros, apesar de sensibilizados, não viam possibilidades de mudar as rotinas. No cotidiano do trabalho, esse tema foi recorrente.

Isso possibilitou, após algum tempo, decidirmos juntos que, quando Madalena viesse ver a filha, a equipe iria ajudá-la a pegar sua criança. Chegamos à conclusão de que essa era uma forma importante para manter o vínculo mãe-filha. Os profissionais concordaram que esse era um direito e que traria vantagens para Maria. Aquele aconchego também era terapêutico.

A discussão apontou para a necessidade de incluir Madalena no processo terapêutico, como sujeito interessado e responsável pelos cuidados futuros de sua filha.

Essa mudança na postura da equipe foi uma alegria para Madalena, que se sentiu mais participante no tratamento de sua filha. Os diálogos que se estabeleceram durante a longa permanência de Maria no Hospital possibilitaram construir um diagnóstico das necessidades que eram anunciadas para implementar um planejamento de cuidado após a alta. A dificuldade de Madalena em cuidar de sua filha em casa apontava para a importância de realizar ações de educação para saúde.

O treinamento prescritivo foi então iniciado. Eu falava e ela ouvia. Usava uma linguagem técnica e com termos da ciência. Não sei muito bem se ela compreendia, mas agora precisaria lidar com a nova realidade. A gastrotomia, procedimento comum para os profissionais de saúde, causava pavor em Madalena.

Os dias que se passaram foram de estranhamento para Madalena. Ela não conseguia tocar sua filha, tinha medo da sonda. Ela achava que era como uma tripa que estava para fora do corpo da menina. Seu corpo estava assustado, retraído, parecia menor do que era. A cor da sua pele estava muito pálida e sua voz muita fininha. Quase não se podia ouvir o que ela falava.

A percepção da situação de sofrimento de Madalena levou-me a pensar com ela em soluções para os desafios de cuidar diariamente de uma criança dependente de tecnologia.

Assumir esse compromisso foi muito importante para nós duas, para sua filha e para a equipe da UTI, porque construímos, ao longo dos encontros, uma relação de confiança que foi enriquecedora para a prática clínica da equipe, pois a informação sobre quem era Madalena foi ganhando visibilidade.

Madalena foi se constituindo sujeito no processo, instaurando sua singularidade de mulher com uma herança de dificuldades.

Ela dizia: — Parece até que joguei pedra na Cruz, tanto sofrimento e tanto desafio. Enfrento uma guerra todos os dias... Não é fácil, não! Muito diferente da vida da senhora...

Interessante em nossos diálogos foi Madalena perceber que eu também, como profissional de saúde, enfrentava muitos desafios diários na minha vida pessoal e profissional. Essa descoberta proporcionou uma identidade comum: somos todos humanos e estamos na vida de modos diferentes.

Agucei meus sentidos e desenvolvi uma escuta sensível para estar com ela. Dediquei mais tempo aos nossos encontros e pude descobrir que minha disponibilidade ampliava o canal de comunicação.

Madalena estava aflita, longe das filhas e de sua casa... Com saudades. Sentia-se culpada por abandonar as outras filhas que também precisavam dela.

Essa interação deu elementos novos para minha atuação como enfermeira.

Concedida a alta, logo em seguida Madalena retornou, para surpresa de todos da equipe. O que poderia estar errado?

Quando Madalena entrou na Unidade com Maria, depois de três dias no domicílio, uma pessoa da equipe logo exclamou: — Madalena não cuida direito, não é uma boa mãe!

Ao ouvir a frase de julgamento do profissional, Madalena se desfez.

Seu corpo foi atravessado por aquela afirmação! Madalena estava apavorada com tanta responsabilidade. Estava marcada demais pelo labores da vida e pelo sentimento de culpa de não ter conseguido lidar com Maria.

Madalena disse: – Meu coração ficou despedaçado...

Resolvemos em equipe, que era melhor visitar o domicílio e ver as condições estruturais da família para receber Maria. Nossos argumentos para manter a alta foram: o leito que ela ocupava era necessário para outras crianças; o tratamento pode ser realizado em casa; é responsabilidade da mãe cuidar de Maria; seria melhor para Maria ficar em casa. Mas, será que Madalena estava preparada para cuidar de uma criança diferente?

Fui incumbida pela equipe de realizar a visita domiciliar.

Ao chegar ao bairro da Rocinha, a constatação foi de uma tamanha injustiça social. A Rocinha era um bairro que não tinha a menor estrutura, o acesso difícil, ruelas, esgoto a céu aberto, onde se alojava a minúscula casa de Madalena e sua filha Maria.

Ao atravessar as ruelas, fiquei reflexiva e atenta. Meus olhos viam no concreto a realidade de um povo oprimido pela dureza do cotidiano, coisas que nem imaginamos no interior dos hospitais e no conforto de nossas casas.

Pensei várias vezes que o contexto produz o texto. Lembrei-me da desnutrição de Maria e de sua diarreia que nunca sarava como me dizia sua mãe.

Ela tinha mais duas filhas. Morava com a mãe que é viúva. Uma família de mulheres. Poucos recursos. Onde estava a autonomia daquelas mulheres?

A decisão da visita foi importante. A equipe mostrou-se surpresa. Essa oportunidade aproximou os profissionais de um setor fechado e isolado da realidade de vida de quem cuidávamos. O médico da equipe afirmou para o grupo: — Precisamos valorizar mais essas questões quando planejarmos a alta.

O treinamento realizado no Hospital não condizia com o contexto no qual ela vivia. Todos os profissionais estavam desafiados tanto quanto Madalena. Precisávamos reorganizar todo o processo educativo com o contexto que se apresentava. Rever a nossa prática. Buscar novas alternativas conceituais e clínicas que levassem em consideração sua realidade de vida.

Contei ao grupo do Hospital o orgulho de Madalena quando falava sobre a história do nome do bairro onde morava.

– É por causa de uma mulher chamada Russinha, ela veio plantar legumes e vender aos moradores da Zona Sul. Ela foi reunindo muitas pessoas vindas do nordeste que acreditaram no seu sonho. Tudo era plantado numa pequena horta e depois vendido. Com o dinheiro, as pessoas iam construindo moradas e ficando por ali. Eram algumas pessoas e veja só...

Um profissional, ao ouvir os relatos sobre Madalena e seu bairro, afirmou: – Onde há fragilidade há também força. Força para construir um futuro!

Nas visitas ao domicílio e à comunidade, descobri que a sonda de gastrostomia era somente uma parte do todo que compunha aquela realidade.

A família não ajudava Madalena nos cuidados, não dividia as responsabilidades. Ela estava fatigada, cansada e segundo ela sofrendo dos nervos. Os vizinhos zombavam de Maria porque ela tinha uma tripa na barriga. A creche não recebia Maria porque ela era doente e muito esquisita. Os professores e funcionários da creche tinham medo de tocar nela.

Quanto desconhecimento sobre a doença de Maria! Maria não é aceita porque assusta as pessoas por ser diferente, afirmava Madalena.

– O que fazer? – indagava.

Madalena, por sua vez, não podia trabalhar porque tinha de cuidar o tempo todo de Maria e também havia as visitas aos ambulatórios de especialidades para acompanhamento: neurologia, cirurgia pediátrica, pneumologia, genética, fisioterapia respiratória. Esse tipo de atendimento fazia com que Madalena tivesse que ir ao Hospital todos os dias.

Com todo esse desafio, a força guerreira de Madalena se manifestava. Muitas vezes, observei uma garra e uma enorme disposição nas suas ações. Fazia lembrar a força dos guerreiros em combate.

Num dos nossos encontros, ela disse: — Estou muito cansada da guerra, queria uma vida mais leve, que não me exigisse tanto.

Madalena sentia essa força e afirmava: — Há algo que me coloca de pé todos os dias para ir à luta.

Dizia ainda: – Queria ter mais lugares com que pudesse contar para cuidar de Maria. Queria que os vizinhos a aceitassem como ela é, não reparassem tanto. Queria que o pessoal do Hospital me ajudasse mais.

E continuava com sua sabedoria de vida: — Tenho minha fé. Não é uma fé cega, é algo que me conforta e me dá esperança de um futuro melhor. Quando estou muito cansada da lida diária, paro um pouco.

– Dou uma pequena parada... Respiro, olho para Maria. Aquele sentimento de mãe aparece e me sinto profundamente ligada a ela. Sou responsável por ela. Ela precisa de mim e de todos para sobreviver.

– Às vezes, sinto-me culpada quando alguns pensamentos me ocorrem, “Como eu gostaria de não ter tido uma filha assim. Não agüento mais esse sofrimento! Nunca tenho tempo pra mim! Tenho medo de falar isso e ser mal entendida”. Mas esses pensamentos sempre voltam à minha cabeça e me fazem sofrer.

Na consulta, Madalena estava inspirada. Como aprendo com ela, embora ela sempre me diga que ela é que aprende comigo.

Reflico sobre essa jornada de cuidado. Acredito, depois de dois anos, que aprendemos em comunhão nos momentos que estamos disponíveis para estarmos com o outro, construindo nosso futuro e o de Maria e, por que não dizer, do todo que nos cerca?

Maria agora está com dois anos, cresceu, está muito pesada, cansa-se facilmente ao caminhar. Madalena conta, no grupo, os desafios que experimenta fora do Hospital com o transporte, por exemplo.

Ela diz: – O motorista do ônibus diz que Maria não é deficiente física.

– Ora, minha senhora, ela anda!

Madalena diz que, às vezes, encontra um motorista que diz: – Coitadinha! Pode entrar com a criança. Ele tem pena, mas desconhece nosso direito.

Madalena reflete e afirma: – Essas coisas que o motorista não sabe me impedem de estar nas consultas do Hospital. Muitas vezes, não tenho dinheiro...

Continuando a reflexão, constata suas dificuldades:

– O Posto de Saúde local, não posso usar. Lá é só vacina. O atendimento, só no Hospital do Centro. Lá eles sabem como cuidar de Maria. Nos outros hospitais eles dizem: – A criança não é nossa.

Ampliar o diálogo tem feito muita diferença. Aproximar de Madalena possibilitou à equipe constatar que era necessário ampliar nossas ações. A equipe também tem procurado dividir suas dificuldades com os responsáveis pelo Hospital. O diretor está cuidando de conversar com os representantes do sistema de saúde local sobre os casos novos e de maior complexidade.

Madalena já não se sente tão só.

O envolvimento dos profissionais da UTI e dos gestores proporcionou grande avanço.

Madalena foi incluída no recém-criado PADI (Programa de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar).

Madalena está muito feliz: – Lá tem a Luíza, o Almiro, a Rafaela, eles vêm na minha casa e me ajudam no tratamento. Isso mudou muito minha realidade. Parece pequeno, mas é grande!

Nos encontros, Madalena afirma: – Estou ficando mais exigente dos meus direitos e tenho com quem contar. O encontro com as outras famílias no grupo educativo, que acontece uma vez por mês aqui no Hospital, me fez ver que não estou só no mundo. A enfermeira Noélia e outros profissionais ajudam a gente a encontrar saídas para nossos problemas. Isso me fortalece, fortalece a todos nós! Eu sei que tenho muito a oferecer, minha experiência se soma a das outras mães. Vou te dizer: É show de bola. Estamos falando até de leis... Outro dia veio uma pessoa de uma Associação, a gente está se organizando... Queremos o que todos querem: vida boa para nossas crias e para nós também, que somos mães!

Para pensar e sentir:

O que os atendimentos recebidos por Madalena e Maria provocaram em você? Como te afetaram? (sentimentos, emoções, saberes).

Como você avalia que afetaram os trabalhadores e as usuárias? (forma de ser, pensar, agir e sentir).

Você vê relações desse caso com a proposta de educação permanente em saúde? Quais?



Avaliação

1. Compare o atendimento/atenção oferecido por esse serviço para Madalena e sua filha com o oferecido no caso anterior. Analise as diferenças observadas. Considere os seguintes itens:

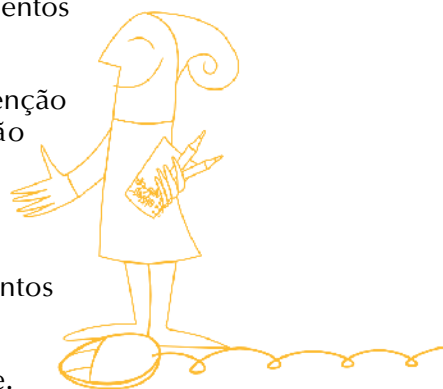
A – Abordagem clínica dos profissionais (elementos para a prática do cuidar);

B – As ações e atividades propostas para intervenção no processo saúde/doença/reabilitação (projeto terapêutico);

C – A interação entre os profissionais;

D – A relação com a organização e movimentos sociais;

E – A relação com os demais serviços de saúde.



2. Retome o seu conceito de cuidado, qualidade de atenção e às propostas de mudanças sugeridas por você no início da unidade. Você acrescentaria algo às suas propostas?

3. Analise os processos de aprendizagem vivenciados no caso.



Textos

Consulte também o Mirante 1 da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no cotidiano do trabalho para discussão sobre Aprendizagem significativa.

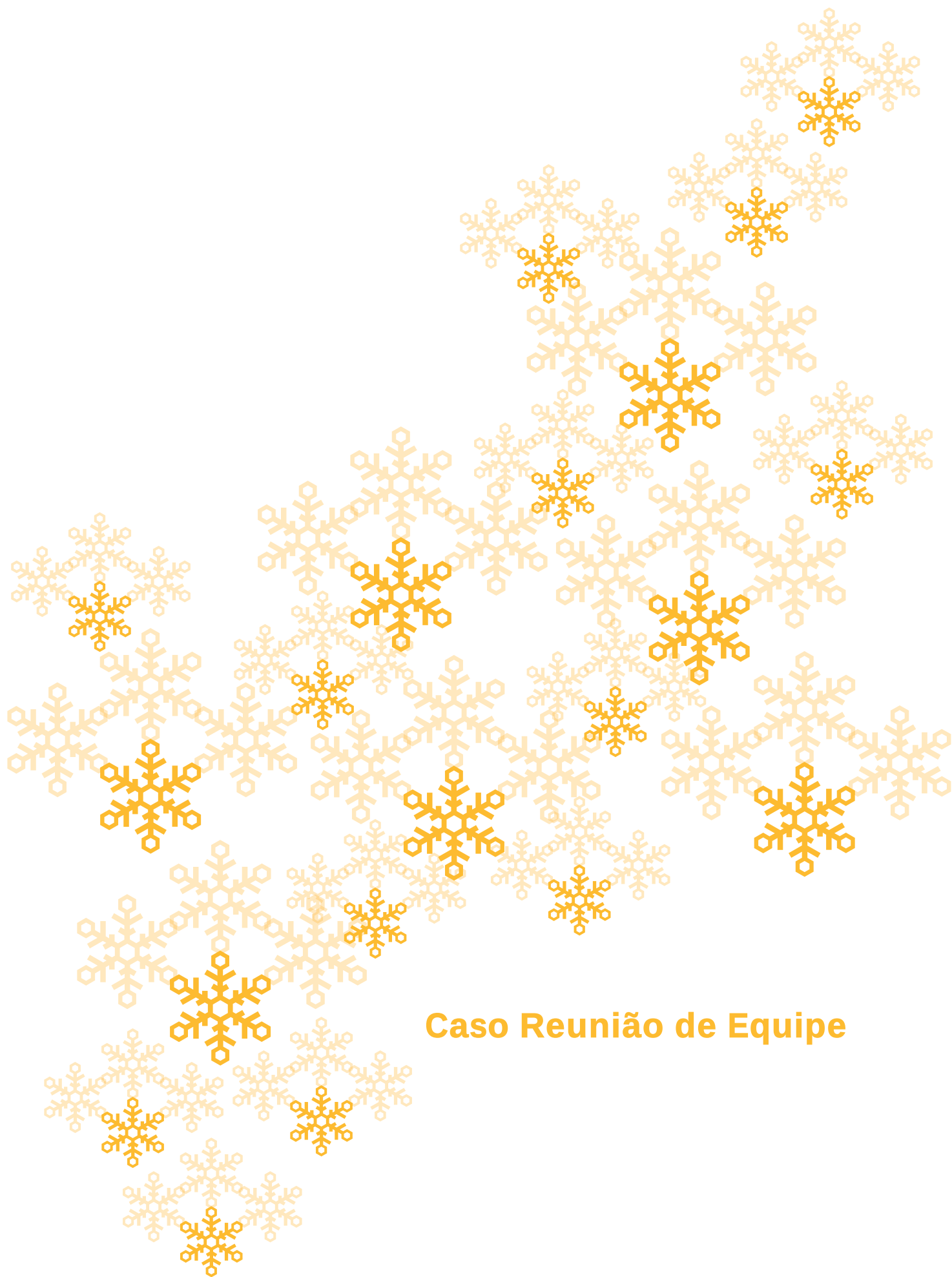
Além dos **textos** anteriores, os indicados abaixo podem auxiliá-lo na realização de seu trabalho.

“Velocidade e intervalo no tempo da saúde” (página 251).

“Fazer do Amor uma Cidade/Fazer o Amor numa cidade: a presença do social e do cultural nos contextos e nas práticas da saúde” (Unidade Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde).

Questão norteadora para a proposta de ação de Educação Permanente:

Tendo em vista o seu papel de facilitador de EP, analise a produção de cuidado na realidade dos serviços de saúde da sua localidade e aponte ações de educação permanente a serem desenvolvidas. Discuta com seu tutor sobre isso.



Caso Reunião de Equipe

Caso Reunião de Equipe

Cena 1 – Discutindo na equipe um caso atendido

A cena a seguir é a de uma equipe de saúde em discussão de um caso em atendimento na Unidade. Participam da reunião dois médicos (um generalista e um pediatra), cinco agentes comunitárias, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e gerente.

Agente Comunitária de Saúde 1: – Eu gostaria de discutir o caso da Dona Sebastiana.

Enfermeira: – Eu também tenho um caso para discutir que é da dona Júlia.

Agente Comunitária de Saúde 2: – Então vamos logo, porque daqui a uma hora vou sair, tenho consulta médica.

Enfermeira: – Alguém mais tem algum caso para discussão?

Médico 1: – Se a Dona Sebastiana que vai ser discutida é a mãe da Érica, eu não tenho mais nada a dizer desse caso, já fiz tudo o que podia e ela não adere ao tratamento proposto.

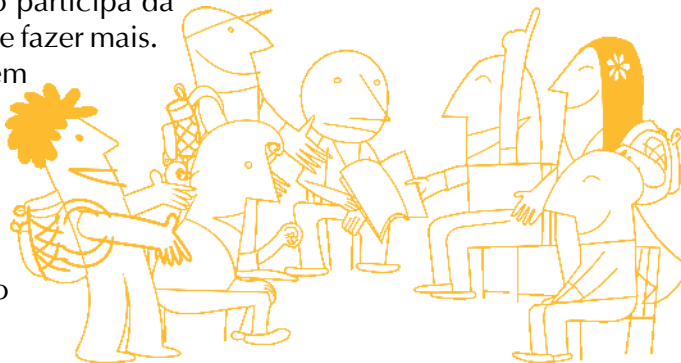
Gerente: – Então, vamos começar por esse, porque me parece que essa dificuldade não é somente do Dr. 1, mas de muitos daqui.

Auxiliar de enfermagem 1: – Eu mesma, quando a percebo chegando, tenho vontade de sumir.

Agente Comunitária de Saúde 1: – Ela está atravessando uma fase de vida muito dura, tem pressão alta, não toma os medicamentos, não vem aos grupos, eu canso de chamar, não participa da caminhada matinal... Não sei o que fazer mais.

Médico 1: – Esse caso não tem solução. Acho perda de tempo. Não podemos descadastrá-la da Unidade?

Auxiliar de enfermagem 2: – Lá no meu outro trabalho é assim: paciente que não aceita tratamento é dado alta.



Médico 2: – Como é a vida dessa mulher?

Agente Comunitária de Saúde 3: – É aquela, da casa cor-de-rosa?

Agente Comunitária de Saúde 1: – É, mas ela mora com a filha Érica, é viúva há 3 anos e recebe uma pensão de 1 salário mínimo. Contam que era muito alegre quando a filha morava lá, mas estava casada e ficava com os dois netos. Agora a filha se separou e a guarda das crianças ficou com o pai. A casa esvaziou de um tempo para cá.

Médico 2: – Mas por que ela causa tanto desconforto na equipe?

Auxiliar de enfermagem 2: – Ela é aquela pessoa chata, sabe? Quer tudo na hora, vem aqui na recepção e pergunta: – Tem consulta para hoje? Se você pergunta: – É para a senhora? Ela já responde: Já vi que vai me enrolar... Não é mesmo, auxiliar 1?

Auxiliar de enfermagem 1: – Não! Sabe, tenho outra idéia sobre ela. É daquelas pessoas que participam, já foi da associação de moradores. Agora, anda revoltada da vida.

Enfermeira: – É mas revolta. É problema de saúde? Que temos com isso?

Agente Comunitária de Saúde 3: – Acho que tenho uma sugestão...

Agente Comunitária de Saúde 4: – Ah! Lembrei. É hoje que vamos refazer o mapa da sala 4?

Gerente: – Gente, vamos ver isso depois. Vamos voltar ao caso.

Agente Comunitária de Saúde 3: – Queria fazer uma sugestão...

Enfermeira: – Sabe, acho que tem coisas que precisávamos de ter um psiquiatra aqui, já dar tratamento de uma vez. O que nós podemos fazer nesse caso? Não vejo nada.

Agente Comunitária de Saúde 1: – Então, que que eu faço? Se vocês que estudaram não sabem...

Agente Comunitária de Saúde 2: – Quem tem de falar aí do caso são os doutores! Eles têm as respostas disso daí.

Enfermeira: – Eu discordo! Como enfermeira tenho meu valor.

Agente Comunitária de Saúde 2: – Não, você também tem estudo, quis dizer que eles sabem mais desses casos.

Enfermeira: – Não concordo de novo!

Agente Comunitária de Saúde 2: – Deixa pra lá...

Agente Comunitária de Saúde 5: – Só para dar um aviso: o ônibus mudou o trajeto e também os horários.

Agente Comunitária de Saúde 2: – Gente, preciso ir. Até à tarde.

Médico 2 (dirige-se ao médico 1): – Qual o problema ao seu ver?

Médico 1: – Ela vem com a PA toda descontrolada, mente que está tomando o remédio, no começo, eu modificava a prescrição, agora não sei mais o que fazer.

Médico 2: – Experimenta antes de atendê-la se acalmar e não iniciar a consulta você falando. Deixa ela falar.

Médico 1: – E eu faço o quê? Os pacientes já entram esperando eu dizer o que devem fazer. Perguntam “E aí, Doutor, o Sr. não vai abaixar minha pressão?”

Médico 2: – Procure esperar um tempo e deixar que ela fale sobre si, sobre o que pensa que acontece com a pressão dela, com ela.

Enfermeira: – Sabe, que isso aí é interessante, porque a gente pensa que o paciente não sabe da vida dele e se surpreende.

Auxiliar de enfermagem 1: – É, lembra a Dona Joaquina, ela chegou a conclusão de que estava querendo ficar doente porque assim tinha atenção dos filhos. Agora se cuida, emagreceu, vai ao salão de beleza... a pressão está super boa.

Gerente: – Acho interessante isso não só para o Dr 1, mas para todos daqui: para quem visita, quem recebe na recepção... Vamos procurar... (é interrompido).

Auxiliar de enfermagem 2: – A gente aqui é muito bonzinho, esses pacientes ficam mal acostumados....

Médico 1: – Vou tentar, mas não sei se isso vai dar certo... (dirige-se ao médico 2) Até porque você pode conversar assim com seus pacientes porque sua agenda aqui é bem light. Tem dia que eu atendo 16 e quatro encaixes...

Médico 2: – Não! Minha agenda é como a sua. Quem disse que eu atendo menos?

Auxiliar de enfermagem 1: – Eu que não fui, viu Dr.?!

Agente Comunitária de Saúde 1: – E se a gente discutisse o caso da dona Sebastiana com o pessoal lá da Saúde Mental? Podia convidar para vir aqui e discutir com a gente.

Médico 1: – Acho isso bom, porque eles lidam mais com isso e podem nos ajudar. Isso pode ser feito? Acho que seria interessante todos os trabalhadores participarem. Poderia ser uma coisa para o aprendizado de todo mundo.

Agente Comunitária de Saúde 2: – E por que não encaminha ela de vez pra lá?

Auxiliar de enfermagem 2: – Isso que eu penso! Não segue direito, dá alta, encaminha para outro lugar.

Enfermeira: – Porque é da nossa área, e somos nós os responsáveis por cuidar dela e da família dela.

Gerente: – Vou ver. Na próxima reunião, eu informo se poderá acontecer essa discussão de caso com o pessoal da Saúde Mental. Mas, antes, tenho de ver na Secretaria de Saúde, se pode. Bom, precisamos ir para o outro caso, desse ficamos assim?

Para pensar e sentir:

Analise as colocações dos trabalhadores tendo em vista as propostas de atuação no caso. Quais propostas de cuidado estão em disputa?

Você identifica tensões nos diálogos? Quais?

Existem momentos em que os participantes se afastam do objetivo formal da reunião? Por que será?





Cena 2. As ressonâncias da reunião na Unidade de Saúde

Na copa da unidade, após a reunião, acontece o seguinte diálogo:

Médico 1: – Ai! A Dona Sebastiana não sai da minha cabeça. Fico muito preocupado com o que possa vir a acontecer com ela.

Auxiliar 2: – Cuidado para não se envolver demais.

Auxiliar 1: – Eu queria falar mais, mas fiquei com vergonha.

Agente Comunitária de Saúde 3: – Ninguém ligou para o que eu disse. Por isso eu penso que não adianta falar.

Auxiliar 2: – Aqui é assim, combina as coisas na reunião, mas todo mundo faz do jeito que acha. Que nem isso de escutar mais, vocês acham que dá tempo pra isso?

Médico 1: – Não sei... Mas fica difícil saber até onde ir. Acho que ela precisa de alguém para apoiá-la.

Auxiliar 2: – Também acho, doutor, mas deixa isso para lá. Experimente este bolo que a Agente Comunitária de Saúde 3 trouxe para nós.

