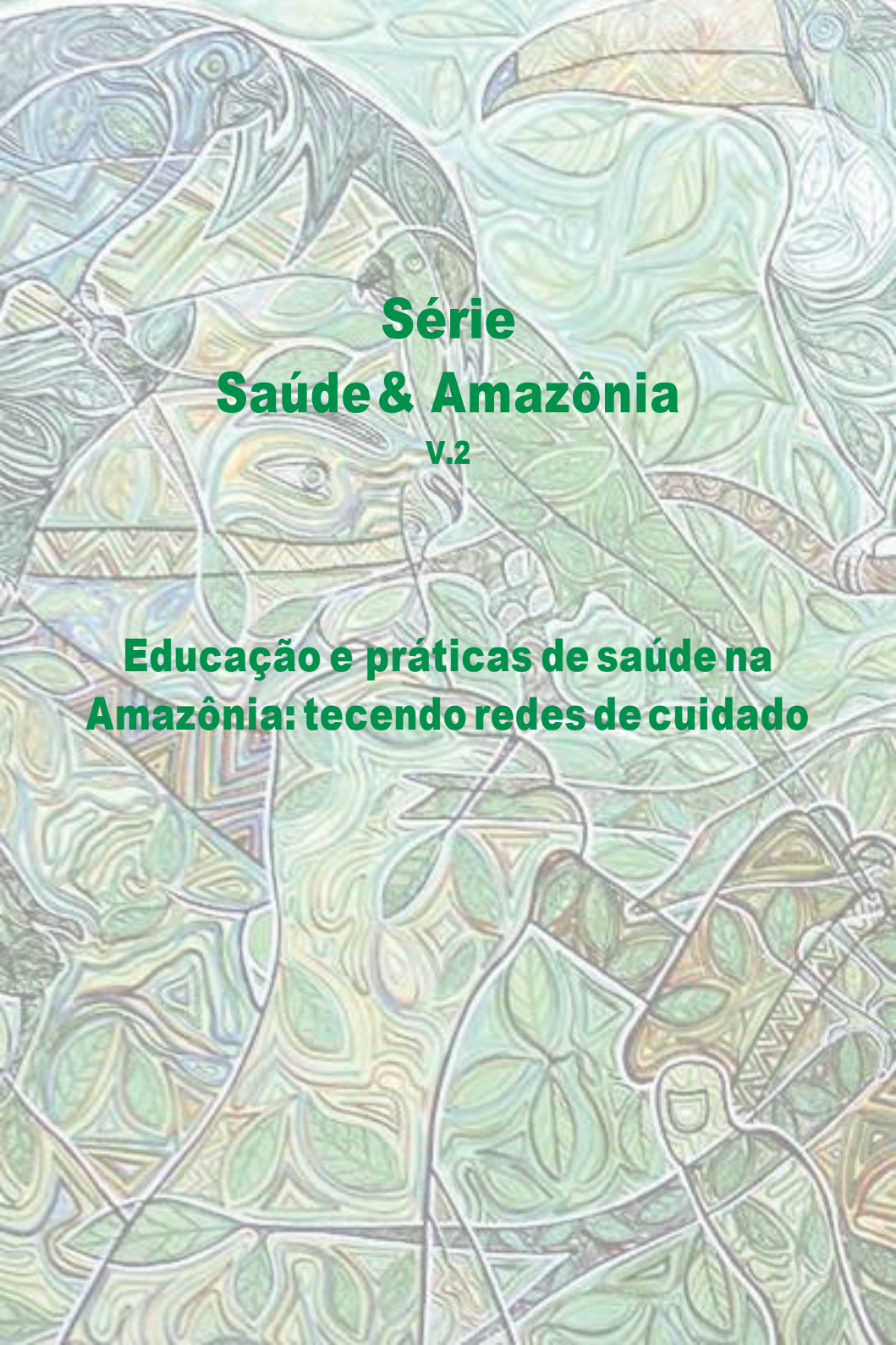
Série Saúde & Amazônia 2

Educação e práticas de saúde na Amazônia:

Tecendo redes de cuidado

editora rede unida

Organizadores: Júlio Cesar Schweickardt, Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla, Rodrigo Tobias de Sousa Lima,
Michele Rocha Kadri e Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira



Série
Saúde & Amazônia
V.2

Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado

Série Saúde e Amazônia

Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antonio Ferla
Ricardo Burg Ceccim
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Michele Rocha Kadri
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Organizadores

Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado

1ª Edição
Porto Alegre - 2016
Rede UNIDA

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

E24 Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado / Júlio Cesar Schweickardt ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.
316 p. – (Saúde & Amazônia ; 2)

ISBN: 978-85-66659-50-4
DOI: 10.18310/9788566659504

1. Saúde Coletiva 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Prática de Cuidado em Saúde. I. Schweickardt, Júlio Cesar. II. Lima, Rodrigo Tobias de Sousa. III. Kadri, Michele Rocha. IV. Ferla, Alcindo Antônio. V. Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro de. VI. Ceccim, R. B., VII. Série.

CDU: 614:37
NLM: WA18

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS
Fone: (51) 3391-1252 - www.redeunida.org.br

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.
Copyright © 2016 by Rede Unida

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Leônidas e Maria Deane

redeunida

REDE GOVERNO
COLABORATIVO
EM SAÚDE

EducaSaúde

SUSAM

Série Saúde & Amazônia
Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado

Organizadores
Júlio cesar schweickardt
Alcindo Antonio ferla
ricardo burg ceccim
rodrigo tobias de sousa lima
michele rocha Kadri
paulo de tarso ribeiro de oliveira

Editoras Associadas da Série Saúde & Amazônia
cristina neves Hugo
renata flores trepte

A série saúde & Amazônia, coleção institucional da Associação brasileira rede unida, pode ser acessada na íntegra na biblioteca digital da rede unida: http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital

Coordenação da Série Saúde & Amazônia
Alcindo Antônio ferla, universidade federal do rio grande do sul
Júlio cesar schweickardt, laboratório de História, políticas públicas e saúde na Amazônia (lAHpsA), fiocruz/Amazonas

Consultores Ad Hoc
nicolás esteban castro Heufemann, universidade do estado do Amazonas
Henry Walber dantas Vieira, universidade federal do Amazonas
Ana caroline carvalho, conselho de secretarias municipais de saúde da paraíba
Anizia Aguiar neta, fiocruz/Amazonas
fabiana mânica, universidade federal do Amazonas

Elaboração colaborativa dos textos:
Ana Vicentina santiago de souza
Anízia Aguiar neta
Auzy cleyce costa sousa
cláudio de oliveira peixoto
danielli figueiredo fernandes
dario saraiva de Aguiar
darlen neves silva dias
elaine pires soares
fabiana mânica martins
geise do socorro lima gomes
Juliane nascimento fagundes
Júlio césar schweickardt
luene silva costa
márcia roberta de oliveira cardoso
maria inês gasparetto Higuchi
marluce mineiro
patrícia de góes cruz
paulo de tarso ribeiro de oliveira
reidevandro machado da silva pimentel
rodrigo tobias de sousa lima
sabine lima rosas
solane de souza pinto
sônia maria lemos

Capa, projeto gráfico e diagramação
Vanderlei dutra (dutcom saúde)

Imagem de capa:
título: o canto da floresta
O artista plástico Ismael Martins encontra a inspiração para suas obras na floresta amazônica. Nesta imagem, retrata um indígena e a cultura da tribo Yawanawá, bem como a fauna e a flora da floresta. O povo Yawanawá vive na Aldeia nova esperança, à margem do rio gregório, no município de tarauaca, oeste do Acre.

A série saúde & Amazônia foi organizada e publicada pela Associação brasileira rede unida (rede unidA) e pelo laboratório de História, políticas públicas e saúde na Amazônia (lAHpsA), da fiocruz/Amazonas, com manuscritos sobre antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção/assistência, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde na Amazônia e outros temas de interesse, a partir de trabalhos produzidos nos cursos de especialização de saúde pública para gestores do sus no Amazonas, de História da saúde na Amazônia, de planejamento e orçamento público em saúde e de educação permanente em gestão regionalizada do sus Amazonas, realizados no período de 2010 a 2014. A chamada dos textos ocorreu a partir do editAl n°01/2015 editorA rede unidA – série sAúde & AmAzôniA.

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Alcindo Antônio ferla

Coordenação Editorial
Alcindo Antônio ferla

Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston - universidade federal de mato grosso do sul, brasil
Alcindo Antônio Ferla - universidade federal do rio grande do sul, brasil
Àngel Martínez-Hernáez - universitat rovira i Virgili, espanha
Angelo Steffani - universidade de bolonha, itália
Ardigó Martino - universidade de bolonha, itália
Berta Paz Lorido - universitat de les illes balears, espanha
Celia Beatriz Iriart - universidade do novo méxico, estados unidos da América
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - universidade federal do rio grande do sul, brasil
Emerson Elias Merhy - universidade federal do rio de Janeiro, brasil
Izabella Barison Matos - universidade federal da fronteira sul, brasil
João Henrique Lara do Amaral - universidade federal de minas gerais, brasil
Júlio Cesar Schweickardt - fundação oswaldo cruz/Amazonas, brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker - universidade de são paulo, brasil
Laura Serrant-Green - university of Wolverhampton, inglaterra
Leonardo Federico - universidade de lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa - universidade federal do rio grande do sul, brasil
Liliana Santos - universidade federal da bahia, brasil
Mara Lisiane dos Santos - universidade federal de mato grosso do sul, brasil
Márcia Regina Cardoso Torres - secretaria municipal de saúde do rio de Janeiro, brasil
Marco Akerman - universidade de são paulo, brasil
Maria Luiza Jaeger - Associação brasileira da rede unidA, brasil
Maria Rocineide Ferreira daSilva - universidade estadual do ceará, brasil
Ricardo Burg Ceccim - universidade federal do rio grande do sul, brasil
Rossana Staevie Baduy - universidade estadual de londrina, brasil
Sueli Goi Barrios - universidade federal de santa maria, brasil
Túlio Batista Franco - universidade federal fluminense, brasil
Vanderléia Laodete Pulga - universidade federal da fronteira sul, brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian - fundação oswaldo cruz/pantanal, brasil
Vera Rocha - universidade federal do rio grande do sul, brasil

Comissão Executiva Editorial
Janaina matheus collar
João beccon de Almeida neto

Sumário

Apresentação 13
A Amazônia como lugar de produção de redes de cuidado

Capítulo 1 25
Vivências em educação permanente em saúde no interior do estado do amazonas: percurso metodológico de um estudo de caso

Capítulo 2 53
O espaço como uma rede viva que constrói sociabilidade e cuidado

Capítulo 3 75
Integração ensino-serviço como estratégia organizadora dos processos formativos da saúde na amazônia

Capítulo 4 99
A formação do tutor em educação permanente em saúde: relato de experiência na região do baixo rio Amazonas/Am

Capítulo 5 121
Memórias de um tutor: A educação permanente que modifica e ressignifica

Capítulo 6 145
Educação permanente em saúde como estratégia para o fortalecimento da equipe multiprofissional no tratamento de diabetes no município de Parintins/Am

Capítulo 7 165
Hospitais de ensino no estado do Pará: uma Análise recente de sua atuação

Capítulo 8 193
Humanização como dispositivo: em busca de uma nova forma de cuidar

Capítulo 9 215
O trabalho do NASF entre a governamentalidade e a gestão dos riscos

Capítulo 10 235
Construindo saberes sobre transtorno mental com A família de pacientes do setor de internação breve de um hospital geral do Pará

Capítulo 11 257
Valorização da vida: uma análise de ações voltadas Ao enfrentamento do suicídio indígena em um contexto Amazônico

Capítulo 12 279
Oficinas de sexo seguro: educação em saúde e práticas de cuidado em hospital de referência para pessoas vivendo com HIV/Aids

Organizadores e autores 303

ApreSentAção

A Amazônia como lugar de produção de redes de cuidado

Apresentação

o segundo livro da série saúde & Amazônia *Educação e Práticas de Saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado* traz a discussão sobre a educação e as práticas de cuidado realizados nos estados do Amazonas e do pará. os textos são fruto de diferentes atividades acadêmicas: **t**rabalho **c**onclusão de **c**urso de especialização e residência; dissertações de mestrado e teses de doutorado. os trabalhos foram desenvolvidos em diferentes instituições e programas de pós-graduação, mostrando o potencial de produção na região. os estudos e pesquisas na região na área da saúde coletiva e políticas públicas de saúde tem crescido devido ao aumento de grupos de pesquisa e ao reforço do financiamento através das Fundações de Amparo à pesquisa.

com frequência a Amazônia é vista pelo viés da ausência e da falta. por isso, o **l**aboratório e o grupo de pesquisa denominado História, políticas públicas e saúde na Amazônia tem se posicionado politicamente no sentido fazer um exercício do pensamento que possibilite olhar para a região como um lugar de potência e de inovação. num levantamento preliminar na base de artigos acadêmicos da SCIELO identificamos que a maioria dos artigos tem como tema as doenças, as populações vulneráveis, os problemas relacionados ao ambiente. A minoria trata da Amazônia a partir da lógica da saúde, como lugar de aprendizado e de ensino e as estratégias de realizar o cuidado, sobre as redes formais e informais, sobre as tecnologias da produção do cuidado. nesse sentido, estamos tendo a preocupação de trazer uma perspectiva que valorize as práticas de saúde em diferentes espaços, mesmo quando o tema é a doença.

Os estudos de região trazem questões que ficam ausentes na discussão nacional. olhar para a região através de ferramentas metodológicas e referencias teóricas universais nos ajudam a pensar a região a partir das suas especificidades e potencialidades. Mas tam-

bém entendemos que as dificuldades em tratar dos problemas locais trazem novos problemas metodológicos, ou seja, é criar as condições para o saber local coloque também os seus problemas. segundo o antropólogo clifford geertz (1999, p. 13) "abandonar a tentativa de explicar os fenômenos sociais através da metodologia que os tece em redes gigantescas de causas e efeitos, e, em vez disso, tentar explicá-los colocando-os em estruturas locais de saber, é trocar uma série de dificuldades bem mapeadas, por outra de dificuldades quase desconhecidas".

seguindo esse raciocínio podemos entender que as políticas públicas têm uma pretensão a serem nacionais ou até universais, mas quase sempre esbarram nas questões locais e regionais. As vozes da periferia se fazem presentes ao reivindicar uma agenda mais próxima do contexto local. não resta dúvida que essa dialética entre regional e nacional não se resolve com situações pontuais, pois a tensão sempre estará presente nos diálogos. no entanto, os estudos locais, longe se serem regionalismos, trazem uma perspectiva importante para o nacional e o universal, pois a vida nas manifestações específicas e concretas nos ajuda a relativizar o geral e o abstrato.

A reunião de textos com diferentes temas e abordagens se constitui num exercício de sistematização e de uma tentativa de organizar linhas de pesquisa e de ensino que tratam das redes e das práticas de cuidado na região. As experiências de formação estão muito inspiradas pela política de educação permanente em saúde, que transformam trajetórias profissionais e processos de trabalho. As experiências de educação estão nesse escopo de aplicar uma metodologia participativa e construtiva de educação para o território amazônico, que é recortado por rios e marcado por distâncias que se medem por horas e dias de viagem.

A temática da educação permanente em saúde (eps) inaugura a série saúde & Amazônia e compartilha da experiência de pesquisa nas margens do rio madeira. os autores utilizam o texto de michel foucault a "*produção do discurso"* para discutir as visões dos pro-

fissionais de saúde sobre os processos e as condições do trabalho no contexto amazônico. em que pese a produção do trabalho em ato, uma referência essencial: "*Quadrilátero da Formação"*, propostos por ceccim e feuerwerker (2004), norteou os achados da pesquisa, na medida em que utilizou o ferramental analítico para compreender a eps na dinâmica do cotidiano do trabalho e da gestão em saúde na regional de saúde do rio madeira, Amazonas. os resultados encontrados sobrepõem-se aos achados de uma pesquisa formal e apresenta como um dos produtos do texto uma mandala amazônica, símbolo da eps no cotidiano dos serviços em áreas ribeirinhas. A imagem do "'apuizeiro", árvore da Amazônia, ilustra a experiência de aprender, reaprender e deixar-se afetar pelas conexões que a vida apresenta. A eps contagia o mundo do trabalho e da vida, superando as amarras postas pelas normas e protocolos. e a produção do trabalho, enquanto processo de ressignificação do profissional de saúde e da gestão em saúde, bem como sua vivência da dinâmica de "*aprender a aprender"* consistiram em sinais revelados sobre a produção de vida na Amazônia.

A teia de cuidado em condições extremas de exclusão social em área urbana foi temática destacada nesta série. mesmo em um contexto urbano formado por inúmeros territórios distintos com suas peculiaridades, apresenta espaços, tem suas características próprias, sua população, cultura e necessidade. Alguns territórios ficam à margem da sociedade, numa exclusão muito mais social do que geográfica. Este artigo visa mostrar a produção de vida numa área de ocupação irregular na cidade de manaus, pois só através da imersão num determinado território é que podemos compreender como acontecem as redes de conexões existenciais, como são construídas as interações e trocas e como surgem as redes de cuidados em saúde nessas áreas muitas vezes esquecida pela sociedade. sair dos limites das instituições de saúde e adentrar num território é essencial para considerar as práticas de saúde fora do modelo biomédico como práticas sociais visando a relação *pessoa-ambiente* no cuidado em saú-

de. dessa forma, compreender a produção de vida de uma população num território específico, suas necessidades e as estratégias criadas para sua sobrevivência nos favorecerá para discutir sobre como fortalecer políticas de promoção da saúde.

A formação de profissionais de saúde para a consolidação do sus e que atendam as necessidades de saúde comprometidas com a qualidade da gestão representa tópico essencial e com espaço garantido neste segundo volume da série. em um primeiro momento, um dos textos apresenta a experiência de formação de colaboradores da gestão em saúde desenvolvida pelo instituto leônidas e maria deane (ilmd/fiocruz Amazonas) por meio de um programa *lato sensu* (cursos de aperfeiçoamento e especialização em saúde para gestores do sus no Amazonas). o objetivo desse texto é destacar as oportunidades e as possibilidades que um processo formativo disponibiliza para a criação e a transformação dos locais de trabalho e da gestão no Estado do Amazonas por meio da qualificação de gestores do sistema único de saúde.

A experiência de formação de tutores traz à tona a questão da temática de processos formativos na região amazônica, principalmente quando está em voga a modalidade de educação à distância (ead). As tecnologias de informação e os sistemas de informação que dependem de uma razoável rede de internet ainda se constituem em problemas para um sistema de formação. por outro lado, não podemos ignorar a ferramenta que tem demonstrado eficácia na formação, inclusive em cursos de graduação. A formação de tutores locais com domínio da tecnologia é relevante, mas também é importante que se conheça as pessoas, os locais e a realidade de cada município.

Esse saber qualifica a formação e o acompanhamento de alunos distribuídos em diferentes calhas de rios.

As narrativas sobre a trajetória de ensino-aprendizagem dos tutores ilustram os efeitos tanto para a vida profissional como para os processos de trabalho em saúde. A experiência da formação nas

diferentes regiões de saúde do Amazonas mostra o quão produtivo é a prática de modalidades presenciais e à distância, que conectam as pessoas e os locais. o desenvolvimento do tutor em metodologias participativas e inclusivas tem contribuído com a discussão da política de educação permanente em saúde nos municípios e nas instituições. o entendimento de que o trabalho é objeto de aprendizagem se constitui num grande ganho para a gestão e para os trabalhadores da saúde. As relações mais dialógicas e de escuta no processo de ensino não permanecem somente nesse segmento, mas extrapolam para o mundo do trabalho e da vida, algo que não está livre de contradição e de tensões. Enfim, os tutores nos ensinaram que o aprendizado acontece no cotidiano do próprio ensino.

Ainda sobre os processos formativos na Amazônia, pesquisadores do pará apresentaram a experiência da gestão dos hospitais de ensino de seu estado. o texto traz uma contribuição sobre a análise da política de certificação de hospitais de ensino, de acordo com legislação interministerial, bem como suas repercussões na formação de profissionais de saúde. Em se tratando de um lugar próprio no processo de formação e de cuidado, foram abordados a interface da educação com as políticas do ministério da saúde, tais como a política nacional de Humanização, de educação permanente, dentre outros; e a dimensão do ensino, pesquisa e avaliação inseridos no cotidiano do trabalho nos hospitais de ensino. nesse sentido, a formação desses profissionais em complexos hospitalares de atenção especializada, uma vez que compreende um cenário de práticas de ensino-serviço-cuidado essencial, representa uma política prioritária do sus e ajuda a entender melhor esse lugar do hospital no conjunto da interrelação das políticas de saúde e de educação em um grande centro urbano da região norte.

A prática da educação permanente em saúde no trabalho é bem ilustrada com a experiência vivenciada por uma equipe multidisciplinar no acompanhamento de pacientes com diabetes, em parintins/

AM. Nesse caso, observamos como a aprendizagem significativa traz mudanças para a equipe e a sua relação com usuários de um determinado serviço. nesse caso, havia um claro problema em relação ao acompanhamento dos pacientes com diabetes e o agravamento da doença. Assim, profissionais que estavam envolvidos num processo de educação permanente foram motivadas a participar com a equipe os seus achados metodológicos. Os profissionais e trabalhadores foram envolvidos num problema comum, que iniciou com a própria dinâmica do trabalho em equipe e que culminou na qualidade de atenção dada ao usuário. o problema da adesão ao tratamento da diabetes não ficou como uma ação isolada, mas trouxe mudanças em todo o processo de trabalho e de cuidado. os encontros da equi- pe ganharam o nome de Encontro Pedagógico porque significava mais do que discutir procedimentos e fluxos. Quando a metodologia mudou a prática, as condições de vida, a cultura e o território apareceram, mostrando o mundo do usuário e a distância dos serviços aos lugares da produção da vida.

A política nacional de Humanização (pnH), lançada em 2003 pelo ministério da saúde, traz importantes avanços e inovações para a valorização do usuário, do trabalhador e gestor de saúde. A política traz em questão um novo modelo de atenção, que representa necessariamente mudanças nos serviços, visando a produção do cuidado. neste sentido, as contribuições de merhy (2003) sobre *o trabalho em saúde* têm estimulado diferentes grupos e equipes em diversos territórios a repensar as suas práticas. Novamente, o desafio está em promover a inclusão do usuário no seu processo de cuidado, que também dependerá de como os processos da equipe estão sendo problematizados. nesse caso, a humanização como modelo de cuidado baseado no saber-fazer centrado na clínica e na tecnologia-dura.

sobre o eixo trabalho em saúde, a equipe do núcleo de Apoio à saúde da família (nAsf) exerce trabalho itinerante e complementar aos cuidados praticados na atenção básica. o texto intitulado *O tra-*

balho do NASF entre a governametalidade e a gestão de riscos faz uma abordagem sobre o processo de trabalho no sus na perspectiva de análise de política pública. **t**rouxe à tona o funcionamento do nAsf enquanto política suplementar de saúde no campo da atenção primária refletida à luz da gestão do risco, proposto por Robert Castel, e do pensamento foucautiano denominado "governamentalidade". este último estabelece um pensamento que provoca formas de rever as políticas de saúde estabelecidas pelo estado, uma vez que entende as artes de governar pela racionalidade desenvolvida no governo federal e que provoca reflexões no cotidiano do trabalho das equipes de saúde, neste caso. em suma, o entendimento dos processos de trabalho do nAsf e sua contribuição para a gestão dos riscos à saúde, como proposta que superestima as ações de prevenção de doenças e, sobretudo, as ações de promoção da saúde das equipes de saúde consistiram em argumentos centrais do texto que recoloca o debate sobre o processo de trabalho de equipes multidisciplinares e o papel das políticas indutoras de saúde.

As metodologias que possibilitam a escuta das pessoas possibilitam a criação de situações de mudança ou de deslocamento dos procedimentos formais das instituições e dos serviços de saúde. A participação dos usuários e dos trabalhadores na produção do cuidado reforça a lógica do compartilhamento dos saberes. os trabalhos sobre *As Práticas de Cuidado em Saúde Mental na voz dos usuários de um CAPS* e *Construindo saberes sobre transtorno mental com a família de pacientes do Setor de Internação Breve de um Hospital Geral* ambos do estado do pará trazem o olhar e a perspectiva dos usuários em serviços da rede psicossocial. A compreensão sobre o itinerário, as práticas do cuidado e autonomia dos usuários são componentes importantes para ampliação da própria noção de rede de saúde mental. A lógica da internação hospitalar ainda está presente nas práticas familiares quando se refere aos serviços de saúde mental. no entanto, quando encaminhados ao centro de Apoio psicossocial (cAps), usuários e família relatam que esses espaços têm a me-

lhor prática de acolhimento. nesse sentido, os estudos que mostram os saberes sobre o transtorno mental e a produção do cuidado a partir do olhar dos usuários e famílias são relevantes para uma ampliação das formas de realizar a atenção.

outro trabalho que traz a abordagem dos usuários sobre um determinado serviço é *Oficina do Sexo Seguro: educação em saúde e práticas de cuidado em Hospital de Referência para pessoas vivendo com HIV/AIDS*. As oficinas apresentam uma experiência inovadora dentre os serviços oferecidos pela instituição, demonstrando como ainda há falta de espaços de diálogo e de escuta dos usuários. Apesar das políticas que abordam a temática de HiV/Aids terem um histórico de participação social, ainda observamos a necessidade de ampliação das ações que tratam da promoção e da prevenção nas instituições, pois há uma noção nos serviços de que essas ações só são realizadas na Atenção básica. o estudo mostrou que as pessoas portadoras de HIV/AIDS possuem conhecimento insuficiente sobre a prevenção, limitando-se ao uso do preservativo. Nesse sentido, oficinas e metodologias que possibilitem a escuta, abre possibilidades para a discussão e a problematização dos serviços e os cuidados de saúde.

Por fim, o tema do suicídio em populações indígenas na região amazônica demanda das instituições públicas estratégias de enfrentamento. esse é o típico problema que necessita de uma ação intersetorial, pois aborda questões culturais, sociais, jurídicas, educacionais, além da saúde. O desafio para as políticas públicas é a elaboração de ações que buscam a promoção da saúde num contexto cultural poliétnico e interétnico, como é o caso da região do Alto rio negro no estado do Amazonas. Há que destacar que o suicídio traz uma forte relação com o uso de bebida alcóolica, interferindo diretamente nas relações familiares. o público jovem tem sido o foco de muitas ações de prevenção e promoção. no entanto, ainda persistem as dificuldades de termos ações que sejam efetivamente

intersetoriais e que tragam o debate da interculturalidade para as políticas públicas.

Referências

ceccim, r.b; feuerWerKer, l.c.m. o quadrilátero da formação para a área da saúde: **ensino, gestão, atenção e controle social**. **Physis**, rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

geertz, c. **O saber local:** novos ensaios de antropologia interpretativa. petrópolis: Vozes, 1999.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. in: merHY, e.e. et al. **Trabalho em Saúde:** olhando e experenciando o sus no cotidiano. são paulo: Hucitec, 2003.

Capítulo 1

Vivências em educação permanente em Saúde no interior do estado do Amazonas: percurso metodológico de um estudo de Caso[1]

Fabiana Mânica Martins[2]

Júlio Cesar Schweickardt[3]

Para aprender rápido precisamos ir devagar

"Eu gosto de começar com as crianças. Ah! Elas são ótimas! (risos) Aprendem rápido" (Sandra).

1 Elaborado com base na Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia - PPGSSEA, no Instituto Leônidas Maria Deane/Fiocruz-Amazônia.

2 Professora do Departamento de Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas/UFAM e pesquisadora do Grupo de Pesquisa História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia.

3 Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA- ILMD/Fiocruz Amazônia.

fazemos esta leitura com a acolhida e a abertura ao novo de uma criança, referido por sandra como "aprender rápido". As crian- ças nos instigam no sentido da curiosidade, da abertura aos afetos, da capacidade de acolher novas informações, além do desejo de crescer, aprender e afetar os demais. o nosso anseio é de que os discursos coletivos sejam sinalizadores das potências presentes no interior do estado do Amazonas, especialmente na região do rio madeira, e de que, assim como nós fomos afetados pelos aprendizados constituídos ao longo deste trabalho vivo em ato, também possam contribuir com as formas de se perceber a vida que pulsa nas veias do cotidiano do trabalho no sistema único de saúde.

o "enunciado" de que nos alerta foucault situa o leitor ao presente debate a se inserir no contexto dos discursos produzidos antes e durante o texto. queremos tomar a palavra e sermos envolvidos por ela (foucAult, 1996) para sermos levados bem além do discurso produzido, ou seja, da capacidade que a palavra tem de se proliferar, por isso, "é preciso pronunciar palavras enquanto as há" (foucAult, 1996, p.6), pois se não ela pode virar lacuna e desaparecer.

O desafio do nosso trabalho foi percorrer o itinerário dos profissionais de saúde do interior do Estado do Amazonas e nos inserirmos no cotidiano do trabalhador do sistema único de saúde em um território e modo de vida amazônico com a peculiaridade de estar constantemente se ajustando ao regime das águas. de antemão, podemos inferir que as políticas de saúde nessas realidades específicas impactam sobre a qualidade dos serviços e nos processos de trabalho das equipes de saúde.

o território que nos referimos é aquele entendido não apenas como espaço geográfico, como sugere Ferla et al. (2015), pois se

refere também como rede de pessoas e instituições que, na organização do sistema de saúde, está relacionado a um conjunto de serviços, que é considerado para pensar o trabalho em saúde. Assim, é mais híbrido, no sentido de "diverso", do ambiente hospitalar padronizado, e no sentido de que essa diversidade é "muito ampla", não se esgota na simples categorização dos serviços, já que serviços de diferentes categorias têm diversidade de entornos e relações que mudam a sua natureza. Além de híbrido, ele se constitui constantemente por meio de relações entre os próprios serviços e com os "modos de existir e andar a vida" das pessoas nos seus territórios.

O território rural e ribeirinho se configura num conceito amplo que ultrapassa os limites geográficos e abrange seu modo de vida e sua territorialidade. Os desafios de locomoção para os municípios são muitos, sendo possível o acesso (tendo como ponto de partida a capital manaus) somente por meio de barco, lancha ou taxi aéreo (aviões de pequeno porte).

A constatação da necessidade de flexibilidade do nosso pon- to de partida da investigação dos enunciados foi fundamental para a produção de novos discursos. o roteiro aparentemente claro e preciso nos fez repensar a pesquisa conforme as entrevistas foram acontecendo e as vivências compartilhadas. fomos percebendo que os discursos elaborados em forma de enunciação eram algo bem mais complexo do que imaginávamos. segundo foucault (2008), na *Arqueologia do Saber,* o "enunciado" é uma população de acontecimentos no espaço do discurso em geral. trata-se do projeto de uma descrição dos acontecimentos discursivos como horizonte para a busca das unidades que aí se formam. para se trabalhar com os enunciados, é necessário trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando-o aparecer na sua complexidade que "[...] nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações que o próprio discurso põe em funcionamento" (fiscHer, 2001, p.198).

Assim como a educação permanente em saúde (eps), que ocorre viva, constante e muitas vezes imperceptível pelos próprios trabalhadores em meio a tantas complexidades dos serviços de saúde, a nossa percepção e produção de discurso foram sendo enriquecidas, arejadas e ressignificadas. Mergulhamos e nos encharcamos no encontro das águas (pesquisador e trabalhador) do nosso próprio processo de ensino-aprendizagem.

e por que eps? ceccim (2005) diz que a designação educação permanente em saúde não é apenas educação permanente porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. A este estatuto se deve a difusão, pela organização pan-Americana da saúde, da proposta de educação permanente do pessoal de saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde. os serviços de saúde são organizações complexas e, portanto, somente a aprendizagem significativa será capaz de conseguir a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

ceccim e ferla (2006) propõem que a aprendizagem é um movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente, inventor de novidade – que não é algo excepcional, privilégio de artistas ou cientistas. segundo os autores, é da natureza do "fazer educacional" pensar problematicamente, analisar. não os comportamentos ou as ideias, mas as práticas refletidas e voluntárias por meio das quais os homens tanto fixam regras de conduta quando procuram modificar-se em seu ser singular. No pensamento foucaultiano, esse "pensar problematicamente" é aquele que coloca questões às perguntas em lugar de respostas. Ao invés de priorizar configurações estabilizadas e embasadas nos discursos vigentes, aposta em novas práticas de pensamento.

Assim, ressaltamos a relevância de relatarmos neste debate o processo metodológico da pesquisa, dando destaque às "brechas" que abrem espaço à invenção da novidade, ou seja, à produção de

aprendizagens inéditas, independente de estruturas formais (eps em moVimento, 2014a)[4]. não apresentaremos neste texto os discursos dos trabalhadores, mas nos interessa discutir o processo metodológico da produção do conhecimento num território específico da Amazônia na área da Educação Permanente em Saúde. Trata-se de um movimento instituinte, uma produção desejável entre pesquisadores, trabalhadores, territórios, vivências, produção do cuidado e do trabalho. dessa forma, abrir-se às brechas é abrir-se à possibilidade de potencializar e deixar emergir e agir os corpos vibráteis[5] que produzem diálogos e deslocamentos, discursos em ato nos coletivos.

trazemos também em nossa caixa de afecções o **Apuizeiro,** que representa as "brechas" da educação permanente em saúde, e é para nós a imagem do trabalho coletivo que extrapola/supera as normas/conceitos estabelecidos da pesquisa. nesse estudo, mergulhamos (enquanto trabalhadores, pesquisadores, pessoas) no encontro com os sujeitos e seus mundos de trabalho, despidos de hipóteses, de ideias preconcebidas, e, no decorrer das entrevistas, aprendemos que deveríamos nos despir também do "roteiro" e apostar mais no encontro.

na barraquinha de coco do seu José descobrimos que Apuí é o nome do fruto desta árvore, não serve para consumo humano, porém os pássaros se nutrem abundantemente deles e são os principais responsáveis pela disseminação da planta na floresta. Citou-nos que em seu sítio um Apuizeiro "plantado" por um passarinho nasceu em

4 O Curso EPS em Movimento foi uma parceria do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde, que teve como objetivo ativar processos de educação permanente em saúde nos territórios, reconhecendo práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho, incentivando assim a produção de novos sentidos no fazer saúde.