Para pensar e sentir:

Há diferentes valorizações das falas dos integrantes da equipe? Quais seriam os motivos dessas diferenças?

Pensando que reunião é trabalho, o que foi produzido?

Refleta sobre o processo de trabalho como um lugar de encontros/desencontros de interesses e desejos. Como isso se dá no seu trabalho?



Avaliação

1. Como a Educação Permanente pode contribuir para a construção do trabalho em equipe na perspectiva de criação de novos modos de operar em saúde: mais cuidadoso, mais integral, com vínculos, com responsabilização, resolutividade. Justifique.
2. Agora escolha uma forma de expressão que represente seu aprendizado até este momento (poesia, música, filme, imagem, outras).

A leitura do texto: “**Vivendo o mundo do trabalho**” (página 259) pode auxiliá-lo em seu trabalho.



Questão norteadora para a proposta de ação de Educação Permanente:

Tendo em vista o seu papel como facilitador de Educação Permanente e considerando a realidade dos serviços de saúde da sua localidade, analise a produção dos grupos e equipes e aponte ações de educação permanente em saúde a serem desenvolvidas. Discuta com seu tutor sobre isso.



Você pode, também, ir ao Mirante 2 da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho quando aborda o tema problemas e atores sociais.

Além disso, no Momento 3 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde, você aprofundará estas questões na realização das atividades e também no texto “A Educação Permanente em Saúde como Estratégia de Gestão de Coletivos”.



**Caso O Trabalho do
Coletivo de Educação
Permanente – EPS**

Caso O Trabalho do Coletivo de Educação Permanente em Saúde - EPS

Agora vamos fazer uma aproximação ao trabalho realizado pelos participantes do coletivo de discussão e implementação da Educação Permanente em Saúde, numa base locorregional.

Mas, antes, convidamos você a relembrar suas experiências nas rodas de negociação de propostas de Educação Permanente em Saúde.



O que você tem vivido?

Que tensões você identifica nesses espaços?

O que você tem aprendido?

Como tem sido a construção das pactuações e das relações de cooperação?

Vamos a uma situação de uma reunião desse coletivo que já foi constituído e que, neste momento, está discutindo as necessidades de formação e desenvolvimento de pessoas.

Participam desta reunião: gestores municipais, gestor estadual, representantes de estabelecimentos formadores, trabalhadores e representantes de movimento social e estudantil.



Cena – Fragmentos de uma reunião do coletivo de EPS

Gestor Municipal 1: – Do nosso ponto de vista, pretendemos fechar a agenda de curso para nossa região hoje, porque senão os recursos financeiros não serão repassados a tempo.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 1: – A minha Universidade ficou sabendo dessa reunião de última hora... Por isso não consegui trazer a relação dos cursos que poderemos ofertar. Mas poderemos providenciar e estamos abertos às necessidades que se apresentarem.

Gestor Municipal 2: – Eu andei conversando com meu pessoal sobre a necessidade de mudança do modelo de assistência, a começar pelo acesso e forma de atendimento aos usuários. Alguma coisa tem de ser feita. Há muitas reclamações.

Representante da Escola Técnica 1: – Acho que o começo seria por uma capacitação dos trabalhadores...

Representante do movimento estudantil: – Capacitação em quê?

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Eu trouxe a lista de cursos que a minha faculdade vai oferecer. São vários e de toda natureza, mas os professores querem saber como será o pagamento.

Trabalhador 1: – Quais cursos?

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Os de técnicas, como punção venosa, atendimento de urgência, atendimento pré-natal, hipertensão e diabetes. Talvez repetir aqueles de tuberculose e hanseníase, lembra???

Gestor Municipal 2: – Quantas horas de curso?

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Dá para fazer uma boa palestra sobre cada um desses temas em duas horas.

Representante da Escola Técnica 1: – Não, penso que os cursos devem ter 30 a 40 horas.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Nossa, para que tanto tempo?

Representante do movimento social: – Gostaria de saber se o posto de saúde vai fechar no dia dos cursos. Como vai ser feito o atendimento da população, se isso ocorrer? Acho que o atendimento não pode parar em função desses cursos.

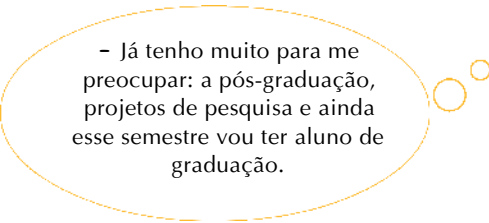
Trabalhador de saúde 1: – Os cursos serão ministrados dentro do horário de trabalho?

Representante dos usuários: – E quem será treinado?

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 3: – É, isso é muito importante porque, dependendo da categoria, podemos fazer conteúdos mais ou menos aprofundados.

Gestor Municipal 2: – Esperem um pouco, esses cursos têm por perspectiva construir um SUS de qualidade, resolutivo, que atenda integralmente. Vocês acham que devemos repetir os cursos como sempre fizemos? Vocês acham que tem dado resultado?

Trabalhador de saúde 2: – Mas o que vamos aprender com esses cursos?



– Já tenho muito para me preocupar: a pós-graduação, projetos de pesquisa e ainda esse semestre vou ter aluno de graduação.

Já fiz muitos treinamentos, é muito legal, mas nunca consigo aplicar em meu serviço e nem passar para os meus colegas.

Representante do movimento estudantil: – É, eu concordo. Os cursos estão distantes da realidade e, além disso, não ajudam a resolver os problemas do dia-a-dia e nem ajudam as pessoas a trabalharem juntas.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 1: – Estou vendo que precisamos rever nossas concepções sobre educação, saúde, sobre o SUS e sobre a Educação Permanente.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 3: – Isto é uma inovação. Estamos sem saber ainda como elaborar cursos dentro dessa nova proposta para atender as necessidades. E também porque nunca tivemos de discutir com os gestores municipais, estaduais, alunos e trabalhadores!

[Silêncio].

Representante da Escola Técnica 1: – Eu entendo que temos dificuldade em entender essa proposta. Está muito vago, sem objetividade.

Gestor Municipal 1: – Acho que estamos fugindo um pouco do assunto.

Gestor Estadual: – Senhoras e senhores, sugiro que hoje se defina qual organização fará qual curso. Temos pressa em colocar esses treinamentos na rua, a verba pode ser recolhida.

Gestor Municipal 2: – Mas ainda não acertamos que cursos serão realizados, além do que, esses cursos devem atender às necessidades dos municípios. E já falei para vocês que estamos tendo muitas reclamações e precisamos treinar os trabalhadores para melhorar a qualidade do atendimento da população.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 1: – O nosso problema é que sempre decidimos tudo e agora a proposta é outra, temos de fazer uma pactuação, combinar...

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Então não se trata de ofertar cursos, a proposta é maior do que isso...

Representante do movimento social: – Vocês podem discutir, mas o que a gente precisa é de atendimento melhor, que não demore três meses para conseguir vaga, que os médicos não fiquem nesse “jogo de empurra” que não resolve nada! A gente fica é mais doente! Não tem condições de ter de levantar de madrugada para pegar senha! Tem de melhorar é isso!

Para pensar e sentir:

Como esse fragmento de reunião o afeta?

Você vê semelhanças com a realidade de sua localidade?

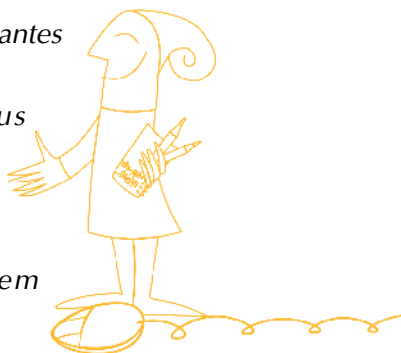
No papel de facilitador de Educação Permanente em Saúde, imagine como você interferiria nessa reunião?



Avaliação

Analise essa reunião, considerando os seguintes aspectos:

- *compreensão dos diferentes participantes sobre educação permanente;*
- *os interesses envolvidos e seus portadores;*
- *momentos de negociação e pactuação;*
- *subjetividades produzidas e em produção.*



Você já viu aspectos sobre o sentido da roda como um mecanismo mais democrático e participativo de gestão no texto “O desafio de ser facilitador de práticas de Educação Permanente em Saúde” na Unidade de Aprendizagem Integradora. Você pode voltar a esse texto, caso ache necessário.

Questões norteadoras para a proposta de ação de Educação Permanente em Saúde:

Analise como a Unidade que você acabou de vivenciar contribui para sua ação no papel de facilitador de Educação Permanente em Saúde para gerar práticas cuidadoras.

No papel de facilitador de EP, considerando sua realidade local/regional e a construção de sua proposta de ação, o que você propõe para continuidade do seu trabalho junto aos espaços coletivos de discussão e implementação da Educação Permanente em Saúde.



O Momento 3 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde faz maiores aproximações aos processos de pactuação e negociação nas rodas de Educação Permanente em Saúde.

Texto 1

O modo hegemônico de produção do cuidado

*Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi,
Tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico:
– Diga trinta e três.
– Trinta e três... trinta e três... trinta e três...
– Respire.*

*– O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo
e o pulmão direito infiltrado.
– Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
– Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.*

Pneumotórax
MANUEL BANDEIRA

Toda a história da humanidade nos revela o quanto mulheres e homens sempre se preocuparam em vencer a enfermidade e em buscar formas de aliviar a dor e restabelecer a saúde. No entanto, a identificação de algum sinal ou sintoma como um problema de saúde, e as formas de obter a “cura” e restabelecer a saúde variaram conforme a cultura, os conhecimentos e recursos disponíveis em cada sociedade e época histórica.

Atualmente, em nossa sociedade, quando identificamos que estamos com algum problema de saúde, que não pode ser resolvido com os conhecimentos de que dispomos, pensamos, em geral, em procurar por um atendimento médico.

Os profissionais de saúde particularmente os médicos, são por nós reconhecidos como capazes de “julgar” o nosso problema de saúde, identificar se estamos com alguma “doença” e propor medidas para nos tratar, para alterar aquilo que limita o nosso modo de viver e, assim, restabelecer a nossa “saúde”. A eles atribuímos autoridade para decidir sobre o que é normal e o que é patológico.



Referenciais científicos

Os referenciais que orientaram a reforma no ensino médico influenciaram, posteriormente, também as reformas no ensino das demais profissões de saúde. (Ceccim e Capozzolo, 2004).

Vários são os motivos que explicam o poder e a influência desses profissionais na nossa sociedade. Entre outras questões, podemos destacar que o saber produzido pela medicina ao longo do tempo conseguiu desenvolver um progressivo conhecimento do corpo e das enfermidades e desenvolver intervenções eficazes para controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento, a dor e prolongar a vida.

Com o desenvolvimento da biologia, da microbiologia e a conseqüente descoberta dos microorganismos causadores de doenças, a medicina teve um grande impulso e buscou se estruturar como prática científica. Em 1910, um relatório conhecido como Relatório Flexner determinou uma série de alterações nas escolas médicas para a formação de profissionais dentro dos referenciais científicos. Houve um forte estímulo para a especialização e para as atividades de pesquisas, visando ao conhecimento das doenças no corpo dos indivíduos e intervenções para a sua reparação (Silva Junior, 1998).

A prática médica foi identificada com a prática científica e os médicos tornaram-se os detentores de um saber que pode ser verificado “cientificamente”. Assim, esses profissionais tiveram seu poder fortalecido na sociedade, ocorrendo uma desqualificação dos outros saberes e práticas curadoras tradicionais, como a medicina chinesa, a homeopatia, o saber popular, entre outros, ao identificá-los como “não-científicos” e, por isso, ineficazes (Luz, 1988).

O desenvolvimento da medicina científica contou com grande apoio econômico. Sua capacidade de recuperar e manter o funcionamento do corpo dos trabalhadores – independentemente de as causas do adoecimento estarem relacionadas às condições de vida e de trabalho – contribuiu para diminuir as tensões sociais e para a reprodução das relações capitalistas. Os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde baseado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar.

O que queremos destacar neste momento é que todo esse processo levou a uma crescente “medicalização” da sociedade, isto é, o saber cientificista da medicina passou a exercer o poder de influenciar e regular a vida em sociedade. Podemos perceber isso ao constatar a presença desse saber “normatizando” vários aspectos da nossa vida (alimentação, lazer, relações) e também pelo número cada vez mais elevado de tensões sociais e psicológicas que se expressam como problemas para a medicina, como “doenças” que demandam por atendimento nos serviços de saúde (Portillo, 1993).

Veja como esse fragmento de notícia publicado recentemente na imprensa escrita comenta o que estamos falando.



Medicina científica

A medicina praticada na sociedade industrial e ocidental passa a ser denominada por alguns autores como medicina científica (LUZ, 1988) e, por outros, como biomedicina (Camargo, 1993).



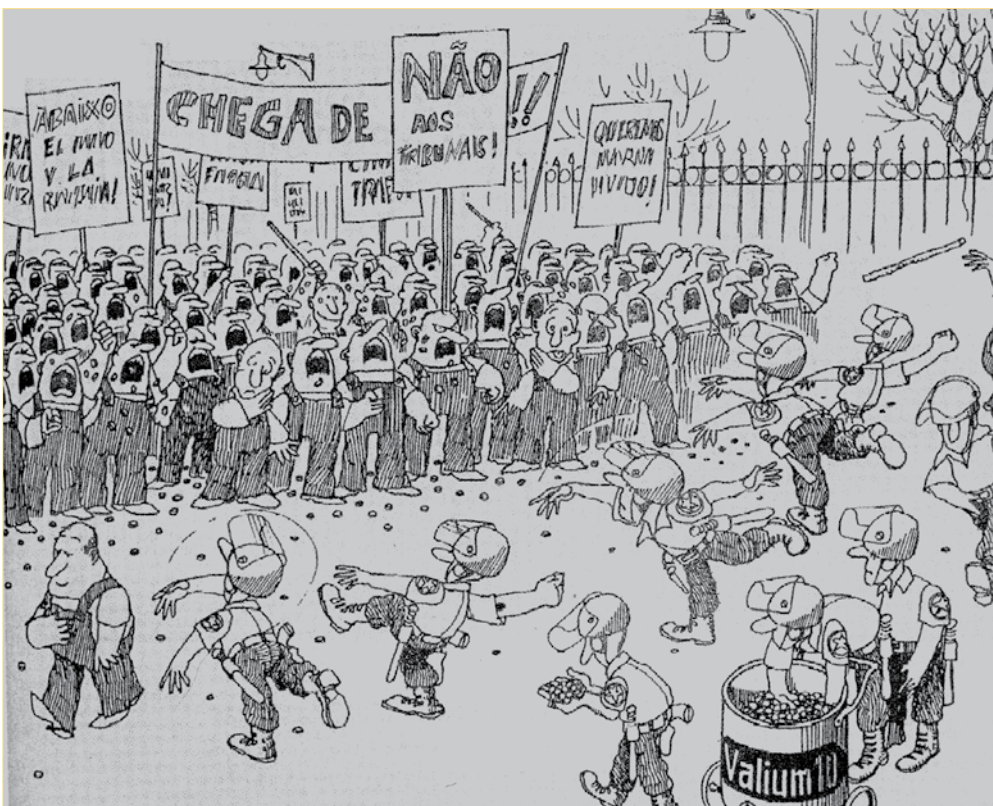
Modelo de assistência à saúde

Sobre esse tema, você encontrará também os textos 1 e 2 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.



Saber cientificista da medicina

Foucault (2001) denominou essa prática de biopolítica.



Você consegue perceber a medicalização no seu cotidiano? Procure prestar atenção em situações e notícias que expressem isso.

FOLHA DE S. PAULO

São Paulo, Quinta, 23 de setembro de 2004

Dependentes e compulsivos se disseminam na sociedade

Sexo, comida, exercício e compras, entre outras atividades tidas como normais e rotineiras, vêm se transformando na principal causa de preocupação de pessoas que se consideram “viciadas” em algumas delas.

Para psiquiatras, psicanalistas e antropólogos ouvidos pela Folha, mudanças sociais nas

últimas décadas e o próprio avanço da medicina ajudam a explicar o fenômeno. Estaríamos vivendo uma nova era, na qual o que tradicionalmente se chama de “vício” ganhou maior amplitude, novos diagnósticos e passou a despertar crescente interesse de terapeutas, da indústria farmacêutica, da

sociedade e também de governos. “Vício” é uma palavra em geral evitada pelos especialistas, por sua conotação moral negativa. Eles preferem o termo “dependência”, quando se trata de drogas, e “compulsão”, para designar distúrbios como a irrefreada e repetida “vontade” de fazer compras ou de praticar sexo.....

Neste texto, vamos procurar entender o modo hegemônico (predominante) de produção de cuidado, começando por lançar nosso olhar para o momento de encontro entre aquele que demanda por atenção e o profissional de saúde.

O momento do encontro...

Há, de um lado, uma pessoa – com sua história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares – que busca alívio da sua dor, do seu sofrimento e, de outro lado, uma pessoa – também com sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares – que é portadora de um conhecimento técnico que pode intervir nesse sofrimento e nessa dor. No encontro entre essas pessoas é que se realiza o trabalho em saúde.

O momento de encontro clínico é um momento fundamental para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para quem demanda atenção e as linhas de força que o estão determinando, de maneira a poder se pensar em estratégias de intervenção que possam mudar esse processo. Trata-se de um “momento de dizer”, em que o usuário e o profissional se apresentam com as marcas de seu viver e onde falas e gestos fazem parte de uma complexa comunicação.

Captar as necessidades singulares de saúde nesse momento requer do profissional abertura para inclinar-se para o usuário, para a escuta, para o estabelecimento de vínculo, de laços de confiança. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo.

Contudo, é muito freqüente as pessoas saírem de uma consulta relatando que não conseguiram falar sobre tudo o que precisavam, que não conseguiram expor suas preocupações, dúvidas e medos. Queixam-se que o atendimento foi muito rápido, que quase não foram tocadas e examinadas, e sentem-se inseguras, desinformadas e desprotegidas com a atenção recebida.



Você já se sentiu assim? Por que será que isso acontece?

Prática predominante: tendência à exclusão do Outro

As pessoas buscam por cuidado, porém o profissional está voltado para, a partir de uma queixa, diagnosticar e tratar uma doença. Além disso, o modelo de pensamento predominante, orientado por uma racionalidade científica, considera que a “verdade” sobre as doenças está na alteração dos tecidos, na alteração da anatomia e funcionamento dos órgãos do corpo. A prática em saúde, particularmente a médica, estrutura-se então para a identificação e eliminação das lesões do corpo “doente” e, por pretender ser científica, pela busca da objetividade, da precisão e da exatidão (Camargo, 1992,1993).

Essa racionalidade tende a fazer com que a relação dos profissionais seja com a “doença” e não com a pessoa. Podemos dizer que o indivíduo “doente” é considerado apenas um portador da “doença”, que deve ser excluído para que não atrapalhe a objetividade da “ciência” em diagnosticá-la. Os profissionais tendem, assim, a restringir seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento.

Essa tendência se acentua com o desenvolvimento científico-tecnológico, pois se ampliam as possibilidades de identificação de anormalidades, antes mesmo de estas se manifestarem através de algum sinal ou sintoma. A anamnese, a conversa, a história do aparecimento dos sintomas, o olhar, a

ausculta, a palpação e o toque do corpo do “doente” deixam de ter tanta importância para o diagnóstico da “doença”, uma vez que ela pode ser revelada pelos exames laboratoriais e de imagem. O desenvolvimento científico-tecnológico reforça assim a possibilidade de uma prática quase sem a participação do “doente” (Schraiber, 1993).

O cuidado vai adquirindo outros significados. Ocorre um progressivo distanciamento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais das pessoas que traduzem possibilidades distintas de adoecer e de manter a saúde. Os atendimentos tendem a ficar restritos a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames, à prescrição de medicamentos etc.

Essas questões, em diferentes proporções, expressam-se no conjunto das profissões de saúde. Desenvolve-se uma dificuldade de os profissionais considerarem a singularidade e a subjetividade de cada usuário no processo diagnóstico-terapêutico, de perceberem outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento. A concepção do processo saúde-doença tende a ficar reduzida ao biológico, excluindo-se outros componentes subjetivos e sociais que possam estar envolvidos.



Quino



Práticas em Saúde

Sugerimos assistir à enquete O Milagre do Nascimento, que se encontra no filme O Sentido da Vida dos humoristas Monty Python. Trata-se de uma caricatura de um parto, realizado num hospital de um grande centro urbano que retrata, com muito humor, a prática profissional dominada pelo uso de equipamentos e distanciada da pessoa que necessita de cuidado.

Para pensar e sentir:

O que será que essa prática predominante acarreta?

Podemos dizer que esse modo predominante das práticas em saúde resulta em limites importantes na percepção das necessidades de atenção e na efetividade das intervenções. Assim, por exemplo, dificuldades para controlar os níveis de pressão arterial decorrentes de problemas de vida enfrentados pelo usuário (desemprego, conflitos familiares, tensões sociais) tendem a passar despercebidas, ficando as intervenções dos profissionais restritas à prescrição de novos medicamentos, exames.

Esses limites se expressam de maneira muito significativa no atendimento de pessoas com queixas vagas e indefinidas em que a tentativa de diagnosticar uma “doença”, em geral, resulta na solicitação de vários exames de apoio diagnóstico e no encaminhamento para muitos especialistas sem, no entanto, conseguir entender e intervir no motivo que levou à procura por atenção ou até mesmo acarretando sofrimentos adicionais às pessoas.

Vale a pena ressaltar que parte importante da demanda por serviços ambulatoriais e de atenção básica é constituída por “problemas” que não conseguem ser classificados em uma



entidade nosológica (uma doença) específica, atingindo, segundo alguns autores, valores de 50% a 60% (Almeida, 1998) do total de atendimentos. Pela própria medicalização da sociedade, muitas tensões sociais e emocionais se expressam na forma de sintomas corporais que ao não serem identificados e adequadamente abordados, aumentam ainda mais a medicalização e a dependência aos serviços de saúde.

A dificuldade de os profissionais perceberem outras dimensões relacionadas ao adoecimento faz com que muitos problemas da vida sejam abordados com procedimentos e medicamentos e não como problemas a serem escutados, acolhidos e contornados pelo carinho, pelo vínculo, pela oferta de espaços de conversa e de outras ações e atividades.

As orientações dos profissionais ao dialogarem pouco com a singularidade das pessoas, com sua história de vida e familiar, com suas condições objetivas de subsistência, sua cultura, valores e desejos, tendem a ser prescritivas e normativas (Capozzolo, 2003). Dessa maneira, não contribuem para produzir mudanças nas relações que as pessoas estabelecem com os seus problemas de saúde, para ampliar suas possibilidades de intervir no processo de adoecimento e, conseqüentemente, sua autonomia e protagonismo no cuidado à saúde.

Estudos apontam inclusive a reprodução por agentes comunitários de saúde de recomendações médicas sem uma contextualização ou reflexão do seu sentido junto à população (Nunes et. al., 2002). Em geral, estabelece-se uma relação de poder em que o profissional é elevado à protagonista e o usuário constrangido a ser platéia.

Para pensar e sentir:

Você já vivenciou situações de tensões que se expressaram em seu corpo? Você conhece “casos”, histórias de pessoas que exemplifiquem o que abordamos até este momento?



Um outro aspecto a ser destacado é que não é apenas a subjetividade do usuário que tende a ser desconsiderada, mas também a subjetividade dos profissionais. As decisões dos profissionais tendem a ser consideradas como objetivas e despossuídas de subjetividade. Imagina-se que os profissionais orientados por referenciais puramente científicos, atuariam com “neutralidade” e sempre da mesma maneira com qualquer “paciente”.

No entanto, em nossas vivências, provavelmente já tivemos a oportunidade de perceber que entre profissionais há diferentes práticas que não estão relacionadas apenas aos conhecimentos técnico-científicos que possuem. As concepções dos profissionais sobre o sistema de saúde e o serviço público, as concepções sobre o direito do usuário e o envolvimento com o trabalho, podem, por exemplo, influenciar na atenção prestada ao usuário. Nesse sentido, podemos nos lembrar dos profissionais que, em condições de trabalho semelhantes, se responsabilizam e tratam de forma diferenciada o usuário caso ele seja do serviço público, do convênio ou do consultório particular.

Para pensar e sentir:

Você consegue se lembrar de outros exemplos que ilustrem a subjetividade presente nas práticas profissionais?

A prática em saúde, embora embasada em uma teoria científica, é profundamente dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações concretas e singulares. As diferentes práticas profissionais também estão relacionadas às diferentes possibilidades de lidar com o momento de encontro com o usuário.

Assim, podemos observar que existem profissionais com maior ou menor facilidade para conversar, para se relacionar com os usuários; com maior ou menor habilidade para atender pessoas com determinadas características (agressivas, deprimidas, com múltiplas queixas, que questionam as orientações recebidas); profissionais que obtêm “sucessos” terapêuticos diferenciados apesar de apresentarem formação técnico-científica semelhantes.

No encontro com o usuário, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção, na “aceitação” de “queixas” para a investigação e intervenção. Profissionais e usuários são mutuamente afetados nesse encontro. A percepção e o entendimento dos sentimentos, dos afetos aí mobilizados, estão relacionados a uma maior possibilidade de escutar, de perceber mensagens não-verbais, de acolher o usuário, de estabelecer vínculos e, portanto, a uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica (Balint, 1988).

**Para pensar e sentir:**

Você já havia pensado nessas dimensões presentes na prática profissional? Você acha que essas dimensões são consideradas nos processos predominantes de qualificação/capacitação profissional?



Merhy (2000), ao pensar o trabalho médico, lança mão da imagem de valises para analisar os instrumentos que esse profissional utiliza para atuar. Há uma valise de mão, onde estão o estetoscópio, o esfigmomanômetro e outros equipamentos, que seriam as tecnologias duras; uma outra valise, que está na cabeça, contendo os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, que seriam as tecnologias leve-duras; uma terceira valise, a das relações, que está entre o trabalhador e o usuário, com as tecnologias leves. O território das tecnologias leves é o local onde se define a produção de cuidado, a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações.



Tecnologias
Mais detalhes sobre as tecnologias em saúde podem ser visto no texto o “Processo de trabalho em saúde” desta Unidade de Aprendizagem.