5 Suely Rolnik é uma pensadora que estudou os movimentos do "olho vibrátil", através do olho vibrátil são captados movimentos permanentes e imperceptíveis de criação de outras máscaras, onde os afetos possam passar (ROLNIK, 2006). Para ela, o olho vibrátil é diferente do olho retina, pois ele capta intensidades e vibrações, rastreia potencialidades para produção de novas formas, novos gestos, novos territórios.

cima de outra árvore, suas raízes foram “buscando a terra” e crescendo por cima até chegar ao chão.

Imagem 1: O Apuizeiro. Foto: Fabiana Mânica, 2015.

linda história do seu José. essa imagem nos reporta a eps, e foi esse encontro de subjetividades que nos possibilitou um mergulho mais profundo na pesquisa, de não ficarmos amarrados a roteiros, avaliações, análises modeladas, quadradas, mas de nos permitirmos o encontro, fato que conectou-nos ao Apuizeiro. uma árvore típica da região amazônica, uma planta conhecida como um "polvo vegetal" se olharmos para as suas raízes. o Apuizeiro demonstra que a natureza (suas raízes) não se dobra a ação humana (o concreto), assim como a EPS não se fecha, não se simplifica a uma política governamental, ela extravasa o cotidiano do trabalho enquanto espaço coletivo de construção do saber. Assim como o nosso trabalho de campo extravasou suas raízes para outros apontamentos antes (de conhecer o território) imperceptíveis. esses apuizeiros ativaram nossos olhos vibráteis, os radares sensíveis da pesquisa, e, nos fez aprender, reaprender em pesquisa, saúde, afecções, conexões, vida.

A eps nos instiga à criação, à abertura e ao coletivo, sendo sempre convocados à novidade, à potência de afetar e ser afetado, a caminhar na diversidade, construindo alianças e desconstruindo evidências (ceccim; ferlA, 2009). A ideia é que possamos romper paradigmas e ampliar as noções de autonomia do outro, constituindo coletivamente espaços criativos e sensíveis de encontro na perspectiva da produção de saúde.

A essa produção, na análise, queremos compartilhar o pensamento de michel foucault quanto à *produção do discurso*, pois para ele toda formação discursiva poderá se constituir em um discurso científico. A capacidade da prática discursiva de formar objetos, enunciações, bem como escolhas temáticas e teóricas visando à construção de proposições ou descrições, ou seja, toda positividade do discurso – que não se confunde com a ciência, entretanto, pode englobá-la –, chama de saber. para ele, na análise, o que interessa é a produção histórica e concreta e não apenas de onde o conhecimento partiu ou aonde deveria chegar (giAcomini; VArgAs, 2010).

o estudo integrou um projeto maior, que abrange todo o estado do Amazonas em municípios das nove regiões de saúde, intitulado *O Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS*. o objetivo desse é realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais de saúde no SUS.

nesse grupo compartilhamos e produzimos nossas implicações, assim, não poderíamos apenas analisar a implantação da política de educação permanente em saúde (peps) na região de saúde rio madeira. optamos por descrever as potências da eps no interior do Amazonas e darmos destaque a elas. colocamos a vigência entre parênteses e mergulhamos na produção de discursos agenciando alguns blocos de reflexões potentes sobre EPS.

A caixa de afecções[6]: nossos referenciais teóricos e vibráteis do trabalho

Silêncio absoluto no rio, viajar ao universo, na estrada pelas águas, há uma nave do interior. (Raízes Caboclas)

6 Adotamos a "Caixa de Afecções" tendo em vista os movimentos vivenciados no curso de formação de tutores EPS em Movimento. Ela é uma caixa com o propósito de ser um dispositivo de apoio aos autores na construção do referencial teórico e na discussão. Montamos a nossa Caixa com referenciais que tem significado (não apenas teórico, mas vibrátil) para o mundo do trabalho e para a vida.

Imagem 2: Ribeirinhos de Rabeta pelo Rio madeira. Foto: Fabiana Mânica, 2015.

o silêncio e o movimento dos rios durante as viagens aos municípios permitiram não apenas esperar pelo deslocamento de um espaço físico a outro, mas viabilizaram os sentidos do aprofundamento teórico, das conexões e implicações que nos conectavam as realidades sentidas, vividas, saboreadas. Assim, a literatura que bebemos e nos encharcamos de conexões com o mundo do trabalho e a educação é aquela que parte do cotidiano da vida, e não de uma política engessada, com metas e prazos, com produção mensal e relatórios, ou ainda com respostas de "sim" e "não" se tomarmos como referência alguns instrumentos de avaliação da qualidade.

A nossa proposta foi analisar a implementação da política de educação permanente em saúde pelas lentes de um caleidoscópio, tendo em vista o processo de estudos e reflexões do grupo do Laboratório de História, políticas públicas e saúde na Amazônia (LAHpsA), o qual tem em vista o aprender e ensinar incorporados no dia a dia das organizações e ao trabalho. portanto, o processo metodológico foi encarado como espaço de ensino-aprendizagem na pesquisa. desse modo, podemos inferir que essa prática se fundamen- ta na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar

as práticas profissionais. Nessa modelagem, ela pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (ferlA et al., 2015; feuerWerKer, 2014; ceccim, 2010; merHY, 2005;).

A micropolítica do cotidiano, nos modos de produção do cuidado, é o campo de disputa que tem como centro o trabalho. por isso, o trabalho vivo, em ato, passa a ser um campo de formação e de possibilidade de transformação das práticas cotidianas, em que a sua centralidade pressupõe o encontro entre subjetividades que se produzem no ato do cuidado. não há como ter cuidado sem as pessoas, as relações, os encontros e as subjetividades (merHY, 2013a).

segundo feuerwerker (2014), a micropolítica pode ser entendida como o processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder, podendo ser decisivo para se pensar a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde. o plano micropolítico de produção de mundo é onde acontece e se fabrica os territórios existenciais e os processos de subjetivação, conformando relações.

produzir mundos? Adotamos a ideia da autora sobre essa perspectiva de que os processos de produção do mundo são um instrumento de luta na busca de possibilidades para a resistência aos modos de subjetivação e de fabricação do mundo que o capitalismo mundial agencia. desse modo, abrimo-nos a perspectiva de reinvenção da vida, de pensar e operar as relações de poder, a produção do saber, a fabricação das relações com o outro, enfim, de pensar e operar os processos de subjetivação em defesa da vida (feuerWerKer, 2014).

dessa forma, através dos acontecimentos, encontros, relações, afetos e problemas do cotidiano se buscam experimentar e inven- tar novas práticas de saúde, inclusive formativas. esse movimento, segundo schweickardt et al. (2015), é de criação como algo que é imanente, um movimento que cria, determina, transforma uma pró-

pria interioridade, em oposição aos efeitos que vêm de fora. Assim, os autores nos dizem que são nos espaços institucionalizados, no cotidiano dos serviços, dos processos de trabalho, das práticas de cuidado e de gestão em saúde, que o imanente se manifesta genuinamente, portanto é necessário deixar vir, não apenas regular, fechar, disciplinar em uma forma rígida, inflexível.

o processo de trabalho enquanto trabalho vivo em ato, não pode se libertar plenamente do trabalho morto, mas tem condições suficientes de comandá-lo se conseguir aprender a questioná-lo. O trabalhador, ao duvidar do seu sentido e a acolher os ruídos/analisadores presentes no seu cotidiano, apropriando-se de uma caixa de ferramentas que contenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação (em ato, coletiva e publicamente), é possível refletir, reescrever e reinventar a lógica do trabalho, da sua gestão, organização e finalidade (MERHY, 2013a).

Schweickardt et al. (2015) afirma que é necessário problematizar alguns processos naturalizados que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, que interferem diretamente nos processos de trabalho tendo em vista transformar os modos de produção da saúde, ou seja, é urgente reinventar e experimentar outras formas de intervenção nas práticas de saúde. para isso, uma das iniciativas a serem tomadas é o investimento na implementação da educação permanente em saúde como um "modo pedagógico-político de colocar os processos de trabalho reais na cena educativa".

Sob esses aspectos, a figura do quadrilátero descreve quatro dimensões que constituem a aprendizagem na saúde, sendo a atenção a que supera a dimensão da assistência às doenças, mas foca na capacidade de intervir sobre a saúde. A dimensão da gestão, que se refere às escolhas presentes no trabalho em saúde, desde a direção dos serviços à organização de práticas. e a dimensão da participação que pontua a necessidade de escuta e compartilhamento de saberes com o usuário e entre os trabalhadores. finalmente, e não menos

importante, o ensino que se refere às aprendizagens e como elas se inserem no mundo do trabalho (ferlA et al., 2015).

Assim, ceccim e feuerwerker (2004a) ao citarem deleuze correlacionam a formação enquanto "micropotência inovadora" do pensar a formação, das possibilidades de mudanças no trabalho e na educação dos profissionais de saúde, bem como da possibilidade de invenção no cotidiano vivo da produção dos atos de cuidar a saúde. A essas micropotências correlacionamos ao *Quadrilátero*, em que os quatro vértices estão sempre em movimento e formam uma mandala (ceccim; ferlA, 2009). nessa modelagem as quatro dimensões descritas trocam de lugar e se interpenetram, formam conexões que partem da análise crítica da formação e se deslocam em movimento ao modo de produzir inovações no cotidiano do trabalho (ferlA et al., 2015).

Adotando a imagem do movimento para refletir sobre a educação, cuidado, gestão e participação na rede assistencial da saúde no SUS, envolvem-se, principalmente, os profissionais da saúde para que possamos superar a imagem clássica do modelo hegemônico de educação, de pensar o "fazer saúde" para uma imagem do círculo, da mandala. Abrimos espaço para as redes, os fluxos, o desenho, a dobra, o movimento (ceccim; ferlA, 2009). Assim, queremos fazer parte da mobilização de reorientação da educação dos profissionais, a qual necessita perpassar pela mudança de pensamentos e de práticas que tenham a capacidade de desenvolver dispositivos dinâmicos e flexíveis para a escuta e o trabalho a partir das realidades, na perspectiva de criar uma rede de cuidado à saúde "para" os usuários, garantindo acesso para o enfrentamento das doenças, cuidado e prolongamento da vida.

Reflexos do percurso metodológico na pesquisa: "vamos cantar, tocar na banda, dançar e ainda animar o público?"[7]

desenvolvemos um ensaio de produção de discursos segundo a teoria de Michel Foucault. Tomamos o cuidado para não definirmos nem pré-estabelecermos critérios no encontro nem na produção dos discursos, apenas deixamos fluir a dinâmica do diálogo, do encontro de subjetividades, da conexão de singularidades e pluralidades durante o percurso do estudo. A esse processo de trabalho (que consiste em parte da análise), rememoramos as reflexões de Feuerwerker (2014) sobre o trabalho, que é complexo e dependente dos sujeitos reais que, produzem e são produzidos concomitantemente. A aproximação só ocorre através da investigação que convoca como investigadores os próprios sujeitos do trabalho.

A análise de discurso, segundo foucault, ensina aos pesquisadores um modo de investigar diferenciado, que "[...] é capaz de descrever quais são as condições de existência de um determinado discurso, enunciado ou conjunto de enunciados." (fiscHer, 2001, p.198) e não o que "está por trás" dos textos e documentos, nem o que "se queria dizer" com aquilo. essa perspectiva norteou os diálogos com os trabalhadores e que iremos perfazer a reflexão, em que o conceito de discurso, dentre as várias definições de Foucault, é um

> [...] bem finito, limitado, desejável, útil que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização; um bem que coloca, por conseguinte, desde sua existência (e não simplesmente em suas aplicações práticas) a questão do poder;

7 A expressão usada no subtítulo se refere a um dos enunciados de uma profissional, ao relatar sobre o seu processo de trabalho, faz uma brincadeira com a música de Benito de Paula "assoviar ou chupar cana", acrescendo o conectivo "e". Em outras palavras, afirmou "Aqui a gente, canta, toca na banda, dança (e bate palma) e ainda tem que animar o público. A gente faz de tudo, temos muito, mas muito trabalho" (Notas do diário de campo).

> um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política (foucAult, 2008, p.137).

Além disso, no livro *Arqueologia do Saber diz*:

> A análise do pensamento é sempre alegórica em relação ao discurso que utiliza. sua questão, infalivelmente, é: o que se dizia no que estava dito? A análise do campo discursivo é orientada de forma inteiramente diferente; trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar. A questão pertinente a uma tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte? (foucAult, 2008, p.30-31).

essa singular existência do discurso se dá em um contexto do mundo do trabalhador do sus, pois somente eles (os trabalhadores) poderão dar voz ao seu mundo em que está imersa sua *práxis* produtiva, os imbricamentos e as conexões que dão cadência e avidez ao alcance do produto de seu trabalho, a saúde. perpassando o processo desse caminho de produção, que seja/tenha a ver com a potência das relações entre sujeitos – trabalhador, gestor, usuário e seus territórios. nesse cenário fomos dialogando e olhando para esses sujeitos enquanto produtores de novas potências do viver, na produção dos

modos de caminhar a vida, de dialogar com o mundo.

foucault (2008) salienta que no conjunto (de discursos) se tenta encontrar, além dos próprios enunciados, a intenção do sujeito falante, sua atividade consciente, ou ainda, o jogo inconsciente que emergiu involuntariamente do que disse ou da quase imperceptível fratura de suas palavras manifestas. ele nos diz que iremos produzir e reconstituir outro discurso, temos o desafio de descobrir a palavra muda, murmurante, inesgotável, que anima o interior da voz que escutamos, de restabelecer o texto miúdo e invisível que percorre o interstício das linhas escritas e, às vezes, as desarruma.

Cenário e itinerário do estudo: região do rio Madeira

A região de saúde do rio madeira é constituída como um espaço geográfico com território contínuo ou com acessibilidade entre si, identificada pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhadas no território, sendo constituída pelos seguintes municípios: Humaitá, borba, novo Aripuanã, Apuí e manicoré (comissão intergestores regional do rio madeira, 2013, p.1). esses municípios têm suas bases financeiras estruturadas na agricultura, principalmente na produção de melancia, banana, farinha e mandioca, além dos repasses constitucionais do fundo de participação dos municípios. A regional é constituída por duas (02) microrregiões: microrregião de Humaitá e a microrregião de manicoré.

cabe ressaltar que a comissão intergestores regional (cir), da região de saúde do rio madeira, foi a última do estado do Amazonas a ser instituída. o regimento interno foi aprovado em reunião no dia 30 de julho de 2013 no auditório da susAm. o município de Humaitá/Am foi o escolhido para sede da regional (comissão intergestores regional do rio madeira, 2013).

A realização da pesquisa de campo se dava inicialmente através do contato com os secretários de saúde e agendávamos o período para os encontros (precisávamos de uma semana em média), planejávamos inclusive com eles, essas datas de acordo com o período político (eleições municipais), de acordo com as formas de transporte, e conforme a disponibilidade dos pesquisadores e dos trabalhadores. o aspecto mais complexo era o do transporte/locomoção, pois a disponibilidade de avião (taxi aéreo) naquele período não era para todos os municípios. nesses casos, o melhor caminho (das águas) era a lancha rápida, que sendo que para o município mais próximo percorremos oito horas sobre os rios negro, Amazonas e madeira (borba/Am).

cabe ressaltar que em nenhum desses municípios podemos acessar via terrestre, sendo que para dois deles não havia lancha rápida, apenas barco que levaria uma semana de viagem. nesse caso, viajamos de avião até outro estado (rondônia), e de lá percorremos de taxi lotação até o primeiro município – Humaitá (em conversa com o secretário sabíamos que de lá havia ônibus para o município vizinho-Apuí). entretanto, como estávamos em período de inverno amazônico – mês de fevereiro, período de muita chuva e cheia dos rios –, e a estrada (rodovia transamazônica, br 230) que liga esses dois municípios (12 horas de viagem) não é pavimentada, sendo que segundo os moradores alguns pontos ficam cobertos pela água, optamos em não percorrer esse itinerário e permanecer mais tempo em Humaitá aprofundando os diálogos, visto que era o município com maior número de profissionais. Assim, dos cinco municípios da região de saúde rio madeira, entraram no estudo apenas quatro: borba, manicoré, novo Aripuanã e Humaitá.

segundo dados cadastrados no sistema de cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 260 profissionais cadastrados que atuam na rede sus até dezembro de 2014. borba com 57 profissionais cadastrados, Humaitá com 88 profissionais,

Manicoré com 63 profissionais, Novo Aripuanã com 28 profissionais e Apuí com 24 profissionais cadastrados[8].

Quem nos fala – os principais Ativadores dos discursos

Nossos ativadores foram os profissionais de saúde do SUS que se dispunham ao diálogo sobre o seu processo de trabalho. os cenários dos encontros foram informais, desde o consultório, sala de espera, dentro do carro (no percurso até a unidade), na praça da cidade, na sombra de uma árvore, atrás da unidade de atendimento. foram momentos de muitas conexões, desdobramentos e, principalmente, de encontros ativadores de discursos implicados em produção de afetações e produção de saúde.

nesse diálogo havia um roteiro pré-estabelecido que foi superado a medida em que os diálogos nos territórios foram sendo concretizados. ele foi apenas um disparador para as *brechas*, pois durante esse processo da "entrevista" as implicações iam surgindo e os "nós críticos" ou as potências da eps surgiam também. é nesse processo que nos detínhamos, que buscávamos aprofundar as cenas relatadas ou até mesmo vivida em ato enquanto os diálogos aconteciam. A ideia do quadrilátero da formação foi ativadora na produção do trabalho, no percurso das viagens, na ressignificação dos nossos discursos. o estudo de caso nos permitiu a liberdade de nos inserirmos no processo, de mergulharmos no cenário da pesquisa e nos implicarmos com ele durante todas as fases do estudo.

desse modo, trabalhamos com as quatro dimensões que se tornaram (para esse estudo) um desenho das categorias (atenção, gestão, participação e ensino). sendo a dimensão da **atenção**, que supera a dimensão da assistência às doenças e se refere às intervenções sobre

8 Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 06. fev. 2015.

a saúde; a dimensão da **gestão**, que se refere às escolhas necessárias e sempre presentes no trabalho em saúde, seja na direção dos serviços ou na organização de práticas; a dimensão da **participação**, relativa à necessidade de escuta e compartilhamento de saberes com o usuário e entre os trabalhadores; a dimensão do **ensino**, relativo às aprendizagens e o modo como se inserem no mundo do trabalho.

entretanto, os quatro vértices estão em constante movimento, pois não é possível fechar ou enquadrar em categorias únicas, rememorando a mandala, bem como o Apuizeiro (suas raízes que extrapolam o cerco de concreto) – essas dimensões descritas trocam de lugar, se conectam entre si –, e essa experiência foi imanente vivida por nós nos barcos, nas lanchas, nas beiras dos rios, perpassando os territórios de taxi-aéreo (o que nos permitia visualizar as peque- nas cidades e sua imensidão territorial de matas e águas). e é nesse deslumbramento no território, nos atos criativos de fazer a saúde no interior do Amazonas, que integramos a ideia do quadrilátero enquanto análise crítica e reflexiva das modelagens de produção de inovações que se traduzem num modo de produção de discursos.

A educação permanente em saúde, sendo uma política públi- ca do sus[9], aposta em práticas educativas que articulem as quatro dimensões: atenção, gestão, participação e formação. Assim como os autores do *Quadrilátero da Educação na Saúde* propõem e defendem: a necessidade de uma formação e desenvolvimento que coloquem em debate os valores utilizados pelos profissionais ao organizar as estratégias de atenção e os critérios do gestor ao regular e financiar o sistema de saúde e a inclusão dos usuários ou dos movimentos sociais organizados quando se quer elevar a escuta às

9 Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde, aprovou a primeira Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), traduzida pelo Ministério da Saúde na Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Visando reunir, gestão e avaliação política, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Posteriormente a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 estabeleceu novas diretrizes e estratégias e se evidenciou a possibilidade de repensar o seu lugar como dispositivo para a construção de ações, práticas e planos, e não simplesmente a oferta de cursos.

necessidades sociais em saúde.

para ceccim (2010), o quadrilátero da formação é uma imagem que fala dos vetores de força em uma educação implicada com a produção social da realidade ou com os compromissos públicos da prática educativa, ele envolve a evidência de correlação das práticas de ensino com as práticas de gestão de sistemas e serviços, com as práticas de participação e engajamento nos movimentos sociais e com as práticas clínicas ou práticas profissionais.

A imagem de leonardo da Vinci expressa o quadrilátero da formação e sua condição de criação e invenção como mandala. trata-se do *Homem Vitruviano* também utilizado nos estudos da proporção, o desenho coloca o homem de braços e pernas abertos - riscando a forma que se obtém entre os braços e pernas abertos, temos um quadrado e por fora do quadrado ele risca um círculo. Assim, um quadrado dentro de um círculo é a forma básica da mandala, o círculo mágico. da Vinci fala, então, sobre a mágica proporção do homem, em que os braços e pernas estendidos do mesmo formam um quadrado, que seria o esquadrinhamento das coisas, e um círculo, que seria a noção de "um todo" que extrapola coisas e esquadrinhamentos (ceccim, 2010). desse modo, no quadrilátero entre formação, gestão, Atenção e participação, a mágica tarefa da educação é a de estabelecer o movimento entre mundo das formas e mundo das invenções, ou seja, o movimento da mandala.

o desenho da mandala tem uma forma visível cheia de formas invisíveis, que surgem de seu movimento de dobrar, desdobrar, dobrar. A dobra e a desdobra são movimentos que dão figuras à realidade, ou seja, o coletivo que somos e a escuta que proporcionamos ao usuário vai desenhando formas à educação e à rede que passamos a constituir. Queremos reafirmar aquilo que o autor vem refletindo sobre o modelo assistencial, as práticas nos programas de saúde, o ensino ou as práticas educativas, os fóruns ou instâncias popula- res que podem ser modificados através de mudança das práticas ou

ainda com o efeito do encontro com os movimentos sociais. essa mudança, através do dobra-desdobra, a imagem do *Quadrilátero*, da mandala, círculos ou redes, para que enxerguemos e pratiquemos a educação no sentido de repensar e inventar processos de educação e pesquisa (ceccim et al., 2014).

nesse sentido, uma das mais instigantes experiências que tivemos (e ainda estamos vivendo no ppsus) é essa inserção nos territórios de fabricação de saúde no sus no interior do estado. trata-se, como já dissemos, de um ensaio em conectar os diálogos e experimentações na perspectiva de produção de novos discursos redes de conversação, problematização do saber e do não saber, imbricação de pluralidades, trocas de afecções, na perspectiva de fortalecer o processo formativo coletivo.

essas experiências metodológicas geraram nossos diálogos em formação, que denominamos como o encontro dos anfíbios voadores[10] quando o Apuizeiro foi disparador para ativarmos nosso ra- dar sensível no encontro do cotidiano da saúde enquanto espaço de aprendizagem – a educação permanente em saúde com o efeito de ser e estar provocando, interpelando e promovendo: um toque, um suspiro, uma afecção, um encontro de produção de mundo sob o efeito da subjetividade do outro e de sua alteridade.

para fiscHer (2001), foucault multiplica o sujeito em que a pergunta "quem fala?" desdobra-se em muitas outras como "qual o status do enunciador?" qual a sua competência, campo de saber, lugar institucional, sua relação com outros indivíduos no espaço ocupado por ele? segundo a autora, assim se destrói a ideia de discurso como

10 Anfíbio Voador é uma figura que tem a capacidade de exercer a função de radar, ou seja, de captar e rastrear tudo o que possibilita a existência desse animal no planeta. O anfíbio é um animal capaz de mover-se e de viver em terra e água. Alguns deles desenvolvem estruturas membranosas que permitem, ao serem impulsionados por saltos, alçar certos voos. Um anfíbio que pode vir a ser voador, habitar o ar sobrevoando, captando registros, sensações, pousando, mergulhando, pairando... A imagem do anfíbio voador tenta resgatar a potência de transitar na água, na terra e no ar, buscando, em alguns momentos, o ar para um olhar distanciado e mais panorâmico; em outro, a terra e a água, explorando assim as várias possibilidades e os vários territórios (EPS EM MOVIMENTO, 2014b).

expressão de algo, tradução de alguma coisa que estaria em outro lugar, talvez em um sujeito, algo que preexiste à própria palavra.

porque é sobre o cotidiano, as práticas de cuidado ou não e a reflexão sobre como elas acontecem que emergem as negociações do projeto, que não é mais da equipe A ou b, mas é coletivo. Assim, uma gestão que reconhece que todos governam faz convites e abre espaços de encontro entre gestores de diferentes lugares da secretaria, de diferentes lugares de poder, entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores de diferentes lugares. nesse sentido, a aposta que os projetos terapêuticos individuais e coletivos também precisam ser produzidos em encontros que vão incluir nesse processo, dependendo do caso e da situação, diferentes atores: trabalhadores, o próprio usuário e sua família. esses são dispositivos de uma gestão que toma a EPS enquanto "produção de conversas e reflexões coletivas sobre o cotidiano" como estratégia de gestão (eps em moVimento, 2014a).

dessa forma, se a educação permanente em saúde – eps é aprender no cotidiano do trabalho, a figura do quadrilátero da formação para a área da saúde, proposta por ceccim e feuerwerker (2004a), é essencial para produzirmos *nosso discurso* a partir dos discursos enunciados (à sombra da árvore, dentro do igaraçú[11], nas estratégias saúde da família, nas enfermarias, entre tantos outros cenários) quando descrevem as quatro dimensões que constituem a aprendizagem na saúde: a atenção, a gestão, a participação comunitária e o ensino.

11 Igaraçú é um barco hospital de um dos Municípios da Região de Saúde Rio Madeira.

A brechada[12] que nos abriu o horizonte: intersecções da pesquisa em nós

"Nenhum aprendizado dispensa a viagem, aprender leva à errância."
(SERRES, 1993).

pontuaremos algumas implicações de nossos aprendizados metodológicos nos territórios das matas, dos pequenos municípios, das estradas, nas águas e no ar, dos igapós, dos banzeiros, da rua, das praças, dos movimentos no cotidiano do trabalho em saúde do sus no interior do Amazonas. quando *Serres* fala que "aprender leva a errância" não tínhamos ideia do que significava até viajarmos para aprender, errar e reaprender.

Sim! Erramos quando achamos que iríamos à região confirmar ou desafirmar uma hipótese, erramos quando pensamos em avaliar uma política de saúde, erramos principalmente quando nos esforçamos para estabelecer um roteiro, pois quando chegamos na região o olhar foi descortinado. e quando achávamos que já tínhamos acertado, a *errância* novamente veio à tona quando tentamos colocar os discursos de nossos atores dentro de quatro categorias, e foi principalmente aí que reaprendemos que todas elas estavam conectadas, imbricadas, interseccionadas e de uma modelagem do Apuizeiro, pois suas raízes formavam uma rede rizomática de conexões de produção de mundo – das unidades de cuidado, da participação, da gestão, do ensino, da vida.

12 Foi uma expressão que aprendemos com dona Josefa, uma hóspede do hotel que ficamos. Pernoitou dois dias, pois precisava fazer exames e receber a aposentadoria, e era moradora de uma comunidade do interior. Contou-nos que é amazonense, cabocla da região, cresceu na beira do rio. Umas das expressões é a brechada, ou seja, olhar pelo orifício de uma fechadura ou entre as frestas de uma casa. E isso só se faz porque tem o interesse pelo que tende a ser olhado, portanto, há a afetação, o desejo, a vontade de conhecer. É um convite a olharmos para o complexo mundo do trabalho do SUS no interior do Estado do Amazonas.

o Apuizeiro, elemento disparador, no banzeiro da educação permanente em saúde nos encharcou com suas potências. A cada ida e vinda dos territórios (no vai e vem do banzeiro que toca e transforma as barrancas dos rios) íamos refletindo, dialogando, construindo conexões com o grupo lAHpsA, com os moradores dos locais, com os trabalhadores e com as crianças na praça onde foram produzidos muitos "encontros". reaprendemos que a nossa eps também estava acontecendo ali, naquele encontro, e que ela é viva em ato, é de fato aprendizagem no cotidiano.

Aventurarmos nessa dinâmica de *aprender a aprender* nos inundou de alegria, produziu sentido em nós. o convívio com as realidades nos fez de fato visualizar a eps no mundo do trabalho, especialmente no nosso. ela é viva em nossa vida! A imagem do caboclo no rio nos reporta a esse processo, de conduzir a canoa, respeitando as curvas do rio (respeitando os processos de ensino-aprendizagem), os banzeiros provocados pela passagem de outros barcos (maiores). A condução da eps no cotidiano é como essa rabeta (imagem 2), pois desvendar essa condição de aprendizes no dia a dia e jogá-la para os telhados (tornar conhecido) é ainda um desafio.

tornar visível a dimensão micropolítica do trabalho em saúde foi uma experiência singular, tendo em vista as diferentes naturezas tecnológicas que compõem as ofertas dos serviços para o cuidado (merHY, 2013b). nelas incluídas/interseccionadas a participa- ção, o ensino formal e cotidiano, a gestão – todas desenvolvidas nas unidades de cuidado em ato –, que dão visibilidade ao movi- mento produzido nestes caminhos (muitas vezes das águas), que não se colocam em linha reta e não são finitos, mas se apresentam em movimento com o vai e vem do banzeiro ou com a dinâmica do *Apuizeiro*, com suas raízes persistentes buscando a seiva, os novos caminhos para não se "enquadrar" na condição que lhe foi colocado.

contagiar-se dessa produção de mundo sobre eps possibilita a inserção de um elemento novo e tipicamente amazônico, nosso

Apuizeiro. não se trata de uma verdade absoluta, muito menos de uma nova verdade sobre experiência metodológica na pesquisa em saúde, mas é sim, para nós um emaranhado de conexões, de verdades locais, talvez até provisórias, mas que apostam nas potências de seus atores. **t**razemos à cena a lembrança de um potente encontro com uma trabalhadora que leu para nós o seguinte poema:

A ESCOLA
Por Paulo Freire

escola é...
o lugar onde se faz amigos
não se trata só de prédios, salas, quadros,
programas, horários, conceitos...
escola é, sobretudo, gente,
gente que trabalha, que estuda,
que se alegra, se conhece, se estima.
o diretor é gente,
o coordenador é gente, o professor é gente,
o aluno é gente.
cada funcionário é gente.
A escola será cada vez melhor
na medida em que cada um
se comporte como colega, amigo, irmão.
nada de "ilha cercada de gente por todos os lados".
nada de conviver com as pessoas e depois descobrir
que não tem amizade a ninguém
nada de ser como o tijolo que forma a parede,
indiferente, frio, só.
importante na escola não é só estudar, não é só
trabalhar,
é também criar laços de amizade,
é criar ambiente de camaradagem,
é conviver, é se "amarrar nela"!
ora, é lógico...
numa escola assim vai ser fácil
estudar, trabalhar, crescer,
fazer amigos, educar-se,
ser feliz.

o poema nos tocou mais do que todos os demais conceitos já conversados sobre processo de trabalho, atos de cuidar, humanização, gestão das redes. A sensação é de que ele retratava o desejo da jovem trabalhadora de "ser gente", de ser anfíbia, rastreadora de novos saberes. Trouxemos conosco o poema, nos identificamos com ele e compartilhamos aqui o sinalizador do trabalho (percurso metodológico) que fez sentido em nós, pois a eps se revela naquilo que não vemos, porque queremos traduzi-la em cursos e capacitações, em metodologias engessadas que engessam seus sujeitos, por isso,

"É fundamental aceitar o novo e correr riscos, mudar."
(FREIRE, 1996)

Referências

comissão intergestores regionAl do rio mAdeirA. regimento interno **para Comissão Intergestores Regional do Madeira – CIR/Rio Madeira/AM.** manaus: cir, 2013. disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/cir/docs/c8/regimento_interno_cir_madeira.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

ceccim, r. b; ferlA, A. A. linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. in: pinHeiro, r.; mattos, r. A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. rio de Janeiro: cepesc, 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, botucatu, v.9, n. 16, p.161-168, 2005.

ceccim, r. b. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. in: lobosque, A. m. (org.). **Caderno Saúde Mental. Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**. belo Horizonte: esp-mg. 2010. v.3.

ceccim, r. b; ferlA, A. A. educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**, rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.443-456, nov. 2008/fev. 2009.

ceccim, r. b; feuerWerKer, l. c. m. o quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

ceccim, r. b; feuerWerKer, l. c. m. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004a.

ceccim, r.b. et.al. círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. fórum sociológico, lisboa, n. 24, 2014. disponível em: <http://sociologico.revues.org/1111?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2015.

eps em moVimento. **Aprendizagem como produção compartilhada de saberes**. 2014a. disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-cenas/aprendizagem-como-producao-compartilhada-de-saberes>. Acesso em: 09 mar. 2015.

eps em moVimento. **Tornando-se anfíbios voadores**. 2014b. disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/tornando-se-anfibios-voadores>. Acesso em: 09 mar. 2015.

ferlA, A. A. et.al. redes vivas de educação e saúde e a integração universidade e sistema local de saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das Redes de Atenção. In: FERLA, A. A. et al. **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. porto Alegre: rede unidA, 2015.

feuerWerKer, l. c. m. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** porto Alegre: rede unidA, 2014.

fiscHer , r. m. b. foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, são paulo, n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

foucAult, m. **A arqueologia do saber/Michel Foucault.** tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. rio de Janeiro: forense universitária, 2008.

freire, p. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28. ed. são paulo: paz e terra, 1996.

giAcomoni, m. p; VArgAs, A. z. foucault, a Arqueologia do saber e a formação discursiva**. Veredas online-Análise do Discurso,** Juíz de fora, v. 14, n. 2**,** p. 119-129, 2010.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu),** botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-17. 2005.

merHY, e. e. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. in: frAnco, t. b.; merHY, e. e. trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. são paulo: Hucitec, 2013b.

merHY, e. e. em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. in: merHY, e. e; frAnco, t. b. (org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. são paulo: Hucitec, 2013a.

rolniK, s. **Cartografia sentimental:** transformações contemporâneas do desejo. porto Alegre: sulina/ufrgs, 2006.

serres, m. **Filosofia Mestiça = Le Tiers Instruit.** rio de Janeiro, nova fronteira, 1993.

scHWeicKArdt, J. c. et al. por uma formação que faz banzeiro e encharca os cotidianos de serviços de saúde. in: scHWeicKArdt, J. c. et al. **Educação Permanente em Saúde e Gestão Regionalizada do SUS: Amazonas**. porto Alegre: rede unida, 2015.