Assim, uma prática clínica resolutive, além da disponibilidade de equipamentos e de exames de apoio diagnóstico-terapêutico, requer dos profissionais competência nos aspectos técnico-científicos e também competência nos aspectos relacionais. Requer, assim, uma combinação de **tecnologias** de dimensões materiais e imateriais. O arranjo entre as valises para Merhy (2000) é que resulta numa prática mais centrada em procedimentos ou mais centrada no cuidado ao usuário.

No modo predominante de produção das práticas em saúde, como vimos, há um empobrecimento da valise das tecnologias leves. As abordagens e intervenções dos profissionais de saúde, de modo geral, tendem a girar em torno dos aspectos biomédicos, dos procedimentos e suas orientações a ser normativas e prescritivas, com pouco diálogo com a singularidade do usuário.

A necessidade de construção de novos modos de produção das práticas e de processos de educação permanente em saúde.

O modelo de atenção centrado na oferta de atendimentos médicos, de procedimentos e medicamentos, com intervenções restritas ao biológico, se mostrou ineficaz para intervir nos problemas de saúde. Para implementarmos um **modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários**, capaz de satisfazer suas necessidades, é preciso haver mudanças no cotidiano do fazer em saúde, na prestação das ações de saúde, na clínica realizada pelos diversos profissionais.

Considerando a complexidade de fatores envolvidos na produção do adoecimento a atuação dos profissionais não pode se restringir apenas aos aspectos biomédicos. Campos (1996) utiliza o conceito de clínica ampliada para definir a clínica necessária nos serviços de saúde: uma clínica que inclua além da doença, a pessoa e seu contexto e se responsabilize tanto com a cura e reabilitação quanto com a prevenção e a proteção individual e coletiva. Uma clínica que consiga compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário e elaborar projetos terapêuticos singulares com ações que visem

intervir nas diversas dimensões relacionadas ao adoecimento e ao sofrimento. Enfim, uma clínica com compromisso com a produção de saúde, de vida.

Para pensar e sentir:

Você já foi cuidado dessa maneira? O que produziu em você? Procure lembrar-se dos seus sentimentos e de como você foi afetado por essa forma de cuidado. Caso nunca tenha vivenciado essa forma de cuidado, tente imaginar como seria.



Modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários

Esse tema está mais aprofundado no texto 4 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Campos (1996) ressalta a importância dos projetos terapêuticos terem como referência a construção da autonomia do usuário, ou seja, contribuir para aumentar a sua capacidade de enfrentar os problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, de instituir novos modos de vida, de ser protagonista na produção da saúde e de si. Isso significa possibilitar o conhecimento sobre o processo saúde-doença e restabelecimento, dialogar com os saberes, os valores e desejos do usuário na construção dos cuidados à saúde.

Uma clínica ampliada tem uma potencialidade muito grande para intervir em situações que limitam o viver. **Rosemberg e Minayo (2001)** ilustram essa potencialidade ao relatarem, em um interessante artigo, uma experiência de adoecimento e cura. Esse artigo enfoca como a percepção por parte de um profissional de saúde de que o grave processo de adoecimento de uma pessoa não estava relacionado a causas biológicas e como sua atuação, estimulando para que essa pessoa assumisse um novo papel diante da vida, foram fundamentais para o processo de “cura”. Uma prática clínica ampliada é essencial para diminuir a medicalização e a dependência aos serviços de saúde.



Falamos bastante do modo hegemônico de produção das práticas de saúde e de seus condicionantes. Você pode estar se perguntando: é realmente possível a construção de práticas clínicas ampliadas?

Apesar das múltiplas determinações desse modo hegemônico, o encontro do profissional com o usuário é um espaço aberto para a construção de novas práticas. Merhy (1997, 2002) destaca esse espaço como lugar estratégico de mudança do modo de produzir saúde. É justamente no fato de o trabalho em saúde realizar-se numa relação entre pessoas que reside a potencialidade de construção de uma clínica diferenciada, de uma clínica voltada para as necessidades singulares do usuário.

O envolvimento do profissional com o trabalho, a sua disponibilidade para escutar, para estabelecer contato e se vincular ao usuário; o seu compromisso em ofertar uma atenção integral, em utilizar todo o conhecimento que possui para a produção de cuidado e o seu compromisso em se responsabilizar pelo usuário são importantes pontos de partida.

Porém, realizar abordagens e intervenções mais amplas implica a possibilidade de os profissionais analisarem e refletirem sobre a racionalidade que orienta suas práticas, de perceberem a subjetividade envolvida no seu trabalho, de perceberem as diversas dimensões relacionadas ao processo de adoecimento, sofrimento e cura.

Para ampliar a “escuta”, o “olhar” e a percepção dos profissionais é importante a aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos e, assim, são valiosas as contribuições de campos do conhecimento como sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, educação, saúde pública, saber popular entre outros. Deve-se destacar também a importância da aquisição de referenciais e de espaços de análise para entender e lidar com o que acontece no momento do encontro com o usuário, com a dinâmica e com os afetos que aí são produzidos, com a subjetividade e os aspectos relacionais da prática.

Intervenções mais amplas dependem do trabalho de cada profissional e também da atuação conjunta de vários profissionais, da integração de diferentes práticas e saberes, da utilização de diversos meios e ações terapêuticas



Rosemberg e Minayo (2001)

Sugerimos que você leia esse artigo na íntegra. Um resumo mais detalhado e o endereço eletrônico onde esse artigo pode ser acessado encontram-se nas atividades complementares (pág 235)

tais como: atividades de grupo, visitas domiciliares, atividades em outras instituições (escola, creches), redes sociais de apoio e outras atividades terapêuticas. Dependem de um trabalho em equipe que articule ações individuais e coletivas.

Uma clínica ampliada necessita de uma construção cotidiana pelo conjunto dos trabalhadores bem como de um processo de organização e gestão do trabalho que possibilite essa construção. No modo predominante



de funcionamento dos serviços de saúde, no entanto, observamos pouca integração entre os diferentes trabalhos, poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes entre os diversos profissionais e uma tendência às ações gerenciais ficarem restritas aos aspectos burocrático-administrativos, às normas

de funcionamento dos serviços.

A gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção das ações de saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais. Enfim, um papel importante na construção de práticas e de subjetividades mais cuidadoras e solidárias.

Assim, desenvolver arranjos institucionais que estimulem o vínculo, a responsabilização, o conhecimento dos profissionais da realidade de vida dos usuários bem como possibilitar espaços coletivos para a troca de saberes, para a reflexão dos referenciais que orientam as práticas, para a análise e avaliação do sentido das ações produzidas são alguns caminhos para a construção de novos modos de produção de cuidado e de processos de educação permanente em saúde.



Refletindo sobre o que foi abordado neste texto, pense quais seriam as ações que poderiam ser desencadeadas nos serviços de saúde de sua região, para possibilitar aos profissionais interrogarem-se sobre o sentido de suas práticas e construir clínicas mais amplas e cuidadoras? Que ações de educação permanente seriam necessárias?

Com essa proposta de reflexão, encerramos este texto. Pretendemos, no decorrer desta unidade e nos próximos textos, abordar outros aspectos sobre o trabalho e relações na produção do cuidado de maneira a ajudá-lo a pensar em processos de Educação Permanente que contribuam para a construção de novos modos de produção das ações de saúde num modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários.

Atividades complementares

Listamos a seguir algumas sugestões de artigos que você pode acessar na Internet e de filmes disponíveis em locadoras que abordam questões relacionadas às temáticas apresentadas neste texto. Você pode sugerir/criar outros textos, artigos, filmes, notícias para serem compartilhados nos fóruns de discussão do curso, nas rodas de trabalho, no aconchego com os amigos e em muitas outras oportunidades.

Artigos

1. A experiência complexa e os olhares reducionistas

Autores: *Brani Rozemberg & Maria Cecília de Souza Minayo*

Resumo: Este artigo analisa uma experiência de adoecimento e cura acompanhada pela primeira autora em comunidade agrícola do interior de Nova Friburgo, Rio de Janeiro. A experiência relatada permite entrever seus significados existencial, social, cultural, psicológico, biológico e simbólico tanto para a paciente quanto para sua comunidade e na relação com esta última. A expectativa inicial de diagnóstico e intervenção puramente biológicos foi modificada através de um único atendimento que teve a função terapêutica de ampliar a compreensão da experiência para fora dos limites de uma “objetivação científica” e o processo de cura acabou tendo seu ponto de resolução no nível jurídico. O fato de o reconhecimento de outras ordens de determinação na doença desta paciente ter ocorrido no espaço do atendimento médico pode ter concorrido para sua mudança de atitude frente a si mesma e à comunidade e conseqüente cura, com base no respaldo oferecido pela grande força simbólica da consulta médica na legitimação de um novo papel social que ela passou a exercer. O episódio é discutido em relação aos reducionismos na abordagem da saúde/doença.

PUBLICADO: Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.1. Rio de Janeiro, 2001.

Acesso: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso



2. A espessura do encontro

Autor: *Luis Eduardo Aragon*

Neste belo artigo, o autor resalta a delicadeza e a sutileza como fundamentais no momento do encontro clínico para conseguir perceber a ajuda que o paciente busca.

Resumo: Utilizando o método cartográfico, este trabalho propõe uma análise do contemporâneo da Medicina, por meio de seu encontro com a Psicanálise. A escolha do método cartográfico tem o intuito de evitar tanto uma perspectiva de análise dialética, quanto o isolamento do “observador” de seu objeto. A cena médica, tecnológica, abre-se para receber planos de comunicação/contaminação que ultrapassam a habitual relação médico-paciente. Isto para sustentar a complexidade dos encontros, comportando fatores inconscientes e virtuais. Complexidade esta que, levada em consideração, implica uma ética particular. Propõe-se o uso do que foi chamado “quase-conceito” para auxiliar na tarefa cartográfica de determinar planos compostos no encontro. Rejeita-se o voluntarismo que acarreta a produção de “manuais de conduta”, para buscar “linhas de força” que atravessam o espaço contemporâneo e os nele imersos, linhas essas consideradas como pré-individuais.

<http://www.interface.org.br/revista12/ensaio1.pdf>



Filmes

- 🎬 Fale com ela (2003) – Direção: Pedro Almodóvar
- 🎬 Invasões Bárbaras (2003) Direção: Denys Arcand.
- 🎬 O Sentido da Vida (1983) – Direção: Monty Python
- 🎬 Patch Adams – O Amor é Contagioso (1998) – Direção: Tom Shadyac
- 🎬 Um golpe do destino (1991) – Diretora Randa Haines.

Referências

- ALMEIDA, E.L.V., apud SOUZA, A.R.N.D. *Formação Médica, Racionalidade e Experiência: O Discurso Médico e o Ensino da Clínica*. Rio de Janeiro, 1998. Tese de Doutorado – Instituto de Psiquiatria da UFRJ.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- CAMARGO, J. K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, 1992, p. 203-228.
- _____. *Racionalidades médicas: A medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 1993. Série Estudos em Saúde Coletiva, 65.
- CAMPOS, G.W.S. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G.W.S *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003, p.51-68.
- CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família*. 2003. – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2003. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva.
- CECCIM, R. B. e CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde: prática clínica como assistência e criação. In: MARINS, J. J. N.; LAMPERT, J.; CORREA, G. A. *Transformação da educação médica*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p.79-98.
- LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo : Hucitec, 1997, p. 71-113.
- _____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface – comunicação, saúde, educação* Revista da UNESP de Botucatu, São Paulo, v.6, p.109-125, fev. 2000. Esse artigo pode ser acessado no seguinte endereço: <http://www.interface.org.br/revista6/debates1.pdf>
- _____. *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec. 2002. 189p.
- NUNES, et. al. *O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.18, n.6, dez. 2002.
- Esse artigo também pode ser acessado no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en&nrm=iso
- PORTILLO, J. La medicina: el imperio de lo efímero. In: _____; BARRÁN, J.P.; BAYCE, R. et al. *La Medicalización de la Sociedad*. Montevideo-Uruguaí: Nordan- Comunidad/Goethe-Institut, 1993, p. 15-36.
- ROZEMBERG B. & MINAYO, M. C. S.A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001, p.115-123. Este artigo pode ser acessado no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso
- SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

Referência Iconográfica

Página 55 - QUINO. *Potentes, prepotentes e impotentes*. Trad. Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2004. Essa figura também pode ser acessada no endereço: <http://www.clubcultura.com/clubhumor/quino/espanol/trabajo3.htm#>

Página 57 - QUINO. *Potentes, prepotentes e impotentes*. Trad. Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Essa figura também pode ser acessada no endereço: <http://www.clubcultura.com/clubhumor/quino/espanol/trabajo3.htm#>

Texto 2

O Processo de Trabalho em Saúde

Introdução

Você está se preparando para atuar como “facilitador de educação permanente” e, ao debatermos o processo de trabalho, pretendemos entrar no mundo espetacular da produção de saúde. O objetivo com esse tema é o de levá-lo a identificar e analisar as diversas situações de trabalho em saúde, os diferentes modos de fazer a assistência aos usuários, podendo assim articular, com o gestor e outros atores que discutem Educação Permanente, atividades relacionadas a essa importante temática.

O trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão, resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário.



Você já parou para pensar que o trabalho em saúde só é possível mediante o encontro e a relação entre o profissional e o usuário?

Esse encontro é permeado pela dor, o sofrimento, os saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos trabalhador e usuário. Enfim, há um mundo complexo a ser pesquisado que envolve, sobretudo, a produção do cuidado.

Ao executar seu trabalho, os profissionais de saúde obedecem a uma certa disposição física, disciplinadamente organizada, ou seja, há lugares específicos onde certos produtos são realizados. É como se, no serviço, ou seja, em um certo estabelecimento de saúde, houvesse diferentes unidades de produção, por exemplo: na recepção, produzem-se informações, agendas; na sala de vacinas, produzem-se procedimentos de imunização; nos consultórios,

são produzidas consultas médicas, de enfermagem; e assim cada lugar tem uma “missão” dentro de um espectro geral de cuidado com os usuários. Tudo isso entra em movimento durante o período em que o serviço está disponível para atender às pessoas que procuram, por algum motivo, resolver ali os seus problemas de saúde.

Os trabalhadores de cada um destes lugares executam certas tarefas, que se presume tenham sido previamente determinadas ou pactuadas entre eles, pois se busca uma sintonia entre o que uns fazem em determinado lugar, por exemplo, na recepção, e o que os outros realizam em outros ambientes, muitas vezes, reportando-se uns aos outros. Há um relacionamento, no trabalho, entre todos os profissionais como o funcionamento de uma “rede de conversas”, mediada pelo trabalho.

O trabalho em saúde e suas tecnologias

O trabalho é uma atividade que tem sempre uma finalidade para que ele se realize, a qual está ligada ao atendimento à determinada necessidade da pessoa, seja ela de que tipo for. Os produtos criados com a atividade do trabalho, nessa perspectiva, têm um “valor de uso” (Campos, 1994). No caso da saúde, Cecílio (2001) sugere que as necessidades estão organizadas em quatro grandes grupos: *“O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida [...] O outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] O terceiro diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)fetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] Um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”*. (Cecílio, 2001:114-115; grifos nossos). Podemos concluir que as atividades ligadas à promoção e prevenção, reabilitação e cura estão todas de alguma forma relacionadas nos grupos de necessidades descritos acima.

Esses conjuntos de necessidades aqui relacionados demonstram que os problemas de saúde são sempre complexos, porque envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as que se circunscrevem no corpo até as de ordem social e subjetiva. O trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos diversos campos da saúde. Abre-se aqui um leque de possibilidades de uso de diversas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.



Mas, afinal, você já parou para pensar o que é tecnologia? Você acha que no seu trabalho cotidiano você utiliza tecnologias? Vamos nos debruçar um pouco sobre esse termo e ver qual o verdadeiro sentido que ele tem para o trabalho em saúde.

Em geral, as pessoas associam a palavra tecnologia a máquinas e instrumentos, geralmente os mais modernos. Se foi isso que você pensou, não está errado, mas também não está completo esse raciocínio. Para iniciar a discussão sobre as tecnologias de trabalho em saúde, vamos ao dicionário verificar o sentido literal do termo. Ele nos diz que tecnologia é o *“conjunto de conhecimentos, [...] que se aplicam a um determinado ramo de atividade”* (Holanda, 1999). Ou seja, é conhecimento aplicado, o que pressupõe que

toda atividade produtiva traz, em si, um saber que é utilizado para executar determinadas tarefas que vão levar à criação de algo, ou seja, à realização de certos produtos. Na indústria, as tecnologias estão inscritas nas máquinas que, na maioria das vezes, dominam o cenário produtivo, mas estão presentes também no conhecimento do trabalhador, utilizado para operar essas máquinas e produzir inúmeras coisas, tais como sapatos, roupas, carros etc. Esses produtos serão consumidos, em algum momento futuro, por alguém que o produtor (o operário que fez o sapato) provavelmente jamais vai conhecer, isto é, quem produz não interage com o consumidor do seu produto.

Chamo a sua atenção para o fato de que, nesse curto parágrafo, enquanto falamos da produção industrial, mencionamos dois tipos de tecnologia: a primeira, que está inscrita nas máquinas utilizadas no processo produtivo; e a segunda, que está na habilidade do operário definida pelo seu conhecimento técnico em relação ao produto, materiais, processo produtivo, operação da máquina etc.

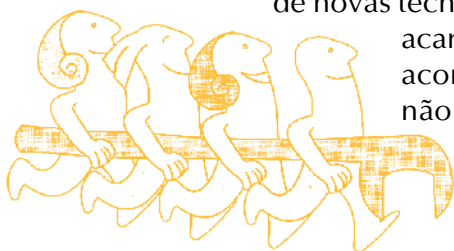
No caso da saúde, diferente da indústria, o trabalhador que faz a assistência, podendo ser o enfermeiro, médico, dentista, psicólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, entre muitos outros, são os produtores da saúde e nessa condição interagem com o consumidor (usuário), enquanto estão produzindo os procedimentos. Mais do que isso, esses serão consumidos pelo usuário no exato momento em que são produzidos. Por exemplo: ao fazer um curativo, a auxiliar de enfermagem está produzindo algo, o curativo, em relação com o consumidor desse produto, o usuário, que o consome nesse exato momento.

Isso determina uma característica fundamental do trabalho em saúde, a de que ele é relacional, isto é, acontece mediante a relação entre um trabalhador e o usuário, seja ele individual ou coletivo. Por exemplo, a consulta só se realiza, quando o profissional de saúde está diante do usuário e, assim, com os demais atos produtores de procedimentos, tais como o curativo, a vacina, os diversos tipos de exames, atos cirúrgicos, reuniões de grupos, visitas domiciliares etc.

Podemos dizer que na saúde, além dos dois tipos de tecnologia já identificados nos processos produtivos, as que estão inscritas nas máquinas e no conhecimento técnico, há uma outra absolutamente fundamental, que é a tecnologia das relações. O que significa que para estabelecer relações de assistência e cuidado à saúde, é necessário um conhecimento que seja aplicado para essa finalidade, porque não são relações como outra qualquer, ela tem uma certa finalidade que é a saúde.

Esse debate das tecnologias de trabalho em saúde vem sendo realizado mais sistematicamente há alguns anos, em um primeiro momento por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) que fez a diferenciação entre as tecnologias que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho e aquelas do conhecimento técnico, tendo o autor chamado as primeiras de “tecnologias materiais” e as outras de “tecnologias não materiais”. Essa primeira diferenciação foi importante por reconhecer o conhecimento como tecnologia e coloca, no centro do debate do trabalho e produção da saúde, os sujeitos sociais portadores de conhecimento, que são os trabalhadores/produtores de saúde e, por excelência, aqueles que têm a capacidade de ofertar uma assistência de qualidade.

Sem descartar a importância que têm as máquinas e instrumentos que auxiliam no trabalho em saúde, na definição de diagnóstico e nas terapias, importa registrar que o trabalho humano é absolutamente fundamental e



insubstituível. Para você notar o quanto isso é relevante para a produção da saúde, procure lembrar-se de alguma situação em que houve incorporação de novas tecnologias assistenciais no trabalho em saúde e isso tenha

acarretado redução de postos de trabalho, como geralmente acontece na área industrial. Não há situação como essa, a não ser em algumas exceções na área de laboratórios. De resto, mantêm-se os postos de trabalho, porque é a pessoa quem de fato realiza o cuidado aos usuários e, interagindo com o mesmo, ambos são capazes de impactar seu estado de saúde.

Dando continuidade aos estudos na área, Merhy (1997), ao descrever sobre a produção do cuidado e suas tecnologias, estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde. Chamou de “tecnologias duras” as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos e têm esse nome porque já estão programadas *a priori* para a produção de certos produtos; de “leve-duras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida anteriormente, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário; e “tecnologias leves” que dizem respeito às relações que, de acordo com o autor, são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por uma certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias, também, porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidarem com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos, como já foi citado anteriormente.

Para começar a entender como a organização do trabalho influencia o modo de se organizar o cuidado aos usuários, é necessário verificar qual das três tecnologias tem prevalência sobre o processo de trabalho, no momento em que o trabalhador está assistindo os usuários.

O Trabalho Vivo em ato e o Processo de Trabalho em Saúde

Como você pôde ver nas observações que fez do processo de trabalho, há situações em que o mesmo é dominado pela “tecnologia dura” e/ou “leve-dura”, ou seja, o trabalhador valoriza mais o instrumento que tem à mão, do que a atitude acolhedora que pode e deve ter em relação ao usuário, quando faz o atendimento. Isso significa que, muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado no formulário, protocolos, procedimentos, como se esses fossem um fim em si mesmos. O resultado último que se pretende é o de reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida, criar autonomia nas pessoas para viverem a vida.

Imaginemos que há sempre várias formas de se comportar com o usuário durante o trabalho de assistência à saúde. Por exemplo, pense em um trabalhador fazendo uma anamnese. Ele pode fazer essa atividade de duas formas distintas, quais sejam: 1º – O profissional pega um roteiro/questionário, mal

cumprimenta o usuário e começa a fazer as perguntas, olhando e anotando no questionário à sua frente. Restringe-se às perguntas, age de modo formal, distante e frio. 2º – O profissional pode ter o roteiro/questionário que lhe serve de guia, mas abre espaço para a fala e a escuta do usuário sobre aspectos não roteirizados, realiza uma introdução que o deixa mais à vontade, a fala não se restringe às perguntas do questionário, troca olhares, interage, discute os problemas percebidos, qualifica a atenção e o cuidado.

No primeiro caso, podemos dizer que o processo de trabalho de produção da anamnese foi dominado pela tecnologia dura representada nesse ato pelo instrumento roteiro/questionário. Houve uma substituição dos atos de fala e escuta, para a linguagem fria do texto do roteiro, ao qual o trabalhador ficou preso. Isso reduziu de alguma maneira o aspecto relacional desse trabalho. Já no segundo caso, o aspecto relacional é valorizado, isto é, há o domínio da tecnologia leve no processo de trabalho, servindo o instrumento apenas como seu auxílio. Nesse caso, a relação entre trabalhador e usuário torna-se dinâmica, há valorização dos gestos mútuos de cuidado e produção da saúde.

Mas o que torna o trabalho, quando realizado de forma centrada nas tecnologias leves, mais produtivo e interessante para o usuário e o trabalhador de saúde? Que aspectos vão se organizando para que ele ganhe essa dinâmica e maior resolatividade?

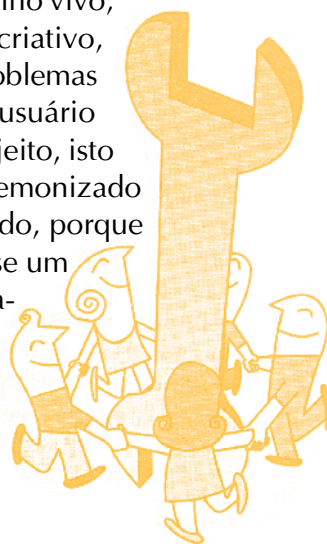
De novo nos valem de Merhy (1997, 2002) para dizer que as tecnologias leves são aquelas mais dependentes do *Trabalho Vivo em ato*.

Ao ler a expressão acima, seria natural que você se dividisse entre dois sentimentos: o da sua beleza “*trabalho vivo*” e a curiosidade em relação ao seu significado. Estaria se perguntando: e há *trabalho morto*? A resposta é sim, há trabalho morto e vamos falar de ambos a seguir.

Trabalho Vivo é a expressão que dá significado ao trabalho em ato, isto é, no exato momento da sua atividade produtiva (Merhy; 1997, 2002; Franco, 2003). Trabalho morto são máquinas e instrumentos possuem esse nome porque sobre as máquinas e instrumentos existentes já se aplicou determinado trabalho anterior, ou seja, eles já trazem uma carga de trabalho pregresso, que lhes deu forma e função.

Quando o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, relacionar-se com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem e, o que é mais importante, interagir, inserir o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-o sujeito, isto é, protagonista de seu processo saúde-doença. Já quando hegemonizado pelo trabalho morto, o processo de trabalho é pré-programado, porque fica sob o comando dos instrumentos, age como se ele fizesse um aprisionamento do trabalho vivo, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, protocolo, formulário etc. Aqui há pouca interação entre trabalhador e usuário, construção de sujeitos nesse encontro realizado para produzir o cuidado. Há apenas um processo frio e duro de produção de procedimentos.

Toda atividade produtiva envolve sempre o Trabalho



Morto e o Trabalho Vivo em ato, para que se realizem os produtos desejados. No processo de trabalho, um deles tem a hegemonia e determina, no caso da saúde, o perfil da assistência. Voltando ao nosso exemplo, em que um trabalhador de saúde vai fazer uma anamnese, podemos dizer que o roteiro/questionário é trabalho morto e os atos de fala, escuta, olhares são trabalho vivo em ato. Quando o roteiro comanda o processo de trabalho (1º caso), podemos dizer que é um processo de trabalho que tem hegemonia do trabalho morto e é dependente das tecnologias duras. Quando há o inverso (2º caso), há hegemonia do trabalho vivo, lugar próprio das tecnologias leves.

A Composição Técnica do Trabalho – CTT¹ e Micropolítica

Talvez você se pergunte: E como eu sei quando o processo de trabalho está centrado no Trabalho Morto ou no Trabalho Vivo em ato? Pela observação do modo como o profissional age com o usuário, pela atitude frente ao problema de saúde, é possível perceber se suas ações são cuidadoras ou não.

À razão entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo no interior do processo de trabalho, chamamos de Composição Técnica do Trabalho (Franco, 2003). Ela serve para analisar o processo de trabalho, como já foi dito aqui, através da sua observação e a percepção de como se dá o trabalho, a atitude do profissional, a sua implicação com o problema de saúde do usuário e o protagonismo desse diante da sua própria forma de fazer a assistência à saúde. É uma percepção, não quantificável, do modo de produção do cuidado. Quanto maior a hegemonia do Trabalho Vivo nesse processo, maior é o nível de cuidado que se tem com o usuário.

Importa registrar que um processo de trabalho, para ter maior volume de Trabalho Morto ou Trabalho Vivo implicado com o mesmo, depende do próprio trabalhador. Essa afirmação tem por base uma característica fundamental do processo de trabalho em saúde: a de que o trabalhador possui um razoável autogoverno sobre o seu processo de trabalho, isto é, ele comanda o modo como vai se dar a assistência. Se essa acontece por parâmetros humanitários, com atitudes acolhedoras, ou ao contrário, de forma burocrática e sumária, é determinada por quem está em ato, na relação com o usuário, no caso, o próprio trabalhador. O espaço de trabalho, onde há realizações impulsionadas pela prática de cada um, é o lugar da micropolítica, para o caso que estamos vendo, de produção de saúde.



E o que é a micropolítica?

É o protagonismo dos trabalhadores e usuários da saúde, nos seus espaços de trabalho e relações, guiado por diversos interesses, os quais organizam suas práticas e ações na saúde. Assim o espaço da micropolítica não é *uno*, é múltiplo de quantas identidades se inscreverem nesse lugar, como sujeitos

1. A Composição Técnica do Trabalho – CTT a razão entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo presente no núcleo tecnológico de produção do cuidado, do processo de trabalho. (Franco, 2003).

que pretendem realizar seus projetos, sejam eles identificados com o campo individual ou coletivo; privado ou público; cuidador ou não cuidador; enfim, é aí que se define de fato o perfil da assistência, porque é nesse lugar que se dá o trabalho em saúde.

Os processos de produção da saúde mais tradicionais organizam campos de ação no espaço da micropolítica, estruturando processos produtivos centrados no instrumental e nas normas dependentes do trabalho morto, como formas de garantir maior produção de procedimentos. Isso foi construído historicamente, através da prevalência dos interesses da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos na determinação dos **desenhos organizativos da atenção em saúde**, que operam criando uma consciência e subjetividade entre os diversos profissionais, que dá formação ao imaginário de que a qualidade da assistência está vinculada ao uso das tecnologias duras e leve-duras, isto é, equipamentos e conhecimento especializado. Isso acontece com uma anamnese, como já informamos, como também em relação a consultas, em que o profissional prioriza a prescrição de procedimentos e praticamente anula os atos de fala, escuta, toque, relações, que são próprios da clínica, ou qualquer outro procedimento que se realiza. O mesmo repete-se em reuniões de grupo, onde predomina a fala técnica, centrada no profissional e não se abre para a escuta dos usuários portadores de algum problema crônico de saúde, e que têm a necessidade de falar das suas angústias, dos estigmas da doença, dos processos existenciais os quais impactam seu modo de estar no mundo. O processo de trabalho centrado na norma e no protocolo (trabalho morto) reduz sobremaneira o campo de cuidado aos usuários.

A micropolítica é o lugar onde se manifesta e se produz a subjetividade.



E o que é a subjetividade?

É um modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação com os demais. Vale dizer que a subjetividade é dinâmica, muda de acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo. Ela é produzida socialmente e nunca está acabada. A história e as experiências de vida, as relações com grupos ou indivíduos disparam mudanças no jeito de ser e agir de cada um, o que chamamos de “processos de subjetivações” que vão mudando as pessoas, ou seja, produzindo novas subjetividades. O trabalho é uma das experiências mais ricas que uma pessoa tem e, por isso, ele produz nela novas formas de entender e agir no mundo e com as outras pessoas. A isso chamamos de “nova subjetividade”. Ao produzir coisas e serviços, como o de assistência à saúde por exemplo, o sujeito produz a si mesmo. Um dos efeitos em se tornar sujeito é o de ganhar maior capacidade de intervir sobre a realidade, ser protagonista de mudanças sociais, coletivas e individuais.

A personagem de Guimarães Rosa, Riobaldo Tatarana, nos fala da sua percepção de toda essa questão, de uma forma clara:



Sobre **desenhos organizativos da atenção em saúde**, ver o momento 2 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde, módulo específico do tema.

“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão”.

(RIOBALDO TATARANA EM GRANDE SERTÃO: VEREDAS;
JOÃO GUIMARÃES ROSA)

As afirmações de que “as pessoas não estão sempre iguais... não foram terminadas” e “elas vão sempre mudando” expressa muito bem algo que existe em cada um e que o diferencia dos demais, tornando-o singular, ao mesmo tempo em que afirma que isto é uma construção perene.

Muito se tem discutido sobre o tema da subjetividade e o modo como influencia a forma de as pessoas enxergarem e atuarem no mundo. A questão é universal, atravessa os tempos. A subjetividade impulsiona a pessoa a atuar no ambiente da micropolítica. Micropolítica é a “arte ou ciência de governar” que cada um tem, seus próprios espaços de trabalho, relações, enfim, de vida. Um dos espaços onde isso se dá, é no lugar onde a pessoa trabalha e produz. Ela faz isso de acordo com certo sentido, isto é, determinados fins os quais considera mais adequados aos seus interesses ou desejos.

Foi tentando encontrar sentidos para a subjetividade e seu impacto na formação do campo social, que o filósofo e psicanalista francês Félix Guattari definiu que a subjetividade pode ser “solidária”, baseada em valores societários, humanitários e de cidadania, que levem à construção de um mundo novo; e pode ser “capitalística”, quando opera a partir dos objetivos privados e individuais, reproduzindo as muitas formas de enquadramento das pessoas nas normas

sociais vigentes (Guattari, 1998). Por exemplo, um profissional que tem um grande conhecimento técnico em uma determinada área, ao cuidar do usuário, pode se relacionar com ele de forma impessoal, sumária e burocrática; já outro profissional, igualmente conhecedor dos problemas de saúde, pode estabelecer relações humanizadas e acolhedoras com os usuários. Veja bem, mesmo equiparando-se tecnicamente, os dois profissionais têm atitudes completamente diferentes e o que determina seu modo

de ser, quando realiza a assistência ao usuário, não é uma lei ou norma do serviço, isto é, não há uma racionalidade guiando seu comportamento, é sua subjetividade que atua quando ele está trabalhando, determinando assim o seu modo de agir perante o usuário e seu problema de saúde.

E não é apenas o profissional que tem uma certa subjetividade quando está em serviço, mas o usuário também traz uma história de vida, de relações, conhecimento acumulado, uma dada cultura, enfim, inúmeros fatores que determinam seu modo próprio de ver e atuar no mundo. Como a assistência à saúde se dá a partir do encontro dos dois, trabalhador e usuário, ambas as subjetividades podem influenciar um ao outro mutuamente. É como se essa relação que se estabelece para a produção do cuidado criasse uma situação em que um afeta ao outro com toda a carga de subjetividade que têm, permeando



o processo de trabalho no exato momento em que se dá a assistência. Mas para que isso ocorra, é necessário haver espaço de conversas entre ambos, o que não ocorre em um processo de trabalho que é sumário e burocrático e trata o usuário como um objeto sobre o qual deve ser realizado um procedimento a fim de reabilitar seu corpo doente, e ponto. A relação produtiva mesmo só vai acontecer se o usuário for tratado como sujeito, que pode ser ele também um protagonista do seu processo saúde-doença.



Mas será que o processo de trabalho em determinado estabelecimento de saúde é sempre ou de um jeito, centrado nos instrumentos e normas; ou de outro jeito, nas relações? É possível haver estabelecimentos de saúde onde haja uma mistura entre as duas formas de agir no cuidado aos usuários?

Vamos deixar essas perguntas para você responder. Para isso, pode usar uma ferramenta apropriada para análise do processo de trabalho que é o Fluxograma Descritor, explicado a seguir.

O Uso do Fluxograma Descritor para Análise do Processo de Trabalho

Segundo Franco & Merhy (2003), o Fluxograma é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. É uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho no cotidiano. Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: A elipse, representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango, indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo.

Procura-se, com o Fluxograma, interrogar a micropolítica da organização do serviço de saúde e, assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e desses com os usuários, os nós-críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios. Pretende-se, assim, ao retratar todos processos e interesses implicados na organização do serviço, revelar áreas de sombra que não estão claras e explícitas para os trabalhadores e gestores do serviço.

Para aqueles que queiram aplicar o fluxograma em uma Equipe de Saúde da Família ou Unidade de Saúde, descrevemos abaixo algumas dicas que ajudam nisso. Mas, lembre-se, cada caso deve ser tratado com especificidade, então isso que está aqui deve ser adaptado à situação específica.

1. Reúna a equipe de Saúde da Família ou da Unidade Básica de Saúde. É importante que o fluxograma descritor do processo de trabalho seja elaborado coletivamente, porque quem mais conhece e entende o processo de trabalho é quem está efetivamente trabalhando;
2. Coloque sobre a parede (pregue com fita crepe) folhas de papel pardo sobre os quais vai ser desenhado o fluxograma. É importante que todos estejam visualizando sua construção para facilitar a compreensão do processo de trabalho;

3. Inicie a conversa com a equipe perguntando sobre o acesso do usuário ao serviço. Vá anotando no papel a expressão gráfica desse acesso;
4. Em seguida, interrogue o pessoal que trabalha na recepção e assim, sucessivamente, vá solicitando à equipe que relate o processo de trabalho, segundo os itinerários que são feitos pelo usuário quando busca assistência nesse serviço;
5. Ao final, é importante fazer uma revisão desse caminho, retomando o processo de trabalho novamente. Há sempre alguma coisa para ser mudada ou que foi esquecida. A revisão ajuda a aperfeiçoar o fluxograma.

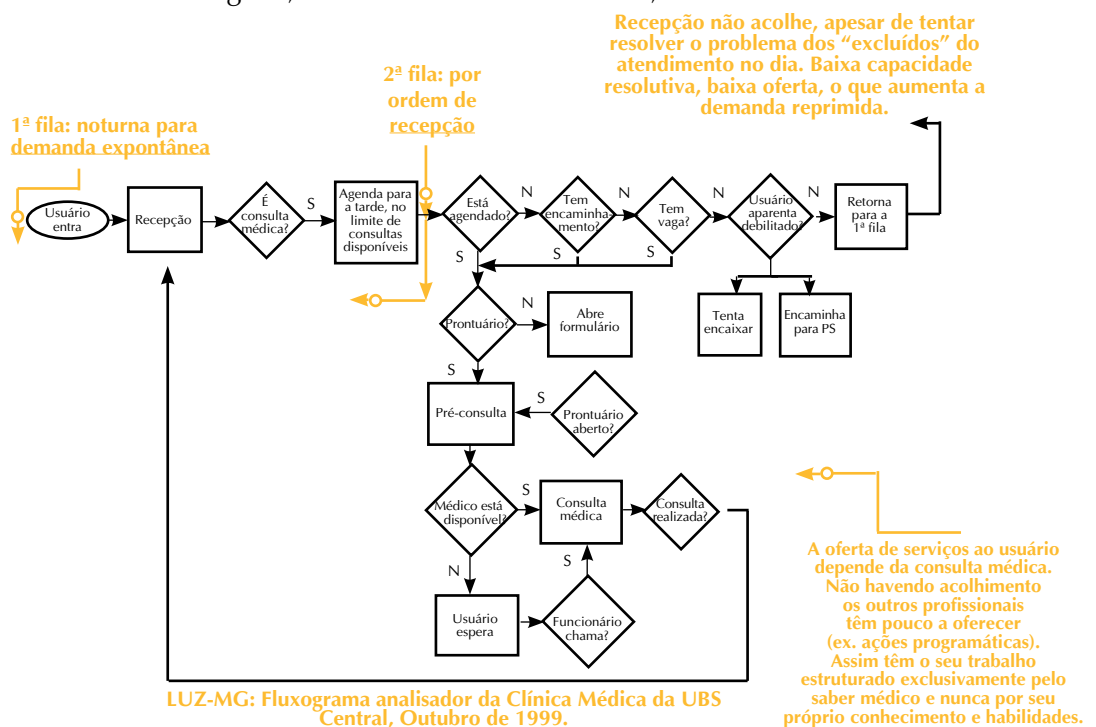
Abaixo, reproduzimos, como exemplo, um fluxograma resumo do processo de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde:

Exemplo²:

Este fluxograma retrata a entrada de uma Unidade Básica de Saúde de tipo tradicional. Se pensarmos esta Unidade Básica de Saúde dividida em Unidades de Produção de Serviços, temos, nesta etapa representados os fluxos da **Unidade de Recepção**, a **Unidade de Consulta Médica** e a **Unidade de Prontuários**.

Descrição da primeira parte do fluxograma:

O primeiro problema evidente no fluxograma diz respeito à fila que se forma na madrugada, às vezes na noite anterior, de usuários em busca da



2. Do livro: "O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano" de Merhy, E.E. et al. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 166-168.

“ficha” (uma senha) que dá acesso à consulta médica. Após enfrentar a fila (chamada aqui de 1ª fila), os usuários entram na Unidade às 7 hs. (horário em que se iniciam os expedientes) e se dirigem à recepção para receberem a ficha e agendarem a consulta médica, por ordem de chegada. Após conseguirem agenda, para efetivamente acessarem a consulta que se realiza à tarde, será necessário enfrentar uma 2ª fila (à tarde), também por ordem de chegada. O processo burocrático de acesso à consulta, a inexistência de dispositivos como o Acolhimento e a baixa oferta excluem a maioria dos usuários da assistência.

Para a consulta à tarde, o usuário tem de estar previamente agendado (o que deve ter sido feito pela manhã). Verificada a existência de vagas, os usuários são encaminhados para a consulta. (Aqueles que ficam excluídos da consulta, se estiverem “debilitados”, questão que é verificada pela auxiliar de enfermagem da recepção, são encaixados no horário do médico ou encaminhados para o serviço de urgência do Pronto Socorro. Caso contrário, esse usuário tem de voltar na madrugada para a 1ª fila, a fim de tentar conseguir agenda no dia seguinte). Depois dos procedimentos de rotina, em torno da providência de prontuários, realiza-se a consulta médica”. (Franco, T.B.; *O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz – MG* In: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; Merhy, et. al; São Paulo: Hucitec, 2003, p. 166-168).

Encerramos aqui a discussão sobre o processo de trabalho em saúde, deixando claro que esse é o início de um longo e duradouro debate sobre o tema, ao qual você deve estar atento e aberto a perceber novidades na área. Elas sempre aparecem, pois é um campo fértil e aberto para novos arranjos na organização do trabalho em saúde.

Referências

- HOLANDA, A B. *Novo Aurélio*, Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.
- CAMPOS, G.W.S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. S. Paulo: Hucitec, 1994.
- CECÍLIO, L.C.O. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.
- FRANCO, T.B. *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde*. Campinas: São Paulo: DMPS/UNICAMP, 2003. Tese de Doutorado.
- FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E.E. et. al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- GUATTARI, F. *Caosmose*. São Paulo: Editora 34, 1998.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Texto 3

Velocidade e intervalo no tempo da saúde

- Ei, você!
- Quem, eu?
- Sim, você! Lembra de mim?
- Ah, sim!
- Meio sem graça, logo emenda:
- Como vai?
- Vou bem! E você?
- Tudo bem! Bom, até logo!

Você já passou por algo parecido?

Andamos em um dia-a-dia tão corrido que não temos tempo para prestar atenção nas pessoas, nas coisas ou nos lugares. Estamos sempre com pressa. Não é mesmo?

Você tem feito ou recebido visitas de amigos ou familiares? Quando foi a última vez que você se sentou despreocupado e ficou por horas conversando com alguém?

Os modos de viver, de trabalhar e de estabelecer relações com o outro produzem nossos modos de sentir, falar, agir e estar na vida, no trabalho e nas relações.

E na saúde? Como estamos produzindo o nosso trabalho e os nossos modos de sentir, falar, agir e estar? Como estamos enfrentando as dores e os sofrimentos, nossos e do outro?

No trabalho em saúde, não precisamos nos condenar ao peso da dor, do sofrimento e das carências. Também não podemos limitar nosso olhar e nossa escuta apenas ao que detectam nossos instrumentos de diagnóstico: ausculta, palpação, laboratório, imagenologia etc. Precisamos inventar, cada um à sua maneira, formas para não nos deixarmos petrificar e não desaprendermos a ver e ouvir afetos e vivências. Precisamos de leveza... Voar para outros espaços de produção de ações de saúde, resignificando o próprio trabalho e recriando a vida.

Mas “qual saúde bastaria para libertar a vida em toda parte onde esteja aprisionada pelo homem e no homem”, pergunta-nos Deleuze (1997). Apos-
tamos em nossa potencialidade criativa de inventar formas de liberar a vida
onde estiver aprisionada?

*O que fazer da vida senão viver? Busquemos a vida onde
se possa encontrá-la. Uma vez que a tivermos encontrado,
ela mesma resolverá os problemas. Cada vez que nós ne-
gamos a vida a fim de resolver uma dificuldade, fazemos
nascer dez outros problemas em vez do primeiro [...] Quando os homens buscarem em primeiro lugar a vida,
eles não buscarão mais as terras nem o ouro. [...] Buscai
a vida e a vida trará a mudança.../Tudo o que é vida é
vulnerável, só o metal é invulnerável. Combatei pelo frágil
desabrochar da vida, mas então não cedei jamais*

(LAWRENCE, 1989, APUD PELBART, 2000, p. 67-68).

Liberar a vida é fazê-la passar pelas brechas e fissuras que se abrem no
cotidiano.



Mas onde estão essas brechas e fissuras?



Desejo aqui está
sendo usado não
como força criada
pela falta, base da
concepção de Freud,
mas de Processo
Primário como uma
força inconsciente,
uma energia que
flui positivamente
impulsionando a
busca de prazer,
levando à invenção
ou produção do novo
e de inéditos (sem
apego ao que existe
como se fora um para
sempre).

Vivemos esse paradoxo, as brechas e fissuras estão no cotidiano e muitas
vezes nem as percebemos. E mais, é por elas que passam as forças do **desejo**,
desejo que nos move e nos põe em ação.

No cotidiano, nos vemos engolidos pela labuta, rotinas e modelos. Somos
capturados, atropelados, atravessados por solicitações sem fim, todas para
ontem, e não percebemos que isso é resultado de processos mais gerais da
sociedade – a subjetividade contemporânea – a instantaneidade, a velocidade,
a multiplicidade, a visibilidade, a serialidade – as quais veremos mais adiante.

Essa subjetividade contemporânea conforma também o cotidiano dos
serviços de saúde e nos afeta. O problema não é sermos afetados e, sim, não
percebermos que fomos capturados.

Façamos uma pausa...

“O sertão está em toda a parte”, Guimarães Rosa

*E uma secura árida e cálida toca nossa pele fazendo-a grossa,
espessa e avessa ao toque.*

Solidão, carência, imobilidade, consumo e pressa...

Viver correndo e o con-viver morrendo...

Onde mesmo precisamos chegar? O que há para alcançar?

Passam os anos e ficamos todos assim, meio homogêneos, vestidos de
calça jeans, comendo hambúrgueres e passeando nos *shopping centers*.

Há uma certa força que nos faz agir assim, há um certo controle para que nos enquadremos.

A sociedade produz subjetividades que nos fazem oscilar entre extremos – a alienação e opressão ou a criação e expressão. A alienação passa pela fabricação de subjetividades em série, passa por modos de viver constituídos como numa esteira de uma linha de produção, contínua homogeneização. A criação e expressão são processos de liberação de vida, de singularização.

A vida? Então, a vida no modo capitalista de produção parece ter equivalência com mercadorias e com coisas muito banais. Basta olharmos para as manchetes de jornais e leremos notícias sobre assassinatos e muita violência motivados por dívidas de jogo, brigas de trânsito e tráfico de drogas, entre outros. Em alguns casos, sem motivo algum.

A vida está valendo quase nada, por muito pouco mata-se o outro como a um inseto.

Veja a matéria publicada na Folha de São Paulo:



O espetáculo e a violência na saúde

E na saúde, onde está a vida?

Vida mercadoria?

Tá lá o corpo estendido no chão!

Entre a vida e morte severina.

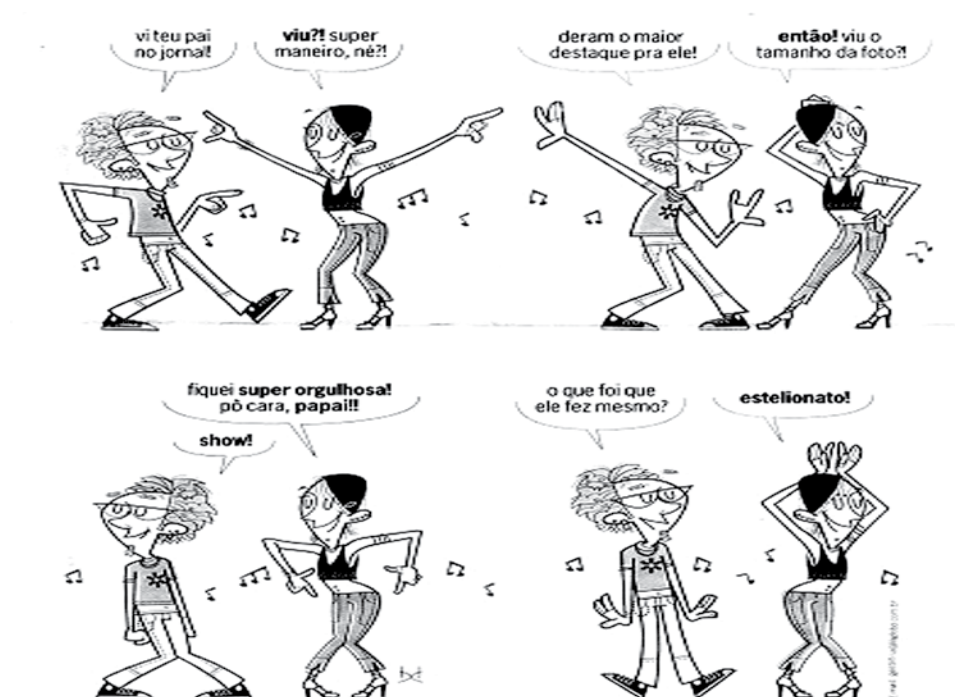
Fragmentos. Procedimentos. Pacientes poliqueixosos?

Sangue, suor e cerveja.

Espetáculo? A violência na saúde? Espetáculo da violência na saúde?

Freqüentemente somos atravessados pela violência na saúde, seja pela demanda (vítimas dela) que nos chega para atendimento, seja pela forma violenta com que algumas pessoas encontram alternativa para ter direito ao atendimento em saúde, seja pelo desrespeito, descaso, desatenção etc. Freqüentemente essas situações tomam uma visibilidade sobre a qual precisamos refletir.

“O espetáculo não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediada por imagens” (Debord, 1997, p. 14). Bom e ruim, feliz e infeliz. Precisamos indagar: a serviço de que algo conforma-se como



espetáculo? Quem é o espectador? Quem é (são) o(s) protagonista(s)? “O espetáculo é ao mesmo tempo o resultado e o projeto do modo de produção existente” (Debord, 1997, p.14) e expressa uma degradação da vida social do ser para o ter, para o parecer.

Esse movimento parece também emergir de certas forças que regem as sociedades contemporâneas, que as colocam em uma transição, da civilização da culpabilidade para uma civilização da vergonha (Enriquez, 1994 apud Sá, 2000). Na primeira, o sentimento de culpa provoca uma luta interna nas pessoas entre os sentimentos de agressividade, inveja e amor e, de certo modo, essa luta “controla” a violência. Na civilização da vergonha, toleram-se atos repreensíveis, desde que não sejam descobertos, levando-nos a viver um mundo de aparências.

Nessa perspectiva, podemos identificar “uma certa tolerância” a ações violentas, desrespeitosas, desonestas, desde que não sejam descobertas. Estaríamos imersos na lógica da produção do espetáculo, na busca de prestígio, de aplauso e admiração por termos feito o nosso trabalho na saúde? Estaríamos imersos nessa lógica da civilização da vergonha, tolerando coisas, mesmo às custas de sofrimentos e conflitos éticos?

É premente a necessidade dos trabalhadores de reconhecimento pelo trabalho executado. Reconhecimento social, mas antes de tudo, do próprio trabalhador. Reconhecer-se no que faz. Realizar-se por meio do trabalho, implicar-se, responsabilizar-se, satisfazer-se.



Temos de interrogar: Qual é o sentido do trabalho para o trabalhador? Qual sentido o trabalhador dá a seu trabalho?

O trabalho precisa fazer sentido para o trabalhador, para o usuário e para a sociedade. No entanto, temos nos afastado do nosso fazer. Nossos gestos são externos, procuramos proteção no distanciamento da dor do outro. Utilizamos escudos para nos protegermos e não alcançamos nosso intento: cuidar do outro no seu momento de dor e sofrimento.

Agimos segundo regras e normas instituídas, duras, pouco flexíveis. Para tudo há uma resposta prévia, uma conduta fixa, igual para todos. Assim, não entramos em contato com o outro, com nossos sentimentos, nossa existência, produzimos separação – nós, o resultado do nosso trabalho e o outro, o usuário.

Agimos imersos em forças que regem as sociedades, essa mesma sociedade que agride o corpo produzindo chacinas, produz o culto da aparência, o espetáculo e a intensa valorização das formas esculturais de corpo.

O envelhecimento é negado, as rugas odiadas, as marcas do corpo apagadas e a morte adiada em unidades de terapia intensiva. O corpo esbelto e esguio é perseguido a qualquer custo e em todas as idades. Dietas, *personal trainers* ou contrato de especialistas para orientar jeitos *fashion* de se vestir, são alguns dos objetos desejados para consumo, assim como o mais novo e menor celular, o último modelo de carro, a mais nova técnica de cirurgia plástica. A grande massa de trabalhadores desempregados ou em mercado informal de trabalho luta para conseguir sobreviver, sonhando com o *fast food*, a tv, o tênis da moda etc.