Capítulo 2

O espaço como uma rede viva que constrói sociabilidade e cuidado

Patrícia de Góes Cruz[13]

Sônia Maria Lemos[14]

Maria Inês Gasparetto Higuchi[15]

13 Bolsista, Mestre do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – ILMD/FIOCRUZ.

14 Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.

15 Pesquisadora do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia – INPA.

Capítulo 2

O espaço urbano é formado por inúmeros territórios distintos com suas peculiaridades, cada espaço tem suas características próprias, sua população, cultura e necessidade. Alguns territórios ficam a margem da sociedade, numa exclusão muito mais social do que geográfica. Este trabalho visa mostrar a produção de vida numa área de ocupação irregular na cidade de manaus, pois só através da imersão num determinado território é que podemos compreender como acontecem as redes de conexões existenciais, como é construída as interações e trocas e como surgem as redes de cuidados em saúde nessas áreas muitas vezes esquecida pela sociedade. sair dos limites das instituições de saúde e adentrar num território é essencial para considerar as práticas de saúde fora do modelo biomédico e sim como práticas sociais visando a relação pessoa-ambiente no cuidado em saúde. dessa forma, compreender a produção de vida de uma população num território específico, suas necessidades e as estratégias criadas para sua sobrevivência nos favorecerá para discutir sobre como fortalecer políticas de promoção e integração à saúde.

o espaço urbano parece ser composto de um grande mosai- co, são inúmeros territórios e espaços onde acontece a produção de vida. nesse contexto fragmentado é que ocorrem encontros, rela- ções, interações, entre pessoa-pessoa e pessoa-ambiente, ou seja, é a singularidade do lugar que entrelaçada com a subjetividade de cada ser que por ali habita ou passa que constrói a identidade social desses sujeitos.

para Haesbaert (2006) estudar os diferentes territórios do espaço urbano e a produção de vida que ocorre nesses é essencial para compreender as redes de conexão existentes, pois o território é uma dimensão constitutiva da condição humana. dessa forma, não há como definir pessoa, comunidade e sociedade sem inseri-los em determinado contexto geográfico onde acontecem as relações e trocas

num determinado tempo e espaço.

quando estudamos um determinado espaço compreendemos melhor as conexões, existências e as necessidades de uma população, os riscos aos quais está exposta e as estratégias criadas para sua sobrevivência, bem como as adversidades socioambientais presentes no seu cotidiano. Assim, driblar as barreiras das instituições de saúde e chegar até esses territórios de exclusão social para conhecer como se dá a produção de vida e como funcionam as redes de cuidados que aparecem num determinado tempo e espaço, muitas vezes produzidas pelos próprios moradores dentro desses territórios, torna-se necessário para que possamos pensar em políticas de estratégias de promoção da saúde junto àquela população.

este trabalho é resultado de uma pesquisa realizada numa área de ocupação irregular na cidade de manaus visando compreender a micropolítica dos acontecimentos nesse território, as relações, interações, trocas, os ricos e as estratégias que aparecem como rede de cuidado da população que aparecem aleatoriamente nessas áreas de exclusão social.

Relações e conexões: redes vivas em saúde

na constituição da vida nas cidades é possível perceber o modo como as pessoas circulam, se colocam em movimento e tecem suas redes de existência e estar no mundo. Ao observarmos o espaço e tempo urbano é possível perceber que há lugares, que por passarem ao largo do modo de produção vigente, constituem espaços de exclusão social e reafirmam desigualdades.

nesses lugares a vida é desenhada nos contornos do possível, onde o cuidado é produzido pelos encontros provocados pelas necessidades e demandas próprios das dificuldades de acesso a serviços essenciais em saúde. A dinâmica que se dá no espaço e no tempo desses territórios aponta para existência de redes e entrelaçamentos para a produção da vida e do cuidado entre as pessoas que ali vivem.

As redes acontecem através dos sujeitos nas suas experiências vividas, nas conexões e nos encontros que constituem muitas vezes seu mundo de afecções ou de saúde. entretanto, pode-se dizer que as redes vivas são fragmentárias, ou seja, às vezes são circunstanciais, aparecem e desaparecem, podem emergir em qualquer ponto e às vezes elas se tornam mais estáveis dependendo do espaço e do tempo em que ocorrem (merHY et al., 2014).

dessa forma, é possível perceber, quando olhamos mais detalhadamente para alguns espaços habitados, onde a exclusão social e as desigualdades marcam o modo de viver das pessoas, movimentos de ir e vir por becos e ruas estreitas em busca de acesso a bens e serviços mínimos, na tentativa de delimitar e construir seu lugar de moradia, disputando espaço com a falta de saneamento básico, esgotos a céu aberto, igarapés poluídos e lixo.

esses espaços intersticiais como as ruas, os becos, as vielas são, por esses sujeitos que por ali habitam ou passam, lugares agenciadores, produtores de redes de conexões e encontros da vida. nestes cenários, marcados por tantas peculiaridades as trocas, os compartilhamentos, as disputas por espaço indicam a produção de vida ocorrendo naquele momento e naquele espaço (merHY et al., 2014; fiscHer, 2007).

Há necessidade de um olhar por cima do muro das instituições de saúde para conhecer esses espaços, para conhecer a realidade das pessoas que vivem em meio às adversidades socioambientais e seus modos de produzir vida e cuidado. Algumas instituições como igrejas, escolas, particulares e muitas vezes os próprios moradores cedem o espaço que tem para realizações de atividades culturais, lúdicas e de saúde que favorecem o aparecimento de redes de cuidado nesses espaços "esquecidos".

dessa forma, se torna relevante perceber que além daquelas adversidades encontradas no dia a dia desses moradores encontramos também um conjunto vivo de estratégias, ou seja, outras formas de

criar sentido, de produção de outras redes de cuidado, de outros territórios existenciais e com elas produzir outras e diversas redes de conexões em prol do desenvolvimento do cidadão.

Para Merhy et al. (2014), muitos dos profissionais das instituições de educação, saúde e assistência social têm uma visão fora da realidade da multiplicidade da existência nos diferentes territórios, exatamente por não conhecerem como se dá a produção de vida em *lócus* com toda a carga subjetiva relacionada ao território e ao sujeito que nele habita. ou seja, "[...] ao tomar e tornar seus lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções, restringem-se a pensar em políticas e ações tão focais, que se distraem ou não conseguem ver a produção da vida, ali onde é potente" (merHY et al., 2014, p.159).

dessa maneira, o trabalho das instituições de saúde deve ter um olhar mais voltado para conhecer essas áreas e compreender o funcionamento das redes vivas de cuidado que aparecem e se instalam nesses espaços, pois a atenção deve estar voltada para a produção social da saúde e das populações, o que possibilita esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que se reproduzem os grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença (sAntos; rigotto, 2011). no entanto, os elementos da produção da vida social são tratados como conteúdos desarticulados do território, como se a ele não pertencessem. tomam o espaço como mero depositário de determinadas características e aspectos, esquecem que essas também são constitutivas de identidades e subjetividades de seus habitantes.

desta forma, considerar os sistemas de objetos naturais e construídos, identificar os tipos de ações e como eles são percebidos pelas populações, parece ser um dos desafios nas articulações necessárias da relação pessoa-ambiente no cuidado em saúde. nesse sentido, é importante o reconhecimento de ações que identifiquem os problemas sociais, ambientais e de saúde num determinado tempo e espaço

considerando sua construção e especificidade (SANTOS; RIGOTto, 2011).

Delimitação do território e espaço para compreender as redes de cuidado

conhecer os territórios que compõem o espaço urbano e suas populações é fundamental, pois cada espaço ocupado representa um processo de relações e trocas que estão acontecendo em determinado tempo e espaço, dando características próprias para o lugar de moradia e para os sujeitos que ali habitam (tuAn, 1983). A partir da visão de moreira (2006) e Koga (2003), o território é uma área de abrangência ou limite, sobretudo na cidade, e passa a ter significado vivo a partir das pessoas que se utilizam, da forma que se utilizam e como interagem com ele.

O território é um conceito central da geografia por dizer respeito à espacialidade humana, porém outras áreas tomam esse termo emprestado. enquanto o geógrafo trata da materialidade do território em suas múltiplas dimensões, a ciência política fala de sua construção a partir de relações de poder (na maioria das vezes, ligada à concepção de estado). A economia percebe-o muitas vezes como uma das bases da produção enquanto "força produtiva". A antropologia trabalha a dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais. A sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais. Por fim, a psicologia incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo (HAesbAert, 2006).

Assim, descobrimos que os territórios são mais do que delimitações geográficas, são espaços de produção de vida, constituição e transformação de subjetividade, sendo essa subjetividade marcada pelas relações e trocas sociais e ambientais, pois onde o sujeito se encontra há uma interação com tudo ao seu redor. nesse sentido é necessário compreender o território como algo que ganha sentindo

pelo habitar dos seus moradores se transformando em lugar de moradia. Koga (2003) afirma que a territorialidade se faz pelos "significados e ressignificações" que os sujeitos vão construindo em torno de suas experiências de vida em determinado território.

A partir da imersão num determinado território é que podemos compreender como acontece a produção de vida, como se estabelecem as relações, como se constroem interações e trocas, bem como as dificuldades e necessidades existentes. Fischer (2007) em seus estudos ratifica que toda relação estabelecida e vivenciada com o lugar num espaço se dá a partir de uma experiência social vivida pelos grupos como se organizam, como habitam, como se relacionam uns com os outros, depende de um contexto socioambiental e cultural vivido de forma individual e grupal. nesse sentido, as ruas, os becos, vielas de um determinado território são espaços intersticiais onde acontecem diferentes movimentos e conexões e onde podem ocorrer afecções no encontro com o "outro", são efetivas redes vivas em produção.

olhar o processo micropolítico é perceber os lugares aonde as existências vão além dos muros institucionais, identificar que existem relações nesses espaços sociais que muitas vezes se constituem da noite para o dia através das redes de conexão, ou seja, é necessário se implicar com o cotidiano desses espaços para compreender como funciona a produção viva das redes de cuidados que aparecem nesses espaços (merHY et al., 2014). Assim as conexões e rela- ções existenciais que acontecem nesses espaços como um processo micropolítico podem ser entendidas como um fator relevante a ser estudado, pois a partir dessas conexões é que surgem ou não as redes de cuidados. por isso mesmo a necessidade de estudar o cotidiano da produção de vida nesses espaços mapeando como em cada território vai se fabricando as relações, seus limites, suas possibilidades e as redes vivas que aparecem e reaparecem no cotidiano (feuerWerKer, 2014).

A partir da observação participante num território de ocupação urbana irregular na periferia da cidade de manaus, cheio de peculiaridades e acontecimentos vivenciados cotidianamente pelos sujeitos que ali residem, foi realizada uma pesquisa qualitativa, que teve como objetivo compreender o cotidiano e o contexto espacial no qual as crianças que residem em ocupações irregulares estão inseridas. A pesquisa teve duração de um ano e seis meses. participaram do estudo 20 (vinte) mães que tinham sob sua responsabilidade crianças com idade entre seis e dez anos e que residiam na localidade há pelo menos um ano. As observações ocorreram nas atividades desenvolvidas com 15 crianças (dez meninas e cinco meninos).

inicialmente o procedimento foi a inserção na localidade para formar laços de familiaridade com as pessoas e compreender como as crianças estão engajadas no uso social do espaço. seguiram-se entrevistas semiestruturadas com mães, diário de campo e acompanhamento diário das atividades das crianças. fizeram parte da pesquisa crianças com idade de 06 a 10 anos, filhos e filhas das entrevistadas, tendo em vista que nesse estágio de desenvolvimento as crianças solicitam um tipo de comportamento de uso social do ambiente.

foram convidadas a participar do grupo de encontro de educação ambiental que ocorria aos sábados no quintal cedido por uma moradora residente na localidade. todo sábado, a partir das 14h, eram realizadas as atividades com as crianças. nesse espaço foram realizadas atividades socioeducativas e recreativas utilizando-se diversos temas como saúde, meio ambiente, habitação, cultura, habilidades sociais, entre outros. As atividades foram planejadas como responsabilidade social da pesquisa, mas de alguma forma contribuíram para a constituição de uma rede de cuidado social para com as crianças da localidade.

para trabalhar as informações, optou-se pela técnica de análise de conteúdo de bardin (1977). As etapas realizadas neste estudo foram: leituras flutuantes de todas as entrevistas coletadas e transcri-

tas, para a apropriação pela pesquisadora do teor do material; criação de um banco de informações que continha desde a observação da comunidade e a descrição minuciosa do ambiente e relato das entrevistas. Assim, foi possível estabelecer algumas categorias a serem analisadas: restrição espacial, vulnerabilidade socioambiental, utilização do espaço pela criança e estratégias utilizadas por elas para encontrar espaços de lazer e estratégias de cuidado em saúde que apareciam na localidade.

A localidade em seus aspectos socioambientais

para facilitar compreensão de como funciona a produção de vida esse território, vale destacar que se trata de uma área de ocupação irregular adjacente ao conjunto habitacional ouro Verde na cidade de manaus. A localidade surgiu a partir da ocupação espontânea de uma área de charco constituída de buritizais, palmeira típica dessas áreas. A partir de relatos de moradores, entendeu-se que a ocupação inicial ocorreu, em 1996, por vinte famílias provenientes do maranhão, pará e interior do estado do Amazonas, aspecto característico do processo de emigração devido à falta de oportunidade nas zonas rurais, as pessoas migravam para a cidade em busca de melhores condições de vida.

Apesar da interferência da secretaria municipal de meio Ambiente (semmA), juntamente com a defesa civil para a retirada dos ocupantes do local, a área tornou-se residencial, as famílias tomaram posse demarcando seus territórios e o transformando em seu lugar de moradia mesmo com vários problemas ambientais.

A área é denominada pelas pessoas de fora como “invasão”, já os moradores admitem que possa ser ocupação, mas nunca uma “invasão”, confirmando a análise feita por Higuchi (1999) que descreve o processo de formação espontânea de moradia como um estado temporal e não geográfico. Para esses moradores, invasão não é lugar de moradia, mas um estágio temporal de ocupação inicial,

quando vão aparecendo as casas, uma a uma, deixando de ser caracterizada como invasão para ser um lugar de moradia.

As áreas de lazer se confundem com as áreas privadas do próprio morador ou com as áreas de circulação, entrando em concordância com a análise feita por fisher (s/d), de que essas vias de circulação são áreas intersticiais que se torna de uso público, não só de mobilidade, mas, sobretudo, de interações com vizinhos e lazer para as crianças. Verifica-se então que os becos e as ruas são lugares de micro acontecimentos, seja de passagem ou de encontros (merHY et al., 2014; fiscHer, 2007;).

é no igarapé que corta a localidade e nos inúmeros córregos que é despejado o esgoto de todas as casas e das fábricas localiza- das em seu entorno. A não organização do espaço, a variação do tamanho dos terrenos e residências e a distribuição destas de for- ma irregular, mostram um contexto aglomerado das moradias. este contexto corrobora com o que afirma Fisher (s/d): a falta de espaço físico é ligada às condições psicossociais, afetivo, cognitiva, social, comportamental, na medida em que o ambiente físico tem características não apropriadas ou opostas às necessidades e as expectativas das pessoas.

Ao tomarmos essas características, é possível afirmar que este território está repleto de fatores que contribuem para riscos físicos e psicológicos. As casas à margem de igarapés e córregos fazem com que haja um aumento do número de pessoas expostas aos riscos naturais como alagações, doenças transmitidas por roedores e insetos e doenças respiratórias devido ao odor fétido e dos gases produzidos pela poluição dos igarapés.

As famílias que construíram suas moradias nessa localidade foram aprendendo aos poucos a necessidade de improvisar, de se ajustar ao ambiente e se comportar de acordo com as dificuldades. É no dia-a-dia que elas buscam estratégias para sobreviver às adversidades. dessa forma o dia-a-dia na localidade é produção de vidas, onde os

conflitos vivenciados deixam essas famílias vulneráveis às adversidades ambientais desde um terreno alagadiço, com restrição espacial, rodeado por lixo, até as adversidades sociais, da falta de segurança e inadequação de políticas públicas para responder a suas necessidades.

Morar num pedaço da cidade

As entrevistas foram realizadas com mães que moram há mais de dois anos na localidade, as quais relataram gostar de morar lá apesar das dificuldades encontradas. Para elas fazer parte de um "pedaço da cidade", delimitando seu território através da luta por um espaço, é uma conquista, pois essas famílias oriundas de outras regiões vêm em busca de suprir as necessidades através de estudo, trabalho, lazer e saúde.

para essas mães, um dos benefícios da cidade é a "condição de vida melhor": disponibilidade de atendimento médico, maior acessibilidade à escola, mais oportunidades de trabalho - apesar de não ser fixo e com carteira assinada, não falta obra nos quais os provedores da família trabalhem fazendo bicos como ajudante de pedreiro ou auxiliar de pintor, o que favorece para a renda da família.

No entanto, as dificuldades de se viver numa cidade e estar à mercê de riscos sociais como roubos e assaltos, violência urbana, oferta de drogas, além de outros aspectos relativos ao próprio lugar da cidade em que estão morando como alagação e poluição, não são negligenciadas por essas pessoas. nesses territórios demarca- dos, onde acontece produção de vida, podemos verificar também processos relacionais de exclusão e interdição, onde as pessoas que habitam essas áreas sofrem exclusão social.

muitos moradores, principalmente as mulheres, passam a maior parte do tempo dentro de casa, seja pelo medo de sair ou de deixar a casa sem vigilância. de acordo com cabrita (1988), existem nas cidades territórios que aglomeram geográfica e socialmente núcleos de pobreza e subdesenvolvimento e, com isso, maiores riscos para as

famílias de baixo poder aquisitivo, que enfrentam diariamente todo tipo de dificuldades que podem levá-las a desenvolver problemas no comportamento social, como distanciamento das relações, fobias e desconfiança.

porém, em meio a estas situações de isolamento, surgem as relações de reciprocidade entre os vizinhos, podendo ser tomada em seu sentido positivo e negativo. Abrangem tanto relações de trocas, favores, bens, serviços, quanto de estranhamento devido ao som alto, a disputa por território. é a partir desta perspectiva que se encontram as redes vivas nessas relações de troca, de ajuda ou de conflito no qual estes se sentem integrados, pois vivenciam uma mesma situação de exclusão e vulnerabilidade.

A precariedade ambiental e os riscos são sentidos e vivenciados por todos que ali residem. Reconhecem as dificuldades a que estão expostas no lugar onde moram: "*Não gosto do igarapé, a fedentina é muito forte. Tenho vontade de sair daqui"* (moradora A, 37 anos). percebemos que a falta de infraestrutura, saneamento básico e espaço para o lazer também são fatores que fazem as moradoras pensarem em se mudar: "*igarapé e a lama nos becos, não têm asfalto"; "se fosse urbanizado seria mais fácil para as crianças brincarem", "gostaria de mudar para um lugar onde as crianças tivessem um local para brincar"* (moradora b, 39 anos).

As condições ambientais provocadas pela ocupação irregular, desde o desmatamento acelerado até a poluição dos igarapés e córregos são, ao mesmo tempo, produto e processo de transformação dinâmica e recíproca da natureza e da sociedade estruturada em classes sociais. mas essas transformações sem nenhum "cuidado" com o ambiente prejudicam o bem-estar da população que habita esse lugar (coelHo, 2001). é a partir da apreensão e da compreensão do espaço que é possível entender o ambiente como um todo orgânico, funcional e sua subjetividade. é preciso viver e ver a cidade, como cita merhy et al. (2014), ir além dos muros das instituições para co-

nhecer como se dá a produção de vida nesses territórios, que fogem muitas vezes à nossa compreensão.

para ir além dos muros da instituição teria que haver uma desinstitucionalização, pois esta requer uma relação com o território, seria considerar as práticas de saúde fora do modelo biomédico e sim como práticas sociais e, portanto, políticas de promoção e integração. para lemke e silva (2010, p.284) "[...] uma prática de cuidado só pode ser consequente se for relativa ao sujeito em seu contexto existencial". Assim, esses lugares de exclusão são também lugares de produção de vida onde essas famílias apesar das dificuldades conseguem utilizar de estratégias próprias para lidar com as adversidades. portanto, conhecer e compreender como funciona esse processo micropolítico das redes vivas nesses espaços é também verificar a aproximação entre saúde e doença no dia a dia numa localidade de ocupação irregular (feuerWerKer, 2014; sAntos, 1987).

A criança na busca do espaço e as redes de cuidado

As crianças da localidade estão sempre se reorganizando para poder explorar o território através de suas brincadeiras, tentando delimitar um espaço, porém estas não estão imunes às adversida- des desse território. A necessidade de brincar fala mais alto e as estratégias vão surgindo de acordo com as dificuldades encontradas. o espaço de brincadeira das crianças da localidade, por exemplo, começa dentro de casa e se estende até o beco (espaço intersticial) onde acontecem as relações e trocas com outras crianças, adultos que passam corriqueiramente e com os vizinhos, pois a criança não possui um lugar destinado para suas brincadeiras. esse lugar é reclamado e construído diariamente num fluxo de invenções e negociações territoriais intermináveis.

As formas podem permanecer as mesmas, mas como a sociedade é dinâmica, a mesma paisagem, as mesmas configurações territoriais oferecem no transcurso do cotidiano, espaços para usos

diferentes por um mesmo grupo, ou seja, uma micropolítica inscrita dentro de outra (merHY et al., 2014; fiscHer, 2007). fazer parte de um lugar, de um grupo, se identificar com os aspectos subjetivos do local de habitação é essencial para o desenvolvimento "*biopsicossocial*" da criança, pois para mead (1982) cada criança se acha em um grupo com especificações histórico-sociais concretas: uma época, um lugar, uma classe social, os papéis que ela introjeta e assume no processo de formação da sua individualidade são aqueles que o ambiente lhe oferece.

Verificamos que apesar da restrição espacial existente na localidade, a criança busca remodelar o espaço para adequá-lo às suas atividades lúdicas e necessidades, atribuindo aos locais escolhidos para as brincadeiras como "*seu espaço*", mesmo que para isso tenha que driblar as dificuldades encontradas diariamente. E nesse processo de produção de vida contínua que a criança, através da busca de adaptação, luta pelo seu espaço mesmo que seja apenas ocupado por algum momento, tendo plasticidade, essa criança surge com uma nova estratégia de cuidado (merHY et al., 2014).

Ao buscarem espaços de lazer, não há seleção prévia de segurança. os riscos e perigos fazem parte dessa realidade. A criança pode ter sérios ferimentos e problemas de saúde como consequência dessa suposta negligência. na localidade existe um espaço chamado de "pó", este é o depósito de uma serraria próxima à localidade, onde elas gostam de ir para correr, jogar futebol e soltar papagaio. podemos dizer que este é um lugar de risco, pois a assiduidade é relativa e condicionada a não presença de adolescentes que usam o local para se drogarem. lima (1989) alerta que as crianças pobres, ao morarem em ambientes sem lazer, descobrem espaços correspondentes, nos quais brincam conforme esses espaços permitem.

O perigo é constante, mas a vontade de brincar também. As redes de cuidado visam estabelecer estratégias para que essas crianças não precisem se arriscar buscando outros espaços longe de suas casas e

becos para brincar, criar uma área mínima que seja para que as crianças permaneçam ali em suas atividades é algo pensado por uma das moradoras que cede seu "pedaço de quintal" para essas atividades.

Além disso, essa mesma moradora, juntamente com outro morador da localidade, busca trabalhar danças folclóricas com os adolescentes tentando agir de forma preventiva junto a esses para que não entrem no processo de drogadição. As mães das crianças e adolescentes apoiam essa iniciativa e até contribuem de alguma forma, com lanche e na própria participação para incentivar seus filhos. mas isso não é constante, pois a necessidade de trabalhar para ajudar na renda em casa fala mais alto. Podemos ver claramente a definição de rede de cuidado nessas ações, pois os moradores se juntam numa relação de troca, numa conexão para estabelecer estratégias frente às dificuldades, para trabalhar a cidadania dessas crianças e adolescente tentando impedir que busquem caminhos tortuosos.

O trabalho das redes de cuidados que aparecem na localidade nos mostra a necessidade de sair de um modelo biomédico para trabalhar as práticas sociais em saúde, produzindo regimes de sociabilidade no espaço e num determinado tempo. Atuando de forma preventiva, em prol de algo maior que a singularidade e construção da cidadania do sujeito (lemKe; silVA, 2010).

O espaço público de lazer mais próximo à localidade é uma pequena praça que fica logo após a Escola Municipal Antônio Mauriti. porém, segundo moradores da localidade, os moradores do conjunto ouro Verde não gostam que as pessoas da localidade frequentem a praça. Há uma disputa por espaço envolvendo a diferenciação de classes, ou seja, podemos dizer que há uma interdição do território e dos sujeitos por outros sujeitos (merHY et al., 2014; fiscHer, 2007).

Apesar de todas as dificuldades vivenciadas pelas crianças da localidade, podemos verificar que existem instituições na própria localidade e próximas a esta que favorecem o desenvolvimento de atividades de lazer em determinado tempo e espaço, possibilitando

qualidade de vida para essas crianças e famílias. são as chamadas redes de cuidado que aparecem e reaparecem como uma estratégia de promoção da saúde.

O núcleo de estudos de grupos sociais na Amazônia/ulbrA, o qual já fazia um trabalho com adolescentes da localidade no qual estávamos inseridos, permitiu conseguirmos um espaço no quintal de uma das moradoras da localidade para montar o grupo de educação ambiental com as crianças que faziam parte da pesquisa. todos os sábados durante um ano (2006-2007) foram realizadas atividades lú- dicas voltadas para a educação ambiental com as crianças, entre as atividades estavam: reciclagem de garrafa pet para criar brinquedos, oficina de origamis, bonecos de fantoche trabalhando temas da educa- ção ambiental: lixo, poluição, passeio fora da localidade para conhe- cer o teatro Amazonas, a praça de são sebastião que são referências da cidade de manaus, mas que as crianças não conheciam devido ao acesso e a falta de disponibilidade econômica e de tempo dos pais.

Esse trabalho foi extremamente prazeroso e possibilitou durante um ano e meio ter um espaço de lazer direcionado para essas crianças que lutavam diariamente por um "pedaço do espaço" para desenvolver suas brincadeiras. buscou-se, através das atividades direcionadas, o desenvolvimento cognitivo, emocional e motor das crianças. Assim, podemos dizer que o trabalho de educação ambiental atuou como uma rede viva de cuidado, se preocupando com a construção da identidade social dessas crianças envolvendo todo um processo biopsicossocial.

Merhy et al. (2014) fala de redes vivas de cuidado como sendo fragmentárias ou ainda circunstanciais, que podem emergir em qualquer espaço podendo permanecer ou não nesse espaço dependendo do tempo em que ocorrem, ou seja, surgem por uma necessidade e atuam por determinado tempo amenizando a necessidade daquela população. uma instituição que também abre espaço com inúmeras atividades para as pessoas de baixo poder aquisitivo não só para as

crianças, mas para a família em geral, é o clube do trabalhador -sesi-, que é frequentado por estes quando está aberto ao público, como numa ação social-global onde envolve um grupo de profissionais da saúde e de profissionais liberais para atender aquela população ou ainda abrindo apenas para lazer.

A organização das redes vivas de cuidado se dá pela necessidade da atenção à saúde e ao cuidado social das crianças e suas famílias que habitam esses espaços carentes e excluídos da sociedade. As redes envolvem uma articulação intrasetorial das instituições particulares e não governamentais que conhecem esses espaços e suas especificidades e que, através de estratégias e ações, visam levar a promoção da saúde até esses locais muitas vezes esquecidos (feuerWerKer, 2014).

A preocupação com a cidadania das crianças pode ainda ter outros endereços, que são usualmente preparados pelas escolas ou pelas igrejas locais. muitas crianças frequentam esses lugares por insistência dos pais, outras, pela conveniência das brincadeiras ou alimentação que é servida no local. o cuidado dessas instituições que estão dentro desse espaço favorece a relação de produção de vida e cuidado de crianças e adolescentes que habitam essas áreas. podemos dizer então que as redes vivas de cuidado favorecem tanto a coesão social quanto a construção da identidade social, e ainda reforçam o sentimento de pertencimento ao lugar, assim, quanto à integração social, ao reduzir o isolamento e construir padrões de sociabilidade entre os grupos (mArques, 1999).

As crianças da localidade vão adquirindo maior competência e adaptabilidade para lidar com as inúmeras situações vivenciadas no cotidiano, em como lidar com o espaço social existente. elas se constituem como sujeito que atua e cria a partir de seu potencial de desenvolvimento, elaborando seu próprio conhecimento através da vivência do seu cotidiano e das diversas experiências assimiladas.

mostra também, a construção dos estágios do desenvolvimen-

to, assim como os da noção de tempo que passa por uma série de momentos previamente definidos. De acordo com o local que o sujeito está situado, suas experiências de vida e suas possibilidades de interação, cada um irá construir noções em um tempo diferente. o tempo não se limita a um aspecto objetivo, mas também um signo cultural, que será internalizado pelos sujeitos de acordo com a sua história de desenvolvimento. será a experiência vivenciada por cada criança que a possibilitará internalizar a ideia de passado e presente, reconstruir o tempo vivido, reconhecer o presente e planejar o tempo futuro (piAget, 1998; VYgotsKY, 1989).

Desta forma, se percebe o surgimento das redes vivas de cuidado como um modo de suprir a incapacidade dos governos de darem conta da complexidade dos problemas sociais e de saúde em determinado território e espaço, criando estratégias para atender às demandas da população. Apesar de sua importância, essas redes que surgem nas áreas carentes possuem certas limitações como, por exemplo, garantir e regularizar os direitos sociais.

Considerações Finais

Podemos entender que a cidade enquanto processo funcional e de produção de vida é composta de micro acontecimentos que ocorrem continuamente e vão transformando os espaços e as pessoas que neles habitam. no território e no espaço acontecem os encontros, as relações e interações que as redes vivas permeiam, pois são fragmentárias e em processo contínuo de acontecimentos. daí a necessidade de ir além dos muros das instituições para conhecer e compreender melhor como se dão esses processos de produção de vida nesses territórios que se encontram à margem da sociedade, numa exclusão muito mais social do que geográfica.

As pessoas que habitam essas áreas de ocupação irregular sofrem com a falta das necessidades básicas como saneamento, saúde e espaços de lazer. elas vêm de outras cidades em busca de melhor

qualidade de vida e acabam se deparando com uma exclusão ou interdição social que as deixam vulneráveis diante das dificuldades que encontram no lugar de moradia.

O que percebemos nessa pesquisa é que no decorrer do tempo e das experiências vividas nesse espaço conquistado por luta, essas pessoas vão reinventando estratégias para lidar com as adversidades encontradas no dia a dia, e encontrando outras instituições no próprio espaço que habitam, como escolas e igrejas, que trabalham em prol do cuidado para com as famílias e suas crianças, tentando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Podemos dizer que só através de políticas públicas voltadas para a compreensão dos distintos territórios, saindo de uma macropolítica para uma micropolítica, é que podemos identificar as redes vivas de cuidados que existem nesses espaços, como funcionam e como podem ajudar nas estratégias de promoção e integração à saúde daquela população. Através da subjetividade do espaço e de seus moradores, podemos compreender melhor o surgimento das redes vivas de cuidado que aparecem com objetivos concretos de viabilizar ações e estratégias voltadas para as necessidades básicas como lazer, alimentação e saúde.