Desconfiados, tememos quando uma criança se aproxima do nosso carro parado no semáforo. Sensação desconfortante a de ver um acidente ou alguém pedindo ajuda e ter de suspeitar: será um assalto? Devo envolver-me?

Estamos imersos em um individualismo que corrompe cada iniciativa de troca, de afago, de coletivo. O outro é só um concorrente, ou pior, uma ameaça.



Esses aspectos aparecem na saúde? De que forma? Em quais circunstâncias?

As cidades se constroem com cada vez mais muros e cercas, territórios fechados. Condomínios exclusivos para os ricos com guaritas, câmaras de vídeo e seguranças. Guetos de casas simples, muitas inacabadas, com moradores que convivem com toque de recolher mesmo não havendo guerra explícita e anunciada.

A solidariedade está em baixa, muitos espaços públicos são privatizados. A praça torna-se lugar só para alguns poucos, praias são fechadas com muros e portões dos condomínios.

Ah! Que saudade dos tempos de conversas de vizinhos na calçada, do cheiro de terra molhada pela chuva fina e das épocas das jabuticabas compartilhadas por toda a criançada direto no pé. Essas situações estão se tornando cada vez mais raras...

A instantaneidade

Estamos na era das mídias, das telecomunicações instantâneas. A internet que nos leva a qualquer hora e a qualquer lugar, o celular que acessa a internet.

Vejam só, o avião a essa altura até parece meio ultrapassado! Podemos em menos de um minuto falar com alguém que esteja do outro lado do mundo.

Essa lógica se espalha por todo o campo e nos afeta de modo específico. Como diz Virilio (1996), a velocidade nos faz habitar o não-lugar, um território dinâmico, onde vamos lidar com a surpresa, com informações que já não condizem com a realidade, pois, quando a informação nos chega, a realidade já é outra. Todo esse dinamismo, essa velocidade, nos dá uma espécie de vertigem, tira nosso chão, as nossas certezas, tudo passa muito rápido e vemos uma fusão, homogeneidade de cores, de formas, de tudo, colocando-nos na busca de novos sentidos nesse não-lugar.

Essa lógica da velocidade nos transforma em pessoas muito ocupadas, sem tempo para nada. Essa lógica impõe uma pressa nos trabalhadores e nos usuários; atendimentos rápidos, medicamentos com efeitos instantâneos, desaparecimento imediato dos sintomas. Tudo correndo, tudo rapidinho!

Embora essa seja a proposição da lógica hegemônica, a lida na saúde exige outros tempos. Estamos falando do tempo necessário para a construção do trabalho em saúde, constituição de equipes, estabelecimento de vínculos com os usuários, famílias, coletividades locais. Esse tempo necessário não é o do relógio ou do calendário e nem é a supressão do tempo, mas o tempo dos intervalos, das aprendizagens, da aceitação e da incorporação. É o tempo do caminhar pelas ruas, do sentar no banco da praça, do demorar-se sob a água do chuveiro... Olhos nos olhos, ouvir o choro, captar a dor, receber ou ofertar um aceno amigo.

O tempo no trabalho em saúde requer uma certa lentidão, um certo torpor corporal, um certo estado de se deixar sentir em que se deixe fluir o tempo até que nesse fluir sinta-se o momento de agir. A clínica é o momento de decidir e fazer acontecer. A equipe é um momento coletivo de produção.

Como suportar a pressão da lógica da instantaneidade e abrir espaço para o fluir do tempo e para sentir o momento de agir ou para criar o sentido de coletivo?

Precisamos dar tempo para o pensamento, para a criação e para as sensações. Precisamos aceitar diferentes temporalidades, ritmos e movimentos. Precisamos perceber o próprio tempo e o tempo do outro e respeitá-los.

Como lidar com o diverso, o desconhecido ou o não-saber se não os permitimos aparecer? Precisamos enfrentar essa tensão permanente entre ser instituído pelas regras da sociedade e querer auto-instituir-se, expressar e criar formas de viver a vida que façam sentido.

Precisamos enfrentar as tensões e conflitos decorrentes do encontro de diferentes temporalidades: da sociedade, das instituições, dos grupos e das pessoas. Nesses encontros de temporalidades, podemos produzir conexões, combinações, ressonâncias mil. Torcemos por conexões que tenham força para abrir brechas na instantaneidade, brechas através das quais se possa ressignificar as tensões, viver e curtir as dores e as delícias de uma vida vivida como ato de coragem.

Há, nisso tudo, nesse grande sertão, veredas! Vontades e potências.

Referências

- BAREMBLITT, G.. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998.
- DEBORD, G.. *A sociedade do espetáculo*. Trad. Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- DELEUZE, G.. *Crítica e clínica*. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1997.
- PELBART, P. P. *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: Fapesp/Illuminuras, 2000.
- SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, 2001, p.151-164.
- VIRILIO, P. *Velocidade e política*. Trad. Celso M. Paciornik. São Paulo: Estação Liberdade, 1996.

Referência Iconográfica

Página 86 - DRUMMOND, Bruno. Gente fina. *Revista O Globo*, 2004.

Texto 4

Vivendo o mundo do trabalho – o trabalho humano e os coletivos: os desafios de estar na vida com os outros e a construção do trabalho de saúde em equipe

A humanidade vive perto de todos nós e, como o coração, prefere o lado esquerdo. Devemos encontrá-la, temos de nos encontrar. Não é preciso conquistar o mundo. Basta fazê-lo de novo. Nós. Hoje.

(SUBCOMANDANTE MARCOS, 1999, APUD BICHUETTI, 2004A).

Nosso cotidiano se concretiza por meio de tudo aquilo com que entramos em contato e que nos vai transformando, criando necessidades, construindo nossos modos de agir, pensar e sentir, ou seja, os filmes a que assistimos, as propagandas da televisão, as conversas com os amigos, os livros que lemos, as notícias de jornal, as relações com nossos familiares. O que vemos e vivemos nas ruas, nas escolas, no trabalho nos mobilizam para um certo modo de estar no mundo.

Esse modo de viver cria em nós promessas de felicidade e realização mediante o consumo. Lembra-se de um “Danoninho que vale por um bifinho”?

Essa lógica consumista é própria do mundo capitalista que vem sofrendo modificações importantes nos últimos anos, especialmente em sua materialidade, provocando profundas repercussões na subjetividade e expressando a grande crise que vivemos hoje, especialmente para a “classe que vive do trabalho” (Antunes, 1995).

Uma importante característica do modo capitalista de produção é a divisão técnica e social do trabalho, que coloca cada trabalhador em uma etapa do processo de produção, fazendo sua tarefa, mas perdendo de vista a finalidade do trabalho, de forma que sua tarefa acabe como um fim em si mesma.



Como você vê isso no campo da saúde?

A divisão técnica e social do trabalho preserva a reprodução das classes sociais e do funcionamento da sociedade no interior do trabalho. No modo de produção do trabalho em saúde, os trabalhadores se constroem na cisão entre elaboração e execução de projetos, na divisão do trabalho manual e intelectual, na operacionalização de rotinas e normas repetitivas e destituídas de sentido em que uns prescrevem, outros supervisionam e outros ainda são os que aplicam. Quando os trabalhadores produzem-se e reproduzem-se em meio à separação entre satisfação e trabalho ou entre trabalho e criação, o trabalhar torna-se um fardo cada vez maior e o trabalho fica fora da vida.

Antunes (1995) fala sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho desde a década de oitenta. Elas podem ser verificadas no setor da saúde, embora esse seja um trabalho diferente daquele executado nas indústrias, mas a indústria automobilística, por exemplo, vem substituindo as linhas de montagem por ilhas de produção.

Nas linhas de montagem como as das indústrias Ford, para atender às exigências do mercado e aumentar a produtividade, os trabalhadores eram fixados por atividades distintas da produção. Nas ilhas de produção, um número de trabalhadores fica responsável pela construção de um número determinado de veículos. O trabalho em equipe passa a ser mais valorizado e os salários ficam vinculados à produtividade do conjunto de trabalhadores.

Dessa forma, os trabalhadores passam a ser “controladores” uns dos outros para o alcance das metas da equipe. Assim, a participação passa a ser estimulada e a funcionar como mecanismo de regulação com vistas ao aumento da produtividade. A seguir, círculos de qualidade são instituídos reafirmando uma relação de “clientes” dentro das próprias fábricas, em que um setor é cliente do outro e precisa ser satisfeito com qualidade. Esse modelo é denominado de *toyotismo* por ter sido experimentado inicialmente na fábrica Toyota no Japão.

Segundo Antunes (1995), apesar das modificações implementadas, persistem a divisão técnica e social do trabalho e a separação entre execução e elaboração (trabalho manual e trabalho intelectual).

Os direitos trabalhistas conseguidos por meio de lutas históricas começam a ser flexibilizados, em decorrência, entre outros fatores, da terceirização de algumas etapas do processo de produção. Carteira assinada, férias, descanso remunerado são coisas que vão deixando de fazer parte do cotidiano e, para muitos, desconhecidas. Nesse processo, constata-se gradativamente a precarização e a fragilização dos contratos de trabalho.

Um contingente expressivo da população vive desempregado, muitos vão para o mercado informal de trabalho. Os sindicatos ficam enfraquecidos e há o surgimento do sindicalismo de empresa: os trabalhadores são chamados a defender a empresa como se fosse sua casa, sua família.



Como essas tendências chegam à saúde?

Você deve conhecer trabalhadores que enfrentam várias jornadas de trabalho, com diferentes vínculos empregatícios, que são contratados por

terceirização, que são contratados por cooperativas, não é mesmo? Outra tendência comum tem sido o enfoque da qualidade total que trabalha na perspectiva do trabalho de equipe para aumento da lucratividade da empresa, sem alterar a lógica de produção.

Coerentemente com essa lógica liberal encontramos compreensões em relação ao trabalho em equipe como um conjunto harmônico, com linguagem e objetivo comuns, ou que exploram a competição com vistas à lucratividade.

As situações de dificuldade ou problema nos locais de trabalho, geralmente, são atribuídas às pessoas individualmente e espera-se, por meio de treinamentos, “adequá-las”, “reformá-las” ou enquadrá-las em novas lógicas. Tais treinamentos, entretanto, quase nunca alteram os processos de trabalho, não revisitam/enfrentam as desigualdades de acesso na vida, as condições precárias de trabalho, os processos de decisão e as relações de poder presentes no trabalho.

Como o trabalho não é somente técnico e expressão de habilidades, o trabalho prescrito em um treinamento não necessariamente se tornará trabalho realizado no ambiente de serviço.

Para pensar e sentir:

*Você se recorda de algum exemplo de situações dessas?
Procure na lembrança o que você tem vivido no cotidiano
do trabalho em saúde.*



Individualismo exacerbado, trabalho que aprisiona, consumismo induzido, participação cooptada e direitos de fachada conhecemos de sobra, mas há processos em curso que também organizam coletivos para a produção e que escapam dessa lógica massificada de pessoas e de coisas. Como exemplo, podemos citar os movimentos ecológicos, os movimentos de minorias, os movimentos populares e os movimentos por direitos e liberdades. Os movimentos pela saúde têm uma bela história e um belo registro social nas lutas pelo Sistema Único de Saúde.

Estamos falando da potência de dispositivos que viabilizam a invenção de processos produtivos e criativos que neutralizem os movimentos da reprodução social. No campo da saúde, podemos pensar em dispositivos que nos ajudem na busca de novas formas de agir, respeitando singularidades e permitindo um viver autônomo.

Nessa perspectiva, a proposta de introduzir o tema desejo no mundo do trabalho nos parece bastante mobilizadora, afinal de contas, somos seres de desejo e temos no trabalho a oportunidade de crescermos como pessoas, profissionais e cuidadores.

Segundo Guattari & Rolnik (1999, p. 215) “(...) desejo não é forçosamente um negócio secreto ou vergonhoso como toda psicologia e moral dominantes pretendem. O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores.”

Desejo aqui está sendo tomado como uma força inconsciente, uma energia que flui positivamente, impulsionando a busca de prazer, levando à invenção ou à produção do novo e de inéditos, do que não existe como forma dada, mas como possibilidade se caminhamos para a produção.

Ao tema do desejo, acopla-se o tema da Obra, isto é, a obra como “o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho” (Campos, 1997, p. 234).

Assim, apostamos no trabalho como possibilidade de viabilizar desejos, de “reaproximar os trabalhadores do resultado do seu trabalho” já que “sobrevive-se mais facilmente e gostosamente quando se sente criador de Obras dignas de admiração e do respeito público” (Campos, 1997, p. 235).

O poeta Vinicius de Moraes nos ativa o pensar e o sentir do que estamos falando:

[...]

*De forma que, certo dia,
À mesa, ao cortar o pão.
O operário foi tomado
De uma súbita emoção
Ao constatar assombrado
Que tudo naquela mesa
– garrafa, prato, facão,
Era ele que fazia.
Ele, um humilde operário,
Um operário em construção.*

*Olhou em torno: gamela,
Banco, enxerga, caldeirão,
Vidro, parede, janela,
Casa, cidade, nação!*

*Tudo, tudo o que existia
Era ele que fazia.
Ele, um humilde operário
Um operário que sabia
Exercer a profissão.*

*Ah! Homens de pensamento
Não sabereis nunca o quanto
Aquele humilde operário
Soube naquele momento!*

*Naquela casa vazia
Que ele mesmo levantara
Um mundo novo nascia
De que nem sequer suspeitava.
O operário emocionado
Olhou sua própria mão,
Sua rude mão de operário
De operário em construção.
E olhando para ela
Teve um segundo a impressão
De que não havia no mundo
Coisa que fosse mais bela.*

*Foi dentro dessa compreensão
Desse instante solitário
Que, tal sua construção
Cresceu em alto e profundo
Em largo e no coração
E como tudo que cresce
Ele não cresceu em vão
Pois além do que sabia
– exercer a profissão-*

*O operário adquiriu
Uma nova dimensão:
A dimensão da poesia.*

A equipe em construção

*A arte, a dimensão que a surpresa traz ao operário: a poesia,
que faz do trabalho realização:
o desejo em construção,
o operário em construção,
a equipe em construção,
essa construção é a saúde em produção.*

Muitos motivos podem fazer com que pensemos nas equipes como prescrições de bem-viver: equipes como possibilidade de totalização dos trabalhos fragmentados, equipes-salvação e equipes-cooperação.

Vimos alguns aspectos do trabalho contemporâneo que os colocam como importante para o aumento da produtividade, sem necessariamente envolver – de fato – o trabalhador, seus desejos e interesses. Discursa-se o trabalho em equipe como uma família, valorizando a amizade, a companhia, a criatividade, para o sucesso da empresa e, principalmente, para a manutenção das situações previstas pelo interesse do capital e do *status quo* institucional e social.

Propomos o trabalho em equipe em outra perspectiva, como algo a ser construído pela interação de trabalhadores e usuários, revisitando e flexibilizando as fronteiras corporativistas que demarcam mercados de trabalho. Faz-se necessário visualizar e analisar as disputas de poder e estabelecer projetos coletivos de cuidar. Mais adiante retomaremos esses pontos.

Agora, convidamos você a olhar a pintura que se segue: o que você vê? Relacione com o trabalho em equipe.

Essa é uma obra de Theodore Géricault, intitulada a Balsa do Medusa.



Géricault retratou um naufrágio – ocorrido na costa oeste da África – de um navio do governo (O Medusa) que levava 149 colonos franceses ao Senegal. Transporte de força de trabalho, pessoas que iriam migrar para trabalhar

em outras terras. O barco afundou, contam que por imperícia do capitão e esse, com sua tripulação, tomou os botes salva-vidas. Ruínas do navio funcionaram como balsas, sendo rebocadas pelos botes até o momento em que as cordas foram cortadas e seus ocupantes abandonados à sua própria sorte. Derivaram por doze dias sem água e sem comida e poucos sobreviveram, apenas 15 pessoas (A Balsa de Medusa). Na imagem, podemos ver vários comportamentos, práticas e posturas de um coletivo.

Que relações se pode fazer com as equipes? Sobreviventes devido a características individuais? Força de vontade, perseverança e garra versus desistência, fraqueza, acomodação?

Sim! Diriam gerentes interessados em produção. Lembre-se de que esse é o modo mais comum de se pensar. Não! Diríamos baseados na desigualdade de chances, nas condições que os levaram ao mar, na compreensão desses homens como mercadorias.

Movimentos de agenciamento e encorajamento coletivo? Movimento de exclusão, restrição e subordinação? Sim, vemos também diferenças de atitudes nesse caos. Há aqueles que olhavam para os horizontes em busca da vida, de terra, de possibilidades.

Há aqueles que se fatigaram, outros desanimaram e outros morreram. Há os que encontraram vida na atitude ativa de organizar a vida ameaçada. Isso reafirma a potência da vida, a dor que faz sucumbir traz também a grandeza humana de se refazer, lutar, buscar...

O convite é o de que você olhe a balsa, seus integrantes, mas também olhe para o que os colocou lá, suas condições de explorados, de náufragos e também seus projetos e sonhos. Pensar em equipes de saúde exige deslocar os olhos nos indivíduos, nos exige pensar em política do trabalho e na política das relações. A equipe se esculpe em processos de trabalho. Nesses processos, os trabalhadores são produzidos ao mesmo tempo em que trabalham e produzem.

Determinação, iniciativa, acomodação ou desânimo, não são atributos individuais, resultam de relações: são subjetividades em produção.

Para pensar e sentir:

Você já pensou sobre isso?

Esses aspectos abordados fazem sentido com o que você observa em seu cotidiano?

As relações na equipe de trabalho

Quando falamos de relações, somos arrastados para o campo das emoções, do relacionamento interpessoal. Não são apenas dessas relações que estamos tratando.

As equipes vivem imersas nesse mundo contemporâneo, em meio a relações de poder, de afeto, de trabalho, de gênero, relações sociais, históricas, culturais que produzem pensamentos, sentimentos, modos de agir e desejos. Não é possível separar essas relações, a não ser para fins didáticos.

Por exemplo, as relações de poder e as disputas no interior das equipes são históricas, se reproduzem no interior do trabalho. Medicina e enfermagem



historicamente disputam poderes, porque seus objetos são emaranhados. As histórias dessas profissões são de conflitos. Nas equipes, essa luta se atualiza e nela também estão as relações de gênero: homem e mulher. As relações afetivas: prestígio e subordinação, favorecidos e desfavorecidos; ciência-poder e senso comum-delegação. As relações de classe social e as decorrentes da diversidade cultural.

Temos, no trabalho em saúde, outras disputas entre grupos de trabalhadores: Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros, Médicos e Dentistas, Enfermeiros e Gerentes, Administradores e Médicos e muitas outras.

Então, a equipe é um tecido de relações: presentes e passadas, de poderes e de saberes, de classes sociais, de afetos... Relações entre diferentes trabalhadores, permeadas pelas relações entre os trabalhadores e os usuários.

São pessoas com formações diferentes, com saberes diferentes, práticas diferentes, histórias diferentes que se encontram/desencontram para produzir um trabalho: cuidar de pessoas com necessidades de saúde, gerenciar serviços e sistemas de saúde, formular projetos de promoção de vida.

A equipe é uma possibilidade de construção/desconstrução/reconstrução permanente. Nela há movimentos, momentos de maior potência de trabalho e de vida, momentos de maior desarticulação, de desânimo, de resistência, momentos de criação e de invenção, chance de obra.

Somente a colocação dos trabalhadores juntos num mesmo ambiente não se configura suficiente para a construção da equipe. Os trabalhadores precisam ser *agenciados* para “o modo-equipe” de trabalhar.

Estamos considerando o modo-equipe de trabalhar como aquele em que os trabalhadores se re-arranjam para atender uma pessoa/família/grupo em sua integralidade, construindo projetos terapêuticos. Isso se dá em meio a tensões, estranhamentos, conflitos, questionamentos: saber, não-saber, confiar, acreditar, permitir-se arriscar o novo, o desconhecido.

Para construir e acordar esses rearranjos, os trabalhadores precisam tomar para si a tarefa de cuidar e reconhecer que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários distintos olhares, saberes e fazeres (Ceccim, 2004). Cooperar uns com os outros para uma finalidade comum: o cuidado. Comunicar-se, ora mais, ora menos. Permitir-se servir de depositário das angústias e incertezas, sem tomar para si a vida e a decisão que é do outro (aquele que está sendo cuidado).

A equipe pode assim ser pensada como um dispositivo. Dispositivo é instrumento de visibilidade ou o “cavalo”. Cavalo é como algumas religiões definem o trabalho do médium que “empresta” seu corpo para que espíritos o utilizem como instrumento de intermediação e cura. Os médiuns não se tornam esses espíritos, lhe dão passagem, chances de “existência”.

A equipe pode “emprestar” seu corpo, constituindo-se como lócus onde os usuários podem colocar suas dúvidas, angústias e dores. Quando faz isso, a **equipe** pode também ser capaz de absorver essas aflições e de devolvê-las de outro modo: processadas, tal como as mães que recebem dos filhos solicita-



Equipe

Para maior aprofundamento ver Guimón, J.. Introdução às terapias de grupo: teorias, técnicas e programas. Lisboa: Climepsi, 2002, que utiliza o conceito de “mãe suficientemente boa”, de Winnicott, como atributo das equipes no lidar com as necessidades dos usuários.

ções e desconfortos, processam e devolvem ao bebê algo diferente, acalento, tolerância, compreensão, respeito ao momento do filho.

Como os projetos terapêuticos são distintos para as diferentes pessoas e mudam quando as necessidades ou o contexto mudam, as equipes devem ser mutantes, reconfigurando seus processos e aproximações.

Equipes e conflitos

As relações da equipe são tensas e também conflituosas. Ninguém gosta do conflito, pois aprendemos que eles são ruins, mas os conflitos evidenciam diferenças numa sociedade que se empenha em produzir homogeneização.

David Capistrano nos falava que “não pode haver avanço cultural, político e social sem conflito”.

O conflito é democrático, é esclarecedor, é necessário. Uma das desgraças da herança cultural brasileira é essa mania das pessoas dizerem que querem chegar a um acordo. Que acordo coisa nenhuma! Temos que radicalizar as idéias para as pessoas compreenderem. Então o conflito é necessário.

(COSTA FILHO, APUD LANCETTI, 2001, p. 84).

Podemos produzir negociações e pactos, sempre provisórios, mas não há como terminar com conflitos nas equipes nem é possível o mito da linguagem comum, da igualdade, da harmonia. Os conflitos precisam ser enfrentados, nominados, expostos. Trazem possibilidade de inclusão e produção da mudança, movendo-nos do lugar da conservação para o lugar da transformação.

Ao serem nominados e expressos, os conflitos podem mudar de qualidade, se transformar. A aprendizagem ocorre quando há possibilidade de superar momentos, transformando dilemas em problemas de gestão e crescimento coletivos. O dilema paralisa, não há comunicação. É impasse, não permite aprender, interrompe a escuta.

A abordagem dos conflitos como problema possibilita o que chamamos de problematização. A problematização permite a troca e o movimento das idéias, compreensão e decisões. A potência da equipe está justamente no crescimento coletivo, embora o movimento habitual seja de exclusão. As possibilidades de expressar as diferenças de opiniões, sentimentos, idéias, são processos de democratização das instituições, dependente da abertura para acolher as mudanças em si, nos coletivos e nas instituições.

Cuidando de quem cuida

A equipe precisa ser cuidada para produzir cuidados (Fortuna, 2003). A lida com a morte, com a dor, com a dificuldade do outro, coloca os trabalhadores em processos que produzem marcas, efeitos de aprendizagem no nosso corpo.

Segundo Rolnik (1993), marcas são “estados inéditos que se produzem em nosso corpo a partir das composições que vamos vivendo [...] nas incessantes conexões que vamos fazendo”.

“O que o sujeito pode, é deixar-se estranhar pelas marcas que se fazem em seu corpo, é tentar criar sentido que permita sua existencialização – e quanto mais consegue fazê-lo, maior é o grau de potência com que a vida se afirma em sua existência”

(ROLNIK, 1993, p. 242).

Muitos trabalhadores de saúde não se esquecem de algumas situações marcantes: aquela criança que faleceu, aquele idoso frente a uma doença fatal, o jovem que se suicidou, a menina que morreu no parto...



Histórias-marca, marcas que por vezes se fazem feridas doloridas, marcas-cicatrices. E o que fazemos com elas? Tentamos apagá-las de nossa memória! Vira e mexe, lá estão elas! Tão vivas como quando aconteceram.

Há de se criar sentidos para essas marcas em nosso processo de crescimento e aprendizagem no trabalho sobre a equipe.

Um dos modos de criar sentidos para as muitas marcas que os trabalhadores vivem e de cuidar da produção das equipes pode ser o apoio externo.

Esse apoio é realizado por outro trabalhador que tem por tarefa auxiliar a equipe a analisar seu processo de trabalho e criar outros sentidos para o trabalho que realiza. É um espaço para a equipe olhar para o que tem produzido, espaço de fala e de escuta entre trabalhadores e também para construção e gestão de projetos de trabalho. O apoiador não tem uma super-visão e nem está nesse processo para dizer à equipe o que fazer e como fazer, aporta, entretanto, uma *alter-visão*, visão de outro, para instigar a implicação da equipe.

O apoiador e a equipe em análise têm, juntos, a tarefa de criar um ambiente protegido e acolhedor onde os trabalhadores possam dizer e analisar o que fazem, como, porque e para quê.

Nesse espaço, também é possível identificar os não-saberes e os conhecimentos necessários para a ampliação dos projetos terapêuticos, abrindo espaço para produção do cuidado e de novas demandas de formação.

Esses espaços coletivos de trabalho da equipe pertencem às estratégias de gestão e gerência para viabilizar uma dada política de saúde.

Os apoiadores são muito solicitados nesse sentido: traga soluções e métodos prontos. Como suportar a tentação de corresponder à solicitação, uma vez que em nosso íntimo vaidoso ainda desejamos ser importantes para os outros? Como não corresponder se sentimos uma pontinha de orgulho quando alguém diz: só conseguimos tal feito porque você ajudou?

Também temos vivido a dificuldade das equipes em enfrentar seus não-saberes, muitos trabalhadores sofrem pela perspectiva de ter revelado que não sabem algumas coisas, sentem-se desamparados. Especialmente quando se trata de colocar em ação processos que saem do usual e conhecido, por exemplo: articular uma ação conjunta com uma associação de moradores para a redução da violência.



Alter-visão é uma expressão proposta por Ceccim para situar o trabalho de supervisão que não se coloca em condições de superioridade, mas de alteridade, isto é, relação de acompanhamento do outro (alter) com sentido de apoio e não de determinação do superior, podendo ser utilizada em situação de trabalho em equipe, prática de ensino em estágio, supervisão de desempenho, avaliação externa e avaliação institucional (Ceccim, 1994).

Não há pré-estabelecidos, passos a serem seguidos, remédios a serem receitados, protocolos a seguir. É preciso criar, viver o não-saber, arriscar, testar. Até que se familiarizem, isso parece ser muito amedrontador para os trabalhadores.

Sofrem também com a dúvida de até onde devem se envolver, temem os vínculos com os usuários pela possibilidade de sofrer com a dor alheia, mas não percebem que já sofrem inclusive para manter afastado de si o outro, deixando-o num lugar de anônimo.

A naturalização da divisão de algumas tarefas por categorias e a revisão dessas fronteiras do que cada um faz e sabe nos parece também um ponto importante a ser revisitado e analisado pelas equipes.

Em seus fazeres técnicos, a divisão social do trabalho expressa-se em diferença de acesso das mais distintas ordens. Por exemplo: você já notou que, numa reunião de equipe com trabalhadores de diversas categorias, em geral os de nível universitário são os que mais falam e os que têm suas opiniões acatadas?

Além do acesso ao lugar de quem fala e é ouvido (pelo menos oficialmente), são também os que têm acesso a outros bens e serviços. Às vezes, há estacionamento apenas para os trabalhadores de nível universitário, esses realizam diversos cursos durante a jornada de trabalho e dispõem de liberação para a pós-graduação. Já a servente faz supletivo à noite, não dispõe de folga para estudar e realizar tarefas escolares e não é chamada para educação em serviço, a não ser aqueles que têm por conteúdo implícito a sua realização incorreta da limpeza.



Você conhece locais de serviço com alguma dessas características?

A análise de aspectos como esses contribui para a construção de equipes-cuidadoras; os espaços coletivos de apoio são potentes e fecundos nessa direção.

Enfrentando as dores do caminho: descobrindo formas de liberar a vida aprisionada

No cuidado de crise, todo processo depende da produção de uma ética.

De uma ética que produz cuidado; e um cuidado que produz ética.

Ética inclusiva. Direito à diferença.

Ética dionísica. Dos bons encontros e das paixões alegres.

Uma ética de afirmação da vida. De uma vida para além do razoável; do previsto, do proscrito e do indiferente. Pode-se perceber que o cuidado de crise é, também, e essencialmente, um dispositivo de subjetivações livres.

Ele libera a vida de suas amarras. Um duplo-devir, novo homem e nova terra. Um acontecimento...

E, neste acontecimento, a certeza: "O diabo não há! É o que eu digo, se for... Existe é homem humano.

TRAVESSIA (ROSA, 1988, p. 538)" (JORGE BICHUETTI, 2004b).

Os processos de dor produzidos no ofício da saúde, como bem disse Ana Pitta (1994), não podem continuar sendo desconsiderados. A dor do trabalhador precisa de acalanto. A arte talvez seja uma possibilidade balsâmica para esses processos.

A produção de textos, poesias, contos em oficinas literárias sobre a vida cotidiana de uma equipe de saúde com a participação de trabalhadores e de usuários, mostras de fotografias, documentários, aquarelas, a criação de peças teatrais não poderiam compor também o rol de atividades das unidades de saúde? Não poderiam estar nos congressos, eventos científicos e fóruns de saúde? Não seriam também apropriados para as conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde?

O peso das reuniões ou a aridez dos encontros técnicos espantam ainda mais a vida no trabalho e nos serviços de saúde. Temos uma roda nas mãos: educação permanente em saúde e instâncias locais e regionais de articulação interinstitucional para discutir a prática educativa que queremos.

Você já pensou como seria interessante a redescoberta da leveza, da criação, da beleza, da sutileza, do encanto e do canto nas rodas da saúde? Utopia? Que seja então uma utopia ativa, capaz de nos deixar marcas alegres e sulcos de vida: pura vida...



Um convite especial:

Convidamos você a pensar/sentir as questões abordadas a partir de outros lugares/tempos/espços: viajar, aprender, compor mosaicos...

Sugerimos ver filmes, como: Tempos modernos, de Charles Chaplin, A Fuga das Galinhas; ouvir músicas (Cidadão, de Zé Ramalho, Vai trabalhar vagabundo, de Chico Buarque, por exemplo).

Você pode também visitar sites de obras de arte como o do MASP, Louvre.

Referências

- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.
- BICHUETTI, J. *A clínica da invenção e a reforma psiquiátrica*: cinco notas sobre a prática dos serviços substitutivos. Uberaba: Fundação Gregório Baremlitt, 2004a. Mimeo.
- BICHUETTI, J. *Cuidando de crise*: notas sobre o cuidado de crise nos dispositivos terapêuticos da Reforma Psiquiátrica. Uberaba: Fundação Gregório Baremlitt, 2004b. Mimeo.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-266.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004, p. 259-278.
- CECCIM, R. B. *Atuação em equipe, prática de ensino em campo de estágio e supervisão do trabalho*. Porto Alegre: Faculdade de Educação/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994. Apostila didática.
- FORTUNA, C. M. *Cuidando de quem cuida*: notas cartográficas de uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003. Tese Doutorado.
- GUATTARI, F. e ROLNIK, S. *Micropolítica*: Cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.
- LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não. *Caderno de textos*. Brasília, 2001. p. 84 -100.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de subjetividade*. v.1, n.2, 1993, p. 241-251.

Referência Iconográfica

- Página 97 - GÉRICHAULT, Theodore. *The Raft of the Medusa*. Canvas, 1819. Essa figura também pode ser acessada no endereço: <http://www.louvre.fr/louvrea.htm>

Unidade de Aprendizagem
Práticas Educativas no
Cotidiano do Trabalho
em Saúde



Mapa Referencial da Unidade

O trabalho é uma atividade ou ato produtivo para transformação de uma realidade social.

A Aprendizagem Significativa ocorre quando o material de aprendizagem se relaciona com os conhecimentos prévios da pessoa.

Esta Unidade se propõe a apoiar o desenvolvimento de práticas de Educação Permanente em Saúde, partindo de vivências e reflexões sobre o processo de aprendizagem significativa no seu trabalho.

Momento 1

Pensar as práticas educativas vivenciadas

Percurso

Neste momento, convidamos você a refletir sobre aprendizagem significativa no trabalho e ações educativas no trabalho em saúde para transformar a realidade em direção à integralidade.

Referencial Teórico

Mirante 1

Momento 2

Construir uma ação educativa no trabalho

Percurso

O nosso convite é para você conhecer e experimentar uma série de ferramentas na construção de ações de Educação Permanente em Saúde, a partir da identificação de um problema referente ao seu processo de trabalho.

Referencial Teórico

Mirante 2

Momento 3

Aprendizagem Significativa no Trabalho

Percurso:

Este momento convida à uma reflexão crítica sobre as práticas educativas e a transformação na organização do trabalho. Tem a perspectiva de situar o trabalho e papel do facilitador de práticas de educação permanente em saúde nos contextos da aprendizagem significativa no trabalho e a construção da rede de cuidados progressivos em saúde.

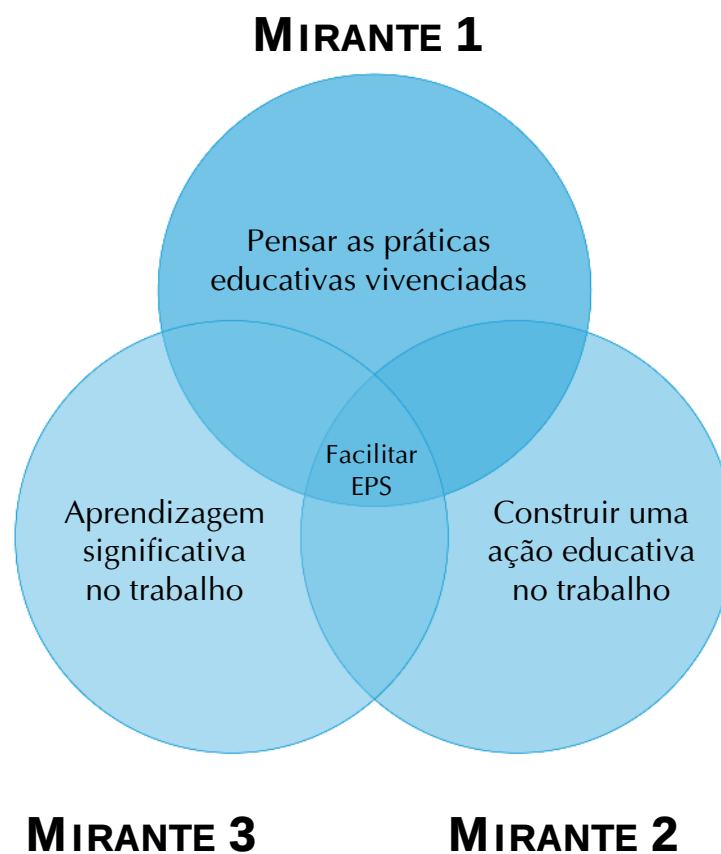
Referencial Teórico:

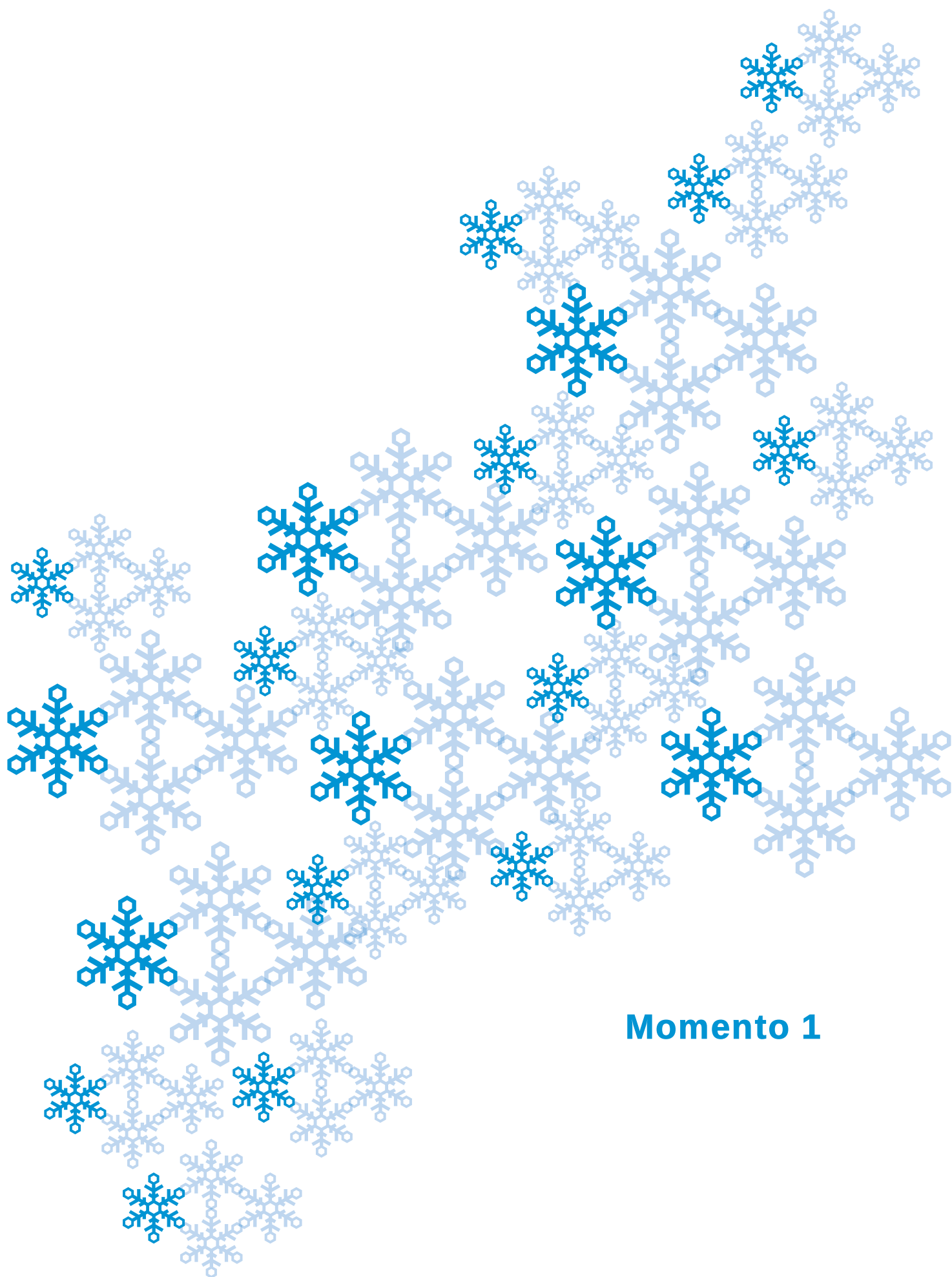
Mirante 3

Ao final dessa Unidade você deverá ser capaz de:

- Saber aplicar as ferramentas metodológicas para a construção de aprendizagens significativas objetivando o enfrentamento de problemas do processo de trabalho;
- Identificar os elementos mais importantes na construção de uma ação educativa;
- Distinguir as diferentes abordagens sobre a integralidade da atenção em saúde;
- Conhecer o papel do facilitador de EPS na construção coletiva da aprendizagem no trabalho, desafios e potencialidades;
- Compreender o processo da cogestão no contexto do trabalho e ser capaz de atuar nas transformações das práticas em saúde.

Representação Gráfica da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde





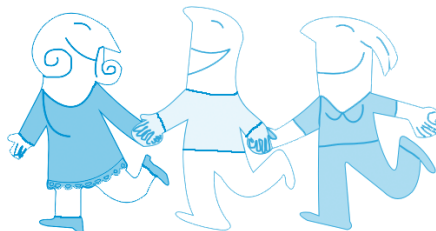
Momento 1

Momento 1

Pensar as práticas educativas vivenciadas

Atividade

Neste momento, convidamos você e as pessoas com quem trabalha ou vivencia ações de saúde a pensar criticamente sobre uma ação educativa experimentada em algum momento e o seu efeito para a vida e o dia-a-dia no trabalho.



Mirante 1



Você pode estar se perguntando por que iniciar este momento pensando sobre uma prática educativa. É uma questão de coerência, afinal, a Educação Permanente em Saúde propõe o pensamento crítico como indispensável para mudanças de práticas.

Então, nada melhor do que começar entendendo as experiências educativas vividas, identificando como e por que operam nos coletivos de trabalho, contribuindo ou não para transformar as práticas de saúde vigentes.

Alguns elementos são importantes para analisar uma ação educativa: o processo de trabalho em que ela se insere, sua finalidade, os atores envolvidos, as condições de operação e seus efeitos sobre as práticas e o cuidado em saúde.

Em primeiro lugar, é preciso saber quem eram os participantes da ação educativa:

- 🗨 Trabalhadores de saúde? Estudantes? Usuários do sistema? Docentes?
- 🗨 Pertenciam todos a uma mesma categoria?
- 🗨 Trabalhavam ou atuavam todos juntos, num mesmo local, ou atuavam em locais diferentes?

Em segundo lugar, saber se você considerava oportuna e necessária aquela ação educativa. Por exemplo:

- 🗨 Houve algum tipo de consulta antes da definição dos assuntos que seriam abordados?
- 🗨 Você considerava que havia algum problema, dúvida, dificuldade que poderia ser melhor enfrentado a partir dos elementos oferecidos pela ação educativa?



Aspectos biológicos e tecnológicos da assistência individual

Esse tema também é abordado na Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde nos textos 3 e 4, e na Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde no texto "O modo hegemônico de produção do cuidado".



Linha de "orientações"

Esse aspecto também é relevante para a discussão da educação permanente em saúde enquanto estratégia de gestão de coletivos, sendo aprofundado no momento 3 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Outra coisa que precisamos saber é se essa ação educativa possibilitou ou estimulou que você e seus colegas pensassem sobre seu trabalho, sobre sua atuação.

Em que medida a ação educativa propiciou aprendizagem e modificação das práticas instituídas no seu trabalho?

Todos esses elementos são importantes para definir as possibilidades de a ação educativa produzir aprendizagem e conhecimento capazes de potencializar a ação no trabalho. Vamos imaginar algumas alternativas de configuração deste "jogo".

Os conhecimentos acumulados sobre a aprendizagem de adultos revelam que eles se mobilizam para aprender quando identificam um problema ou uma situação que não conseguem enfrentar com os conhecimentos e a experiência que já têm acumulados.

Por isso é importante saber se o convite para participar da ação educativa fazia ou não sentido para vocês, se ela possibilitou que identificassem problemas e novas maneiras de enfrentá-los individual ou coletivamente.

Ou seja, pode ser que a ação educativa que vocês escolheram analisar tenha efetivamente criado condições de problematizar a prática em saúde e ajudado a melhorar a qualidade da intervenção de vocês no trabalho ou em sua atuação social.

Ou não. Pode-se ter constatado que a atividade propiciou atualização de temas e acumulação individual, sem explicitar as possibilidades de utilização das informações oferecidas.

Por fim, há múltiplas possibilidades intermediárias. Alguns atores entraram no jogo da problematização, outros não; conseguiu-se identificar problemas críticos, mas não se construíram alternativas etc.

Nesta reflexão inicial, vale também a pena pensar sobre como as ações educativas vêm sendo concebidas e trabalhadas no setor saúde.

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de atenção e formação de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Além disso, há predomínio da formação hospitalar, centrada nos **aspectos biológicos e tecnológicos da assistência individual**.

Essa fragmentação também tem gerado especialistas e docentes com concentrações de saberes, concentração essa que se impõe sobre os profissionais, os serviços e a sociedade. O resultado desse processo é a desqualificação dos demais saberes e a anulação da criatividade das realidades locais em nome do "conhecimento especializado".

A partir de um diagnóstico de problemas e dos conhecimentos técnicos da área, propõem-se "políticas específicas", "programas de ação" ou "ações programáticas", quase sempre assentadas na assistência individual, em particular sobre o atendimento médico. Para a implementação de cada "programa de ação", propõe-se uma linha de capacitações ou treinamentos, isto é, uma **linha de "orientações"** para configurar o trabalho dos profissionais.

Por isso, pode-se dizer que a maior parte das ações educativas implementadas são prescritivas. E essas prescrições são construídas, sobretudo, com base no conhecimento especializado, nas definições sobre o que seriam “as melhores práticas”, sem levar em conta as capacidades, limites e possibilidades locais.

Tradicionalmente também, os processos educativos realizados para o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde se destinam à categorias profissionais específicas, desconhecendo coletivos e o sentido de equipe de saúde de forma ampla e articulada ao sistema de saúde.

Outro problema das ações educativas propostas centralmente e construídas a partir do saber especializado é que trabalham com dados gerais para a identificação e explicação de problemas e não levam em conta a singularidade e conexões de sentido local.

O olhar e a escuta que permitem compreender a especificidade da origem de cada problema são necessariamente afetivos e locais, portanto, é imprescindível que haja diálogo entre atores locais.

Trata-se da compreensão de que o conhecimento humano é construído e que nessa construção estão integrados pensamentos, sentidos e ações. A aprendizagem é o resultado de um processo de interação que ocorre no plano afetivo e cognitivo.



Individual e coletivamente, os atores que atuam e vivenciam práticas, serviços e sistemas de saúde têm suas próprias idéias e compreensões sobre saúde, sobre produção e sobre o papel que cada pessoa ou cada unidade deveria cumprir na organização do trabalho em saúde.

Por essa razão, qualquer proposta que pretenda promover transformações na organização da gestão, da atenção e do controle social em saúde tem de levar em conta a complexidade dos arranjos atualmente constituídos, considerando quem, onde, como e por que as coisas estão como estão em cada espaço de trabalho.

Assim, têm maior potência aproximações que partam da compreensão dos problemas de maneira contextualizada, considerando a vivência local e revelando as relações institucionais e interpessoais que interferem na **organização do trabalho**.

A aprendizagem, para ser significativa, deve estar diretamente relacionada à **experiência afetiva que o indivíduo vive**. Ao mesmo tempo, é prazerosa e mobilizadora na medida que permite ampliar a compreensão sobre o trabalho e que se relaciona com o projeto de desenvolvimento de cada um. Isto é, qualifica a prática e pode possibilitar a solução de problemas identificados nas situações de trabalho ou vivências cotidianas. As capacitações tradicionais, em geral, não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por serem descontextualizadas, não levarem em conta as concepções e as ações dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde e por serem organizadas com base na transmissão de conhecimentos.



Organização do trabalho

Esta questão está aprofundada no Momento 2 da Unidade de Aprendizagem Análise de Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.



Experiência afetiva que o indivíduo vive

O caso Madalena da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado a Saúde exemplifica situação de experiências afetivas.



Cuidado integral

Você pode aprofundar este tema no texto 5 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Por isso essas práticas não têm sido suficientes para qualificar o trabalho em saúde, para mobilizar os trabalhadores e para organizar coletivos construtores de práticas de **cuidado integral**.

Por essa razão é que ganha relevância a Educação Permanente em Saúde. A Educação Permanente propõe que se trabalhe com coletivos, isto é, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde. Propõe que se procure partir do reconhecimento das maneiras como cada ator se posiciona, de que idéias, valores, emoções estão colocadas na organização das práticas em questão.

Logo, passa a ser importante refletir sobre a sua vivência para compreender:

- ☞ **Como cada ator concebe as práticas educativas e de saúde;**
- ☞ **Como o trabalho está organizado no âmbito das organizações;**
- ☞ **Como os trabalhadores compreendem o próprio trabalho e, por fim;**
- ☞ **Qual o conceito de saúde que está configurando as ações de saúde.**

A partir da explicitação desses elementos, o grupo amplia sua potência para superar os acordos ou a falta de acordos subentendidos que predominam nos espaços de trabalho. A partir daí, pode-se fazer novas propostas, propor novos arranjos, superar situações agora coletivamente reconhecidas como não desejáveis.

Para um ator ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é necessário que ele perceba problemas ou sinta desconfortos no cotidiano do trabalho. São esses incômodos que mobilizam o desejo de fazer diferente e construir novos movimentos, apesar da incerteza do futuro e da cegueira relativa do presente e do passado, para o enfrentamento dos desafios do trabalho num dado contexto atual.

A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas pode produzir o contato com o desconforto, ou seja, possibilitar a explicitação no coletivo dos desconfortos existentes e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para produzir transformações. Não é possível produzir ou reconhecer o desconforto mediante aproximações discursivas externas; ou seja, é muito difícil que alguém se disponha e se mobilize a mudar somente a partir de discursos de outros a respeito de como as coisas “deveriam ser e funcionar”.

Então, para produzir mudanças de práticas de formação, gestão e de atenção e de controle social, é fundamental desenvolver capacidade de diálogo com as práticas e concepções vigentes, de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e capacidade de



construir novos pactos de convivência, que aproximem os serviços de saúde da gestão democrática e das práticas integrais de saúde.

Desse modo, uma ação educativa que possibilita pensar criticamente a prática pode produzir coletivos para o trabalho em equipe e contribuir para transformar a realidade em direção à **integralidade**. Esse é um movimento construtor de práticas de Educação Permanente em Saúde.

Nessa abordagem, os trabalhadores superam a condição de “recursos” e as pessoas superam a condição de objetos, já que passam a ser reconhecidos como atores sociais, que ativamente produzem o trabalho, as lutas pelo direito à saúde e a gestão dos sistemas e serviços de saúde.

Depois de pensar mais sobre o assunto, você faria a mesma análise das experiências educativas realizadas inicialmente? Quais argumentos acrescentaria e/ou modificaria?



Integralidade

Ao falarmos de integralidade, estamos pensando sobre os seguintes conceitos: saúde para além da doença;

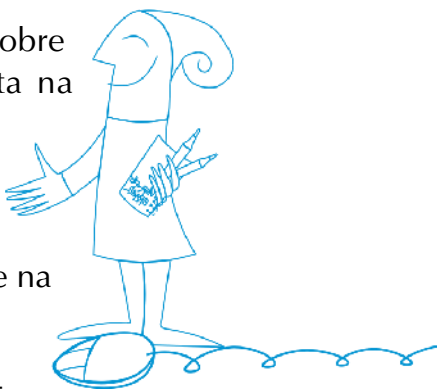
- a formação e o desenvolvimento construídos por dentro do processo de produção social em saúde;
- a construção da rede de cuidados progressivos em saúde;
- a construção de coletivos a partir das relações e atitudes existentes no cotidiano do trabalho.