Referências

bArdin, l. **Análise de Conteúdo**. lisboa: edições 70, 1977.

cAbritA. A.m.r. o meio e a qualidade do habitat residencial. **Revista da Associação Portuguesa de Psicologia,** lisboa, v.6, n. 3, p. 283-306, 1988.

coelHo, m.c.n. impactos Ambientais em áreas urbanas: teorias, conceitos e métodos de pesquisa**.** in: guerrA, A. J. t.; cunHA, s. b. (org.). **Impactos Ambientais Urbanos no Brasil**. rio de Janeiro: bertrand brasil, 2001.

fiscHer, g. **Psicologia social do ambiente**. lisboa: instituto piaget, 2007.

feuerWerKer, l. c. m. **Micropolítica e saúde***:* produção do cuidado, gestão e formação. coleção micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. porto Alegre: rede unida, 2014.

HAesbAert, r. **O mito da desterritorialização:** do "fim dos territórios" à multiterritorialidade. 2. ed. rio de Janeiro: bertrand brasil, 2006.

HigucHi, m. i. g. H**ouse, Street, Bairro and Mata: Ideas of Place and Space in an Urban Location in Brazil**. 1999. 372p. tese(doutorado em Antropologia social)-brunel university, inglaterra, 1999.

KogA, d. **Medidas de Cidades:** entre territórios de Vida e territórios Vividos. são paulo: cortez, 2003.

limA, m. s. **A cidade e a criança.** são paulo: nobel, 1989.

lemKe, r. A; silVA, r. A. n. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e pesquisa em psicologia,** rio de Janeiro, ano 10, n.1, p. 281-295, 2010.

mArques, e. c. redes sociais e instituições na construção do estado e da sua permeabilidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, são paulo, v. 14, n. 41, 1999.

meAd, g. H. **Espiritu, persona y sociedade:** desde el punto de vista del conductismo social. buenos Aires: paidó, 1982.

merHY, e. e. et al. redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate,** rio de Janeiro, n.52, p. 153-164, 2014.

moreirA, r. o espaço e o contra espaço: as dimensões territoriais da sociedade civil e do estado, do privado e do público na ordem espacial burguesa. in: sAntos, m. et al. **Território, territórios:** ensaios sobre o ordenamento territorial. 2. ed. rio de Janeiro: dp&A, 2006.

piAget, J. **A psicologia da criança.** rio de Janeiro: bertrand brasil, 1998.

sAntos, A. l.; rigotto, r. m. território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

tuAn, Y. **Espaço e Lugar:** a perspectiva da experiência. são paulo: difel, 1983.

VYgotsKY, l.s. **A formação social da mente.** são paulo: martins fontes, 1989.

Capítulo 3

Integração ensino-serviço como estratégia organizadora dos processos formativos da saúde na Amazônia

Júlio César Schweickardt[16]

Rodrigo Tobias de Sousa Lima[17]

Cláudio de Oliveira Peixoto[18]

Anízia Aguiar Neta[19]

16 Pesquisador-líder do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazonas.

17 Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazonas.

18 Servidor do Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazonas.

19 Servidora do Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazonas

Capítulo 3

A gestão da saúde na Amazônia apresenta desafios cujas dimensões são determinadas pelas especificidades regionais. A dificuldade de acesso, devido tanto à extensão territorial quanto à precariedade dos meios de transporte e comunicação, soma-se à carência de profissionais e trabalhadores da saúde. Apesar disso, a Região Amazônica coloca-nos diante da necessidade de criação e da inventividade, produzindo inovação nos formatos de construção de projetos pedagógicos em saúde pública nesse contexto tão específico. Nesse sentido, o objetivo desse texto é destacar as oportunidades e as possibilidades que um processo formativo disponibiliza para a criação e a transformação dos locais de trabalho e da gestão no estado do Amazonas por meio da qualificação de gestores do Sistema Único de saúde.

O Amazonas é o maior estado do brasil, com 1.570.745,680 km², aproximadamente 18% do território nacional. possui 62 municípios e uma população de 3.483.985 habitantes (ibge, 2010), sendo que mais da metade dessa população (52%) reside na capital, manaus. As dimensões continentais do estado e a grande dispersão das populações em áreas de difícil acesso e comunicação configuram múltiplos cenários peculiares, gerando desafios para a operação das políticas de saúde. estes aspectos, somados à existência de uma população indígena numericamente expressiva, indicam a necessidade de adoção de políticas de saúde diferenciadas e adequadas à realidade.

A gestão da política da saúde no Amazonas está organizada da seguinte forma: 01 macrorregional; 09 regionais e 18 microrregionais. esta organização levou em conta as possibilidades de acesso e as similaridades das peculiaridades dos municípios, conforme pactuado na cib/Am através da resolução nº. 059/2011.

A formação de gestores para operar um sistema de saúde des-

centralizado e regionalizado no Amazonas é uma das prioridades para o processo de implantação da regionalização no estado, pois representa a possibilidade de se desenvolver uma gestão mais adequada às necessidades desse "território vivo". porém, isto se torna mais viável quando aproximamos as necessidades de trabalho e da gestão da política nacional de educação permanente em saúde - pneps. de acordo com a portaria gm/ms nº 1996/2007 (brAsil. ministério da saúde, 2007), a educação permanente "[...]é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais".

De acordo com a pneps, as demandas da formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS devem ser definidos a partir da identificação dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho (brAsil. ministério da saúde, 2004). partindo dessa concepção, o instituto de pesquisa leônidas e maria deane da fundação oswaldo cruz (ilmd/fiocruz Amazônia) realizou no estado do Amazonas, entre os anos de 2010 e 2012, o curso de especialização em saúde pública para gestores do sus. Apresentamos neste texto essa experiência, que levantou a possibilidade de problematizar e refletir sobre a formação dos gestores de saúde da região, bem como permitiu discutir como a integração ensino-serviço se constitui numa estratégia organizadora das ações educativas da saúde.

Fiocruz Amazônia: formação e qualificação para o SUS na região norte

A Fiocruz Amazônia, como ficou conhecida desde sua fundação, se instalou em manaus em 1994 como uma unidade regional Técnico-Científica da Fundação Oswaldo Cruz. A Unidade recebeu o nome de instituto leônidas e maria deane (ilmd), sendo o pri-

meiro centro de pesquisa da fundação oswaldo cruz a se estabelecer na região Amazônica. A instituição tem como um dos objetivos institucionais estratégicos viabilizar a formação e a qualificação de profissionais para atender à crescente demanda de saúde na Região norte do brasil. desde sua criação, o ilmd vem fazendo um investimento significativo na formação dos profissionais da saúde pública na região norte. A formação se deu principalmente em nível *lato sensu*, investindo fortemente em cursos de Especialização, Qualificação e Atualização.

Além dos diversos cursos realizados no nível *lato sensu*, a fiocruz realizou também, no período de 2005 a 2014, ações de formação no nível *stricto sensu*. A primeira iniciativa foi a oferta, em duas edições, do curso de doutorado em saúde pública, em consórcio com cinco programas da fiocruz, que são: 1) programa de pós-graduação em saúde pública; 2) programa de pós-graduação em epidemiologia em saúde pública; 3) programa de pós-graduação em saúde pública e meio Ambiente, estes três pertencentes à escola nacional de saúde pública – ensp (fiocruz-rJ), 4) o programa de pós-graduação em saúde pública, do centro de pesquisas Aggeu magalhães (fiocruz-pe, e; 5) programa saúde da criança e da mulher, do instituto fernandes figueira – iff (fiocruz-rJ). A primeira turma (2005-2010) formou onze doutores com recursos da própria fiocruz Amazônia. A segunda turma (2011-2015), com catorze alunos, teve nove alunos que defenderam e dois em fase de conclusão. Essa edição recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Amazonas (fapeam).

A outra iniciativa de formação no nível de *stricto sensu* se deu através da participação do ilmd no programa de pós-graduação em saúde, sociedade e endemias na Amazônia (ppgsseA), juntamente com universidade federal do Amazonas (ufAm) e universidade federal do pará (ufpA). o programa, com oferta de curso de mestrado acadêmico, no período de 2005 a 2015, teve 197 alunos

matriculados, com 165 que defenderam a dissertação, sendo que a sede de manaus teve 113 matriculados e 88 egressos, e a sede de belém teve 84 matriculados e 77 egressos. dos matriculados em 2014, restam 14 alunos para defender em 2016.

O programa de pós-graduação denominado "condições de Vida e situações de saúde na Amazônia", na área de saúde coletiva, é a mais recente iniciativa da Fiocruz para a formação dos profissionais da saúde na Amazônia. o programa iniciou com a primeira turma em setembro de 2015, com 25 alunos matriculados. Além dessas ini- ciativas, a fiocruz continua expandindo suas parcerias para respon- der à grande demanda na formação de profissionais da saúde pública no nível *lato sensu*. A instituição ofereceu, desde sua instalação no Amazonas, cursos de especialização nas seguintes áreas: Vigilân- cia sanitária, saúde pública para os gestores do sus, saúde Am- biental, educação permanente em gestão regionalizada do sistema único de saúde no Amazonas, gestão do trabalho e da educação na Saúde, Jornalismo e Divulgação Científica na Amazônia, Histó- ria da saúde na Amazônia, ecologia das doenças transmissíveis, saúde mental e planejamento e orçamento público em saúde. no nível técnico, o curso técnico de Agentes comunitários indígenas de saúde, ofertado para a região do Alto rio negro em parceria com a escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio – fiocruz, formou 150 agentes comunitários indígenas em 2015.

As demandas por formação identificadas tanto pelo Ministé- rio da saúde quanto pela secretaria estadual de saúde foram sendo assumidas pela fiocruz à medida de sua capacidade institucional. o interesse da gestão consistia em ampliar, qualitativa e quantitativamente, a capacidade da força de trabalho da saúde, procurando propor ações alinhadas com a política nacional de educação permanente em saúde (pneps).

Os esforços para atribuir qualidade à educação em saúde na região Amazônica se dão no sentido de minimizar o distanciamen-

to histórico entre o modelo de formação profissional adotado pelas instituições formadoras e as reais necessidades dos trabalhadores e usuários do serviço público de saúde. sobre isto, ceccim e ferla (2009, p.449) afirmam:

Faz-se necessário [...] que os educadores assumam posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas; lutem por um desenho orientado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura, singular em cada caso ou realidade.

A concepção da política de Atenção básica em saúde como organizadora das práticas individuais e coletivas do sistema único de saúde (sus) representa a garantia da integralidade em suas dimensões básicas de abrangência e de coordenação (trAJmAn et al., 2009). A exigência de profissionais qualificados para fazer tanto a gestão do sistema como a organização dos serviços se constitui em desafio para as instituições de ensino. Nesse processo, há um entendimento que as instituições de ensino superior devem considerar as necessidades do sus e da Atenção básica em saúde não apenas um campo de práticas, mas também um corpo de conhecimentos que exige abordagens pedagógicas inteiramente novas (trAJmAn et al., 2009). segundo ceccim e ferla (2005), a integração ensino-serviço representa uma maneira de ampliar a compreensão a respeito das necessidades de saúde dos usuários do serviço público no cenário atual brasileiro. é necessário fortalecer a integração ensino-serviço, aceitando o desafio de criar, recriar, propor e modernizar tecnologias educacionais capazes de atender as necessidades do setor saúde.

No que diz respeito ao campo da Gestão da Atenção, as dificuldades e as fragilidades dos processos formativos são igualmente importantes. uma alternativa que se estabeleceu como viável para a formação dos profissionais da saúde na Amazônia foi o desenvolvi-

mento de processos formativos, desenhados com base nas necessidades de conhecimento específicas da região.

A fiocruz foi convidada pelo ministério da saúde, em 2010, para apresentar uma proposta de formação voltada para gestores da saúde, em nível *lato sensu*, tendo como princípio o desenvolvimento educativo no próprio trabalho. o curso se orientou pela política de educação permanente em saúde:

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o sistema único de saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional e mesmo municipal, deve considerar o conceito de educação permanente em saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (brAsil. ministério da saúde, 2009, p. 20).

Desse modo, foi desenvolvido o curso de especialização em saúde pública para gestores do sus no Amazonas, sob a exigência de uma postura que rompia com a ideia de "formar recursos humanos" na perspectiva de cursos e treinamentos para aperfeiçoar a formação. o curso foi construído sob a premissa da formação de gestores de saúde que estão em funções de gestão, considerando que todos os profissionais de saúde que transitam na gestão da saúde no estado exercem cargos de gestão direta (como secretários municipais) e indireta (como coordenadores da atenção básica, dos programas de saúde, diretores de hospitais). o cenário exigia que as ações dessa formação estivessem orientadas para o contexto dos gestores e profissionais de saúde, de forma a buscar formas de fazer saúde no território amazônico.

A construção do processo formativo em diálogo com a gestão da saúde

A partir do compromisso de formar os gestores da região, o desafio que se estabelecia era, na verdade, formar estes gestores para atuar numa região claramente diversa do restante do país e de maneira a contemplar a política de educação da saúde brasileira.

O curso de especialização em saúde pública para gestores do sus, analisado mais detalhadamente neste texto, resultou de uma negociação com a secretaria de estado da saúde (susAm) e com o conselho de secretários municipais de saúde do Amazonas (cosems/AM), e obteve financiamento do Ministério da Saúde. A Fiocruz Amazônia atuou em parceria com docentes da universidade do estado do Amazonas (ueA), universidade federal do Amazo- nas (UFAM), profissionais do Serviço de Saúde e alguns docentes convidados especialmente pela expertise que possuem em determinadas áreas do conhecimento, como, por exemplo, planejamento e financiamento em saúde. o curso foi submetido à aprovação da comissão intergestores bipartite (cib), que o aprovou sob a condição de que a oferta fosse direcionada exclusivamente para gestores do interior do Amazonas.

O diálogo entre essas instâncias e instituições decidiu que o edital de seleção seria direcionado para as nove regionais de saúde do Amazonas. esta decisão foi importante, pois possibilitou realizar uma formação conectada com o contexto de trabalho dos profissionais. no entanto, somente conseguimos formar quatro turmas, agregando diferentes regiões. As turmas formam formadas na região do baixo rio Amazonas – parintins; região do rio negro e rio solimões – manacapuru, região do triângulo – tefé e região do entorno de manaus e Alto rio negro – manaus. As aulas iniciaram no primeiro mês na turma de parintins, no segundo mês na turma de tefé, no terceiro mês na turma de manacapuru e por último na turma de manaus, e seguiu de modo simultâneo em todas as regiões.

Imagem 1 - Mapa das Regiões de Saúde do Amazonas

O objetivo do curso foi formar gestores de saúde na lógica do enfretamento dos problemas sanitários de cada loco-região e qualificar os gestores para a intervenção nessas realidades. A proposta, específica para este curso, consistia em realizar uma formação que dialogasse com a realidade da Amazônia, buscando refletir sobre a gestão em um território com características específicas e únicas.

O projeto do curso estabeleceu como objetivos específicos: subsidiar a qualificação e a capacitação dos gestores do SUS e das equipes gestoras no que se refere à organização das ações e dos serviços de saúde no estado do Amazonas; contribuir para a constituição e o fortalecimento das equipes gestoras no âmbito da regionalização da saúde; refletir sobre os problemas cotidianos da gestão em nível regional, com vista à identificação de alternativas resolutivas,

e; contribuir com a formulação de soluções inovadoras a partir do processo de educação permanente, tendo como base as experiências locais.

O curso foi, de certa maneira, resultante da experiência vivenciada durante o Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do sus (cnqgs), realizado no Amazonas em duas edições (2009 e 2011) e coordenado, no nível nacional, pela escola nacional de saúde pública (ensp). o cnqgs utilizou a metodologia de educação a distância (ead), com a participação de tutoria a distância através da plataforma *Moodle*, inserido na modalidade Aperfeiçoamento, o que possibilitou a inclusão de profissionais de nível médio, considerando que boa parte dos alunos-gestores ainda não possuía formação em nível superior.

No Amazonas, o cnqgs foi executado pela fiocruz Amazônia e no nível nacional pela rede de escolas de saúde pública. o desen- volvimento deste curso possibilitou uma aproximação entre as ins- tituições de formação e os serviços de saúde no estado, alcançando a tão desejada e estratégica integração ensino-serviço, experiência que contribuiu, do ponto de vista pedagógico e metodológico, para a realização do curso de saúde pública para gestores do sus.

A leitura do lugar na ótica da formação-intervenção

A leitura do lugar está baseada na ideia de vivenciar o ambiente para refletir sobre sua realidade e pensar em possibilidades de intervenção no mesmo. trata-se de pôr em prática o que os estudiosos (ceccim, 2005; ceccim; feuerWerKer, 2004) têm trazido para o debate sobre a formação da saúde, que é a ideia de ver o espaço de trabalho como o lugar de problematização da realidade. os atos produzidos no cotidiano do trabalho representam a realidade e é nesse lugar que as relações concretas se estabelecem e criam os espaços coletivos, fazendo do cotidiano uma oportunidade de práticas baseadas na educação permanente.

A compreensão de que a educação permanente consiste numa política de educação da saúde que prioriza o educar para a cidadania a partir da relação com as práticas do trabalho, reconhece que os cenários em que os processos educativos acontecem possuem potência para demandar do processo formativo as necessidades de saúde dos territórios de vida (ceccim, 2010).

O ensino-aprendizagem da saúde pautado na educação permanente significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (ceccim, 2005). enquanto política de educação que é, a educação permanente em saúde busca ampliar o conhecimento sobre estratégias pedagógicas inovadoras e sobre como trabalhar na perspectiva da interação multiprofissional, articulando saberes e metodologias que se distanciam cada vez mais da educação tradicional. A concepção de que um é o que ensina e outro é o que aprende não tem lugar nos processos educativos da saúde. A "pedagogia freireana", por sua vez, ganha espaço nesta proposta, considerando sua ideia de promover um diálogo libertador entre educador e educando e de que sempre será possível – e necessário – aprender a aprender.

A leitura do lugar tem, portanto, forte relação com a ideia do aprender a aprender, pois representa a oportunidade de experimentar essa maneira inovadora de educar: perceber o ambiente e, a par- tir dessa percepção qualificada, agir de maneira a trazer inovação, com a possibilidade real de alcançar o alvo das necessidades dos usuários do SUS. O olhar dos educadores, atentos às especificidades locorregionais, realiza a leitura do lugar para a partir dela, agindo em favor da formação dos estudantes e profissionais. Ao dar vida às propostas educativas que tenham como ambiente de aprendizagem a própria comunidade, cria-se a possibilidade de reunir no espaço da formação, movimentos sociais, associações docentes, estudantes,

conselho de saúde e todos os atores interessados no debate sobre as necessidades de saúde da população. são esses os atores que estão implicados e envolvidos nos contextos locais e podem, para além de ler e interpretar, também fazer as intervenções necessárias.

Um dos maiores desafios enfrentados pela Política Nacional de educação permanente em saúde consiste na mudança de mentalidade dos educadores e gestores sobre as ideias usuais de capacitação e treinamento. Este desafio tem se tornado relevante ao longo do tempo, considerando que houve um momento em que formar profissionais para o trabalho na área da saúde resumia-se a oferecer cursos pensados a partir da lógica da capacitação e atualização de recursos humanos. A ideia de capacitar está associada ao treinamento de habilidades para atender a um currículo estabelecido com base em um conceito de saúde. A educação permanente ao possibilitar a leitu- ra do lugar, oferece subsídios para uma nova compreensão sobre a educação da saúde, sendo ilimitadas as possibilidades de inventar e disseminar tecnologias educacionais no setor (ferlA et al., 2009).

Na verdade, nem toda formação significa uma ação de qualificação em Educação Permanente em Saúde. Embora toda qualificação vise a melhoria do desempenho do trabalhador, nem todas as ações educativas alcançam uma substantiva mudança institucional, a qual consiste em orientação essencial nos processos de educação permanente (brAsil. ministério da saúde, 2007; 2004). percebemos, assim, que a educação permanente envolve aspectos mais abrangentes do que simplesmente um estímulo cognitivo ao trabalhador, pois ela procura extrapolar os valores da educação tradicional a partir da problematização das práticas de trabalho, com vistas a produzir a mudança necessária nos processos relacionados à formação dos profissionais do serviço.

A experiência de qualificação dos gestores no nível *lato sensu* realizada pela fiocruz no estado do Amazonas revelou que a educação permanente acontece a partir dos saberes produzidos no trabalho

e das relações de trabalho estabelecidas entre os diferentes profissionais do serviço, em interação com os usuários, o controle social e a gestão. A formação é entendida por esses atores como sendo um processo de qualificação que visa a transformação dos processos de trabalho e da gestão. o desenvolvimento de habilidades pessoais não se encerra no indivíduo, mas busca formar para sua interação com o sistema como um todo. A formação trata, portanto, da auto- nomia e da cidadania das pessoas, comprometendo-as com a noção de uma saúde coletiva e integral do ser humano.

Aluno-equipe: arranjo metodológico-estratégico da educação permanente em Saúde

A metodologia do aluno-equipe representou um arranjo inovador. não apenas na inusitada forma de expressá-la, mas especialmente naquilo em que ela consiste. quando falamos do aluno-equipe nos referimos especificamente à união do aluno-gestor, matriculado regularmente no curso de especialização, com a sua equipe de trabalho. o aluno-equipe refere-se não somente ao próprio aluno, mas também à sua equipe de trabalho. portanto, o aluno-gestor deixa de ser, ele sozinho, aluno do curso de especialização. Ao juntar-se à sua equipe de trabalho, procura intervir sobre a realidade do serviço de saúde em que atua em conjunto de sua equipe. outra concepção de aluno-equipe é o valor dado ao aluno-gestor que exerce papel fundamental nos processos político-decisórios da gestão e o entendimento que este aluno tem valor estratégico de atuar junto às políticas de saúde do município. sendo assim, o aluno-equipe atua coletivamente com sua equipe e traz consigo o sentido de um agente modificador da realidade por meio da interferência das políticas de saúde pelo aluno-gestor.

A ideia do aluno-equipe foi pensada com o objetivo de dar ao lugar da formação o status de lugar privilegiado onde acontecem as trocas de conhecimentos essenciais ao trabalho em equipe, eviden-

ciando a importância do envolvimento com o outro, do fazer coletivamente. esta estratégia estabeleceu-se a partir da percepção de que não é possível fazer saúde de maneira individualizada, embora ainda se identifiquem resistências entre alguns profissionais, cujo processo histórico mostra a supervalorização de algumas profissões em detrimento de outras.

Considerando a inovação criada a partir dessa estratégia metodológica, fica claro que a formação não contemplou o gestor enquan- to indivíduo, mas como parte integrante de um ambiente de trabalho estruturado institucionalmente e organizado em equipes. logo, o público alvo dessa formação não foi o aluno gestor isoladamente, mas este aluno como componente de uma equipe gestora, entendida como um coletivo composto de diferentes sujeitos. procurou con- templar a inserção do aluno-equipe nos mais diversos níveis e áreas do sus, entendendo que essa equipe tem, sob sua responsabilidade, a gestão do território (sAntos et al., 2011). A compreensão deste aspecto orientou tanto a definição do perfil do aluno, quanto o dese- nho da proposta pedagógica do curso.

A partir da definição da metodologia do aluno-equipe foi possível prosseguir com o processo formativo. cada equipe foi composta por 2 a 5 membros pertencentes à toda equipe dos profissionais do trabalho, inclusive os agentes comunitários de saúde (Acs). coube ao aluno-gestor problematizar as atividades do curso e o conteúdo teórico-metodológico, juntamente com sua equipe, com vistas a realizar intervenções efetivas no contexto de cada realidade. A equipe definiu as estratégias de trabalho e organizou a realização das atividades. o acompanhamento e a avaliação dos membros da equipe ficaram sob a responsabilidade de cada aluno-gestor.

O desafio do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que consistia na elaboração de um projeto de intervenção exequível, foi abraçado pelas equipes, procurando entendê-lo não como algo especialmente difícil ou um entrave ao processo formativo. A meto-

dologia propôs que cada aluno-gestor discutisse com a sua equipe a problemática que iria ser abordada para uma intervenção, com o objetivo de produzir mudança. durante esse processo, algumas equipes extrapolaram o esperado e fizeram um movimento no sentido de ampliar a discussão sobre os temas propostos, relacionando-os às diferentes situações surgidas no cotidiano do trabalho. A discussão se deu inclusive no sentido de refletir, a partir do material pedagógico, sobre a complexidade dos conceitos e saberes acessados e aplicados no decorrer do curso. Além disto, a metodologia possibilitou a abordagem transversal dos conteúdos durante todo o curso. isto tornou possível garantir que o aluno-gestor sempre tivesse atividades de campo relacionadas à discussão dos problemas em seu contexto de trabalho, valorizando a metodologia do aluno-equipe. os docentes acompanharam as atividades de campo e participaram do processo de orientação do trabalho de conclusão do curso.

o projeto de intervenção no território amazônico

A ideia de estabelecer o projeto de intervenção como o trabalho de conclusão do curso visava contribuir com a mudança qualitativa e com o aperfeiçoamento da gestão da saúde nos municípios. o projeto, como uma ação futura exequível, foi construído coletivamente, tendo como prioritária a implementação de uma política de gestão estratégica, que contemplava as necessidades de saúde da região.

O tcc foi realizado individualmente, em conformidade com a resolução cne/cse 1/2007. entretanto, a expectativa era de que o tcc tivesse a capacidade de contemplar a realidade da saúde do município e/ou do estado. embora muitos cursos direcionados à capacitação dos profissionais da saúde já estejam adotando o projeto de intervenção como requisito para a sua conclusão, este curso trouxe uma inovação que foi a de atribuir ao tcc o status de componente estratégico do processo educativo capaz de suscitar, durante-intervenção, sua construção, atitudes, posturas e fazeres coletivos. As-

sim, seria possível alcançar os objetivos construídos coletivamente, o que deveria resultar na formação qualificada dos gestores envolvidos. Ao utilizarmos a metodologia do aluno-equipe, disseminamos capacidade de realização de procedimentos focados na realidade local, além de suscitar a participação e o envolvimento dos sujeitos nos problemas de gestão encontrados em cada área, contexto, ambiente. Ao atribuir a responsabilidade do tcc ao aluno-equipe, possibilitamos aos envolvidos a identificação dos problemas, a reflexão sobre os encaminhamentos e o fazer coletivamente. e mesmo que a apresentação final do TCC tenha sido individual, o aprendizado foi coletivo, tendo alcance extensivo a toda a região de saúde.

O processo avaliativo realizado durante todo o processo pedagógico mostra que essa construção representou, de acordo com nossa compreensão e a dos alunos-gestores, um processo educativo que demandou acessar e realizar pesquisas bibliográficas, inclusive em bibliotecas virtuais, além de exigir reflexão crítica sobre a produção científica, através da leitura de artigos científicos e textos técnicos disponíveis. isto foi parte do caminho trilhado durante toda a formação do curso de especialização em saúde pública para gestores do SUS, que se intensificou durante a construção do projeto de intervenção, considerando que toda intervenção se constitui em uma ação política, que busca a transformação de uma realidade-problema (pAssos; KAstrup; escóssiA, 2010).

A participação dos docentes no curso buscou em todo o processo pautar-se pela proposta de educar pela pesquisa (demo, 2006). A ideia era possibilitar aos docentes o envolvimento na construção do tcc ao longo do curso, como forma de promover o debate so- bre diferentes temas, estratégia que visava subsidiar os alunos, oferecendo-lhe um leque de possibilidades para a realização do tcc. Isto se fez a partir da realização de oficinas, as quais serviram para ampliar as possibilidades de intervenção. ou seja, foram realizados momentos de ação-reflexão para abordar, com maior propriedade, a

problematização da realidade do aluno-gestor.

Um dos grandes desafios do curso foi o seu acompanhamento pedagógico, pois isto consistia em estabelecer mecanismos que pudessem definir como se daria o retorno do aluno ao momento presencial, após o cumprimento das atividades em sua região e seu local de atuação. Assim, decidimos que a equipe responsável pela elaboração do curso realizaria momentos de avaliação *in loco* com a finalidade específica de acompanhar o processo ensino-aprendizagem e realizar os ajustes necessários ao alcance dos objetivos propostos. um importante momento desse processo de avaliação foi o da Oficina de orientação do tcc, quando se processou a orientação do projeto de intervenção, identificando-se os problemas e a indicação de soluções. Neste ponto, foi possível definir quais projetos de intervenção seriam formalmente propostos.

Embora o processo de formação dos gestores apresente dificuldades que variam de acordo com a realidade de cada locorregião, é possível afirmar que o curso presencial contribuiu com a inclusão dos profissionais da gestão e com o enfrentamento das iniquidades sociais e desigualdades regionais. para essa modalidade de educação, o conhecimento é produção coletiva e ativa dos sujeitos envolvidos, a educação é prática social e a aprendizagem é a construção do diálogo entre significados produzidos pelos sujeitos na apreensão crítica de suas realidades histórico-sociais. portanto, entendemos que os alunos-gestores, representantes dos diferentes contextos, foram contemplados em suas necessidades de formação, considerando que foram selecionados de acordo com as necessidades locorregionais do estado do Amazonas, sendo uma condição estarem desempenhando funções gestoras em um mesmo território, em áreas de prática do sistema.

Os temas dos projetos de intervenção contemplaram diversas áreas da saúde pública: gestão em saúde; vigilância em saúde; atenção básica; promoção da saúde; educação em saúde; planejamento

e orçamento em saúde; informação e comunicação em saúde; saúde na escola; saúde indígena; saúde da mulher e do adolescente; saúde mental; saúde do trabalhador. A apresentação final do projeto de intervenção foi realizada no formato de *banner* perante uma comissão de avaliadores composta por convidados externos à instituição, professores/orientadores do curso e coordenação.

A experiência realizada pela fiocruz nesse curso estabeleceu- se pela ideia da formação pelo e no trabalho, aceitando o desafio de criar as condições para uma educação da saúde que estivesse conectada com as necessidades de qualificação dos profissionais, bem como das necessidades de saúde dos usuários dos serviços. A política nacional de educação permanente em saúde possibilitou dar aos diferentes atores envolvidos na educação da saúde o necessário conhecimento e a necessária compreensão sobre o sistema único de saúde, pois consideramos que o sus é um espaço privilegiado da educação da saúde, mas ainda se faz necessário superar o distanciamento entre o sistema e a realidade da gestão municipal. isto fica evidente quando se percebe, inclusive a partir dos projetos de intervenção, que a estrutura de gestão do trabalho ainda funciona sob a lógica da administração de recursos humanos, sob a lógica de capacitar "mão de obra" e com relações de trabalho precariamente definidas.

O curso alcançou os gestores do sus em suas necessidades mais imediatas, que foi a formação qualificada para a tomada de decisão e com capacidade para gerenciar os problemas e os desafios da saúde pública na região Amazônica. outro resultado positivo do curso está relacionado à docência: alguns alunos egressos do curso foram selecionados para atuar como facilitadores/docentes do cur- so de graduação em saúde coletiva da universidade do estado do Amazonas (ueA), que criou turmas em 19 *campi* do interior do estado.

Para continuar a conversa...

A experiência do curso de especialização em saúde pública para gestores sus no Amazonas trouxe algumas contribuições importantes para a reflexão tanto sobre o processo de formação da saúde, como para a gestão em saúde na região. A primeira delas diz respeito à iniciativa de realizar um curso direcionado exclusivamente para gestores de saúde do interior do estado. esta decisão foi importante porque os profissionais se sentiram valorizados e motivados a realizar uma formação próxima de seu local de trabalho, mesmo que nem sempre o deslocamento no interior de uma microrregião seja fácil, considerando a precariedade dos meios de transporte e as longas distâncias a serem percorridas.

Outro aspecto importante foi o desafio de enfrentar a organização das equipes gestoras, considerada excessivamente dinâmica, com alterações constantes dos gestores, dos secretários de saúde e, consequentemente, dos profissionais das diferentes áreas que são deslocados de acordo com essa dinâmica, trazendo descontinuidade e fragmentação dos processos. Além disto, vários conflitos políticos locais foram identificados, os quais envolveram, em algumas situações, alunos e gestores; administrar esses conflitos demandou a intervenção da instituição formadora. Assim, aprendemos que a dimensão política local e regional deve ser um componente sem- pre presente na organização e realização da política de educação em saúde.

Ainda com relação à rotatividade dos profissionais em cargo de gestão no nível municipal, consideramos que o curso ofereceu uma importante contribuição, já que se tratava de uma ação direcionada às necessidades de formação dos gestores. esclarecemos que, entretanto, segundo nossa compreensão, a formação do gestor não se limita a um determinado local e momento, nem mesmo a um determinado indivíduo, neste caso, ao gestor. tanto é verdade que adotamos a metodologia do aluno-equipe como ferramenta-analisadora

dos processos de intervenção no plano das políticas de saúde nos municípios e no plano da constituição de inteligência coletiva. As oportunidades de formação estão muito relacionadas com a temática da fixação e o provimento de profissionais no interior, podendo a educação no nível *lato sensu* ser uma importante estratégia para o enfrentamento do problema.

A proposta de realizar uma formação regionalizada, isto é, focada nas especificidades de cada região, foi positiva e possibilitou reunir alunos de uma mesma regional, facilitando o diálogo entre municípios vizinhos a respeito dos desafios e necessidades de aprendizagem pelo trabalho e das necessidades da gestão em saúde. A exceção foi a turma de manaus, composta de gestores das diferentes regionais pertencentes à região metropolitana e municípios da calha do rio negro.

Uma estratégia bastante desejável na educação da saúde está em atribuir a real potência à integração ensino-serviço. A proposta político-pedagógica do curso de especialização em saúde pública para gestores do sus procurou contemplar essa integração ao definir o ambiente da formação e suas especificidades como um problema para o pensamento e para a prática da formação-intervenção. mesmo que esta estratégia apresente certa complexidade, a partir dela foi possível discutirmos a relação ensino-serviço, identificando sua potência e desafiando os gestores a aceitar esse desafio.

A opção estratégica do aluno-equipe permitiu a inclusão de mais pessoas no processo formativo, indo além dos 87 (oitenta e sete) que concluíram o curso. considerando que cada aluno envolveu sua equipe, podemos concluir que pelo menos o triplo de alunos obteve formação em saúde pública, de forma direta ou indireta, na qualidade de especialização e na formação em nível de atualização, respectivamente.

Por fim, a experiência de formação dos gestores em saúde pública na Amazônia traz à tona alguns temas que merecem ampla

reflexão, e suscita outras: a prática da educação permanente nos processos educativos da saúde; a fixação e o provimento de profissionais de saúde no interior do estado; a formação de gestores para lidar com a realidade local; o projeto de intervenção como proposta pedagógica estratégica. Fica, portanto, o desafio de ampliar o debate sobre a formação dos trabalhadores do SUS, capaz de qualificar o debate do fazer saúde em contextos específicos para auxiliar na tomada de decisão de gestores e tendo a Amazônia como ambiente capaz de suscitar criatividade e inventividade para alcançar as necessidades de saúde da região.

Referências

brAsil. ministério da saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. brasília : ministério da saúde, 2009. (série b. textos básicos de saúde).

brAsil. ministério da saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do sistema único de saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. brasília, 2004.

brAsil. ministério da saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1. brasília, 2007.

ibge. **Contagem Populacional**. 2010. disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: nov. 2014.

CECCIM, R. B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do Aprendersus. in: pinHeiro, r; silVA, A.g. (org.). **Por uma sociedade cuidadora**. rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

ceccim, r. b.; ferlA, A. A. educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, rio de Janeiro, v. 6 n. 3, 2008. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2016.

CECCIM, R.; FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre escuta e escrita: contribuições à educação das práticas de saúde. in: pinHeiro, r.; freitAs, r. (org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** 2. ed. rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

ceccim, r. b.; feuerWerKer, l. c. m. o quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

demo, p. **Educar pela pesquisa**. 2. ed. campinas: Autores Associados, 1996.

ferlA, A. A. et al. educação permanente e a regionalização do sistema estadual de saúde na bahia: ensino-aprendizagem e políticas de saúde como composição do tempo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, salvador, v. 33, n.1, p. 7-21, 2009.

trAJmAn, A.; et al. preceptoria na rede básica da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Rev. bras. educ. med**, v. 33, n.1., 2009.

pAssos, e.; KAstrup, V.; escóssiA, l. (org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. porto Alegre: sulina, 2010.

sAntos, H. et al. (org.) **Caderno do aluno**: qualificação de gestores do SUS. 2. ed. rio de Janeiro: ensp, 2011.

Capítulo 4

A formação do tutor em educação permanente em Saúde: relato de experiência na região do Baixo Rio Amazonas/AM

Elaine Pires Soares[20]

Julio Cesar Schweickardt[21]

20Coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Padre Colombo/Parintins. Foi tutora do Programa de Educação Permanente em Gestão Regionalizada do SUS Amazonas na Região de Saúde do Baixo Rio Amazonas.

21Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA- ILMD/Fiocruz Amazônia. Foi coordenador geral do Programa e, ao mesmo tempo, foi coordenador pedagógico na Região do Baixo Rio Amazonas.

CAPÍTULO 4

Trata-se de um relato de experiência vivenciada em 2013, que tem por objetivo mostrar o processo de formação de tutor no pro- grama de educação permanente em gestão regionalizada do sus no Amazonas. O texto visa relatar a prática, os obstáculos, desafios, avanços e principalmente as experiências vividas e compartilhadas no processo de formação de alunos e tutores na regional do baixo Amazonas. As atividades presenciais regionais se realizaram no mu- nicípio de parintins, por ser sede da região de saúde.

O programa de educação permanente foi pensado para atuar como um disparador de processos regionalizados da gestão do sistema estadual de saúde, servindo como estratégia de produção de inteligência sobre o sistema único de saúde (sus) no Amazonas. A proposta foi construída coletivamente com a secretaria de estado de saúde do Amazonas (susAm) e o conselho de secretários municipais de saúde do Amazonas (cosems/Am), com a assessoria de docentes do núcleo de educação, Avaliação e produção pedagógica em saúde (educAsAúde) da universidade federal do rio grande do sul (ufrgs) (fiocruz, 2013).

O programa constituiu-se do curso de especialização e Aperfeiçoamento em educação permanente em gestão regionalizada do sus para os alunos (gestores e trabalhadores da área da saúde) e do curso de processos educativos em gestão regionalizada do sus para os tutores, cuja função foi de apoio e articulação das atividades regionais. o programa aconteceu simultaneamente em sete regiões de saúde do estado do Amazonas: Alto rio solimões, triângulo (médio rio solimões), médio rio Amazonas, rio negro e rio so- limões, rio madeira, entorno de manaus e Alto rio negro e baixo rio Amazonas. As regiões do rio Juruá e rio purus não formaram turmas devido à dificuldade de articulação dessas regiões, mas al- guns alunos

frequentaram a turma do triângulo, que aconteceu no

município de tefé.

A proposta pedagógica e metodológica da formação teve como temática central a educação permanente em saúde (eps), que parte do pressuposto a aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (FIOCRUZ, 2013).

O programa utilizou como princípio a metodologia Ativa que é uma estratégia de ensino, no qual o estudante é o protagonista central, ou seja, corresponsável pela sua trajetória educacional. o tutor, neste caso, apresenta-se como um facilitador das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem. A estrutura curricular consistiu em três módulos, cada módulo era formado por um encontro estadual e três encontros regionais.

Este trabalho consiste na narrativa sobre a trajetória de ensino -aprendizagem enquanto tutora do processo de formação e da prática do trabalho em saúde na região do baixo Amazonas. o presente texto está inspirado no trabalho final de curso que teve como opção metodológica a narrativa. segundo machado e zocche (2013), a narrativa supõe uma sequência de acontecimentos. é um tipo de discurso que nos presenteia com a possibilidade de dar à luz o nosso desejo de nos revelar. A narrativa, portanto, comporta dois aspectos essenciais: uma sequência de acontecimentos e uma valorização implícita dos acontecimentos. Assim, temos muitas direções possíveis que se articulam com as distintas partes do processo de ensino (buogo; cAstro, 2013).

A formação de tutor na perspectiva da educação permanente

A formação de tutores ocorreu com propósito de formar sujeitos para potencializar a implantação e implementação da educação permanente nas regionais de saúde do estado do Amazonas. o lugar

do tutor foi de mobilizar os discentes para uma nova prática de gestão e do trabalho em saúde. Verificamos durante o desenvolvimento da formação que o processo ensino-aprendizagem é complexo, apresenta um caráter dinâmico e não acontece de forma linear como uma somatória de conteúdos acrescidos aos anteriormente estabelecidos (cYrino; torAlles-pereirA, 2004).

Nesta perspectiva, o tutor necessita desenvolver habilidades, que não se resumem ao papel de um docente ou professor, mas que tenha vontade e capacidade de se permitir como um participante ativo do processo de aprendizagem. como facilitador do ensino-aprendizagem, deve se perguntar: (1) como, por que e quando se aprende; (2) como se vive e se sente a aprendizagem; e (3) quais as suas consequências sobre a vida. A disposição para respeitar, escutar com empatia e acreditar na capacidade potencial do discente para desenvolver e aprender, se lhe for permitido um ambiente de liberdade e apoio, são essenciais nesta nova postura (bordenAVe; pereirA, 2005). A vida do tutor não passa impune nesse processo, pois não se trata de uma sala de aula, que estão sendo transmitidos conhecimentos, mas uma aprendizagem que traz a vida do trabalho como local e objeto de aprendizagem.

O aluno, por sua vez, passa a assumir um papel mais ativo e descondicionado da atitude de mero receptor de conteúdo, buscando efetivamente conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem. Iniciativa criadora, curiosidade científica, espírito crítico-reflexivo, capacidade para autoavaliação, cooperação para o trabalho em equipe, senso de responsabilidade, ética e sensibilidade na assistência são características fundamentais a serem desenvolvidas na aprendizagem (freire, 1994).

O processo de formação de tutor não tem um fim nem um começo, já que o material está disponível, mas o enfoque principal acabou sendo epistemológico e metodológico. no princípio gerou muita ansiedade porque pela primeira vez estava desenvolvendo

essa função de tutor. o contato inicial com os outros colegas e equipe mostrou que estávamos diante de algo inovador para o que tinha de referência para formação, isto é, não era um mero curso formal de *lato sensu*. ficamos encantados com a proposta de formação, principalmente na ideia de uma construção coletiva, que buscaria a produção de conhecimento *in loco* com e sobre a gestão estadual do sistema de saúde. nesse caso, teríamos um exercício da relação entre ensino-serviço em outro patamar, ou seja, todos sendo apren- dizes daquilo que desejamos transformar das práticas da gestão e do trabalho em saúde.

A oficina de formação serviu como espaço de socialização não somente das informações e das metodologias, mas também como momento para nos conhecermos e nos colocarmos nesse processo. Algumas informações de contexto da saúde no Amazonas foram importantes como: modelo de gestão, regionalização, perfil epidemiológico, situação de saúde e redes de Atenção à saúde. A grande preocupação da gestão estadual, naquele momento, se referia à implantação das redes de saúde e a regionalização. por isso, uma formação com esse perfil temático e metodológico contribuiria para a efetividade das políticas, principalmente para as gestões municipais que estão distantes dessa discussão.

A temática e o exercício dos princípios da política da educação Permanente em Saúde (EPS) também se constituem em desafio no Estado do Amazonas, pois não conseguiu se firmar como uma política no contexto da realidade amazônica. A eps, como estrutura formal, foi criada, mas na prática, continua igual e com a visão de uma formação tradicional, baseada nos princípios da educação continuada. A eps, representada pela imagem do quadrilátero da formação (ensino, atenção, gestão e participação social), amplia a noção de educação para além da dimensão do estritamente formativo da educação (ceccim; feuerWerKer, 2004). nesse sentido, o programa teve como maior contribuição a prática e o exercício da

educação permanente em ato, como algo que se realiza no cotidiano do trabalho. Assim, a educação permanente "é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho" (brAsil. ministério da saúde, 2004).

A EPS trabalha com a problematização e aprendizagem significativa, tendo como objetivo promover mudanças no processo de trabalho e na formação em saúde por meio da educação. A eps acredita no potencial de transformação do sujeito. por outro lado, a educação continuada (ec) tem como pressuposto pedagógico a transmissão de conhecimento através de sucessivos momentos formativos. A ec tem como objetivo aprimorar e atualizar o profissional de saúde, ampliando a sua competência técnica para desempenhar as atribuições no campo da saúde (ribeiro; mottA, 2006).

Segundo ceccim (2005, p.164), a formação e uma prática em eps necessita "produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção", sendo que necessitamos "dialogar com as práticas e concepções vigentes" para "problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, e da equidade".

Para produzir essas mudanças de práticas de gestão e de atenção, Campos (1995) afirma que a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, transcendendo a noção de conceito de saúde. Angerami-camon (2000) enfatiza a necessidade do trabalho interdisciplinar, fazendo com a equipe trabalhe de forma que todos os profissionais trabalhem de modo colaborativo, quando os membros da equipe têm a possibilidade de ver no outro para uma prática integral da saúde.

A temática da regionalização da saúde promoveu novas descobertas e discussões, pois era novidade para a maioria dos atores en-

volvidos no programa. A regionalização pressupõe, de acordo com o Decreto nº 7.508/2011: a qualificação da gestão do SUS, processo político, ambiente regional, capacidade de gestão fortalecida, pactuação, controle público e social, meios para a concretização da ação regional, responsabilização, territorialização e cooperação. A regionalização é uma diretriz do sus e um eixo estruturante do pacto de gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (brAsil, 2006). constitui-se estratégia prioritária do ministério da saúde para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades so- ciais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da aten- ção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos; e potencializar o processo de descentralização (gil; licHt; YAmAgucHi, 2006; scHWeicKArdt et al., 2015).

A formação se deu através de encontros presenciais e uma ferramenta tecnológica através do observatório de tecnologia e informação em comunicação em sistemas e serviços de saúde (otics), que mediou as atividades no período de dispersão. no ambiente virtual havia uma oferta de textos e de atividades mobilizadoras dos encontros presenciais. Além disso, era um espaço de mediação entre coordenador pedagógico, tutor e aluno. durante os encontros presenciais utilizamos textos que serviram como disparadores da reflexão e da problematização das condições do trabalho em saúde na região.[22]

No que se refere à proposta das metodologias Ativas e Aprendizagem Significativa, foram impactantes para o tutor, por ser novidade para os mesmos, principais sujeitos no processo de ensino-apren-

22Os textos foram escritos por autores externos que posteriormente foram validados pelos coordenadores pedagógicos, tutores e, finalmente, pelos alunos. Depois de concluído o processo de formação, os textos se transformaram em capítulos do livro Educação Permanente em Gestão Regionalizada em Saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas, publicado pela Editora da Rede Unida e sendo organizado pelos coordenadores gerais do Programa (SCHWEICKARDT et al, 2015). O livro compôs o primeiro volume da série Saúde & Amazônia da Editora.

dizagem. "As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas" (cYrino; torAlles-pereirA, 2004, p.2136).

A percepção inicial dos tutores foi de surpresa em relação ao formato das aulas, pois não eram expositivas e não traziam o conteúdo pronto. Estes, enquanto profissionais, se tornariam atores ativos das cenas de formação e do trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato). "os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso ser sujeito, colocando-nos em permanente produção" (ceccim, 2005, p.165).

No processo de formação dos tutores, o desenvolvimento e a aprendizagem sobre a experiência à avaliação foi outro desafio importante porque não se tratava apenas de atribuir uma nota pelo conhecimento acumulado. A proposta de avaliação era composta de um parecer descritivo que tinha como critérios e indicadores (princípios/valores, conceitos e indicadores), que serviram de orientação para o processo avaliativo durante a formação.

Os tutores foram divididos pelas sete regiões de saúde, considerando o local de moradia das pessoas e o perfil. Ficamos na Regional do baixo Amazonas com alunos-gestores selecionados dos municípios de parintins, barreirinha, nhamundá, maués e boa Vista do ramos, municípios que compõe esta regional. A escolha dessa regional foi significativa porque era o local de residência dos três tutores selecionados (dois de parintins e um de maués).

Importante ressaltar que o processo de formação nos mobilizou no sentido de termos uma postura crítico-reflexiva diante da realidade e do processo de ensino aprendizagem. motivados pelo projeto político-pedagógico, que tinha como princípio a transformação das práticas de gestão e trabalho em saúde, colocamo-nos também como sujeitos políticos no contexto regional e local.

No início do processo de formação, confessamos que havia muita ansiedade e expectativas quanto ao momento presencial nos encontros nas regionais, pois permeavam os pensamentos de que a responsabilidade era nossa, mas também de todos os atores envolvidos na formação. em outras palavras, essa responsabilidade nos motivava e, ao mesmo tempo, nos assustava.

A educação permanente em Saúde e a transformação de tutor e aluno

A proposta de uma metodologia inovadora ou provocadora de movimentos trouxe no princípio dúvidas e um estranhamento por parte dos alunos. no entanto, a metodologia enquanto ato vivo foi mais forte do que o pensamento sobre ela, pois todos perceberam que a proposta era diferente da tradicional, em que o afeto e o conhecimento de cada pessoa tinham um valor no aprendizado. percebemos, enquanto tutores, que a dificuldade inicial estava na novidade da metodologia, pois a memória e a experiência de formação dos alunos estavam ancoradas no sistema bancário e vertical, caracterizado pela transmissão e reprodução de conhecimento.

O programa de educação permanente iniciou num momento conturbado na regional do baixo rio Amazonas devido à mudança de gestão municipal (prefeito) e, por conseguinte, mudança do gestor do sus (secretário de saúde), ocasionando insegurança nos alunos, pois os mesmos, em sua maioria, eram trabalhadores da saúde. Alguns alunos relataram que não foram liberados para participarem da formação, e, quando liberados, necessitavam fazer a reposição dos dias com viagens à zona rural. Alguns foram efetivamente demitidos por possuírem contratos temporários, tendo que assumir novas funções fora dos serviços de saúde ou mudando para municípios vizinhos.

Nas rodas de conversas a realidade locoregional delineava-se como fio condutor e norteador, estabelecendo os caminhos traçados

pelas problemáticas nos serviços de saúde, no seu local de trabalho, impressas no cotidiano. questões como assédio moral, demissões, transferências indevidas, rotatividade de servidores e precarização da gestão do trabalho eram temas recorrentes. em alguns momentos, o desânimo dos alunos era perceptível, criando efeitos sobre o processo de ensino-aprendizagem. nestes espaços e momentos a metodologia fazia imergir da realidade as reflexões que permitiam ver as possibilidades do cenário político local como uma aposta numa política pedagógica. observamos um compromisso de todos com a formação e as condições locais, gerando, inclusive, ações de solidariedade para com aqueles que perderam emprego.

O diálogo e a escuta foram momentos que promoveram a relação e a interação entre alunos e tutores, criando uma aposta no pedagógico e na proposta transformadora. o ato comum de conhecer e reconhecer o objeto de estudo, agora não mais numa relação verticalizada, bancária e estática, mas numa construção dialógica (freire, 2006).

A proposta política e a prática da educação permanente em saúde não foram facilmente compreendidas com as ferramentas da razão, mas as dinâmicas e os exercícios que promoviam a reflexão permitiam uma ação pedagógica presente. nesse aspecto, a eps se torna uma *práxis*, ou seja, tem uma teoria e uma prática que se imbricam no processo de conhecer-transformar.

Ancorada nessa idéia, foi possível pensar que a relação tutor -aluno foi um constante aprender a apreender, desconstruir e construir, cientes de que esse processo de construção e desconstrução é permanente. A relação nos aproxima de uma atitude ética perante o outro, buscando aprender, abrir-se e refazer na relação com os corpos, "agenciar atos criadores, refazer a vida, encontrar a diferença de cada um e seguir um caminho que ainda não foi percorrido". nesse sentido, o "aprender é abrir-se à experiência com um outro, com outros, com uma coisa qualquer que desperte o desejo" (scH-

WeicKArdt et al., 2015).

O encontro formativo também funcionou como um mediador de conflitos, sendo necessário o envolvimento de todos na arena dos diálogos. reconhecer a potência da eps no encaminhamento dos conflitos e das dificuldades que permeiam o processo de trabalho em saúde é de vital importância, pois esses processos conflituosos fazem parte do cotidiano dos trabalhadores. Aprender a enfrentar os conflitos permite uma análise sobre si mesmo e sobre os outros, assim como sobre o contexto, aumentando a possibilidade de intervir nas situações (cAmpos, 2007).

A mediação do tutor como educação permanente em ato

O tutor enquanto sujeito de aprendizagem está envolvido no processo de mudanças no mundo do trabalho, mobilizando os sujeitos e auxiliando na construção coletiva dos modos e sentidos das práticas de saúde. de acordo o manual do programa (fiocruz, 2013) cada tutor ficou responsável por um grupo de alunos de uma determinada regional de saúde e acompanhou o desempenho acadêmico dos alunos e desempenhou atividades de mediadores do conhecimento e ativadores de processos de transformação da realidade local. os tutores participaram da organização e da condução dos encontros estaduais e regionais através de atividades presenciais com o apoio da coordenação pedagógica e de consultores externos. As atividades de mediação com a prática pedagógica promoveram a pesquisa, o planejamento, a realização e a avaliação do processo de ensino junto aos alunos. o tutor teve a oportunidade de registrar as suas atividades e refletir sobre elas no diário de navegação/portfólio, que deu subsídio para a construção do trabalho de conclusão.

O primeiro encontro estadual ocorreu em manaus, dando início ao processo formativo. como tutor, sentimos o efeito da adrenalina e as expectativas que o evento gerava em todos os envolvidos. este encontro foi marcado por momentos de contagiante alegria entre to-

dos, de reencontro, inovações e expectativas. Após esse encontro, os demais foram realizados em uma sequência de três encontros nas regionais. Ao total foram três encontros estaduais e nove encontros regionais.

Os encontros regionais possibilitaram o exercício da criatividade. foram realizadas dinâmicas e exercícios de teatro popular, motivados pela proposta de Augusto boal. os exercícios criaram as condições para uma rápida integração e o entrosamento da turma (alunos, tutores e coordenador pedagógico). os textos funcionaram como disparado- res da reflexão e discussão sobre os encaminhamentos.

O contato com o texto *Por uma formação que se tece como banzeiro e inunda os cotidianos dos serviços de saúde*[23], demonstrou uma leitura dinâmica, bastante discursiva facilitando o entendimento e interpretação do texto. no decorrer da leitura todos tinham a liberdade de expressar suas opiniões, angústias, dúvidas e sugestões acerca do assunto abordado. destacamos algumas palavras dos alunos:

> A diferença entre o enxergar e o olhar, necessidade de desaprender para aprender, o fato de sermos sujeitos de uma cultura; e não confundir sujeito com indivíduo (Aluno 1).

> A importância da denominação de paciente para usuário, utilizar artefatos culturais como mecanismos de mudanças para situações problemas que afetam o trabalho, a vida e a saúde dos trabalhadores (Aluno 2).

> A utilização de processos pedagógicos para discutir o sistema de saúde, a qualificação, o processo formativo em cada contexto para após leitura do texto (Aluno 3).

23 Capítulo 1 do livro (SCHWEICKARDT et al., 2015).

O texto disparador *Educação Permanente em Saúde: desenvolvimento do trabalho e de trabalhadores no âmbito do Sistema Único de Saúde*[24] desencadeou o processo de discussão e trouxe à tona o questionamento sobre a educação permanente como ferramenta de gestão, no processo de mudança da realidade local. deste modo, teve como destaque as seguintes percepções dos alunos:

> Aprender a ouvir, rever conceitos e métodos de trabalho, planejar em conjunto e trabalhar em equipe (Aluno 4);

> respeitar as individualidades dos atores envolvidos, comprometimento com a execução do trabalho. conquista de um olhar diferenciado sobre sua realidade (Aluno 5).

> O curso está trazendo grandes inquietações profissionais e pessoais, e principalmente aprender a respeitar as diferenças (Aluno 6).

As dinâmicas incentivaram o cooperativismo, o trabalho em equipe e a construção do conhecimento, resultando no entendimento e na compreensão de alguns conceitos que auxiliaram na construção do processo da regionalização, tais como: territorialização, flexibilização, cooperação, financiamento solidário, subsidiariedade. Além desses, a participação e o controle social foram reafirmados como estratégicos na busca do atendimento às reais necessidades de saúde e da interação da população no processo de gestão do sistema.

O segundo módulo do programa também iniciou com o segundo encontro estadual e teve a presença de todos os alunos e tutores, coordenadores pedagógicos e os conferencistas. A proposta do en-

24 Capítulo 2 do livro (SCHWEICKARDT et al., 2015).

contro foi de oferta de oficinas e rodas de conversa sobre diversas temáticas que surgiram nas discussões regionais. Assim, os alunos escolheram as atividades por interesse e necessidade, sendo que os tutores atuaram como interlocutores dos debates e mediadores das questões que surgiram na regional. A potencialidade do encontro esteve no fato de compartilhamos as experiências de diferentes regiões do estado.

Na discussão do texto *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: elementos da trajetória para construção do Sistema Único de Saúde*[25], os alunos da região do baixo rio Amazonas realizaram um levantamento sobre o processo de construção histórico do sistema de saúde nos seus municípios. As atividades de campo foram compostas por pesquisas bibliográficas, entrevistas, registros fotográficos e apresentação dos trabalhos em grupos. essa atividade trouxe como contribuição o conhecimento da política local através da história. Algumas perguntas como a origem do nome das unidades de saúde revelam muito da dinâmica da política local.

Outro momento bastante dinâmico foi o processo de leitura e discussão do texto *Epidemiologia e os Serviços de Saúde: usos e aplicações no SUS*[26], que motivou a visita ao núcleo de Vigilância epidemiológica do Hospital padre colombo do município de parintins. nosso esforço foi de trazer a epidemiologia para o cotidiano dos serviços, como uma ferramenta da gestão e do trabalho em saúde.

O terceiro módulo, como os demais, iniciou com o terceiro encontro estadual, que ocorreu simultaneamente com o encontro norte da rede unida em manaus. o encontro estadual novamente permitiu a escolha das atividades e também permitiu a apresentação de traba- lhos com relato de experiência dos locais de serviço e da gestão.

26 Capítulo 6 do livro (SCHWEICKARDT et al., 2015).

25 Capítulo 4 do livro (SCHWEICKARDT et al., 2015).

Os encontros regionais do terceiro módulo tiveram como tema transversal a construção do trabalho de conclusão de curso. nesse módulo, trabalhou-se o texto *A Atenção Básica e o cotidiano da Gestão em Saúde*[27], que trouxe o debate sobre os serviços de saúde e o processo de trabalho. Ainda, o último encontro regional trouxe a discussão sobre a gestão da saúde e as redes de Atenção.

O processo de avaliação do curso pelos alunos foi contínuo, trazendo a metodologia como a maior surpresa e o maior ganho pedagógico. As dinâmicas e os exercícios de teatro e as rodas de conversa proporcionaram uma melhor apreensão dos temas discutidos. o material didático e conteúdo permitiram uma constante relação com as condições de trabalho. observamos um crescente envolvimento dos alunos no desenvolvimento de todas as atividades da formação, criando um clima de muito afeto e solidariedade.

A avaliação formal foi realizada a partir de três dimensões: dos saberes; das atitudes; dos valores e um parecer avaliativo por meio de conceito baseado nos critérios e indicadores. o parecer avaliativo foi expresso por meio de conceitos: A, b, c e d discutido com os alunos. o parecer dos alunos foi elaborado pelos tutores. o parecer dos tutores foi elaborado pela coordenação pedagógica. o diálogo com a secretaria acadêmica da instituição foi constante, pois nem sempre é possível transpor processos inovadores de aprendizagem para os modelos formais de avaliação.

Com relação ao processo de acompanhamento do trabalho de conclusão de curso dos alunos, revelou uma grande satisfação porque o processo foi coletivo e teve como objetivo a produção de um plano de intervenção na área da educação permanente em saúde. o processo de construção produziu o efeito de busca por referências, mas também gerou uma oportunidade da troca de conhecimentos.

27 Capítulo 5 do livro (SCHWEICKARDT et al., 2015).
26 Capítulo 6 do livro (SCHWEICKARDT et al., 2015).

A relação se deu pela construção de laços de confiança e de escu- ta para as inquietações e dúvidas. nesse momento, os tutores fo- ram os que acompanharam o cotidiano da construção dos projetos de intervenção. o programa encerrou com a apresentação do tcc dos alunos no auditório do bumbódromo[28], que simbolicamente representou um momento de grande festa para a formação, já que os Encontros Estaduais e Regionais fizeram uma forte relação com a cultura do Amazonas. os tutores apresentaram na *Mostra Estadual de Experiências em Educação Permanente e Gestão Regionalizada*, realizada em fevereiro de 2014.

Ressignificando os sentidos através da aprendizagem

O processo de seleção, a oficina de formação, o desenvolvimento da formação e a metodologia inovadora despertaram muitos sentimentos de felicidade, privilégio e gratificação. O fato de alguém do serviço ser selecionada para o trabalho de tutoria foi um modo de valorizar o trabalho enquanto profissional e trabalhadora do SUS, e, ao mesmo tempo, traz aprendizados para a relação ensino-serviço.

A experiência da formação construiu referenciais para o diálogo, para a problematização do cotidiano do trabalho, a mediação e a vivência de conflitos, a educação significativa e viva nos processos de gestão, o envolvimento com as vidas e as histórias que se cruzam e se relacionam. os sentimentos de amizade e companheirismo foram aumentando o prazer de desejar o encontro mensal. não é à toa que o processo de formação produz transformações no próprio sujeito de conhecimento consigo mesmo e na relação com os demais sujeitos envolvidos no processo, ou seja, é um eu que se faz no tu ou dos diversos "eus" na relação com os diversos "tus".

28 Local em que realiza a famosa festa do Boi Bumbá de Parintins, onde disputam os bois Garantido e Caprichoso.

O conflito e a divergência de opiniões estiveram presentes, e não foram negados, mas utilizados como situações de aprendizagem. no entanto, algumas coisas fugiam à governabilidade do espaço formativo, como a falta de apoio da gestão para o desenvolvimento de atividades na realidade no ambiente de trabalho. o grupo de alunos também não era homogêneo, tendo pessoas que estavam na gestão atual e outros que foram sistematicamente excluídos ou demitidos. Assim, o clima de revolta, indignação, frustração e desmotivação eram recorrentes nos encontros. contudo, estabelecer estratégias e a utilização de metodologias que busquem o sentimento de motivação esteve sempre presente desde o início, no decorrer e ao final do curso, por acreditar no potencial da eps enquanto estratégia de mudança.

Ao final, podemos afirmar que os atores desse processo de aprendizagem vivenciaram uma intensa experiência de eps, em que a vivência e a convivência, o compartilhar de experiências, saberes e práticas e a construção do conhecimento, sensibilizou a todos na ideia de mudanças nas práticas de saúde. colocamos-nos como sujeitos que buscam uma saúde menos fragmentada e mais integral no Amazonas e na regional do baixo Amazonas, com uma política de saúde que esteja promovendo a educação permanente no cotidiano do trabalho.

Participar do programa de educação permanente em gestão regionalizada do SUS enquanto tutor trouxe mudanças significativas no âmbito pessoal e profissional, especialmente no entendimento de que a mudança é complexa, pois vai além da mudança de práticas; é preciso mudar valores, uma vez que a prática do profissional está intimamente relacionada aos valores pessoais (mendonçA, 2008). foi importante colocar em evidência as experiências, as habilidades e os conhecimentos construídos na gestão do sus, obtidos durante os oito anos na secretaria municipal de saúde.

Ressignificar as práticas cotidianas no ambiente de trabalho

tem se demonstrado dificílimo e, muitas vezes, desestimulador, uma vez que a resistência às mudanças esbarra na falta de comprometimento dos profissionais com o processo de trabalho, na persistência do prescrito e no protocolar. A mudança pressupõe riscos e abertura para as diferentes possibilidades, inclusive para os conflitos e para as contradições. no entanto, a educação permanente nos ensina que um espaço democrático e participativo é mais rico e produtivo.

Considerações Finais

O programa de educação permanente em gestão regionalizada do SUS foi além do que qualificar trabalhadores e gestores para efetivar a regionalização da saúde no estado do Amazonas, pois também comprometeu pessoas e instituições com a qualidade do sistema único de saúde. A aposta do programa foi também no sentido de fortalecer o desenvolvimento de pesquisas, a produção de conhecimento e o envolvimento dos atores e instituições na luta por transformações da política de saúde e de um sistema de saúde que busca a equidade e a igualdade das condições de vida e saúde.

Aprendemos que a prática da eps se constitui num instrumento potencializador de transformação da realidade loco regional e das vidas que se mobilizam em torno dos processos de trabalho. finalmente, na condição de tutor, entendemos que ser agente de transformação pressupõe um compromisso ético-político com o sistema de saúde e com as pessoas que colocam suas vidas para realizar uma saúde de qualidade nos mais diversos espaços dessa vasta Amazônia.

Referências

AngerAmi-cAmon, V. A. (org.). **Psicologia da saúde:** um novo significado para a prática clínica. são paulo: pioneira, 2000.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. departamento de gestão da educação na saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** brasília: ministério da saúde, 2004.

bordenAVe, J.; pereirA, A. **A estratégia de ensino aprendizagem**. 26. ed. petrópolis: Vozes; 2005.

buogo, m.; cAstro, g. memorial de formação: um dispositivo de aprendizagem reflexiva para o cuidado em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 431-449, maio/ago. 2013.

cAmpos, t. c. p. **Psicologia hospitalar:** a atuação dos psicólogos em hospitais. são paulo: epu, 1995.

cAmpos, g. W. s. **Saúde Paidéia.** 3. ed. são paulo: Hucitec, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

ceccim, r. b.; feuerWerKer, l. o quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis,** rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

cYrino, e. g.; torAlles-pereirA, m. l. trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.780-788. 2004.

freire, p. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. rio de Janeiro: paz e terra; 1994.

freire, p. **Educação como prática de liberdade**. 29. ed. rio de Janeiro: paz e terra; 2006.

fiocruz. instituto leônidas e maria deane. **Manual do Programa de Educação Permanente em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Amazonas.** manaus: fiocruz/ilmd, 2013.

gil, A. c.; licHt, r. H. g.; YAmAgucHi, n. i. regionalização da saúde e consciência regional. **Hygeia**, uberlândia, v. 2, n. 3, p. 35-46, 2006.

mAcHAdo, s.; zoccHe, d. A. **Narrativas profissionais da enfermagem: um modo me parar, pensar e rever a própria trajetória profissional.** in: frigo, J.; ZOCHE, D.A. O trabalho em enfermagem: reflexões a partir de situações de vulnerabilidade no contexto da saúde. curitiba: Appris, 2013.

ribeiro, e. c. o.; mottA, J. i. J. educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde e para Debate**, n. 12, p. 39-44. 1996. disponível em <http://inesco.org.br/eventos/forum/docs/ed%20perm%20eliana_in%c3%A1cio.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

scHWeicKArdt, J.c. et al. **Educação Permanente em Gestão Regionalizada em Saúde:** saberes e fazeres no território do Amazonas. porto Alegre: rede unida, 2015.