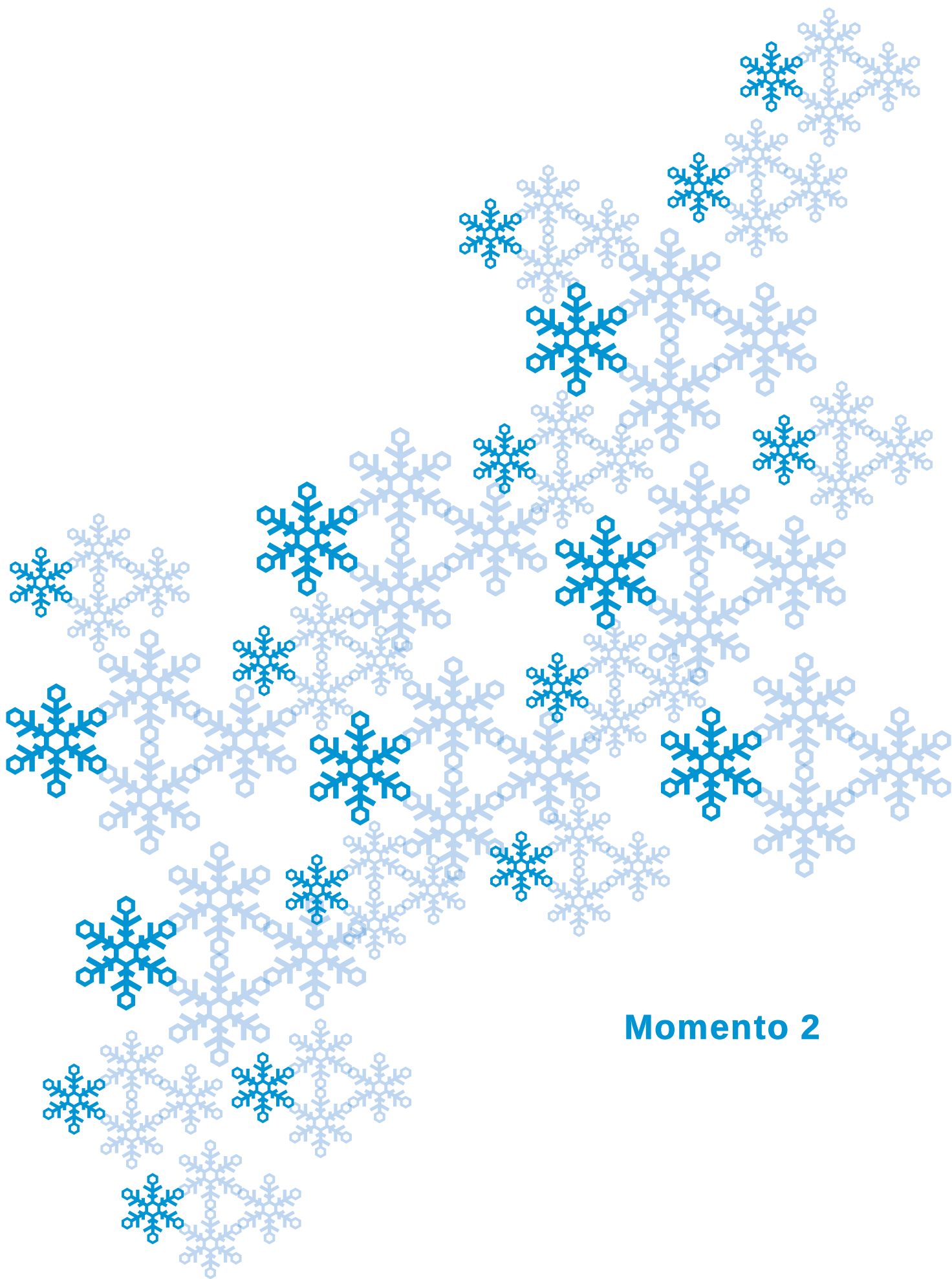
Para compreender melhor este conceito leia o texto 5 “Integralidade como Orientação da Saúde” da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

Avaliação

Apresentar em forma de relatório, contendo:

-  Sistematização da reflexão sobre uma ação educativa proposta na atividade 1;
-  Análise do modo como desenvolveu e envolveu a equipe ou vivencia ações de saúde na reflexão proposta;
-  Síntese da aprendizagem alcançada com a atividade 1 e com a reflexão proposta pelo mirante 1.





Momento 2

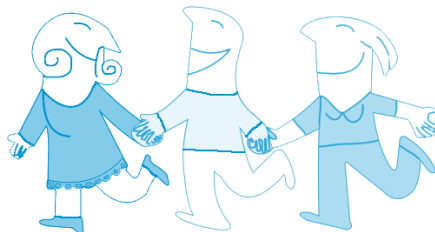
Momento 2

Construir uma ação educativa no trabalho

Atividade

Agora convidamos você e as pessoas com quem trabalha ou vivencia ações de saúde para construir coletivamente uma ação educativa a partir de um problema referente ao seu **processo de trabalho em saúde** ou à sua vivência

em saúde, considerando as reflexões realizadas no momento 1 e a sua trajetória no curso.



Mirante 2



Caixa de ferramentas

A idéia de caixa de ferramenta é inspirada em reflexões de Emerson Merhy. No nosso caso ela será desenvolvida na medida em que iremos construir conceitos capazes de potencializar práticas de desenvolvimento de processos educativos considerando as relações estabelecidas entre atores envolvidos nos processos de trabalho em saúde.

Trabalharemos neste momento com três grandes idéias conceituais: a rede analisadora de processos de trabalho, rede explicativa de problemas e nós-críticos e, coletivos em co-gestão. Para maior compreensão histórica sobre o conceito, consulte: MERHY, EE.

O convite é para você conhecer e experimentar uma série de ferramentas na construção de ações de educação permanente em saúde.

Para começar, vamos conhecer o que denominamos “**caixa de ferramentas**” para a construção de **aprendizagem significativa** no **processo de trabalho em saúde** e o desenvolvimento de práticas educativas, considerando as seguintes ferramentas: “**rede analisadora do processo de trabalho**”, “**rede explicativa de problemas e nós-críticos**”, “**rede de co-gestão de coletivos**” para a transformação de práticas de gestão, atenção, controle social e formação em saúde.

Vamos aproveitar uma experiência que você já está vivendo: a construção da ação de Educação Permanente em Saúde negociada nos espaços coletivos de EPS. Vamos, inicialmente, procurar reconhecer e destacar a maneira como o problema foi escolhido ou, ainda, qual problema você escolheria. Como esse problema foi compreendido, e como você poderá identificar e mobilizar **recursos** de diversas naturezas entre os atores participantes, incluindo você.

Que recursos foram mobilizados e utilizados para identificar o problema?

A “**ferramenta**” rede analisadora do processo de trabalho é muito útil para a identificação de problemas e, depois, para o próprio desenvolvimento de uma ação educativa.



Recursos

O conceito de recursos não deve ser entendido meramente como um fator de produção, mas pela compreensão ampliada dos processos, que inclui o conceito de poder. Ou seja, mobilizamos recursos políticos, econômicos, cognitivos, organizativos e comunicativos.

A **rede analisadora do processo de trabalho em saúde** procura ampliar a compreensão do modo como as atividades são realizadas no cotidiano do trabalho, considerando:

- ☞ **As atividades desenvolvidas no trabalho;**
- ☞ **Quem realiza as atividades;**
- ☞ **Como são realizadas;**
- ☞ **Por que são realizadas;**
- ☞ **A quem se destinam;**
- ☞ **Seu resultado efetivo considerando o olhar do usuário;**
- ☞ **O que pode melhorar e/ou descartar;**
- ☞ **O tipo de relações estabelecidas entre trabalhador – usuário/cidadão; trabalhador – trabalhador; trabalhador – gestão e trabalhador – formação.**

A **rede analisadora** procura explorar o sentido do trabalho em termos de sua finalidade, explicitando seu destinatário, as formas de operação e resultados obtidos.

Essa ferramenta permitirá que você identifique problemas ou desconfortos na forma de organização do processo de trabalho considerando as relações estabelecidas entre os atores envolvidos em situações concretas. Possibilita identificar forças restritivas e propulsoras ao desenvolvimento do trabalho e das ações sociais, com base na revelação de motivações e posições entre os atores envolvidos.

Com a ferramenta “rede analisadora do processo de trabalho em saúde” você e seus companheiros podem compreender:

- ☞ **o modo como as atividades no cotidiano do trabalho são operadas e as relações estabelecidas (com quem e como);**
- ☞ **a finalidade do processo de trabalho em saúde (por que e para quem);**
- ☞ **os problemas ou desconfortos na forma de organização do processo de trabalho.**

Na medida em que colocamos em foco o modo como foram identificados os problemas, revelados por meio da análise do processo de trabalho e dos pactos estabelecidos entre atores, torna-se possível ampliar a responsabilização dos atores implicados com a ação, nesse caso, ação educativa. Desse modo, contribui-se para aprendizagem da equipe e aponta-se para o trabalho em co-gestão.

A partir da identificação de problemas, é necessário compreender sua natureza e explicação. Na Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da

Gestão e das Práticas de Saúde também estão disponíveis ferramentas úteis para a identificação e a explicação de um problema, bem como os critérios para identificação de **nós-críticos** no texto “Formação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde”.

Na hipótese de você e pessoas envolvidas entenderem que o problema prioritário de sua localidade diz respeito ao processo de trabalho, vamos utilizar a rede analisadora a partir dele.

No caso de você e as pessoas com quem está envolvido na ação de educação permanente avaliarem que o debate para definição de problemas e seus nós-críticos tenha sido frágil, vamos utilizar a rede analisadora, partindo da micropolítica do trabalho vivo, como proposto no texto “O Processo de Trabalho em Saúde” da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

Poderíamos, então, trabalhar com questionamentos que propiciem a reflexão sobre fundamentos, operações e atitudes políticas implicados na ação de modo a revelar novos sentidos e produzir novas perguntas sobre processo de trabalho ou processo social vivenciado.

A produção de conhecimento desenvolvida por meio de reflexão sobre a própria prática no trabalho, construída no coletivo, possibilita a compreensão do sentido do trabalho - fins, meios e relações sociais - em saúde e, na medida de seu progressivo desenvolvimento, indica novos movimentos necessários para a sua qualificação.

Para continuar o desenvolvimento da **rede analisadora do processo de trabalho** ou vivência social em questão considere os seguintes assuntos destacados abaixo:

- ☞ **A concepção de integralidade com que operam os diferentes participantes;**
- ☞ **As relações de compromisso que foram estabelecidas entre os atores diante dos problemas declarados;**
- ☞ **As perguntas que foram provocadoras da reflexão sobre seu processo de trabalho e para a identificação dos problemas;**
- ☞ **A amplitude do debate e o compartilhamento de informações;**
- ☞ **O que contribuiu para a ampliação do conhecimento acumulado sobre o mesmo;**
- ☞ **A disposição para pactuar responsabilidades para o enfrentamento dos problemas valorizados entre os atores.**

Propiciar a reflexão participativa, envolvendo os diferentes atores implicados no **processo de trabalho**, caracteriza o desencadeamento de um processo educativo. Isso porque, ao definir situações e explicar problemas, os atores presentes estão refletindo e aprendendo a partir de sua própria prática de trabalho. É importante destacar que esse movimento, por si só, não é suficiente para a efetivação de uma prática educativa, mas é essencial para que ela seja significativa.



Nós-críticos

Neste caso consideramos nós-críticos como condicionantes (explicações de problemas) com alto valor para os atores envolvidos, associados à alternativas concretas para seu enfrentamento e com capacidade de produzir efeito positivo para a diminuição do desconforto em questão.



Ruídos

Ruídos aqui são considerados como mal-entendidos e ressentimentos que interferem na comunicação e nos processos de trabalho.

Este tema pode ser aprofundado em MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) Praxis en salud: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112

No cotidiano do trabalho, os problemas aparecem e nem sempre temos a oportunidade ou valorizamos a possibilidade de discuti-los com os demais envolvidos. Daí, cada um constrói sua própria explicação sobre as causas do problema e o papel que cada ator está jogando na situação. Provavelmente cada explicação é diferente da dos demais e, como não há diálogo organizado a respeito – só conversas de corredor – uma enorme quantidade de **ruídos** vão se produzindo a partir das ações e providências que cada um individualmente vai colocando em prática. Por isso é importante que haja espaços coletivos para que os diferentes atores envolvidos no trabalho possam sentar, conversar e trabalhar conjuntamente na identificação de quais são os problemas, a explicação de seus condicionantes, os principais nós-críticos e possíveis ações e estratégias para enfrentamento dos mesmos.

Mas o que significa explicar problema?

Inicialmente, podemos começar perguntando o que é problema. Podemos referir que é um desconforto, mas com possibilidade de atuação, em face do reconhecimento da possibilidade de tomar decisões, de interferir sobre uma situação, de ser ator social.

Nesse caso, compreende-se ator social como indivíduos, grupos ou organizações que controlam recursos, que lhes conferem capacidade para realizar movimentos e produzir efeitos combinados com desejos, necessidades e motivações.



Além disso, deve-se reconhecer que um problema é auto-referenciado ao ator que o declara, isto é, cada um percebe a realidade desde seu lugar e identifica como problemas situações que o incomodam. Por essa razão, um problema para um determinado ator pode ser um tema indiferente ou solução para outro.

Por isso é usual que numa diversidade de atores, haja compreensões diferentes acerca dos problemas e seus condicionantes, segundo seus **valores, posições e interesses**.

Desse modo, os problemas da realidade social e do trabalho e educação em saúde, para serem compreendidos, precisam ser observados a partir das relações existentes entre os atores que os declaram, já que convivemos em cenários com múltiplas interpretações e construções.

Construir ações educativas com perspectiva transformadora pressupõe a construção compartilhada entre os integrantes da equipe de trabalho ou vivência, desde a identificação do problema, sua explicação até as operações a serem desenvolvidas para a reorganização do trabalho.

Nesse sentido, podemos perguntar sobre o modo como os atores foram mobilizados para a explicação do problema. Podemos também pensar sobre quais saberes foram mobilizados para a explicação do **problema**.

Para isso, utilizaremos a ferramenta “rede explicativa de problemas e nós-críticos”. A rede explicativa de problemas e nós-críticos ajuda na compreensão de relações entre fatos e forças que provocam problemas – considerados assim pelos atores envolvidos.

A rede explicativa de problemas e nós-críticos trabalha com base na descrição e explicação dos problemas.



Valores, posições e interesses

O caso Reunião de Equipe da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde exemplifica essa questão.

Para a construção de uma **rede explicativa**, como parte de uma caixa de ferramentas, é necessário:

- ☞ **Definição do ator que explica o problema na medida de sua visão de mundo, interesses e motivações;**
- ☞ **Descrição minuciosa do problema, utilizando informações qualitativas e/ou quantitativas que expressem sua existência;**
- ☞ **Explicação propriamente dita que expressa a compreensão sobre as causas do problema, quem as produz e as condições de sua produção;**
- ☞ **Definição dos nós-críticos.**

A operacionalização da rede explicativa e nós-críticos deve ser articulada e, portanto, incorporada ao cotidiano do trabalho e das relações estabelecidas entre os atores no processo.

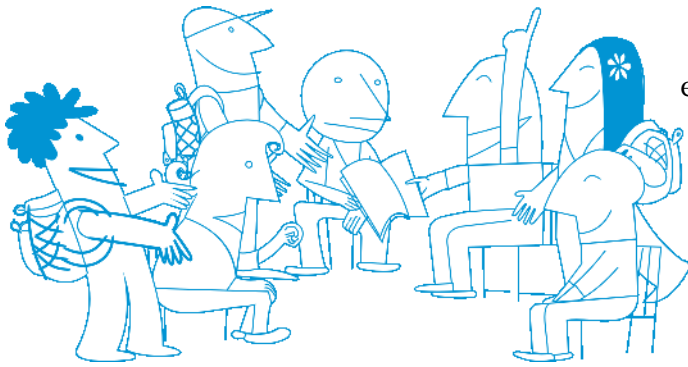
Quando a rede explicativa de problemas e nós-críticos é elaborada coletivamente, além de se potencializar ação educativa no trabalho, aumentam as chances de se compreender com maior apropriação os nós-críticos do problema. Isso acontece porque a discussão coletiva propicia o compartilhamento de informações e saberes, a explicitação de conflitos. Essa é a base para o estabelecimento de pactos possíveis para sustentação de processos de enfrentamento coletivo do problema.

É importante discutir, agora, o sentido de nó-crítico. Os nós-críticos são condicionantes, ou seja, causas e explicações de problemas com alto valor para os atores envolvidos, porque estes controlam elementos para propor alternativas para seu enfrentamento. São também problemas que, se enfrentados, têm o potencial de produzir efeitos positivos, significativos para a diminuição do desconforto em questão.

Na Educação Permanente em Saúde, é importante definir os nós-críticos a partir de consensos ou acordos, construídos em espaços coletivos. A identificação de nós-críticos é muito importante para priorizar problemas que serão objeto de ações educativas, pois sempre há muitos problemas que poderiam ser abordados, segundo os diferentes interesses e posições dos atores envolvidos.

O enfrentamento dos nós-críticos delineia um possível desenho estratégico de ação. Como o problema é a percepção de uma distância entre a realidade e uma situação desejada – por isso provoca desconforto – entendemos estratégia como um caminho que se constrói para que nos aproximemos da situação desejada.

A elaboração de uma estratégia pressupõe conhecer e reconhecer-se na ação coletiva, considerando a interação entre atores aliados, oponentes e/ou indiferentes.



Os diferentes atores em questão (alguns presentes no processo, outros externos ao cenário que está sendo diretamente trabalhado) movimentam-se por meio de “jogos de poder”, em que cada um coloca suas “fichas”, procurando aumentar seus recursos de poder de modo a ampliar sua capacidade de influir na conformação dos cenários e práticas de maneira coerente com suas concepções e valores.

O poder de cada ator define-se pelo controle ou não de recursos econômicos, políticos, cognitivos, organizacionais e de comunicação, considerando possibilidades de transformação e/ou manutenção de um jogo social instituído. Ou seja, a distribuição de poder não é fixa, é dinâmica, pois os diferentes movimentos estratégicos podem levar a perdas e ganhos, que redefinem relações e possibilidades de ação.

Aqui devemos destacar a idéia de governabilidade, considerada enquanto espaço de possibilidade de realização da ação. Ou seja, em face da compreensão de que não controlamos todas as variáveis colocadas no cenário explicativo, precisamos fazer movimentos estratégicos que possibilitem mobilizar pessoas e relações.

O ator que desenvolve estrategicamente uma ação procura acumular capital político por meio de duas possibilidades. Por um lado, a condução de ações para ampliação do controle relativo de recursos. Por outro, mediante a explicitação de demandas a outros atores, em face de variáveis não controladas, mas importantes para consecução da ação.

Ou seja, se não tenho governabilidade para modificar uma situação crítica, o que posso fazer para ampliar minhas possibilidades de ação? Posso, por exemplo, procurar sensibilizar outros atores significativos, de modo que também eles passem a identificar determinada situação como problema e também coloquem seus recursos de poder a favor de mudanças.

A colocação de uma ação em movimento, portanto, não depende somente de um único ator e por isso é fundamental sabermos analisar a governabilidade. Sendo feita de maneira coletiva e fundamentada, a equipe vai acumulando força para aumentar sua possibilidade de conduzir a ação educativa em situações complexas.

O fato de trabalhar-se coletivamente na identificação e explicação de problemas e na construção de estratégias aumenta o compromisso e a responsabilização dos diferentes participantes com o processo. Aumenta assim a chance de as propostas saírem do papel, ganharem **concretude**.

Definidos os problemas e os nós-críticos, vamos agora traçar nosso plano de ações, ou seja, desenhar atividades com o objetivo de enfrentar os nós-críticos. É importante considerar, no entanto, que a realização das atividades cotidianas não se processa somente pela decisão individual. Ela é



Concretude

Você pode observar uma forma de explicação de problema no texto “Informação, planejamento e avaliação como ferramentas para a educação permanente em saúde” da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

também condicionada por circunstâncias que emergem na própria realização da atividade:

- ☞ cenários favoráveis ou não;
- ☞ destrezas das lideranças no momento de realização e da **co-gestão** das atividades;
- ☞ qualidade da explicação dos problemas e;
- ☞ desenho e viabilização da ação.

Quando um coletivo se dispõe a transformar e trabalhar os desconfortos existentes em suas atividades cotidianas, trabalha sobre problemas que não são bem estruturados e, para isso, necessita utilizar **tecnologias leves**, construídas em ato por meio das relações estabelecidas entre os atores. Desse modo, o coletivo cria condições para evitar a captura do trabalho pela lógica dos equipamentos (tecnologias duras) e saberes tecnológicos estruturados.

Geralmente, o trabalho em saúde é marcado pela fragmentação e prescrição a partir das especialidades, distanciando-se da integralidade. Esse é um processo histórico, definido a partir do modo como a sociedade produz e organiza o trabalho, ou seja, seu modo de produção.

A ação educativa transformadora serve para colocar em “xeque” as atividades cotidianas demarcadas pelo saber técnico e que excluem, não levam em conta, os conflitos existentes e também as possibilidades de invenção, criatividade e arte para o enfrentamento de situações. Nesse sentido, a **rede analisadora do processo de trabalho** novamente ganha relevância.

Assumimos agora que nossa **rede analisadora do processo de trabalho** direciona o olhar para o interior da produção das atividades cotidianas, buscando explicitar suas referências e tensões.

Por isso continuaremos operando nossa caixa de ferramentas, procurando abordar a própria capacidade das ações de Educação Permanente de propiciar a transformação da prática e a produção de conhecimento.

Para tanto, é necessário que as ferramentas analisadoras tenham a capacidade de dar condições ao coletivo para ampliar a própria autocompreensão e para a construção de estratégias potentes de transformação.

A rede analisadora nos possibilita refletir sobre:

O sentido do trabalho

- ☞ Expectativas presentes no cotidiano do trabalho;
- ☞ Capacidade de mobilização de saberes e de práticas acumuladas;
- ☞ Condições de negociação de conflitos entre plurais;
- ☞ Atividades cotidianas de compartilhamento de informação e comunicação operadas para socialização de processos;
- ☞ Percepção de outros movimentos presentes, não controláveis, mas importantes para a ação educativa no trabalho.



Co-gestão

A co-gestão são formas de organização horizontal do trabalho, cujos princípios básicos são a autonomia e a alta responsabilidade pelos processos coletivos.



Tecnologias leves

Para ampliar a compreensão teórica sobre os conceitos tecnologia dura, leve-dura e leve, realize leitura do texto.

“O Processo de Trabalho em Saúde” da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde, deste curso. Consulte também: MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) Praxis en salud: un desafío para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

O sentido de equipe

- ☞ Forma de operação da condução da ação educativa e de cada atividade cotidiana;
- ☞ Mecanismos de reflexão coletiva sobre os processos de trabalho;
- ☞ Formulação clara da **missão** da organização construída pelos atores envolvidos;
- ☞ Dispositivos de co-gestão e avaliação de processos e resultados;
- ☞ O papel e responsabilidades de cada ator envolvido com a atividade cotidiana;
- ☞ Papel dos conflitos para o fortalecimento da equipe.



Missão

Para maior aprofundamento deste conceito leia CECÍLIO, L.C.C. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) Praxis en salud: un desafío para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997.

A Educação Permanente em Saúde possibilita constituir coletivos, identificar problemas, processá-los e construir propostas de mudança, ou seja, possibilita propor novos arranjos entre os atores participantes do trabalho ou da ação social em questão.

Num coletivo de trabalho ou de ação social e política, a educação permanente configura-se como uma estratégia de produção de co-gestão, já que oferece aos atores a oportunidade de explicitar posições, construir acordos explícitos e assim reconfigurar os cenários e as práticas cotidianas.

O **trabalho em equipe** é, potencialmente, uma ferramenta importante de aprendizagem no trabalho. Oportuniza a relação interpessoal, o compartilhamento de experiências entre atores com experiências próximas e ao mesmo tempo distintas.

O trabalho em **rede de co-gestão de coletivos** é o terceiro elemento de nossa caixa de “ferramentas”. Proporciona o confronto de idéias, o diálogo cognitivo, pois possibilita o conhecimento/reconhecimento das diferentes abordagens utilizadas na atividade cotidiana, aumentando as possibilidades de compreensão solidária intelectual e de valores do trabalho, que são produto da história vivida pelos trabalhadores em ato.

Ou seja, essa é a construção de um cenário em que é possível elaborar referências coletivas e compartilhadas para iluminar e redefinir os processos de trabalho.

Como exemplo, pode-se tomar a **integralidade** como referência para renegociar os lugares, papéis e práticas dos profissionais de uma equipe de saúde. Nessa situação, erros e acertos podem ser aceitos como instâncias transitórias e necessárias para a reconstrução de práticas.

Quanto mais legítimo e negociado o pacto entre os atores envolvidos na atividade cotidiana, maior possibilidade de acumulação de forças para a realização da mesma e para a transformação das práticas na organização.



Trabalho em equipe

Você poderá aprofundar sobre o trabalho em equipe no texto "Vivendo o mundo do trabalho – o trabalho humano e os coletivos: os desafios de estar na vida com os outros e a construção do trabalho de saúde em equipe" da Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

A partir desse processo, é possível construir novos pactos de trabalho, mais próximos da integralidade e também identificar questões/temas/assuntos que um profissional e equipe consideram importantes para aprofundar e qualificar seu trabalho. Ou seja, estamos colocando sobre a mesa as compreensões, valores, relações e saberes envolvidos no processo de trabalho – esse é o espírito da educação permanente em saúde.

Nesse processo, na medida da necessidade dos diferentes atores e do coletivo, podem ser propostas ações educativas formais, como uma das possibilidades de ampliação de seu capital técnico. Ou seja, a Educação Permanente em Saúde pode envolver ações educativas formais como cursos, mas o centro de sua ação é o trabalho com os coletivos para reconfiguração de seus acordos de convivência e trabalho. Para avançarmos em nossa construção, propomos as seguintes perguntas:

- 👉 **Como construir agenda de ação educativa transformadora no trabalho?**
- 👉 **Quais são as atividades cotidianas internas ao processo de trabalho e ao grupo/equipe que estão sendo trabalhadas?**
- 👉 **Quais atividades estão sendo realizadas referentes à articulação junto à localidade?
Quem se responsabiliza por elas?**
- 👉 **Quais instrumentos e em que tempo se informa e comunica seu andamento?**
- 👉 **Que questões devem ser consideradas para o acompanhamento da ação?**

Como síntese provisória, dizemos que para promover a articulação educação-trabalho-saúde devemos provocar situações que levem à explicitação das relações políticas instituídas. Essas relações são produtos de práticas e saberes acumulados e delimitados pela dinâmica da realidade social. Podem ser transformadas por meio da construção de novas práticas advindas do jogo estratégico, da iniciativa, da invenção e da arte.

A capacidade transformadora pode ser ampliada na medida que cada ator analisa as forças restritivas e propulsoras e também compreende a dinâmica dos outros atores envolvidos no processo, já que ele pode analisar as possibilidades de ação de cada um e do conjunto de atores e considerar as variáveis controláveis ou não.