Capítulo 5

Memórias de um tutor: a educação permanente que modifica e ressignifica

Dario Saraiva de Aguiar[29]

Rodrigo Tobias de Sousa Lima[30]

29 Gestor do setor de planejamento em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru – Amazonas e tutor do ILMD/FIOCRUZ.

30 Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do ILMD/Fiocruz Amazonas.

Capítulo 5

A proposta do presente artigo consiste no desvelamento das andanças tutoriais no processo de formação de alunos-gestores que interferiu na transformação do *ethos* do tutor e, por conseguinte, a identidade do trabalhador do serviço de saúde. Assim, trata-se de uma narrativa advinda da vivência e do desenvolvimento de atividades enquanto tutor do instituto leônidas e maria deane, da fundação osvaldo cruz (ilmd/fiocruz), nos cursos de especializa- ção que compõem o programa de educação permanente em gestão regionalizada. com destaque, o processo formativo foi o vetor de transformação para a condição do "ser-tutor-trabalhador", bem como foi disparador de processos regionalizados da gestão do sistema estadual de saúde a partir da reflexão de situações-problema junto com o aluno, servindo como estratégia de produção de inteligência sobre o sus no Amazonas.

O programa de educação permanente em gestão regionalizada do sistema único de saúde (sus) Amazonas, consistiu na realização de dois cursos de especialização e um de Aperfeiçoamento, respectivamente: especialização em educação permanente em gestão regionalizada do sistema único de saúde (sus) Amazonas, especialização em processos educativos na gestão regionalizada do sistema único de saúde (sus) e Aperfeiçoamento em educação permanente em educação permanente em gestão regionalizada. o objetivo do programa foi atuar como um disparador dos processos regionalizados da gestão do sistema estadual de saúde a partir dos princípios da política de educação permanente em saúde (brAsil, 2007). o processo pedagógico "gestão-serviço-educação" possibilitou que os alunos fossem protagonistas de sua aprendizagem, sendo atores com poder de decisão nas regiões de saúde do Amazonas. os cursos foram desenvolvidos em sete das nove regionais de saúde do estado (Alto rio solimões, médio rio solimões, entorno de

manaus e rio negro, rio negro e rio solimões, rio madeira, médio rio Amazonas e baixo rio Amazonas) (scHWeicKArdt et al., 2015).

A proposta do curso de especialização foi construída pela ilmd/fiocruz juntamente com a secretaria de estado de saúde do Amazonas (susAm) e o conselho de secretários municipais de saúde do Amazonas (cosems/Am), com a assessoria de docentes do núcleo de educação, Avaliação e produção pedagógica em saúde (educa saúde) da universidade federal do rio grande do sul (UFRGS) e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e tecnológica em saúde (icict/fiocruz). o programa foi desenhado, portanto, de modo coletivo, respondendo a uma demanda do estado do Amazonas por uma gestão estadual do sistema, considerando atores da secretaria de estado da saúde, das secretarias municipais de saúde e de instituições de ensino e pesquisa. A susAm e cosems foram atores envolvidos em todo processo desde a ideia inicial até a participação de profissionais no processo pedagógico do curso (FIOCRUZ, 2013, p. 15), sobretudo da seleção de tutores com perfil problematizador das situações de saúde e do cotidiano do trabalho que foi formador e formado no programa.

Foi nesta direção que a minha experiência enquanto aluno-tutor tornou-se um aprendizado significante para a minha vida pessoal e profissional, principalmente pela possibilidade do trabalho coletivo por meio do uso de metodologias ativas. no inicio do programa, a resistência e a desconfiança em relação a esta nova metodologia de trabalho geraram incertezas, principalmente quando falávamos em desconstruir para reconstruir. no entanto, ao longo do desenvolvimento do curso houve a assimilação dos processos formativos na medida em que foi se experimentando junto com os alunos o método. Por último, a ressignificação das práticas de trabalho através da educação permanente veio romper os paradigmas da educação tradicional.

Assim, a narrativa de um tutor de um curso de especialização em processos de educação permanente na gestão regionalizada do SUS no Amazonas sobre a sua trajetória profissional de enfermagem e sobre a reflexão sobre o impacto da educação permanente no cotidiano do serviço de saúde da regional do baixo Amazonas foi o objeto de devir neste relato. em outras palavras, a ordem discursiva, de cunho qualitativo, assumida aqui, exigiu uma escrita implicada na primeira pessoa, como marca do modus operandi do próprio processo narrativo.

Percurso metodológico

As trajetórias narradas proporcionam a construção de sentido de uma vida – a narração dessa trajetória não é resultante do que realmente ocorreu em termos de experiências e aprendizagens, e sim da organização desses elementos como um argumento com dimensão temporal, espacial e de múltiplas relações sociais (AbrAHão, 2011). A autora entende a narrativa autobiográfica em uma tríplice dimensão: como fenômeno (o ato de narrar-se reflexivamente); como metodologia de investigação (a narrativa como fonte de investigação); como processo (de aprendizagem, de autoconhecimento e de (re) significação do vivido). É neste processo de articulação entre experiência pessoal vivida e experimentação pedagógica condicionada que o texto foi construído a partir dos momentos ou etapas históricos lineares inerentes à formação do profissional enfermeiro e do tutor do curso (AbrAHão, 2011). nesta intersecção, foram utilizadas as dimensões propostas pela autora para extrair as percepções do processo formativo e de autoconhecimento.

para marcolino e mizukami (2008), a narração descritiva é o registro dos eventos em que não há justificativa para a ocorrência das ações. Assim, foram narrados os momentos da minha experiência de quatorze anos de profissão, sendo a grande maioria como profissional de saúde na regional do Baixo Amazonas, nos municípios

de barreirinha e maués. Além disso, correlacionei essa experiência gestora com a tutoria exercida no período de um ano, procurando refletir sobre o impacto da educação permanente em minha vida pessoal e profissional, os efeitos da tutoria na vida dos alunos-gestores e principalmente do ganho dos serviços de saúde com a formação destes profissionais que atuam diretamente na rede de atenção à saúde nos municípios que compõe esta regional. desta forma, os fragmentos de narração descritiva se detiveram na descrição de seu contexto e se misturou com o desenrolar da trama, sem suas justificativas explícitas (Albuquerque et al., 2010).

O trabalhador e o gestor de saúde no Baixo Amazonas: impressões e aprendizado acumulados

Minha trajetória profissional no Estado do Amazonas tem início no ano de 2001, quando fui contratado pela prefeitura do munici- pio de barreirinha/Am, que faz parte da regional do baixo Amazo- nas. nesta cidade desempenhei diversas funções/cargos, tais como: coordenador da Atenção básica, gerente de endemias, enfermeiro do programa de saúde da família e como secretário municipal de saúde, onde tive a oportunidade de conhecer profundamente a reali- dade deste município e dos outros que fazem parte desta região (parintins, nhamundá, boa Vista do ramos e maués). entendo que essa experiência trouxe segurança e confiança para desempenhar o papel de problematizador de cenários da gestão e do mundo do trabalho em saúde em contextos específicos da Amazônia.

A experiência gestora me constituiu como gestor crítico e construtivo da minha realidade. durante 11 anos de minha vida pessoal e profissional dedicados à população desta regional, em especial os municípios de barreirinha e maués, conseguimos nos organizar e discutir propostas de uma gestão compartilhada, mediante a necessidade e capacidade instalada dos serviços de saúde dos municípios. franco, bueno e merhy (1999) apontam que a gestão democrática e

participativa cria oportunidade para que se experimentasse, no âmbito da unidade de saúde, um processo pedagógico, autoconduzido, de extrema riqueza. este compromisso com a mudança, com a construção do devir, só me foi possível mediante discussão com outros trabalhadores e equipes de saúde, com os quais decidi em conjunto quais medidas gestoras são mais apropriadas para a organização dos serviços.

Inevitavelmente, me deparei com o compromisso do cuidado em saúde, de forma subjetiva do meu trabalho. sobre o meu processo de trabalho, entendi o que preconiza franco e merhy (2012), que a subjetividade é uma das muitas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde, na medida em que há o reconhecimento por nós de que esta é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde. Ainda, os autores afirmam que não se atribui um valor à ação subjetiva no trabalho em saúde, até porque ela pode se expressar no trabalho meramente prescritivo, ou diferentemente, no trabalho acolhedor com estabelecimento de vínculo entre trabalhador e usuário, em qualquer situação a subjetividade está agenciando as opções para o cuidado (frAnco; merHY, 2012). somente consegui compreender o meu processo de formação de gestor ao me deparar com os textos do curso, o que me fez refletir sobre as minhas condutas e comportamentos profissionais.

Mais ainda foi a satisfação em rever minha condição de trabalhador da saúde, quando me deparei com um novo olhar sobre os modos de produção de cuidado à luz dos conceitos de tecnologias leves, duras e leve-dura proposta por merhy (2002). compreendi que a tecnologia relacional é o motor do trabalho vivo, emancipador. O trabalho vivo que pude desenvolver no meu percurso profissio- nal, porém sem ter o esclarecimento deste conceito, foi constituído de liberdade com criatividade necessária ao cuidado em saúde. isso

fortaleceu os aspectos relacionais do trabalho, tendo o acolhimento, estabelecimento de vínculo, acompanhamento dos projetos terapêuticos, como diretrizes que se efetivaram na rede de serviços, como mudanças estruturais na produção do cuidado, dependentes das tecnologias leves (ferlA; ceccim; AlbA, 2012; frAnco; merHY, 2012).

Percebi ainda que conduzia um acolhimento junto a usuários baseada no diálogo e isso rompia com o paradigma do trabalho formal e que, por outro lado, causou consequências. A interação entre mim, seja enquanto gestor ou profissional de saúde nesta época, e a equipe e usuários, respectivamente, era fundamental para obter a atenção e respeito de todos. um acolhimento que possibilitasse se enxergar, pensar, sentir e que garantisse autonomia para o outro (aqui me refiro ao colega de trabalho e também para o usuário). Entretanto, essa relação dialógica rompe com os protocolos e condutas duras do trabalho do enfermeiro dentro de um estabelecimento de saúde. não era fácil permanecer com esse olhar mais humano para as necessidades deste outro e logo sucumbia para os padrões normativos e produtores de números de consultas. rossi (2005) revela em sua pesquisa sobre o acolhimento do trabalho do enfermeiro que não se pode ter ingenuidade nas abordagens de interação que quebram paradigmas. em função de abordagens dessa natureza, descompassos podem acontecer, alguns relativos ao usuário, como uma possível estranheza pela forma de abordagem e de relação entre ele e o profissional e outros relativos ao próprio enfermeiro, que deverá conviver com a instabilidade e ansiedade que podem surgir em função das novas práticas.

Percepções, frustrações sobre o mundo do trabalho representam achados da minha caminhada e que se encontrou com a dinâmica do ser gestor com outros gestores em uma realidade amazônica complexa. como garantir a integralidade da atenção e a regionalização no conjunto de municípios longínquos da capital? Alguns sinais foram

dados e começamos a conversar entre os gestores de forma autônoma, com pouca atuação da secretaria de estado da saúde. nesta época, discutimos em termos iniciais o acesso aos serviços de saúde, oferta de procedimentos, fluxo de atendimento por nível de atenção por município, modelo de gestão, bem como a descentralização e a regionalização das ações e serviços de saúde dentro do próprio município, procurando respeitar as diferenças da população cabocla, indígena, quilombola e ribeirinha.

Em se tratando de saúde indígena especificamente, desta- co momentos de aprendizagem para a construção do meu perfil de gestor: a ideia de território-coletividade e da cultura e simbologia indígena sobre o processo de saúde e doença. Acerca de território-comunidade, como um binômio específico do cotidiano de vida nas tribos indígenas da etnia saterê mawé, o lugar e o sentido de unidade do povo indígena representaram uma novidade impactante para entender a visão de mundo coletivo. o território associa-se a um espaço político baseado no "fazer juntos" por aqueles que querem ser sujeitos do seu próprio futuro e, tendo objetivos comuns, lutam por seus direitos (toledo; giAtti; pelicioni, 2009). e nesse território, o mundo mítico e simbólico desta etnia requer um conhecimento que somente o agente de saúde indígena poderia mediar o encontro entre as práticas de cuidado com o mundo não indígena.

Não obstante a atuação dos Agentes indígenas de saúde (Ais), por serem representantes das comunidades, têm maior facilidade tanto para compreender os processos de saúde-doença dentro do universo mitológico e cultural indígena como também maior aproximação com o cotidiano das famílias, podendo, se devidamente preparados, desenvolver ações de prevenção e de promoção da saúde no ambiente domiciliar e no entorno. segundo garnelo e Wright (2001), para o agente indígena de saúde é conferido certo prestí- gio, semelhante ao de um pajé, por se tornar capaz de dar nomes às doenças e indicar remédios para tratá-las. Assim, a experiência

adquirida na área indígena, tanto como gestor, quanto profissional enfermeiro, me proporcionou vasto conhecimento que me provocou a me ressignificar e reinventar no campo da gestão do trabalho em uma realidade adversa e singular.

Em suma, a gestão e o trabalho na saúde foram marcados em mim pela experimentação, cujo aprendizado se tornou significativo na medida em que evoluí como trabalhador da saúde. mal sabia que novos desafios ainda se apresentariam para mim.

Ser tutor... e os processos formativos em educação permanente.

Um novo desafio se aproximava e tinha nome: ser tutor de um curso de pós-graduação. tutoria? o que é isso? bem, de um curso sobre gestão eu entendo, mas sobre educação permanente? isso me instigou e, por esta razão, me senti motivado a desbravar novos rumos. só que agora, a militância no sus será na educação.

Por ser a minha primeira tutoria, tudo era novo e a minha ansiedade aumentava cada vez mais. Ainda mais por se tratar de educação permanente, tema este que eu não tinha conhecimento profundo. fui ler sobre isso e descobri que meu papel era de facilitador e problematizador de contextos do mundo do trabalho em saúde. ser tutor significa um me envolver com múltiplos atores e dinâmicas de trabalho existentes concomitantemente. Além de ter conhecimento das atividades propostas, habilidade em relações interpessoais, liderança, firmeza e humildade para uma construção coletiva, para administrar imprevistos e manter o cronograma, "coordenar grupos de alunos exige dedicação, compromisso, busca de conhecimento, permitindo vivenciar a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e enriquecer a qualificação técnica, científica e acadêmica de docentes e profissionais de saúde" (OLIVEIRA et al., 2012; merHY, 2004). bem, a dúvida sempre existiu. como fazer isso? Além disso, os alunos eram gestores, o que não seria problema, dada

minha vivência na área. e comecei.

O início foi no dia 26/09/12, às 08hs, no ilmd/fiocruz -Am. é claro que antes tive que passar pelo processo seletivo, com a realização da oficina de tutores do "Curso de Especialização em educação permanente em gestão regionalizada do sus do Amazonas". neste momento, conheci a coordenação pedagógica, meus colegas tutores, bem como os objetivos do curso e metodologia a ser desenvolvida.

Outras dúvidas vieram: como relacionar gestão regionalizada com educação permanente aqui no Amazonas? Nesta oficina, compreendi que o processo de regionalização da saúde na Amazônia tem como desafio a capacidade dos gestores e técnicos municipais e estaduais em operacionalizar as mudanças necessárias à implementação das regiões de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do sus. deste modo, compreendi que constituição da gestão de saú- de regionalizada no meu estado relaciona-se com a identificação de problemas, necessidades e pela participação ativa dos atores envolvidos por meio do processo pedagógico. isso cria comprometimento com os desafios locais para a regionalização do sistema de saúde, e a educação permanente é a política catalizadora da produção de inteligência crítica e tecnologias leves, mediadas por uma metodologia pertinente com a reflexão permanente e crítica do trabalho (SCHWeicKArdt et al., 2015; fiocruz, 2013).

A metodologia ativa foi um desafio à parte, pois a mesma tem como foco principal a critica-reflexiva realizada pelos atores envolvidos na realização do serviço, através do processo educativo dentro do ambiente de trabalho, com a problematização e priorização dos problemas existentes dentro de sua região de saúde. mas como fazer reflexão com alunos-gestores em um curso semipresencial? Então, fui apresentado ao observatório de tecnologia e informação em comunicação em sistemas e serviços de saúde (otics).

Assim, a plataforma otics, que foi utilizada pelos alunos, tu-

tores e coordenadores pedagógicos do curso, nos proporcionou um lugar de convergência digital, que operacionalizou a comunicação e mediou a discussão de temas do curso, por meio dos textos gerados especialmente para o curso. no otics ainda oferecia ferramentas como glossário, acervo digital, diário de bordo, fóruns e outras que foram utilizadas para agregar conhecimento às atividades construídas durante o curso (fiocruz, 2013). fiquei impressionado com a facilidade e o quantitativo de recursos que esta ferramenta possuía. Isto facilitou, no final, a interação e a organização das atividades desenvolvidas nesta parceria coordenador pedagógico/tutor/aluno.

Descobri ainda que estaria em formação, ou seja, a minha participação neste curso me certificaria como especialista e como tutor. por isso, a nossa formação em processos formativos em educação permanente era condição pétrea para a participação. bem, a formação ocorreu e os movimentos de encontro com os alunos impactaram na minha formação ao longo do curso. essa experiência compartilhei em etapas, aqui denominados "atos". os atos representam os módulos do curso que, por sua vez foi composto por um encontro estadual, ocorrido em manaus e com a presença de todos os alunos e tutores das demais regionais concentrados, e três regionais, ocorridos de forma mais particular na região de saúde do baixo Amazonas, sendo todos presenciais com os alunos. o curso inteiro era composto por três módulos. cada um deles diferente e impactante nos processos de formação de alunos e tutores.

1º ato: os encontros iniciais

O primeiro encontro estadual realizou-se na cidade de manaus mais especificamente na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), onde o nervosismo tomava conta de mim, até mesmo por ser o primeiro contato com os alunos-gestores que iríamos trabalhar durante todo o período do curso. o desenvolvimento do encontro estadual foi muito bom, pois pudemos integrar com os alunos-gestores da

regional do baixo Amazonas, assim como tivemos a possibilidade de realizarmos diversas atividades de integração e de construção de pensamento coletivo sobre a regionalização na saúde.

A atividade que permitiu a minha inserção como tutor em conjunto com os alunos foi a construção de mapa da regional. para a construção de um mapa da regional que tivesse o objetivo de propor uma descentralização das ações e serviços de saúde que integre uma rede regionalizada e hierarquizada, bem como atendimento integral com prioridade de atividades preventivas e assistenciais, os alunos-gestores tiveram que conversar sobre a capacidade instalada dos serviços e ações de saúde de cada município que compunham a regional de saúde. o exercício foi pôr no centro da roda o debate sobre a regulamentação da lei orgânica da saúde de forma prática e contextualizada.

O decreto 7.508/11, ao regulamentar a lei orgânica da saúde (lei 8.080/90) no que diz respeito à organização do sus, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, aponta novos desafios na gestão desse Sistema e institui o Contrato organizativo da Ação pública da saúde ou coAp (brAsil. ministério da saúde, 2011). nesta está preconizada como ferramenta de planejamento o ato de pensar as regiões de saúde de forma como unidade territorial coletiva, cujos problemas de saúde e formas de gerir eram partilhados entre os alunos gestores dessa mesma regional. isso já causou impacto em mim, pois não tinha ideia do produto final de uma atividade de educação permanente. Foi observada a partir da construção de um mapa por um conjunto de gestores de uma mesma regional, a dificuldade que todos tinham de identificar o território de sua regional, mas ao mesmo tempo arranjos de soluções encontrados pelos próprios alunos e sem a nossa intervenção que visasse a organização e a regulação do sistema de saúde. Aliás, o próprio decreto tem como pressuposto do planejamento das ações coordenadas de uma região de saúde a construção de um mapa. logo,

isso foi feito de forma lúdica, orientada e que desvelou angústias, formas, agenciamentos de fazer gestão entre municípios vizinhos.

Já em parintins, onde foi a sede do programa de especialização e aperfeiçoamento por toda a sua execução, foi dado o pontapé inicial para o i encontro regional, com a realização de uma solenidade que contou com a presença de várias autoridades de saúde, entre elas a secretária de saúde do município de parintins, a senhora desterro. o i encontro na regional do baixo Amazonas superou as expectativas, a turma apresentou-se coesa, assim como a coordenação pedagógica e os tutores. os alunos sentiram-se valorizados e contagiados com o programa de educação permanente na gestão regionalizada do sus e observou-se a inquietação quanto ao aplicar, compartilhar, os conhecimentos adquiridos em sua realidade local e seu cotidiano profissional. Inquietação necessária para provocar novas reflexões a partir da realidade do sus nos encontros que se seguiram.

Os outros 02 encontros regionais se desenvolveram de maneira tranquila e já com um melhor entendimento dos alunos gestores sobre a proposta metodológica do curso. no entanto, ainda alguns alunos-gestores insistiam, involuntariamente é claro, em desenvolver o método tradicional de educação.

O olhar do aluno-gestor na sua prática cotidiana, após este primeiro módulo, já começa a tomar outra visão, levando em consideração diversos fatores, tais como: a) aprender a ouvir; b) rever conceitos e métodos de trabalho; c) planejar em conjunto e trabalhar em equipe; d) respeitar as individualidades dos atores envolvidos; e) comprometer-se com a execução do trabalho; f) conquistar de um olhar diferenciado sobre sua realidade; g) Aprender a respeitar as diferenças. O curso estava trazendo grandes inquietações profissionais e pessoais.

Neste movimento de "olhar" a realidade, de refletir sobre o contexto, de buscar soluções além de compreender a realidade, produz-se conhecimento e se aprende a aprender. o método propõe a

elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções.

Significou para mim um modelo de ensino comprometido com a educação libertadora, que valoriza o diálogo, desmistifica a realidade e estimula a transformação social através de uma prática conscientizadora e crítica. neste caso, os problemas estudados precisam de um cenário real, para que a construção do conhecimento ocorra a partir da vivência de experiências significativas, e o meu esforço foi no sentido de proporcionar ambiência para essa reflexão significativa e coletiva.

2º ato: a intervenção

O caminho da intervenção foi feito ao longo da formação, mas considero que nesse momento o curso impactou a mim como tutor e como facilitador de processos educativos. Aqui fica entendido que a intervenção consistiu na etapa concomitante das produções culturais, no processo de escrita dos projetos de intervenção dos alunos, bem como o impacto do curso na minha vida pessoal.

Este módulo teve início com a realização do ii encontro estadual na capital, sendo as atrações regionais um show à parte. cada região de saúde pensou e realizou uma apresentação cultural típica das várias "Amazônias" que existem no estado. começamos cantando toadas do boi garantido e encantado a todos que estavam presentes no evento. o que mais me encantou foi o processo de negociação, que por vezes foi dura, e de agenciamentos para a concretização de uma tarefa coletiva.

Não obstante, professores do campo da educação permanente e da educação popular em saúde de outros estados se fizeram pre-

sentes no encontro. os conferencistas do rio grande do sul e de pernambuco contribuíram de forma singular com suas experiências vivenciadas em seus estados de origem; assim como sua militância em defesa do SUS, expondo os avanços e desafios vivenciados em suas realidades locais. As oficinas e rodas de conversa também foram marcos no processo de construção de conhecimento e rompimento de fronteiras quanto ao entendimento dos sus no Amazonas.

Os textos que foram desenvolvidos especificamente para cada encontro trouxeram um novo olhar, uma ressignificação de nossas práticas profissionais em nosso cotidiano de trabalho, seja na gestão ou no âmbito do trabalho em saúde. entendi que se iniciou nesse momento a provocação sobre do plano de intervenção, que seria critério de conclusão do programa de especialização. Houve um entendimento dos alunos de que o projeto de intervenção seria alusivo a um problema de gestão, cuja solução interferiria nos processos gestores e de práticas de trabalho no alcance para dentro do município e que extravasasse para a regional de saúde.

Percebi a intervenção mais do que uma prerrogativa do trabalho de conclusão de curso exigido por lei, como mote de implicação concreta pelos alunos à luz dos processos formativos da educação permanente. Indo mais além, qualquer outro modelo de trabalho final não imprimiria a significância e o significado do processo de intervenção do cotidiano do trabalho, ou melhor, o que importava primordialmente não eram os resultados da intervenção, mas o processo de interferência e as estratégias de comunicação, parceria, execução para conquistar a intervenção. Por fim, entendi que o fim do curso era na verdade o meio e que a alma do curso vai além dos limites do próprio curso e o mesmo foi o catalizador de compromissos e ideais para os alunos-gestores.

A educação permanente penetrava nos corpos e eu senti isso. os encontros regionais neste módulo tornaram-se muito mais produtivos, levando em consideração o processo de crescimento dos

alunos. foi neste módulo que comecei a intervir em minha realidade profissional na cidade de Manacapuru, fazendo uso da educação permanente como ferramenta de mudança do processo de avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde na atenção básica. isso me trouxe ainda mais para perto da essência da tutoria que forma o outro, quanto às minhas práticas profissionais, à minha conduta gestora e tomadas de algumas decisões e à minha vida pessoal, tanto que parei de fumar, por exemplo, pois sentia que isso dependia de minha governabilidade. Ressignifiquei minha vida.

A educação permanente como reorientadora do modelo de atenção à saúde no brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que seja encarnado na prática concreta dos serviços de saúde. nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho" (ferlA, ceccim, AlbA, 2012; pinto; sousA; ferlA, 2012; ceccim, merHY, 2009; brAsil. ministério da saúde, 2005; ceccim, 2005).

Os textos, os encontros com alunos mediados pela minha vivência que se transformava, me atordoavam o pensamento que se modificava. Aos poucos, mas de repente, me vi reinventando minhas práticas de trabalho, minha conduta tutorial e minha vida.

3º ato: a ressignificação do eu e o impacto do curso na região de saúde

A ressignificação sobre mim veio no final do curso, e junto vieram o aprimoramento das conduções das metodologias ativas e a percepção inovadora do processo ensino-aprendizagem.

A dinâmica da turma foi diferenciada, tanto motivada pela me-

todologia da educação permanente como pela particularidade da região do baixo Amazonas. As atividades foram surgindo pelo contexto e pelas necessidades locais. tanto os encontros regionais como os estaduais, se constituíram como espaços de trocas de experiências, de compartilhamento de ideias e de conhecimento das especificidades culturais e políticas de cada região (scHWeicKArdt et al., 2015).

A metodologia ativa é colocada na prática em toda a sua essência com uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado, através da elaboração dos planos de intervenção pelos alunos-gestores. este foi o sentido das metodologias ativas neste curso: ativar o pensamento, trabalhar em cima das informações, debatê-las, conversar sobre os informes com parceiros de atuação, confrontando reflexões com as situações reais do cotidiano, ou seja, ancorada na realidade, na vida em ato, para dela retirar os elementos necessários que conferem sentido e significados ao processo de aprendizagem (scHWeicKArdt et al., 2015).

É neste sentido que o processo de ensino-aprendizagem que já vinha sendo desenvolvido de maneira efetiva começa a tomar cada vez mais corpo e os alunos gestores a terem mais segurança na realização de um plano de intervenção exequível e dentro de sua governabilidade, problematizando sua realidade através da reflexão crítica em conjunto com os atores sociais envolvidos no processo de construção conjunta, e identificando estratégias de intervenção, fazendo uso da educação permanente, que mudem a realidade local e regional.

A obtenção do conhecimento significativo dos pressupostos da educação permanente foi um grande ganho para a minha vida, conforme dita a política:

A educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e

ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (brAsil. ministério da saúde, 2009).

O empoderamento dos atores sociais que desenvolvem as políticas públicas do sus é fundamental, pois sem o conhecimento necessário a respeito das ferramentas necessárias para se procurar modificar uma realidade tornando-a melhor fica inviável qualquer tipo de boa vontade (feuerWerKer, 2005). então, o acesso ao conhecimento e o aprendizado significativo, aplicado e transformador, são questões essenciais para revermos o processo de ensino-aprendizagem de cursos de pós-graduação. Até mesmo porque a formação acadêmica não te traz toda bagagem de conhecimento para o desenvolvimento de suas atividades profissionais e pessoais em sua excelência. o papel das instituições públicas, tais como a fiocruz/Am, tem uma importância crucial para o fortalecimento e consolidação do sus no Amazonas e no brasil, no sentido de ofertar suporte ferramental e aporte teórico-prático para que gestores e trabalhadores da saúde possam promover a mudança da sua realidade do cotidiano, proporcionando autonomia gestora nos processos de tomadas de decisão. o curso interviu em mim, sobretudo nos cenários dos serviços de saúde dos municípios do baixo Amazonas.

O impacto na regional de saúde foi inevitável. desse modo, tivemos a educação permanente em espaços das redes de Atenção à saúde, na Atenção básica em saúde, na gestão da Atenção à saúde, na educação em saúde, na saúde indígena, na Vigilância em saúde, na Assistência Hospitalar. A educação permanente foi objeto de atenção específica nas propostas de criação de Núcleos de EP na gestão municipal, nos hospitais, nas unidades de saúde e na comissão intergestores regional (cir). Além de potencializar as ações de serviço, a educação permanente nesses espaços foi entendida como lugar estratégico na gestão.

Considerações finais

Esta experiência foi altamente significativa no que tange ao amadurecimento profissional e pessoal, pois ser um facilitador não foi nada fácil, porém gratificante e transformador. Tivemos que nos desnudar e nos desconstruir para que pudéssemos alcançar os objetivos do programa de especialização e principalmente para que pudéssemos estar nos reconstruindo com uma nova postura e atitudes que venham a condizer com a mudança das práticas viciadas do serviço.

outro diferencial neste programa de especialização foi à possibilidade de se proporcionar a formação coletiva de tutores e gestores, tanto do nível superior, quanto médio. o processo de formação dos gestores e profissionais de saúde foi acompanhado por tutores que também estavam em formação. Assim, tivemos alunos-tutores e alunos-gestores que se formaram no processo juntos. no processo de aprendizagem, dividiam o mesmo espaço alunos de especializa- ção e de aperfeiçoamento, significando que não importava tanto as diferenças de formação, mas o seu lugar como um sujeito de gestão. o uso da metodologia ativa no processo de construção de coletiva reconhecendo no outro uma fonte de conhecimento e experiência de vida independente do seu grau de escolaridade condisse com um dos princípios de avaliação do curso: da alteridade.

Diante do exposto, fica nítido o processo de crescimento e empoderamento de gestores e tutores durante todo o programa de especialização e aperfeiçoamento de educação permanente em gestão regionalizado do SUS no Amazonas. Identifiquei uma sensibilização dos profissionais quanto à importância deste processo de busca de uma visão crítica de sua realidade locoregional, de que cada território tem sua característica específica, e que cada área tem que ser tratada de maneira diferenciada, de acordo com os seus condicionantes e determinantes sociais, locais e regionais.

Esta experiência como tutor, fazendo parte de todo o processo de desenvolvimento do curso de especialização, fica marcado em minha vida. os processos formativos na educação permanente proporcionaram a reinvenção e edificação do "ethos" de tutor. O ser "tutor-gestor-trabalhador" fica fortalecido depois de uma intensa maratona de encontros com pessoas, com ideias, com propostas de intervenção que foi disparador de processos regionalizados da gestão do sistema estadual de saúde, que vislumbrou produção de inteligência e a consolidação do sus no Amazonas.

referências

ABRAHÃO, M. H. M. B. Memoriais de formação: a (re)significação das imagens -lembranças/recordações-referências para a pedagoga em formação. **Educação**, porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 165-172, maio/ago. 2011.

Albuquerque, V.s. et al. A narrativa da prática como uma estratégia de construção do conhecimento na formação superior em saúde. **Educar em Revista**, curitiba, n.2, p. 191-206, 2010.

brAsil. ministério da saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.** regulamentação da lei 8080/1990 da saúde. brasília, 2011.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde. departamento de Atenção básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. brasília: ms, 2005.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. departamento de gestão da educação em saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. brasília: ms, 2009.

ceccim, r. b. educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975–986, dez. 2005.

ceccim, r. b.; merHY, e. e. um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 531–542, 2009.

ferlA, A. A.; ceccim, r. b.; AlbA, r. d. informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS**, rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012.

feuerWerKer, l. modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do sus. **Interface(Botucatu),** botucatu, v. 9, n. 18, p. 489–506, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, brasília, df, v. 6, n. 2, 2012.

frAnco, t. b.; bueno, W. s.; merHY, e. e. o acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de betim, minas gerais, brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345–353, abr. 1999.

fiocruz. **Programa de formação em gestão regionalizada do Sistema Úni- co de Saúde (SUS) no Amazonas.** manaus: fiocruz/ilmd, 2013. disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/regionalizacao/ acervo/arquivos/geral/manual-do-aluno>. Acesso em: 22 fev. 2016.

gArnelo, l.; WrigHt, r. doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas baníwa. **Cadernos de Saúde Pública**, rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001.

MARCOLINO, T.Q.; MIZUKAMI, M.G.N. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional. **Interface (Botucatu)**, botucatu, v.12, n.26, p.541-547, 2008.

merHY, e. e. o ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. in: brAsil. ministério da saúde. **Ver-SUS Brasil:** caderno de textos. brasília, df: ms, 2004. p. 108–37.

oliVeirA, m. l. et al. pet-saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 105–111, mar. 2012.

pinto, H. A.; sousA, A.; ferlA, A. A. o programa nacional de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Saúde em Debate**, rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 358–372, 2012.

rossi, f. r. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, brasília, df, v. 58, n. 3, p. 305–310, 2005.

scHWeicKArdt, J. c. et al. **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde:** saberes e fazeres no território do Amazonas. porto Alegre: rede unidA, 2015.

toledo, r. f.; giAtti, l. l.; pelicioni, m. c. f. urbanidade rural, território e sustentabilidade: relações de contato em uma comunidade indígena no noroeste amazônico. **Ambiente & sociedade**, campinas, v. 12, n. 1, p. 173–188, jun. 2009.

Capítulo 6

Educação Permanente em Saúde como estratégia para o fortalecimento da equipe multiprofissional no tratamento de diabetes no município de Parintins/AM

Luene Silva Costa[31]

Elaine Pires Soares[32]

Solane de Souza Pinto[33]

Danielli Figueiredo Fernandes[34]

Reidevandro Machado da Silva Pimentel[35]

31Enfermeira da Estratégia Saúde da Família / SEMSA/Parintins.

32Coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Padre Colombo/Parintins.

33Enfermeira da Estratégia Saúde da Família / SEMSA/Parintins.

34Enfermeira da Estratégia Saúde da Família / SEMSA/Parintins.

35Enfermeiro do Instituto Federal de Educação do Amazonas – IFAM/Parintins.

Capítulo 6

O presente texto tem como objetivo relatar a experiência da implantação de uma equipe multidisciplinar e suas atividades com o paciente "portador" de diabetes mellitus no município de parin- tins, estado do Amazonas. A proposta surgiu a partir da necessidade de melhorar a adesão ao tratamento e, consequente, a diminuição de amputações de membros inferiores. A implantação desta equipe ocorreu após a elaboração do projeto de intervenção no desenvolvimento do programa de educação permanente em gestão regionalizada do sus no Amazonas, realizado em 2013[36].

O programa teve como objetivo atuar como um "disparador de processos regionalizados da gestão do sistema estadual de saúde, servindo como estratégia de produção de inteligência sobre o sus no Amazonas" (fiocruz, 2013, p. 15). A proposta foi fruto de uma construção coletiva, que priorizou a produção de conhecimento nas realidades regionais do estado do Amazonas. A metodologia do programa utiliza-se dos princípios da educação permanente em saú- de (EPS), que parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (scHWeicKArdt et al., 2015).

Este trabalho enfoca a importância da eps no processo de trabalho da equipe multidisciplinar e ressalta a situação dos pacientes em relação à patologia (dm), assim como as estratégias utilizadas

36O Programa foi realizado pelo Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazonas, com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM), sendo assessorado por docentes do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)(FIOCRUZ, 2013).

para adesão, acompanhamento e planos de cuidado da população afetada. A equipe multidisciplinar adotou essa estratégia como uma forma de mobilizar a equipe em torno de uma necessidade e de um problema de saúde pública.

A equipe multidisciplinar foi proposta à gestão municipal de saúde como uma estratégia e uma justificativa para minimizar os casos de amputações de membros inferiores de pacientes diabéticos. A pessoa com diabetes apresenta um risco de 25% em apresentar úlceras nós pés ao longo da vida. daí a importância de ações preventivas por meio do exame frequente dos pés e a promoção do autocuidado, por profissionais da Atenção Básica, sendo esta prática de vital importância para a redução das complicações (brAsil. ministério da Saúde, 2013a). Esta foi uma das situações-problema que justificou a criação de um grupo multidisciplinar para a educação e acompanhamento dos diabéticos no município.

O projeto sobre diabetes mellitus foi discutido com trabalhadores das equipes da estratégia saúde da família (esf), que assistem estes usuários. na reunião, encaminhou-se a formação de um grupo multidisciplinar em que se propôs utilizar a educação permanente em saúde como uma metodologia para o trabalho da equipe e na relação com os usuários, com o objetivo de fortalecer a adesão dos pacientes no tratamento do diabetes mellitus, visando prevenir complicações inerentes ao pé diabético no município. Vale ressaltar aqui que mesmo tendo como objetivo diminuir casos de pés diabéticos e suas possíveis amputações, o grupo entende que, para se alcançar tal objetivo, é imprescindível que estes tenham uma visão mais ampla das condições de vida e saúde dessa população. Assim, entendemos a importância de trabalhar esse agravo com uma equipe multiprofissional, colocando em ato a Educação Permanente como eixo central das ações.

A educação permanente é uma política de saúde que foi instituída e 2004, e reformulada em 2007, como estratégia para forta-

lecer o SUS, visando trabalhar, transformar e qualificar as práticas de saúde dentro do quadrilátero ensino, gestão, atenção e controle social (mArAndolA et al., 2009). o objetivo da eps deve ser "a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde" (ceccim; feuerWerKer, 2004). foi lançada como política para formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde, entendida como uma das diversas ferramentas utilizadas pelo ministério da saúde (ms), que busca superar limites, tanto na formação quanto das práticas tradicionais de saúde, visando o cuidado integral (mArAndolA et al., 2009).

De acordo com o ministério da saúde: "A educação permanen- te possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social" (brAsil. ministério da saúde, 2005, p. 7). é uma estratégia política para favorecer mudanças, inclusive junto às entida- des formadoras, ressaltando que a identificação de problemas a serem solucionados pelo ensino e pesquisa deveria interagir com os cotidianos vivos onde estão trabalhadores e os usuários (fiocruz, 2014).

Ceccim e Feuerwerker (2004) descrevem que para se alcançar a atenção integral à saúde, a Atenção básica, cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do sistema único de saúde (sus), por estar mais próxima da população. ela deve buscar em toda sua plenitude a atenção integral e de qualidade, resolutividade e o fortalecimento da autonomia do usuário no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto de redes e serviços. Estes mesmos autores afirmam que a EPS se mostra como uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o sistema, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle

social, para o enfrentamento das problemáticas reais de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação.

Educação Permanente em Saúde como estratégia no serviço

A equipe iniciou suas atividades em março de 2014, com um encontro pedagógico com os Agentes comunitários de saúde (Acs), no auditório de uma escola local. Essa reunião foi para firmar parceria entre a equipe multidisciplinar e o Acs, uma vez que esses profissionais são o elo entre a equipe de saúde e o usuário. O ACS passou a ser um importante agente de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita. como o Acs tem contato permanente com as famílias, entendemos que ações de educação permanente podem realizados com esses atores para a sua qualificação para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção das doenças e o acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

Posteriormente, foi elaborado um cronograma de atendimento, pois a equipe definiu juntamente com a ESF que esse atendimento seria itinerante e ocorreriam todas as quintas-feiras e que este percorreria todas as ubs do município, inclusive na zona rural. A equipe é composta por voluntários das áreas da medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, educação física e serviço social. A denominação que se deu à equipe multidisciplinar foi de *Grupo de apoio e cuidados ao diabético*, que iniciou os atendimentos na ubs mãe palmira e em seguida visitou as sete unidades de saúde da zona urbana e quatro unidades básicas da zona rural.

Nesse primeiro momento, o grupo encarou alguns problemas estruturais, sociais, econômicos, entre outros, que serviram de base para uma futura análise e reflexão do cotidiano e dos profissionais e dos problemas daquela população afetada. nesse sentido, a eps nos permitiu perceber que a relação entre ensino-aprendizagem mobiliza para o debate crítico, discutindo as questões e necessidades presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que

os problemas e a realidade concreta são os pontos de partida para a ação (SARRETA, 2009). "Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções" (brAsil. ministé- rio da saúde, 2005, p.8). baseado neste conceito, o grupo entendeu a importância da eps como ferramenta imprescindível no processo de cuidar do paciente diabético.

A equipe percebeu, ainda, que não é fácil e muito menos aplicável seguir à risca os protocolos, manuais de atendimento, entre outros documentos, elaborados ao acompanhamento desses pacientes, principalmente quando nos deparamos com os problemas locorregionais existentes. Vale ressaltar que não estamos aqui questionando o conteúdo de tais documentos, mas sim querendo dizer que estes nem sempre estão adequados à realidade da maioria desses usuários.

É importante ressaltar algumas experiências vivenciadas que ilustram algumas das nossas dificuldades. Após a classificação do grau de risco de um pé diabético, por exemplo, devemos orientá-lo e traçar planos de cuidado e promover o autocuidado. Até esse ponto, tudo bem, pois muitos desses planos já estão traçados em caderno de Atenção básica, como no caderno nº 36 (brAsil, 2013a), po- rém, quando nos deparamos com situações em que o paciente nos re- lata que não tem condições de aderir a um calçado adequado, então começam as nossas dificuldades, surgindo a necessidade de buscar parcerias para resolução de tais problemas.

Outras experiências vivenciadas são de cunho cultural, como a alimentação baseada na farinha de mandioca, rica em carboidratos, o qual contribui para aumentar os níveis glicêmicos de tal população. na fala dos usuários, aparece o uso de remédios caseiros e a prática de curandeirismo herdados dos povos indígenas. encontramos, em alguns pacientes, a prática de deixar de utilizar os medicamentos prescritos, para usar os remédios caseiros, ou o uso concomitantemente. Existe, ainda, a dificuldade de acesso à população rural pela

equipe multiprofissional, o qual só se dá por meio dos rios. Porém, isso para nós não foi um entrave, visto que essa experiência possibilitou a criação de estratégias viáveis, com o apoio da secretaria de saúde do município, que nos possibilitou a visita aos pacientes nos quatro polos existente na zona rural.

O grupo tem um diferencial no que se refere ao acolhimento, a escuta qualificada, a humanização no atendimento, o vínculo e a eps. Acreditamos que a educação permanente em saúde tem contri- buído com o aprendizado da equipe, permitindo que a fala do usuá- rio se faça presente. sempre nos perguntamos se estamos acolhendo bem nossos usuários, pois intuímos que acolher seja uma prática comum nos serviços, o que queremos diferenciar é a forma de como esse acolhimento se dá. o acolhimento está presente em todas as for- mas de se produzir o cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários no cotidiano dos serviços, nas ações/atos de receber e escutar as pessoas (brAsil. ministério da saúde, 2013b). nesse sentido, colocamos o acolhimento em prática e em análise para a reflexão. Sempre que a equipe multidisciplinar se reúne em roda de conversa, problematizamos as situações encontradas em cada atendimento. O acolhimento nos remete à sensibilização do profissional. procuramos trabalhar com uma metodologia de cuidado, buscando a construção de um vínculo entre os profissionais e o paciente.

Acolhimento é uma diretriz da política nacional de Humanização (pnH), sendo uma postura ética que implica na escuta do usuário, com a escuta qualificada conseguimos identificar problemas que dificultam a adesão ao tratamento por parte desses usuários, os quais vão além da tomada incorreta de seus medicamentos ou a falta de exercício físico. A proposta nos coloca na situação de aprendentes e nos permite uma aproximação da vida dos usuários, ao mesmo tempo em que nos permite criar estratégias para a mudança de abordagem dos problemas para a melhoria das condições de saúde do usuário.

Abaixo estão descritos alguns dos achados relevantes identificados nos pacientes que foram observados pelo grupo multidisciplinar. Alguns dados mostram pacientes descompensados, com níveis altos de glicemia, situações que contribuem para o surgimento de complicações próprias do diabetes e caracterizam a baixa adesão ao tratamento. na tabela que segue, estão descritos os tipos de atendimento realizados por especialidades.

Quadro 1 - descrição dos atendimentos realizados pela equipe multidisciplinar aos diabéticos do município de parintins, Am.

Tipo de Atendimento	Total p/ Atendimento
Médico	405
Enfermagem	405
Odontologia	263
Ed. Física	175
Nutricionista	354
Ass. Social	160
Total	1.762

Fonte: Prontuários dos pacientes atendidos pela equipe multiprofissional.

Foram atendidos neste primeiro momento 405 pacientes, dos 1.297 diabéticos cadastrados no programa Hiperdia, sendo estes 343 da zona urbana e 62 da zona rural. A maioria da amostra constituía-se por idosos 247 (60,9%). o envelhecimento populacional já é real em vários países em desenvolvimento, inclusive no brasil, em consequência ao aumento na expectativa de vida da população, atribuído a vários fatores. Entretanto, esse crescimento tem influenciado diretamente no aumento da prevalência de doenças crônicas que necessitam de tratamento específico, complexos e duradouros como o diabetes (AlmeidA et al., 2007).

Houve predominância do sexo feminino, 267 (65,9%), quan- do comparado ao sexo masculino, 138 (34,1%). segundo salgado (2002), quando se analisa a população total por gênero, observa-se um excedente do sexo feminino principalmente em idades avançadas, pois existe uma proporção maior de mulheres idosas do que homens idosos nesse grupo populacional. outra razão é que as mulheres procuram mais os serviços de saúde quando comparado aos homens. brito (2010) atribui essa desigualdade pelo motivo de que as mulheres são menos atingidas por doenças cardiovasculares, causa comum de morte após os 40 anos, pelo fato dessas, em geral, adotarem um estilo de vida mais saudável, possuindo menor hábito de fumar e beber, além de realizarem exames regulares independente do estado de saúde.

Outro achado relevante foi o uso da polifarmácia, termo adotado pelo grupo para descrever o uso de mais de um medicamento. observou-se que a maioria, 193 pacientes (48%), utiliza medicamento para o diabetes e outros agravos associados e, pelo menos 35 (8%), faziam uso de insulina. os medicamentos utilizados pela maioria dos pacientes que tratam o diabetes são a metformina 850mg e a glibenclamida 5mg. todos distribuídos gratuitamente nos serviços de saúde, bem como a insulina npH e a regular. por razões de custo-eficácia, o Ministério da Saúde preconiza como medicação de pri-

meira linha a metformina, seguida da glibenclamida e as insulinas já citadas anteriormente (brAsil. ministério da saúde, 2006).

Infere-se que a utilização de um número variado de fármacos pelos portadores de doenças crônicas possa ser um agravante na não adesão de seu tratamento. Hipócrates desde os primórdios da medicina já relatava o problema da baixa adesão, mas sua importância só passou a ser considerada a partir do século xx. segundo ele, o médico deveria estar ciente de que seus pacientes mentiam sobre a tomada correta de seus medicamentos (AlmeidA et al., 2007; bArbosA; limA, 2006).

Com relação aos testes de glicemia capilar, apenas 303 pacientes (74,8%) realizaram o referido teste. esta informação é alarmante sob o ponto de vista dos processos e fluxos do atendimento. Deste total, 245 pacientes apresentavam níveis glicêmicos que variavam de 141mg/dl a mais de 500mg/dl e apenas 58 (19,1%) apresentavam níveis glicêmicos que variavam de 70mg/dl a 140mg/dl. diante destes dados, evidenciou-se a falta da adesão ao tratamento do diabetes pelos pacientes avaliados, porém ainda não foi possível pontuar todos os fatores que implicam nesta realidade.

No entanto, é sabido que a falta de adesão ao tratamento de doenças é relativamente frequente em todas as faixas etárias, classes sociais e raças. isso faz com que a não-adesão ao regime terapêutico seja considerada um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais de saúde na atualidade (ALMEIDA et al., 2007). A não-adesão ao tratamento (incluindo medicamentos e cuidados necessários) é a principal causa para o desenvolvimento de complicações decorrentes do dm além do aumetar seus custos individuais, sociais e econômicos (orgAnizAção pAn-AmericAnA dA sAúde; orgAnizAção mundiAl de sAúde/opAs-oms, 2003).

é importante salientar que o dm é uma doença crônica, que necessita de tratamento complexo e que exige, na maioria das vezes, a

tomada de diversos fármacos com várias doses ao dia. por isso, uma abordagem multiprofissional é fundamental para o controle, tratamento e prevenção de complicações, assim como todas as doenças crônicas. o diabetes mellitus exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento (brAsil. ministério da saúde, 2006).

Diante disso, o grupo de apoio e cuidados ao paciente diabético acredita que o rastreamento em todas as pessoas com diabetes, para fins de identificação daquelas com maior risco de desenvolver úlceras nos pés podem ser beneficiadas com intervenções preventivas, que incentivem o autocuidado. o ms dispõe de um caderno de Atenção básica, intitulado estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, voltadas para o diabetes mellitus, publicado em 2013. As equipes de saúde encontram orientações valiosas de ações preventivas em relação ao pé diabético. no entanto, é um de- safio fazer com que essas práticas se tornem aplicáveis ao cotidiano e à realidade desses pacientes.

o diabetes Mellitus como problema de saúde pública

DM é uma doença crônica que se refere a um grupo heterogêneo de causas e de manifestações clínicas, e traz como comum o aumento da glicose, uma espécie de açúcar no sangue (costA; AlmeidA neto, 2009). esse distúrbio associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, faz do diabetes não uma doença, mas um grupo de doenças metabólicas (AmArAl; tAVAres, 2009). o diagnóstico do dm pode surgir a partir de sintomas clássicos como poliúria, polidipsia, polifagia, perda involuntária de peso, fadiga e fraqueza associados a uma dosagem alta de glicose no sangue (sociedAde brAsileirA de diAbetes, 2015; costA; AlmeidA neto, 2009).

A maioria dos casos de diabetes enquadra-se em duas categorias: o dm tipo 2, que abrange 90% dos casos e o dm tipo 1 res-

ponsável por 8% dos casos. outros tipos de diabetes são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos, doença pancreática exócrina, endocrinopatias, medicamentos, infecções, substâncias químicas, ou síndromes associadas ao diabetes (brAsil. ministério da saúde, 2013a). o diabetes gestacional, outra forma da doença, ainda não apresenta etiologia esclarecida, sendo considerado uma forma pré-clínica da patologia, podendo ser rastreado no pré-natal (brAsil. ministério da saúde, 2006).

O diabetes mellitus é um problema de saúde pública que atinge a maioria da população mundial, considerada a epidemia do século. Afeta cerca de 387 milhões de pessoas em todo o mundo. Até 2035, segundo previsão do Atlas de diabetes, 2014, é de que esse número chegue a 592 milhões. no país e no mundo em 2010, os custos relacionados ao dm foram estimados na faixa de 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde, isso está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações agudas e crônicas do dm, as quais geram alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde (brAsil. ministério da saúde, 2013a).

A prevalência dessa doença nos países da América central e do sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030 (brAsil. ministério da saúde, 2013). em 2000, o brasil apresentava uma prevalência de 4,6%, e ocupava a 8ª posição. estima-se que esta prevalência alcance 11,3% em 2030, levando o país para a 6ª posição. dados recentes divulgados pelo Atlas do diabetes da international diabetes federation, adaptada pela sociedade brasileira de diabetes, 2014, mostra que no brasil há cerca de 11,6 milhões de casos da doença na população considerada adulta (20-79 anos), estimando que 3,2 milhões de pessoas ainda não foram diagnosticadas (sociedAde brAsileirA de diAbetes, 2014). A falta do diagnóstico precoce dessa enfermidade implica, cada vez mais, no aparecimento de complicações que fazem do diabetes uma doença altamente dispendiosa para os cofres públicos (brAsil.

ministério da saúde, 2013a).

Não bastasse isso, a dificuldade da adesão é outro agravante que implica no sucesso do tratamento e possíveis diminuições de complicações inerentes à doença. Almeida et al. (2007), em seu estudo sobre adesão ao tratamento entre idosos, relaciona múltiplos fatores que influenciam a adesão: fatores externos ao paciente, fatores relacionais e fatores internos ao paciente. nos fatores externos estariam o acesso a medicamentos, as características da doença e do tratamento; nos fatores relacionais estaria o apoio social e a relação profissional-paciente, e já nos fatores internos ao paciente estariam os dados sociodemográficos, fatores psicológicos e crenças relativas à saúde. para o autor, a somatória desses fatores está intimamente ligada à dificuldade da aderência ao tratamento de suas doenças crônicas como o diabetes.

O que se sabe é que não existe um consenso na literatura de um padrão que estabeleça a taxa de adesão adequada para o trata- mento de enfermidades crônicas. barbosa e lima (2006), ao estuda- rem os índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no brasil e no mundo, concluíram que "é difícil detectar-se a falta de adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Ela pode variar de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas. A porcentagem é maior quando a falta de adesão está relacionada ao estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo etc". em muitos estudos, essas taxas são obtidas através de diferentes testes como de morisky-green, questão de Haynes, contagem manual de comprimidos, desfecho clínico, entre outros (sAntA Helena, nemes; eluf-neto, 2008).

Para Silva (2006), o autogerenciamento é o ponto principal no tratamento, especificamente, do diabetes. Esse só é alcançado nos pacientes que realmente desejam ter uma evolução satisfatória de sua doença e, consequentemente, com o mínimo de complicações. sugerindo que para se alcançar esse objetivo terapêutico, as práticas

de atuação que se baseiam no processo educacional e de conscientização são mais valorizadas e com melhores resultados a curto, médio e longo prazo em todo o mundo.

Sentidos: mudanças no âmbito pessoal e profissional

Quando o plano de intervenção foi criado e lançado como proposta a ser aplicada à prática do trabalho, pensávamos que não sairia do papel, pois precisava de parceiras e de aceitação por parte dos gestores. Além disso, necessitaria a disponibilidade de outros colegas de trabalho, pois a proposta era de formar um grupo multidisciplinar. no entanto, para nossa satisfação, ao mesmo tempo em que o projeto estava sendo elaborado, um médico também lançou a proposta de criar um grupo de educação e acompanhamento ao paciente diabético no município. Então, conseguimos unificar as propostas para as ações de implantação da equipe.

A experiência da educação permanente no serviço contribuiu com algumas mudanças na forma de abordar os problemas trazidos pelos pacientes em cada atendimento realizado. diferentemente do que ocorre na rotina dos serviços, conseguimos momentos de reflexão a partir das rodas de conversas, surgindo assim as problematizações sobre o tema. partindo do pressuposto de que a eps seja um "processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em analise" (ceccim, 2005).

As incertezas surgiram em vários momentos, uma delas foi em relação à percepção dos pacientes sobre a metodologia utilizada pelo grupo. perguntávamo-nos sobre a reação dos pacientes frente a um atendimento que envolveria várias avaliações num mesmo dia. teriam a paciência de passar por todas elas? muitas vezes, são avaliações demoradas, pois demandam tempo. mas, para nossa surpresa, aceitaram e elogiavam o trabalho, dizendo que jamais haviam vivenciado algo parecido. Tal situação poder ser verificada nos relatos a seguir:

> é um atendimento diferenciado, eu nunca tinha sido avaliada assim, eu gostei (p1).
>
> parabéns pelo trabalho, continuem, não desistam de realizar esse trabalho fantástico (p2).
>
> é um pouco demorado, mas é pra nossa saúde, né? eu gostei, só num dia a gente é atendido por vários profissionais (P3).

Geralmente, quando um paciente sai de um consultório médico com um encaminhamento para outro profissional, precisa ir à outra unidade de saúde ou enfrentar filas para agendamento de determinado atendimento. o que não ocorre no grupo, pois fazemos avaliação integral de seu estado de saúde. Alguns sentidos afloraram após a aplicabilidade deste processo, como a incerteza, o medo, a angústia. mas proporcionou, também, sentimentos de alegria, satisfação e felicidade em poder estar contribuindo para a atenção integral daquela população. É muito gratificante quando somos elogiados por um paciente, esse elogio surge como um estímulo para buscar novas estratégias, que favoreçam a melhoria da atenção que nós profissionais dedicamos aos nossos pacientes.

A EPS nos possibilita mudanças no âmbito profissional, quando nos permite aprender a desaprender. Às vezes, achamos que a verdade está sempre conosco, pelo fato de estarmos sempre na pessoa que ensina ou educa, o que não sabemos é que ensinar vai muito além de transmitir conhecimento. "ensinar e aprender é reconhecer formas de imensidão [...]. não se muda, nem se deve mudar uma cultura, o que fazemos é abrir a imensidão e estabelecer coletivos de construção do olhar, uma cultura pode se ressingularizar por for- ça da conversa, da troca, da interação, do desejo pela imensidão e pela aceitação do desaprender/reaprender, desapr*ee*nder/construir" (scHWeicKArdt et al., 2015, p.29).

Considerações Finais

Tratar e acompanhar um paciente diabético se constitui numa tarefa complexa, que exige da equipe de saúde a busca de novas tecnologias que os dê subsídios para resolução de problemas que emergem constantemente. A educação permanente em saúde se mostra uma ferramenta potente para a equipe multiprofissional, uma vez que essa possibilita a solução de problemas locais, através das reflexões e ações coletivas, as quais irão beneficiar tanto os profissionais quanto os usuários, ocasionando a transformação das práticas em saúde.

A atuação de uma Equipe Multiprofissional, com uma prática de eps para o acompanhamento dos pacientes portadores de diabetes, mostrou-se de suma importância na produção do cuidado. porém, o que nos deixa inquietos é a falta de um núcleo de eps no município, que possibilite uma mudança na formação dos nossos profissionais de saúde. O que vimos na prática é que pouco se fala em EPS, muitos profissionais nem a conhecem, ou a utilizam erroneamente como antônimo de educação continuada. neste sentido, marandola et al. (2009) acha importante o debate em torno do conceito de educação permanente, para que se torne uma ferramenta de reflexão e de transformação das práticas em saúde, visando o fortalecimento dos princípios do sus.

Na caracterização dos pacientes diabéticos, podemos observar que a maioria apresenta níveis altos de glicemia, o que contribui diretamente nas complicações cardiovasculares e de membros inferiores. esses índices mostram que o diabetes é sem dúvida uma doença que contribui, quando não tratada adequadamente, para uma diminuição da qualidade de vida das pessoas. conseguimos entender, no decorrer das atividades com esses diabéticos, a necessidade de levarmos em consideração as individualidades dessas pessoas e do o meio ambiente que as permeiam. Acreditamos que as atividades e a educação permanente em saúde possam melhorar os procedimentos de assistência ao paciente diabético e diminuir complicações, com consequente melhora na qualidade de vida.

Referências

AlmeidA, H.o. et al. Adesão a tratamento entre idosos. **Com. Ciências Saúde**, brasília, v. 18, n. 1, p.57- 67, 2007.

AmArAl, A. s., tAVAres, d. m. s. cuidados com os pés: conhecimento entre pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Eletr. Enf.**, goiânia, v. 11, n. 4, p. 801-10, 2009. disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a05.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2016.

bArbosA, r.g.b; limA, n.K.c. índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no brasil e no mundo. **Rev. Brás. Hipertensão.** são paulo, v. 13, n. 1, p. 35 – 38, 2006.

brAsil. ministério da saúde. conselho nacional de saúde. **Coletânea de Nor- mas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. brasília: minis- tério da saúde, 2006.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde. departamento de Atenção básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. brasília, df: ministério da saúde, 2013a.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde. departamento de Atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde. departamento de Atenção básica. brasília: ministério da saúde, 2013b.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde. departamento de Atenção básica. **Diabetes Mellitus**. caderno de Atenção básica n. 16. brasília: ms, 2006.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. departamento de gestão da educação na saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. brasília, df: ms, 2005.

brito, A. m. m. **Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde**: um estudo comparativo entre homens e mulheres. 177 f. 2010. dissertação (mestrado em psicologia)- universidade federal de santa catarina, centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, botucatu, v.9, n. 16, p. 161-77, 2005.

ceccim, r.g.; feuerWerKer, l. c. m. o quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

costA, A. A.; AlmeidA neto, J.s. **Manual de Diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividade física.** 5. ed. são paulo: sarvier, 2009.

fiocruz. programa de educação permanente em gestão regionalizada. **Relatório final do Programa de Educação Permanente em Gestão Regionalizada do SUS Amazonas**. manaus: fiocruz Amazonas, 2014.

fiocruz. programa de educação permanente em gestão regionalizada do sus Amazonas. texto de Apoio. **Manual do Programa**. manaus: fiocruz Amazonas, 2013.

mArAndolA, t.r. et al. educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, jun. 2009.

mendonçA, f. f. formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores. **Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina**. londrina, 2008.

orgAnizAção pAn-AmericAnA dA sAúde; orgAnizAção mun- diAl de sAúde/opAs-oms. **Doenças crônicas Degenerativas e Obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. brasília: opAs, 2003.

sAlgAdo, c. d. s. mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento**, porto Alegre, v.4, p. 7-19, 2002.

sArretA, f. o. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. são paulo: cultura Acadêmica, 2009.

scHWeicKArdt, J.c. et al. **Educação Permanente em Gestão Regionalizada em Saúde:** saberes e fazeres no território do Amazonas. porto Alegre: rede unida, 2015.

silVA, c. A. b. A educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. **RBPS**, fortaleza, v. 19, n. 4, p. 195-196, 2006.

sociedAde brAsileirA do diAbetes. **Atlas do Diabetes**. international diabetes federation, 2014. disponível em: <http://www.diabetes.org.br>. Acesso em: março de 2014.

sociedAde brAsileirA de diAbetes. **Diretrizes da Sociedade Brasilei- ra de Diabetes**: 2014-2015. 2015. disponível em: <http://www.diabetes.org.br/novas-diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes>. Acesso em: 06 mar. 2016.

Capítulo 7

Hospitais de ensino no estado do Pará: uma análise recente de sua atuação

Ana Vicentina Santiago de Souza[37]

Márcia Roberta de Oliveira Cardoso[38]

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira[39]

37 Servidora da Secretaria Estadual de Saúde do Pará

38 Docente e pesquisadora da Universidade Federal do Pará

39 Docente e Pesquisador da Universidade Federal do Pará e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Capítulo 7

O estado do pará conta hoje com uma população de 7.581.051 habitantes (ibge, 2010), área territorial de 1.247.954,66 km² (ibge, 2010), densidade demográfica de 6,07 hab/km² (IBGE, 2010) e 144 municípios, dos quais belém, a capital, dispõe de 4 (quatro) hospitais certificados como hospital de ensino (HE), enquanto há apenas um no interior do estado, em santarém, no baixo Amazonas.

Os hospitais de ensino (He), de acordo com reis (2011), tem como importância social a formação de um número expressivo de profissionais de saúde em unidades de procedimentos de média e alta complexidades e produção de pesquisas clínicas e relacionais, sendo, às vezes, os únicos serviços desse porte em algumas regiões do país. como pontos da rede de atenção à saúde, os Hes devem ter qualificação dentro da gestão, integração com os demais pontos da rede e de boa prática de ensino e da pesquisa. somente em 1990, os Hes passaram a ser remunerados pelo sistema único de saúde (sus), e em 1991 foi criado o fator de desenvolvimento do ensino e da pesquisa (fideps), sendo este incentivo incorporado ao custeio em 1999.

Em 2003, foi configurada no Brasil uma das maiores crises dos Hes, conforme aponta reis (2011), que de alguma forma oportunizou medidas com o objetivo de avaliar e diagnosticar aquela situação. movimentaram-se quatro ministérios, a saber: saúde, ciência e tecnologia, planejamento e educação, dando lugar para a discussão das seguintes dimensões: 1) a assistência integral dentro e fora do hospital, e a atuação das equipes multiprofissionais e as linhas de cuidado em saúde; 2) a gestão colegiada ampliada e horizontalizada e reforço substancial na linha do financiamento; 3) o ensino e pesquisa, como campo de prática para a formação e pós-graduação; 4) a avaliação tecnológica, com a capacidade de avaliar tecnologias decorrentes do uso de saber bem estruturado, como a clínica e a epi-

demiologia e aquelas relacionais no espaço intersubjetivo dos profissionais de saúde e pacientes.

De acordo com barbosa neto (2008), as portarias interministeriais mec/ms e do próprio ministério da saúde (portarias interministeriais mec/ms nº 1.000, 1005 e 1006, e portarias ms nº 1.007 e 1.702, todas de 2004), posteriormente reformuladas e condensadas nas portarias interministeriais nº 2.400 e 2.401, desenharam um arcabouço de implementação dessa nova política, substantivada nos termos *certificação* e *contratualização* dos hospitais de ensino. recentemente, entrou em vigência a portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de ensino (He) em substituição à portaria interministerial nº 2.400/mec/ms, de 2 de outubro de 2007 (brAsil. ministério da educação, 2007).

O processo de Certificação é conduzido conjuntamente pelos ministérios da educação e da saúde e resume-se à conferência dos critérios estabelecidos pelas portarias citadas, mediante análise documental e visita à instituição, com objetivo de verificar *in loco* as suas reais condições de funcionamento. A visita de avaliação ao estabelecimento hospitalar é realizada por um grupo técnico de Certificadores dos dois Ministérios, gerando relatório de visita, que posteriormente será analisado pela comissão interministerial de Certificação de Hospitais de Ensino, a qual deverá emitir parecer conclusivo.

Desta forma, caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda ao estabelecimento hospitalar parecer favorável à certificação como HE, será editado ato específico dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação certificando o estabelecimento de saúde como Hospital de ensino. caso a referida comissão conceda ao estabelecimento hospitalar parecer indicando um termo de Ajuste, o estabelecimento hospitalar deverá, dentro do prazo estabelecido, atender às pendências listadas. A certificação como HE poderá ter validade

de 2 (dois) anos, 3 (três) anos ou 5 (cinco) anos, a depender da pontuação obtida na avaliação dos indicadores pertinentes ao escopo de atuação do estabelecimento hospitalar, conforme o estabelecido pela portaria de certificação vigente (BRASIL. Ministério da Educação, 2015a).

No Estado do Pará, os primeiros hospitais certificados em 2004 foram o Hospital universitário João de barros barreto (HuJbb) e a fundação santa casa de misericórdia do pará (fscmpA), com beneficiamento também da política de contratualização, que resultou em um importante equilíbrio financeiro.