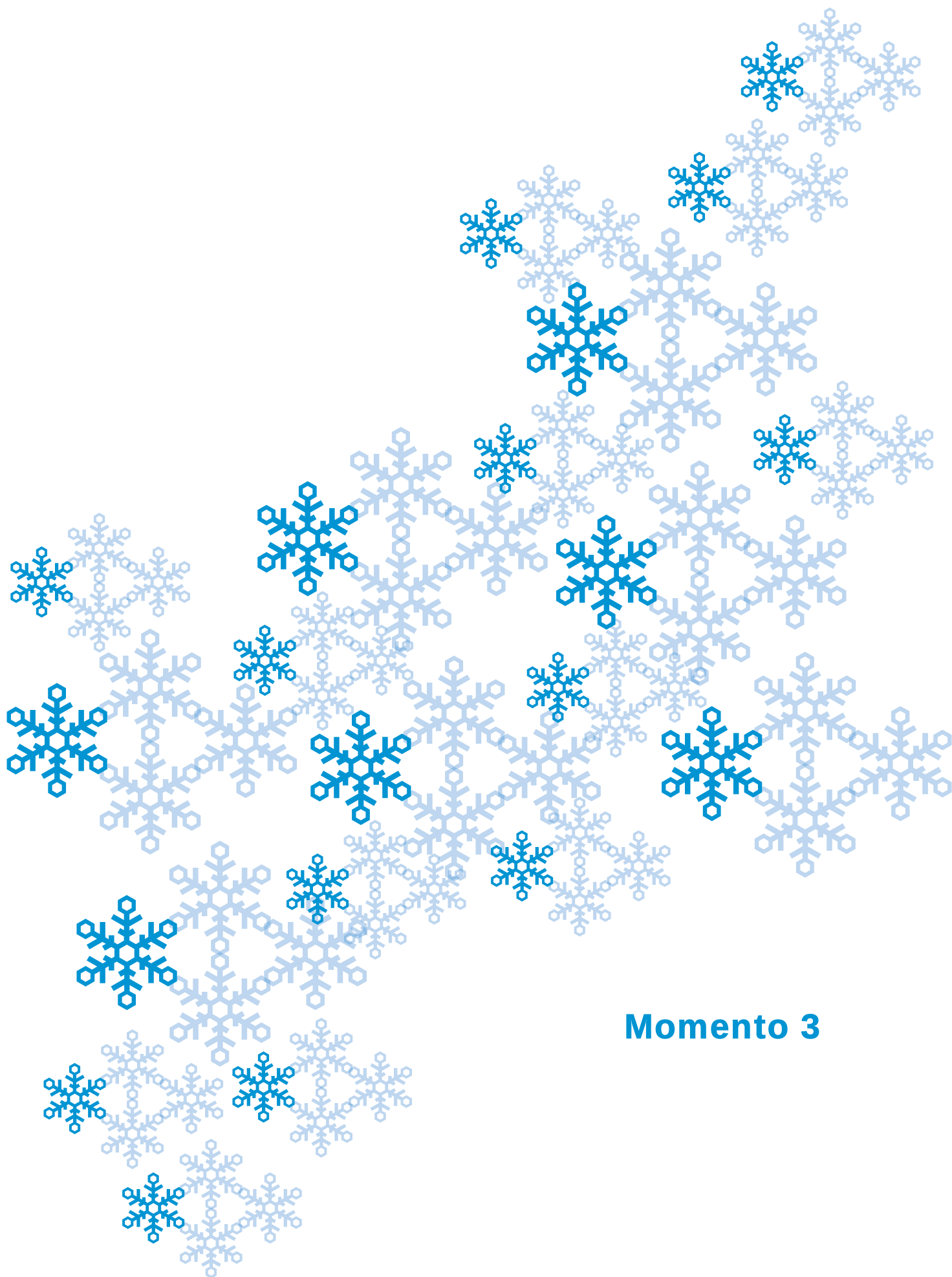
Também foram comentadas algumas estratégias que podem ser utilizadas para construir alianças possíveis e configurar as equipes de trabalho como coletivos produtores, instituindo mecanismos de co-gestão do trabalho cotidiano.

Avaliação

Apresentar em forma de relatório, contendo:

-  Síntese sobre a reflexão das ferramentas: **rede analisadora do processo de trabalho, rede explicativa de problemas e nós-críticos e rede de co-gestão de coletivos;**
-  Análise do modo como desenvolveu e envolveu a equipe ou vivências ações de saúde na reflexão proposta;
-  Síntese da aprendizagem alcançada com a atividade e a reflexão sobre a atividade 2 e o mirante 2.





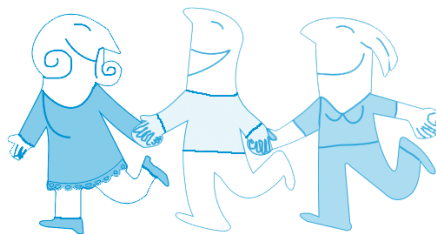
Momento 3

Momento 3

Aprendizagem significativa no trabalho

Atividade

A partir da proposta de Educação Permanente em Saúde iniciada na Unidade de Aprendizagem Integradora e dos produtos construídos nos momentos 1 e 2, sistematize proposta de Educação Permanente em Saúde em que você está trabalhando e, aponte aprendizagem e desafios no desenvolvimento da proposta.



Mirante 3



O trabalho de facilitador de educação permanente em saúde exige a utilização de uma caixa de ferramentas que inclui a integralidade, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades, a capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização.

A formação em educação permanente em saúde propicia a construção de novos sentidos para a própria prática em cada lugar. É uma proposta aberta que parte do pressuposto da **aprendizagem significativa**, ou seja, a aprendizagem motivada pelo desejo ativo dos participantes pela apropriação de novos saberes e práticas.

Por outro lado, enquanto política, a educação permanente em saúde não se reduz à proposta pedagógica, na medida que os atores envolvidos assumem a aprendizagem no trabalho com uma orientação clara: a construção de coletivos de trabalho. Na medida que mobiliza e convida à ação ativa, a aprendizagem no trabalho é uma ação política.

Portanto, a aprendizagem no trabalho, como uma ação política, em que o facilitador de práticas de educação permanente em saúde desencadeia a reflexão coletiva sobre os problemas que impedem o cuidado integral em saúde, é uma tarefa de todos. Desse modo, somos todos facilitadores de práticas de educação permanente.

O facilitador de educação permanente em saúde cumpre um papel catalisador e articulador da reflexão coletiva sobre as práticas de trabalho em saúde. O curso é uma estratégia para apoiar a ampliação de coletivos e de atores sociais. Espera-se que a socialização desses conceitos siga, sendo ampliada e que possamos todos ser facilitadores de práticas de educação permanente.

Pretendemos (re)visitar, no Momento 3 desta Unidade de Aprendizagem, o próprio sentido da análise do processo educativo, tendo como foco os caminhos trilhados no curso até aqui.

Para prosseguirmos no debate sobre aprendizagens e desafios na construção das práticas de Educação Permanente em Saúde, precisamos discutir algumas questões:

- ☞ **Como operar a EPS em organizações que não atuam em co-gestão;**
- ☞ **Como os atores sociais envolvidos podem contribuir para o desenvolvimento de práticas de EPS na formação, na atenção, na gestão e no controle social;**
- ☞ **Como observar aprendizagem interna às organizações de saúde e nas redes colaborativas.**

Para produzir mudanças de práticas de gestão, formação e de atenção e controle social, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizando-as – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada lugar – e de construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos princípios do SUS.

Cresce a importância de que as práticas educativas sejam tomadas como dispositivos para a análise da(s) experiência(s) local(is), pensando na organização de ações em rede, nas possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais.

Considerando a prática em ato e a necessidade de diálogo com as diversas concepções vigentes na operação da Educação Permanente em Saúde, podemos discutir a energia que se incorpora ao seu processo de trabalho em face das reflexões e da caixa de “ferramentas” propostas nesta Unidade, destacando:

- ☞ **A reflexão sobre sua prática, a partir dos conceitos desenvolvidos e a resignificação das atividades cotidianas para a co-gestão do trabalho em saúde a partir da aprendizagem na organização;**
- ☞ **A identificação de aberturas/brechas/novos espaços na organização para a aprendizagem coletiva. Possibilidades e limites de essa vivência provocar o estabelecimento de novas relações, novos arranjos e novas práticas;**
- ☞ **Em que medida os encontros entre atores no processo de trabalho podem criar novos coletivos, considerando as dimensões ético-políticas das relações;**
- ☞ **A co-gestão da informação e comunicação para potencializar a produção de coletivos.**

A reflexão coletiva sobre o processo de trabalho possibilita o conhecimento das relações instituídas, quer dizer, das concepções e práticas existentes até então, a partir do olhar dos diversos atores e das relações em “jogo”. Esse processo é desencadeado por meio da identificação de problemas e nós-críticos, desde a reflexão sobre atividades cotidianas.

Desse modo, pretende-se contribuir para a produção local de equipes construtoras de práticas integrais em saúde e produtoras de novos saberes. Ou seja, por meio dos momentos coletivos de reflexão e da produção conjunta, pretendemos que o grupo de pessoas que trabalha no mesmo lugar ou numa mesma rede de serviços possa vir a ser efetivamente um **coletivo produtor**.

O processo desencadeado a partir da ação de educação permanente certamente revelou aprendizagens e desafios, que agora devem ser tomados em conta em novos processos de problematização e aprofundamento, de modo a propiciar a permanente reflexão sobre as práticas e a produção de coletivos.

Assim, as propostas surgidas e assumidas no coletivo de seu trabalho, as resistências e alianças encontradas, os modos de lidar com os conflitos manifestados são matéria-prima para novos momentos de reflexão coletiva.

A aprendizagem coletiva no trabalho e nos movimentos sociais, assumida pelas equipes nas organizações, provoca aberturas, ou seja, estimula a capacidade e sensibilidade de compreender “o que”, “como”, “com quem”, “para que” e “para quem” trabalhamos e aumenta a compreensão coletiva sobre os cenários e relações de força em que estão mergulhados.

Com a produção de coletivos, construídos a partir da compreensão do processo de trabalho ou relação social, existe a possibilidade tanto de continuar fazendo o que se faz, como de se apropriar criativamente, transformar e reorganizar as práticas em busca de autonomia, de compromissos públicos, da gestão democrática e da integralidade do cuidado em saúde.

Construindo coletivos a partir do enfrentamento de problemas, é possível reconstruir relações por dentro da equipe, entre equipes e entre instituições, finalmente chegando a constituir a **malha de cuidados ininterruptos à saúde**, que, necessariamente, é intersetorial, envolvendo, pelo menos, atores da saúde e da educação.

Portanto, a transformação das práticas de saúde baseia-se na reflexão crítica sobre práticas reais, de atores reais em ação na rede de serviços. A educação permanente propicia o encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, de modo que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

A produção de novas práticas e de novos acordos entre os atores de um coletivo, necessariamente, leva a uma maneira diferente de gerenciar o trabalho e a unidade de saúde. Por isso a importância de avançar no pensamento sobre os processos de co-gestão de coletivos.

Dessa forma, pode-se atuar para construir/reconstruir processos de trabalho em saúde em novas direções, inovadoras, em vez de ficar dependente de formas de organização de trabalho cristalizadas, estagnadas e fechadas para a aprendizagem.

Para que a Educação Permanente em Saúde seja institucionalizada na organização do trabalho em saúde, ela deve ser incorporada ao cotidiano da gestão setorial, compreendida como ferramenta/estratégia tomada de decisão e condução gerencial dos serviços de saúde.



Coletivo Produtor

É uma forma de organização do trabalho em saúde centrado no cuidado integral ao usuário operando em co-gestão de coletivos de serviços, baseado nas necessidades da população e na responsabilização e compromisso público em qualquer estação de trabalho.



Malha de cuidados

ininterruptos à saúde

Para maior compreensão sobre o conceito, consulte o texto 6 “Malha de Cuidados Ininterruptos à Saúde” Unidade de Aprendizagem: Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.



Co-gestão é o modo de produzir democracia na organização do trabalho em saúde, baseado em pessoas potentes para sustentá-la.



Organização do trabalho em saúde

Mais elementos sobre este tema encontram-se no Momento 3 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e Práticas de Saúde.

A construção do processo de **co-gestão** cria espaços de **poder compartilhado** e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho, pois constrói compromisso e responsabilização. Diferentemente do que acontece na administração clássica, em que os trabalhadores são considerados “caixas vazias” orientadas pelas normas, a partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes, crenças e desejos existentes em um coletivo, pode-se identificar as suas repercussões e construir novos pactos e novos arranjos consensuais entre os atores envolvidos na gestão, na atenção, na formação e no controle social.

A socialização da informação e a intensa comunicação são elementos fundamentais, produtores e indicadores da democracia na **organização do trabalho em saúde**.

De modo geral, atuamos em organizações com hierarquias rígidas, prescritivas e baseadas em normas pré-estabelecidas, que levam à reprodução mecânica do trabalho. Para instituir ações transformadoras, é preciso criar espaços de comunicação que possibilitem inverter esse jogo, possibilitando a construção coletiva de novos movimentos. A análise de situação é fundamental para reconhecer o **contexto organizacional, e o planejamento estratégico** é indispensável para definir a agenda de construção da Educação Permanente em Saúde.

Vamos ampliar o debate, destacando a dimensão ético-política e comunicacional do trabalho em rede e pensar em caminhos para construir organizações abertas à aprendizagem a partir de coletivos no trabalho.

As pessoas articulam-se nas atividades cotidianas do trabalho partindo da necessidade de enfrentar problemas concretos e comuns. Então, para criar contextos mais favoráveis aos processos inovadores, a questão crítica é conseguir que as pessoas passem a identificar e trabalhar no coletivo os problemas concretos e comuns que dificultam o trabalho. Em vez de cada um pensar seu trabalho isolado, a proposta é pensar e compreender o trabalho como processo articulado, em rede de pessoas e instituições.



Poder compartilhado

Espaço de poder compartilhado é a capacidade de criar condições de liberdade para a ação e na ação, mediante a relação interativa em coletivos.



Contexto organizacional e o planejamento estratégico

Maior aprofundamento sobre esses temas encontra-se no Momento 4 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.

- ☞ **Você já experimentou algum tipo de trabalho em rede?**
- ☞ **Como funciona a rede de serviços de saúde em que você trabalha e/ou com a qual se relaciona?**
- ☞ **Qual o seu lugar dentro dela?**
- ☞ **Onde se localizam as decisões econômicas, políticas, organizativas, comunicativas nessa rede?**
- ☞ **Qual o seu envolvimento nas decisões?**
- ☞ **Você acha que a rede de serviços, apesar de ser chamada assim, trabalha efetivamente em rede? Por quê?**

Na maioria dos casos, muitas das decisões tomadas nos processos de trabalho não envolvem o conjunto dos atores implicados. Por isso mesmo a maior parte dos atores se (des)responsabilizam e (des)comprometem com o trabalho.

Examinando um organograma, pode-se perceber rede vertical de relações e poderes. Assim, você faz uma certa leitura acerca dos poderes e das relações de poder existentes dentro de uma organização. Identifica-se, assim, o poder delegado, o poder formal, o poder de autoridade do cargo. Mas, na verdade, o poder está em todo o lugar, incluindo o seu lugar de trabalho e de ação.

O poder é produzido na realização das atividades cotidianas e expressa posições, interesses e vontades de pessoas, grupos corporativos, equipes de trabalho, que influenciam tudo o que se faz, inclusive a própria ação educativa transformadora.

Na atual configuração da rede de serviços de saúde, em geral, os espaços de decisão são centralizados.

No entanto, as mudanças somente são alcançáveis por meio da desconstrução das estruturas hierárquicas, porque elas são fechadas à aprendizagem no trabalho. As mudanças são alcançáveis por meio da instituição de novos pactos, articulados por meio de coletivos, cuja autonomia é pré-requisito. As redes são configurações organizacionais que não são definidas por sua forma, por seus limites extremos e externos, mas por “centros de força”, que são constituídos por vários atores sendo protagonistas de atividades cotidianas.

Então, precisamos construir relações de rede dentro de nossas organizações. Ou seja, relações horizontais e articuladas de trabalho, com múltiplos “centros de força”, que correspondam a formas de compartilhamento de tomada de decisão para responsabilização e compromisso dos atores implicados nas atividades cotidianas no trabalho.

O poder está na sociedade. Esta compreensão revela a importância da explicitação e negociação de conflitos entre os atores ao desenvolver atividades cotidianas de trabalho e de ação social. A caixa de ferramentas proposta pretende configurar uma tecnologia capaz de apoiar a produção de “centros de força” de poder compartilhado, de coletivos produtores.

Vale lembrar, também, que as organizações apresentam aspectos múltiplos e contraditórios, que entram em choque em momentos de transformação. Há grupos que se sentem ameaçados pela mudança e há grupos que a desejam. Por outro lado, também há grupos ou pessoas que se aproximam da mudança em determinados aspectos, mas se opõem em outros, alinhando-se e divergindo em momentos específicos.

Ou seja, os processos inovadores provocam novas situações de conforto e desconforto, que dão base a potenciais alianças e resistências. Potenciais, porque podem se realizar ou não, dependendo das estratégias colocadas em operação.

Um resistente potencial, a depender das circunstâncias e das estratégias desenvolvidas, pode não chegar a sê-lo. E o inverso também é pertinente: um potencial aliado pode deixar de sê-lo em função de uma estratégia mal calculada. Tudo dependerá da solidez das discussões, negociações e pactos estabelecidos no “jogo”. Ou seja, existe uma relação dialética entre o jogo



Centros de força

Este conceito é fundamental como base para nossa reflexão final, por ter relação com ativação de processos em rede.

do “deve ser” com o do “pode ser”. Isso significa fazer o possível, em um jogo concreto, que leva à produção de mudanças concretas.

Nesse sentido, os processos coletivos geram dificuldades, conflitos e contradições. Então, é importante perguntar-se:

- ☞ **As ações propostas para enfrentar os problemas são viáveis no momento atual? O que se pode fazer para torná-las viáveis?**
- ☞ **Qual a capacidade de decisão, operação e manutenção de cada atividade cotidiana proposta?**
- ☞ **A capacidade de disseminação de informações no tempo da realização da atividade cotidiana é adequada?**
- ☞ **As novas propostas possibilitam a criação de espaços comunicativos?**

A participação e o compartilhamento de poderes nos processos decisórios revelam o conflito e a cooperação. Considerando que a educação permanente propõe espaços de co-gestão e compartilhamento de poder, é natural que se expressem conflitos, especialmente em organizações em que predominam centros de decisão verticalizados.

O conflito geralmente é o aspecto mais enfatizado, considerando a pluralidade dos atores e os contextos políticos e sociais. Por um lado, o conflito expressa um jogo de interesses existente no sistema social externo, trazido pelos atores à organização do trabalho e às ações sociais. Por outro, é produto da própria necessidade da organização do trabalho de produzir em co-gestão ou não.

Entre o ideal e o real, sem dúvida, há um longo caminho a percorrer.

- ☞ **Como avançar na transformação das práticas à luz da aprendizagem em contextos organizacionais específicos dos serviços de saúde e da EPS?**
- ☞ **Como avançar na implementação de EPS no trabalho, assumindo atitudes responsáveis e comprometidas?**

Tais questões recolocam a necessidade de a educação permanente em saúde estar sempre em processo, a partir da instituição da **aprendizagem significativa** no trabalho em saúde.

A análise recorrente de contextos organizativos e a criação de condições para experimentação e aprendizagem na ação são fundamentais para ampliar e acumular capacidades de transformação coletiva das práticas e para a conformação de redes de alta responsabilização pela gestão da transformação.

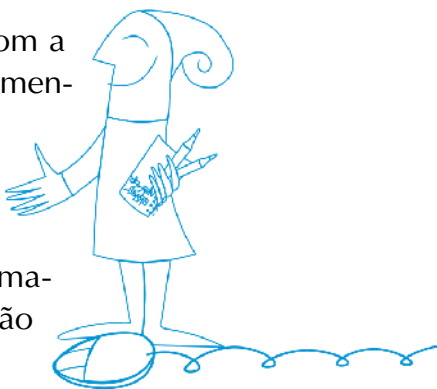
É necessário destacar neste momento que na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disto é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas.

E. MERHY

Avaliação

Apresentar em forma de relatório, contendo:

-  A aprendizagem alcançada com a atividade e a reflexão deste momento/mirante;
-  Uma síntese para o conjunto dos atores responsável pela articulação da Educação Permanente em Saúde na localidade em que você atua;
-  Uma Rede Conceitual da Unidade de Aprendizagem: Prática Educativa no Cotidiano do Trabalho em Saúde;
-  Um quadro síntese sobre forças e debilidades para avançar nas estratégias de implementação de práticas de EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.

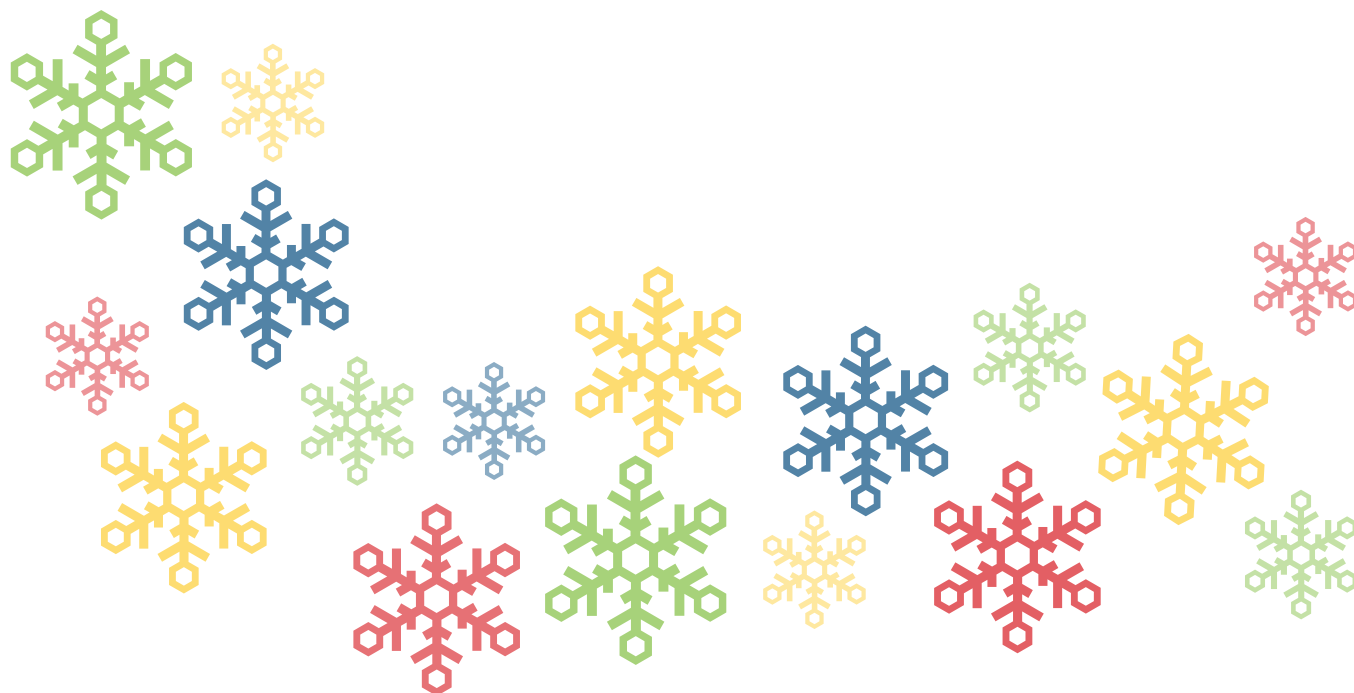


Referências

- AUSUBEL, D.P., NOVAK, J.D., HANESIAN, H. *Psicologia educacional*. Tradução Eva Nick et al., da segunda edição de Educational psychology: a cognitive view. Rio de Janeiro: Interamericana.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198/2004, 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. Disponível em www.saude.gov.br/sgtes
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Paidéia e modelo de atenção*: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. Olho Mágico, abr./jun., 2003, v. 10, n. 2, p. 7-14.
- CAMPOS, G.W.S. *Subjetividade e administração de pessoal*: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-66.
- CECCIM, Ricardo Burg, FEUERWERKER, Laura. *O quadrilátero da formação para a área da saúde*: ensino, gestão, atenção e controle social, 2004.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- DAVINI, M.C. *Necesidades, prioridades y problema*. Buenos Aires, Argentina: OPAS, 1991. p.55-78.
- DAVINI, Maria Cristina. *Bases Metodológicas para la Educacion Permanente del Personal de Salud*. Washington: OPAS, 1989, nº19.
- DAVINI, Maria Cristina. *Educacion Permanente em Salud*. Washington: OPAS, 1995. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, nº 38.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; LLANOS C., Manuel e ALMEIDA, Márcio. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina*: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Além do discurso de mudança na educação médica*: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Educação dos profissionais de saúde hoje*: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Revista da Abeno, jan./dez., 2003, v. 3, n. 1, p.24-27.
- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 6 ed., 1992.
- FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*: saberes necessários à Prática Educativa. São Paulo: Editora Paz e Terra.
- GADOTTI, M. - *Educação e poder*: introdução à pedagogia do conflito. São Paulo: Editora Cortez, 2003.
- HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A. Clasen; DAVINI, M.C. *Educacion Permanente de personal de Salud*. Washington: OPAS, 1994. Série Desesarollo Recursos Humanos, nº 100. p.31-61.
- HARVEY, D. *Los Limites del Capitalismo e la Teoría Marxista*. Tradução de Mariluz Caso. México: Fundo de Cultura Econômica, 1990.

- MATTOS, R. A. de. *Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2003.
- MATUS, C. *Curso Estratégias para Reforma das Organizações Públicas*. Texto para discussão.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1992.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 278.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MERHY, E.E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112
- MOREIRA, M.A. *Aprendizagem Significativa*. Brasília: Editora UNB, 1999.
- ROSCHKE, Maria Alice. *Aprendizaje y conocimiento significativo em los servicios de salud*.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1995.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Tradução Walquiria Maria Franke Saltineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Formato: 21 x 28cm
Tipologias: Ottawa e Tahoma
Capa: Capa Papel Supremo 250gm
Miolo: Capa Papel Printmax 90gm
Ctp Digital: Ediouro Gráfica e Editora Ltda
Impressão e acabamento: Ediouro Gráfica e Editora Ltda
Rio de Janeiro, julho de 2014



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da
Educação

Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**

ISBN 978-85-61445-98-0



9 788561 444598