Em 2015, encontram-se certificados também o Hospital Ophir loyola (Hol), a fundação Hospital de clínicas gaspar Vianna (fHcgV) e o Hospital regional do baixo Amazonas (HrbA), ocorrendo assim um aumento significativo de programas e vagas de residências médicas e residências multiprofissionais em saúde. Apesar desse avanço, referente à formação de profissionais para atuar no SUS, é possível inferir que um pequeno percentual desses profissionais adentra aos serviços públicos de saúde, ficando sua atuação restrita ao mercado privado de saúde.

A partir do ano de 2011, a secretaria de estado de saúde pública do Pará (Sespa) iniciou trabalhos voltados para apoiar a Certificação dos Hospitais públicos em Hospitais de ensino (He), instituindo uma comissão estadual, Comissão de Apoio a Certificação dos Hospitais públicos estaduais em Hospital de ensino (ccHe), responsável por esse trabalho, sendo subordinada diretamente ao gabinete do secretário, a partir de 2011.

Assim, neste capítulo, pretende-se primeiro realizar um breve panorama avaliativo acerca das dimensões da Política de Certificação de He no estado do pará, embasadas pelas diretrizes e elenco de exigências apontadas nas portarias interministeriais nº 2.400/07 e nº 285/2015. no segundo ponto, propõe-se abrir uma discussão para as principais mudanças abordadas por esta última portaria interminis-

terial, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (He), destacando algumas intervenções anunciadas no cenário, como: o significado da Segurança do Paciente; as classificações dos hospitais de ensino He tipo 1 e He tipo 2, voltadas para a política nacional de saúde e suas áreas prioritárias de intervenção; a validade da certificação a ser alargada para até 5 anos, antes dois anos; a ampliação das comissões Assessoras da gestão hospitalar e a inclusão dos complexos hospitalares, já na vivência de vários estados.

A secretaria de estado de saúde pública do pará (sespa), por meio da Comissão Estadual de Apoio à Certificação dos Hospitais públicos em Hospitais de ensino (ccHe), realizou no segundo semestre de 2015 uma "Oficina de Compartilhamento de Experiências sobre o processo de Certificação dos Hospitais como Hospitais de ensino do estado do pará", que teve como objetivo apoiar e avaliar o processo de Certificação e Recertificação dos hospitais com base na já citada portaria interministerial nº 285/2015 (brAsil. minis- tério da educação, 2015a).

A metodologia de análise quanto ao processo de certificação dos hospitais de ensino do estado do pará e do breve panorama avaliativo das dimensões de um He se deram principalmente a partir de informações coletadas nesta oficina e também baseados nos documentos institucionais elaborados pela equipe técnica da ccHe/sespa, ao qual dois dos autores compõem a comissão. para isto, foi elaborado um instrumento de coleta e sistematização de dados, destacando os principais requisitos exigidos pela nova portaria de certificação elencados por dimensão, a saber: dimensão da gestão; dimensão da atenção integral; dimensão do ensino, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde.

A partir daí, foram confeccionados para a análise das informações os mapas dialógicos que, de acordo com spink (2000), se constituem como um dos passos iniciais da análise e pode auxiliar pesquisadores/as em uma aproximação com o material coletado, na

organização das informações e no norteamento da discussão. dentro desse contexto, apresentaremos, a seguir, a análise e reflexão dos principais pontos discutidos e problematizados a partir das dimensões de um He.

Dimensão da gestão

de acordo com cecílio e merhy (2003), para pensar a gestão de um hospital é necessário saber quais mecanismos de coordenação são adotados para gerenciar, da melhor maneira possível, o seu cotidiano. convivem, nos hospitais, múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas bem diferentes.

Alves (2009) aponta que, historicamente, o modelo biomédico norteou não só a gestão em saúde como a formação de seus profissionais, influenciando-as até os dias atuais, caminhando de modo paralelo à assimilação dos novos modos tecnológicos que buscam inverter o paradigma dominante. este se constituiu apoiado em paradigmas científicos conservadores que defendiam uma abordagem altamente tecnicista e especializada das questões de saúde, conferindo ao hospital a centralidade na formação dos profissionais das áreas biomédicas e no processo terapêutico, e que, hoje, estão sendo reconsiderados nos novos programas do sus, na contribuição de aportes teóricos de vários autores que buscam entender o hospital em sua especificidade quanto ao ensino e assistência, além de introduzir importantes discussões sobre a integralidade e sua relação com a gestão, processo de trabalho e produção do cuidado, todos com possível interferência na gestão da assistência.

Para análise da dimensão da gestão foram considerados neste estudo: 1) o perfil assistencial; 2) os leitos operacionais; 3) as comissões assessoras; 4) os programas e políticas prioritárias do sus; 5) a regulação e a contratualização; 6) a política nacional de Humanização; 7) o Programa de Educação Permanente; 8) a profissionalização da gestão.

Os Hospitais de ensino constituem as principais referências das redes de Atenção à saúde e, dentro desse contexto, apresentaremos as grandes áreas de atenção dos hospitais de ensino de média e alta complexidade do estado, a saber: HuJbb – referência para doenças infecto-parasitárias (inclusive Aids), pneumologia, além das doenças metabólicas; fscmpA – referência materno-infantil e hepatologia; fHcgV – referência em nefrologia, cardiologia, psiquiatria e gestação de alto risco; Hol referência em oncologia por meio do centro de Alta complexidade em oncologia (cacon) e neurologia; HrbA – referência em oncologia por meio da unidade de Assistência de Alta complexidade em oncologia (unacon), traumato-ortopedia e nefrologia.

Todos os hospitais de ensino do estado atendem à média e à alta complexidade e dispõem de 1.246 leitos operacionais, que cor- respondem a 73% dos leitos do estado e 185 leitos de retaguarda que correspondem a 53% dos leitos estaduais, de acordo com dados do plano estadual de saúde 2012-2015 e plano estadual de Apoio à Certificação de Serviços de Saúde Pública em Unidades de Ensino e pesquisa 2015-2019 (pArá, 2014).

A Atenção Hospitalar tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência no sistema único de saúde. é indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção (brAsil. ministério da saúde, 2011).

Os hospitais de ensino do estado abrangem as políticas prioritárias do sus nas seguintes redes de atenção: rede cegonha, rede oncológica, rede de Atenção psicossocial e rede de urgência e emergência que vão reforçar as linhas de cuidados essenciais na atenção hospitalar.

por linhas de cuidado entende-se a estratégia de organização

da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (brAsil. ministério da saúde, 2011). no que se refere à regulação e contratualização, os hospitais de ensino da capital são regulados e contratualizados pela secretaria municipal de saúde de belém (sesma), sendo que o Hospital regional do baixo Amazonas (HrbA) é regulado pelo município de santarém, onde está localizado.

Em 2004, a face mais visível dos avanços proporcionados pela contratualização foi a mudança no perfil de financiamento, resultando naquela época em equilíbrio econômico-financeiro e o enfrentamento das dívidas. no entanto, diretrizes para o ensino, educação permanente e incorporação tecnológica, fundamentais para a produção do "novo hospital de ensino", foram finalidades claramente "especificadas na implementação da política, que também não foi capaz de proporcionar mudanças consideráveis em relação à qualificação da gestão e da assistência", de acordo com reis (2011).

A situação atual apresenta um quadro de extrema dificuldade, na medida em que os contratos entre os hospitais de ensino e o município de belém já se encontram fora dos prazos, e que as novas negociações para as metas e recursos financeiros, por enquanto, dependem de consenso no nível local e recursos de acordo com o preconizado pelas portarias nº 3.410/gm/ms de 2013 e 142/2014 (brAsil. ministério da saúde, 2013; 2014).

A maioria dos hospitais de ensino do estado está com novos serviços que, por enquanto, não foram habilitados pelo ministério da Saúde, proporcionando um aumento considerável de déficit financeiro. A capacidade instalada dos leitos hospitalares mostra-se abaixo da demanda por serviços, assim como uma parte das unida-

des sofrem reformas estruturais, com algum tempo de demora na finalização das obras. Essa situação agrava a oferta dos serviços de média e alta complexidade.

As comissões assessoras responsáveis pelo apoio e enfrentamento das situações vivenciadas nos cuidados e nos problemas decorrentes com a falta de recursos materiais ou mesmo de fluxos, normas, rotinas e procedimentos, estão instaladas em todos os hospitais. entretanto, suas tarefas e ações são pontuais e descontínuas. o trabalho de organização das comissões foi bastante reforçado pela portaria interministerial nº 285/2015 (brAsil. ministério da educação, 2015a), que redefine a certificação de Hospitais de Ensino. de fato, novas medidas estão sendo reforçadas, para que o funcionamento dessas comissões possa surtir o efeito desejado: o assessoramento da gestão hospitalar na busca pela qualidade da assistência e do ensino.

A política estadual de humanização, pautada nas diretrizes da política nacional, tem se desenvolvido por meio de várias ações transversais e por meio da formação de apoiadores e multiplicadores institucionais com ênfase na aplicabilidade e desenvolvimento da política nacional de Humanização nos hospitais de ensino, além da composição de núcleos, câmaras técnicas e grupos de trabalho que conduzem essa política no âmbito hospitalar. o propósito dessa formação é proporcionar a reorganização dos serviços e estruturação das linhas de cuidados hospitalares. entretanto, ainda é pouco o tempo para avaliar o impacto dessas ações e os resultados do esforço contínuo, nos últimos anos. é importante ressaltar que nem sem- pre as ações de humanização desenvolvidas no âmbito dos serviços são reconhecidas como tal ou são de responsabilidade apenas de um setor ou grupo de trabalho, uma vez que ainda é possível observar uma visão distorcida acerca da compreensão da política nacional de Humanização.

No que diz respeito às ações pertinentes à política de educa-

ção permanente nos hospitais de ensino, nota-se que são voltadas para capacitações internas dos profissionais de saúde, a partir de um levantamento das necessidades no âmbito dos serviços. os problemas identificados nessas ações estão ligados aos recursos escassos para suas execuções, bem como dificuldade de liberação dos profissionais para participarem de cursos, eventos e oficinas. Em relação à profissionalização da gestão, a maioria dos gestores já possui pós-graduação *latu sensu* e/ou *strictu sensu*, entretanto, ainda se faz necessário abranger um número maior de chefias e lideranças no âmbito dos serviços hospitalares.

dimensão da Atenção integral à Saúde

Para cecílio e merhy (2003), pensar o tema da integralidade na atenção hospitalar a partir de uma abordagem completa, holís- tica, ampla e integral, é fazer uma relação direta com cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares. isso implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa no hospital.

Para análise da dimensão da Atenção integral à saúde foram considerados os seguintes pontos: 1) o direito dos usuários ao acompanhante e à visita aberta; 2) o programa de acolhimento por classificação de risco; 3) no programa nacional de segurança do paciente; 4) os serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento (sAdt); 5) o prontuário único dos pacientes; 6) a habilitação em média e alta complexidade.

Os aspectos arrolados nesta dimensão vêm significando um esforço muito grande por parte dos He no pará. A busca pela recertificação, agora normatizada pela Portaria Interministerial MS/MEC Nº 285/2015 é um desafio de organização do trabalho em linhas de cuidado, no arcabouço de uma equipe multidisciplinar e solidária.

pode-se dizer também que para o aperfeiçoamento do cuidado integral, são buscados recursos humanos capacitados, cujo trabalho vem se desenvolvendo no bojo da política de humanização.

Desde que foi criada, em 2003, a política nacional de Humanização (pnH) vem se consolidando em vários âmbitos de intervenção, partindo das bases estruturantes previstas em seu marco teórico-político. na medida em que foi se expandindo e se aprofundando na abertura de frentes de ação, a pnH passou também a se preocupar com um olhar avaliativo sobre seus processos, daí resultando em importantes investimentos em metodologias e instrumentos de avaliação (brAsil. ministério da saúde, 2008).

Enquanto dispositivos da política de Humanização, os He do estado vêm concentrando esforços para implantar e implementar a garantia dos direitos dos usuários quanto ao acompanhamento e à visita aberta, que embora sejam assegurados por lei, a maioria dos serviços de saúde vêm encontrando dificuldades em garantir esse direito, pela resistência da própria gestão e de alguns profissionais, por considerar que essa prática interfere na dinâmica institucional e nas clínicas de internação. Alguns hospitais disponibilizam guia de orientação para os pacientes e acompanhantes, contendo informações referentes aos direitos e deveres do usuário.

De acordo com sanches et al. (2013), nas últimas décadas e, em especial a partir dos anos 90 do século xx, tem-se valorizado o papel do acompanhante como facilitador no restabelecimento da saúde de pacientes internados em unidades hospitalares, assim como agente acelerador no processo de reabilitação. nesse sentido, faz-se necessário que a permanência do acompanhante junto ao usuário seja reconhecida como um direito. sendo assim, o ambiente hospitalar deve adaptar-se e seus profissionais precisam discutir e adotar estratégias que viabilizem a presença de novos atores, acompanhando a evolução das ações em direção à humanização da assistência.

Quanto à visita aberta, esta é uma proposta da política nacional

de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente (brAsil. ministério da saú- de. secretaria de Atenção à saúde, 2010). A presença do acompanhante, do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente no ambiente hospitalar é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. traz também uma reorientação na prática profissional, norteada na interação com o contexto de vida do paciente.

A história da instituição hospitalar é marcada pelo viés autoritário nas práticas de gestores e trabalhadores, enquadrados por normas e procedimentos rígidos em relação ao acompanhante e à visita. tais normas há muito não são questionadas e nem revistas. no entanto, com o reconhecimento do direito a acompanhante e à visita aberta nos hospitais privados, um outro cenário se apresenta à realidade no sus. A inclusão do familiar e do representante no espaço do cuidado provoca uma ressignificação do "*lócus* hospitalar" como difusor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, na medida em que promove mudanças na organização do processo de trabalho e de produção de saúde, numa perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da política nacional de Humanização (brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde, 2010).

Outro dispositivo da política nacional de Humanização, e que está sendo considerado neste contexto, é o programa de Acolhimento por Classificação de Risco, que é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim

como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do proces- so; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde, 2009).

O Programa de Acolhimento por Classificação de Risco, que atualmente encontra-se em alguns serviços hospitalares do estado, ainda é incipiente quanto a sua implantação e operacionalização, devido às discussões e necessidades de consenso e capacitação das equipes de saúde. esse programa está sendo induzido pela câmara técnica estadual de Humanização com a proposta de criação de projeto de lei, que garanta a implantação desse dispositivo em todas essas unidades de urgência e emergência e na alta complexidade em saúde. em algumas unidades hospitalares, esse dispositivo já está disponibilizado para o atendimento da população, sendo importante reforçar a formação das equipes e a adequação dos espaços físicos no âmbito hospitalar.

A situação dos serviços de diagnose e terapia apresenta-se necessitando de reposição e ampliação da capacidade instalada. e assim, em parte dos hospitais, encontra-se equipamentos não instalados porque dependem de recursos financeiros para adaptação e reformas nesses espaços para seu funcionamento.

Os He adotam para registro de evolução de pacientes os prontuários que são utilizados pela equipe multiprofissional, mas nem todos os hospitais de ensino do estado lidam com o prontuário único para os serviços no ambulatório e nas áreas fechadas do hospital. o prontuário eletrônico também já está em fase de implantação em alguns hospitais, porém, existe pouca iniciativa de investimentos para essa área.

Segundo Hora (2012), o prontuário de pacientes (tanto no formato tradicional, em papel, como o eletrônico) é um importante documento que, além de servir como fonte de pesquisa na área de saúde, também pode ser utilizado como fonte de pesquisas históricas, sociológicas e arquivísticas. ele possui atributos que demonstram como é tratada a saúde da população em determinados eventos históricos. O prontuário eletrônico, segundo o autor, pode ser definido como um conjunto de informações relativas ao paciente, armazenadas em formato digital e cujo objetivo principal é permitir a qualidade de atendimento, a veracidade da informação e a assistência médica e multiprofissional em lugares e cenários distintos.

Para o conselho federal de medicina (2012), o prontuário em papel apresenta diversas limitações, sendo ineficiente para o armazenamento e organização de grande volume de dados, apresentando diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico. A informação do prontuário em papel está disponível somente a um profissional ao mesmo tempo, possui baixa mobilidade e está sujeito a ilegibilidade, ambiguidade, perda frequente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso, fragilidade do papel e a sua guarda requer amplos espaços nos serviços de arquivamento.

No entanto, apesar do prontuário eletrônico reduzir o custo do tratamento e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente quando comparados aos registros de papel, segundo Hora (2012), as sociedades normatizadoras e reguladoras dos profissionais da saúde têm se preocupado muito com as questões éticas e legais do prontuário do paciente, onde a disponibilidade, a integridade, a auditoria, a confidencialidade e a privacidade, entre outros importantes aspectos que devem ser normatizados de forma transparente.

Dentro dessa conjuntura, o programa nacional de segurança do paciente é considerado uma ação nova na conjuntura dos requisitos da atual portaria de certificação dos HE. As unidades hospitalares

do estado já possuem os projetos e alguns protocolos em fase de implantação, validação ou revisão; assim como a implantação dos núcleos de segurança do paciente, e os investimentos estão sendo feitos na capacitação das equipes.

Segundo capucho et al. (2013), a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento hospitalar. o ministério da saúde instituiu o programa nacional de segurança do paciente (pnsp), por meio da portaria ms/gm nº 529, de 1° de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde na agenda política dos estados-membros da organização mundial de saúde (oms) e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia mundial da saúde (brAsil. ministério da saúde, 2014).

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente no país depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas (brAsil. ministério da saúde, 2014).

A partir desse contexto, a implantação e implementação dos dispositivos elencados no âmbito dos serviços hospitalares ficam prejudicados devido à situação de recursos financeiros escassos em todos os níveis de governo, o que vem impossibilitando a habilitação de novos serviços de média e alta complexidade, sendo que as unidades já estão disponibilizando esses serviços para os pacientes, sem o retorno para o pagamento de despesas de custeio.

Dimensão do Ensino, Pesquisa e Avaliação tecnológica

Os hospitais de ensino foram criados, de modo geral, para apoiar a formação de profissionais de saúde de nível universitário, conforme afirma Reis (2011), uma vez que as funções de ensino e pesquisa sempre foram essenciais a essas instituições, assim como a integração ensino-serviço. nesse sentido, e de acordo com Albuquerque et al. (2008), entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualida- de de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Para análise da dimensão do ensino, pesquisa e avaliação tecnológica, foram considerados os seguintes pontos: 1) programas de residência médica e residência multiprofissional; 2) convênios com as instituições de ensino superior – ies; 3) internato curricular e atividades curriculares; 4) acompanhamento realizado por docente/ preceptor; 5) comitê de ética em pesquisa implantado; 6) projeto institucional; 7) infraestrutura para o ensino; 8) desenvolvimento das atividades regulares de pesquisa científica em áreas da saúde; 9) avaliação tecnológica em saúde.

De acordo com a portaria interministerial ms/mec nº 285/2015 (brAsil. ministério da educação, 2015a), a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, voltada para a educação em serviço, funcionando em instituições de saúde, sob a orientação profissional; a residência multiprofissional é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada a, no mínimo, 3 (três) categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a categoria médica; e a residência profissional é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para

a educação em serviço e destinada a 1 (uma) categoria profissional específica que integra a área de saúde, excetuada a médica.

Nesse sentido, apresentaremos quadro com a relação dos programas de residência médica, residência multiprofissional e residência profissional por HE, vigentes no ano de 2015.

Quadro 1 – **r**elação dos programas de residência médica, residência multiprofissional e residência profissional por HE

HOSPITAIS DE ENSINO	PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA	RESIDÊNCIA PROFISSIONAL
HUJBB	Oncologia; Saúde do Idoso; Saúde da Mulher e da Criança	Anestesiologia; Clínica Médica; Cirurgia Geral; Dermatologia; Ginecologia e Obstetrícia; Infectologia; Medicina de Família e Comunidade; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Pediatria	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; Clínica Médica e Reprodução de Ruminantes e Equídeos; Clínica Médica e Cirurgia de Pequenos Animais; Enfermagem Obstétrica
FHCGV	Nefrologia; Saúde Mental; Saúde cardiovascular	Cirurgia Geral; Hemodinâmica; Psiquiatria; Clínica Médica; Nefrologia; Medicina Intensiva; Urologia; Cardiologia	-
HOL	Oncologia – Cuidados Paliativos	Anestesiologia, Clinica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Geral Programa Avançado Cancerologia Clinica, Cancerologia Cirúrgica, Endoscopia, Mastologia, Neurocirurgia, Nefrologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Urologia	Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial
FSCMPA	Atenção à saúde da mulher e da criança	Hepatologia; Cirurgia Pediatrica; Medicina Intensiva; Neonatologia; Nefrologia Pediátrica; Radiologia e Diag. p/ Imagem; Medicina Intensiva Pediátrica; Anestesiologia; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia Geral; Clínica Medica; Pediatria	-
HRBA	Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia	Cirurgia Geral; Ortopedia e Traumatologia; Cancerologia Cirúrgica; Pediatria; Anestesiologia; Neurocirurgia; Clínica Médica; Cancerologia Clínica; Infectologia; Ginecologia e Obstetrícia; Medicina Intensiva; Medicina da Família e Comunidade	-

FONTE: Hospitais de Ensino do Pará, 2015.

A presença dos residentes no âmbito dos serviços de saúde, de acordo com brehmer e ramos (2014), interfere e é fator que contribui para uma relativa melhoria na qualidade da assistência, equidade da atenção à saúde e ampliação do acesso aos serviços. o momento de imersão do residente no cotidiano dos serviços pode trazer recursos riquíssimos para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e gestão. Além disso, os autores ainda destacam que para corresponder às novas ou renovadas demandas, as instituições de saúde que recebem alunos, reorganizam sua estrutura e repensam suas práticas.

Nesse sentido, para Albuquerque et al. (2008), existe a possibilidade de transformar as práticas profissionais, porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

As principais dificuldades apontadas na área do ensino e pesquisa no âmbito dos hospitais de ensino do estado do pará constituem-se em obstáculos que devem ser transponíveis. nesse sentido, os principais desafios enfrentados pelos hospitais de ensino são o pouco amadurecimento e ausência de iniciativas que favoreçam: a criação de um modelo de atenção centrado no usuário e em linhas de cuidado; o mapeamento inteligente da rede de atenção à saúde; a melhoria da estrutura física e organizacional dos locais de prática (que também são espaços de atenção aos usuários do sus); integração das residências médicas e multiprofissionais; a atualização e ampliação do atual acervo bibliográfico das bibliotecas; a inclusão de novos profissionais na equipe de saúde no âmbito dos serviços; a capacitação de preceptores; a implantação de linhas de pesquisa;

a remuneração para preceptores; a maior inclusão dos residentes na rede de saúde; a pós-graduação *Stricto sensu* e *Lato sensu* para bancas de monografia e para o ensino no hospital.

Brehmer e Ramos (2014) ressaltam que as experiências de in- tegração ensino-serviço promovem avanços na aproximação entre universidades e instituições de saúde, na reorganização do ensino e da assistência à saúde e em relação à educação permanente. con- tudo, persistem desafios a serem superados, sobretudo no compar- tilhamento de objetivos e no estreitamento das relações com base no diálogo. para os autores, as situações reais de organização e im- plementação de integração ensino-serviço revelam nuances positi- vas, que contribuem para a consolidação dos objetivos propostos pelas políticas de educação e saúde. nestas mesmas experiências persistem entraves, emergem desafios a serem superados por todos os atores envolvidos no processo, seja na formação, bem como no processo de trabalho dos serviços de atenção à saúde.

Neste caso, a integração ensino-serviço no âmbito dos hospitais de ensino do estado ocorre por meio de celebração de convênios com as instituições de ensino superior (ies), tanto públicas quanto privadas. em geral, nos termos de convênio celebrados entre os hos- pitais e as ies são estabelecidas as responsabilidades de cada ente, bem como as contrapartidas das ies. é possível perceber a coexis- tência de conflitos entre as partes, principalmente após a inserção de estagiários de graduação e residentes nos cenários de práticas. cada hospital adota estratégias de negociação e pactuação de consensos para que essa relação seja ajustada no decorrer do processo.

Atualmente, os ministérios da saúde e da educação, por meio da portaria interministerial nº 1.124/2015 (brAsil. ministério da educação, 2015b), instituiu diretrizes para a celebração dos contratos organizativos de Ação pública ensino-saúde (coApes), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade

no âmbito do sistema único de saúde (sus). todos os movimen-

tos a favor de promover a integração ensino-serviço agregam novos elementos para romper a inércia que acomoda os sujeitos no seu fazer cotidiano, segundo brehmer e ramos (2014). trazer à tona das construções pedagógicas todos os sujeitos responsáveis pela formação reafirma que o processo é coletivo e está em construção, nele cada ator tem um importante papel e distintas responsabilidades.

Apesar desses inúmeros desafios, é possível notar avanços nessa área da integração ensino-serviço nos hospitais de ensino do estado, uma vez que estão engajados em preparar uma agenda plurianual de implementação das políticas públicas loco-regionais que englobem o mapeamento das redes de Atenção à saúde rAs; o estabelecimento de um calendário semestral de capacitação e formação de profissionais na perspectiva da educação permanente em saúde; o planejamento das atividades integradas das residências em saúde; a atualização do acervo bibliográfico e o cumprimento dos requisitos previstos pela portaria interministerial ms/mec nº 285/2015 (BRASIL. Ministério da Educação, 2015a), que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).

Albuquerque et al. (2008) aponta que é preciso investir na sensibilização dos atores inseridos nos cenários onde se desenvolvem os cuidados e o processo de ensino-aprendizagem. operacionalmente, a universidade deve se preocupar em identificar necessidades dos serviços e cenários de prática, estabelecendo pactos de contribuição docente/discente para tais serviços. devem estar incluídos nestes pactos: negociação de espaços, horários e tecnologias para adequação das atividades do serviço e das práticas educacionais. Além disso, em contrapartida, é fundamental a participação de profissionais dos serviços e usuários nas discussões educacionais de formação na área da saúde. é necessário criar mais espaços para a interlocução dos cursos, serviços, gestores e, principalmente, usuários. Os profissionais do serviço devem sentir-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais, assim como os docentes devem conside-

rar-se parte dos serviços de saúde.

Para Brehmer e Ramos (2014), o reflexo de uma articulação frágil e da ausência de um diálogo estável incide sobre as perspectivas dos papéis de todos os atores envolvidos no processo de integração ensino-serviço. “quem é responsável? quais as responsabilidades, as competências? Até onde vai o meu papel, no ensino e no serviço?”. essas perguntas inquietam docentes e trabalhadores dos serviços de saúde. em meio a estes questionamentos, emerge a necessidade de consolidação da interdisciplinaridade, ultrapassando os limites das organizações multiprofissionais onde não há interlocução entre as disciplinas e integração dos saberes.

Sem o diálogo permanente, segundo Albuquerque et al. (2008), não será possível gerar novas formas de interferir no processo de trabalho, na organização da assistência, nem no processo educativo da formação de um novo trabalhador. é preciso colocar no centro do diálogo o usuário, que deveria ser o beneficiário dos dois processos que se engendram nos mesmos espaços. Além disso, os autores ainda afirmam que a busca do cuidado integral também mantém relação com o movimento de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, considerada como uma estratégia para induzir mudanças mais profundas no processo de formação profissional; um elemento, em si mesmo, constitutivo de uma nova maneira de pensar esta formação. não se trata de transformar o espaço dos serviços de saúde e comunidade em prolongamentos dos hospitais de ensino, mas, sim, de construir espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes ao processo de produção de serviços, sem descaracterizar a natureza destes cenários reais.

No que tange à avaliação tecnológica em saúde, os hospitais de ensino do estado, em sua maioria, dispõem de um núcleo de avaliação tecnológica em saúde (nAts), além de contarem com ações estratégicas de avaliação referentes à: vigilância epidemiológica, farmacovigilância e padronização de medicamentos (farmácia); tec-

novigilância (engenharia clínica); hemovigilância (agência transfusional); vigilância em saúde do trabalhador, além de articular as atividades de pesquisa desenvolvidas no âmbito hospitalar.

Definem-se como tecnologias em saúde medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (brAsil. ministério da saúde, 2006).

A Avaliação tecnológica em saúde (Ats) constitui um processo abrangente de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em saúde, emergentes ou já existentes, desde a pesquisa e desenvolvimento até a obsolescência. Apresenta como fontes de investigação: eficácia, efetividade, segurança, riscos, custos, relações de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade, equidade, ética, implicações econômicas e ambientais das tecnologias, entre outras variáveis envolvidas na tomada de decisão dos gestores em saúde (brAsil. ministério da saúde, 2006).

A incorporação não sistematizada e o uso inadequado de tecnologias, de acordo com o ministério da saúde (brAsil. ministé- rio da saúde, 2006), implicam riscos para os usuários, assim como comprometem a efetividade do sistema de saúde. como as novas tecnologias tendem a ser agregativas, e não substitutivas, os critérios de obsolescência são de complexa definição e as demandas pressionam os sistemas de saúde. nesse processo, o componente de formação de recursos humanos é essencial para qualificar e aprimorar a capacidade de decisão no sistema de saúde.

Considerações Finais

Como organização de grande complexidade, barbosa neto (2008) afirma que o hospital de ensino conforma um verdadeiro campo minado de interesses políticos, alianças sólidas que se lique-

fazem rapidamente, alianças frágeis que se reforçam, entrelaçam e promovem rearranjos, no âmbito da universidade e da política local. Enfim, uma trama complexa de interesses e tensões de difícil compreensão para um observador externo e de capitulação para grande parte dos agentes internos. todavia, é indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de atenção à saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e a grande concentração dos de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos.

Os principais debates na atualidade estão em torno das dificuldades de se trabalhar a interdisciplinaridade no âmbito hospitalar, por vários motivos, entre eles a centralidade do cuidado no profissional médico, que convive com a especialização e a fragmentação crescente das práticas hospitalares. A singular lógica da coordenação do hospital pelo sistema tríplice de autoridade (união/estado/município) desconfigura e confunde, afinal, onde está o poder para a gestão?

As redes temáticas ou estratégicas, priorizadas na atenção materno-infantil (rede cegonha), nas urgências e emergências, na rede de atenção psicossocial e da pessoa com deficiência, de fato, na prática, não funcionam articuladas e, além disso, ainda encontram dificuldades na regulação. uma constatação da crise atual mostra a situação precária do atendimento da traumato-ortopedia dos hospitais vinculados ao sus que não têm outras especialidades, assim como os hospitais estão fechando e desativando leitos de maternidade.

Assim é que o subfinanciamento dos HE e o breve ciclo de vida das tecnologias em saúde e a resistência dentro das academias mostram o abismo entre a formulação da política e a sua operacionalização, entretanto se questiona, por onde podemos ganhar algum espaço?

A questão do trabalho em saúde, e como se preserva as linhas de cuidado, será uma saída, e podemos pensar que a fragilidade financeira com a diminuição da oferta de serviços é ainda uma questão do modelo de formação, sendo o hospital o modelo da formação, indo atrás

de medidas voltadas para desapegar desse centro que é o hospital, e inserindo de fato a formação de profissionais em toda a rede do SUS.

A complexidade dos problemas aponta uma nova crise, a se assemelhar à última vivida em 2003. A gestão empenhada da Associação brasileira de Hospitais universitários e de ensino (AbrAHue), no diálogo com os ministérios da saúde e da educação, se organiza visando apresentar um diagnóstico situacional para apresentar proposta de enfrentamento dessa nova crise aos ministérios da saúde, educação, planejamento e ciência e tecnologia.

Em que pese todos esses desafios, não podemos deixar de reconhecer que a organização dos processos de trabalho e dos serviços têm se consolidado e fortalecido cada vez mais no estado, no sentido de qualificar e preparar o hospital para enfrentar as dificuldades de diversos âmbitos. cada unidade hospitalar tem produzido certos movimentos e estratégias com base nas experiências acumuladas e a partir de suas próprias potencialidades para a produção de inovações na produção do cuidado.

Referências

Albuquerque, V. s. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med**., rio de Janeiro, v.32, n.3, p. 356-362, 2008.

AlVes, A. c. r. **Gestão da assistência à saúde no HU/CAS/UFJF:** uma discussão sobre o modo tecnológico de intervenção. 169 f. 2009. dissertação(mestrado em saúde coletiva)—universidade federal de Juiz de fora, programa de pós-graduação em saúde coletiva, Juiz de fora, 2009.

BARBOSA NETO, F. Diretrizes Curriculares, Certificação e Contratualização de Hospitais de ensino. **Cadernos ABEM**, rio de Janeiro, v. 4, out. 2008.

brAsil. ministério da educação. ministério da saúde. **Portaria Interministe- rial nº 285, de 24 de março de 2015,** que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de ensino (He) em substituição à portaria interministerial nº 2.400/mec/ms, de 2 de outubro de 2007. 2015a.

brAsil. ministério da educação. ministério da saúde**. Portaria Interministe- rial Nº 1.124, de 4 de agosto de 2015** que institui as diretrizes para a celebração dos contratos organizativos de Ação pública ensino-saúde (coApes), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do sistema único de saúde (sus). 2015b.

brAsil. ministério da educação. ministério da saúde**. Portaria Interministerial n° 2.400, de 02 de outubro de 2007.** Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de ensino. brasília, df: ministério da saúde/ministério da educação, 2007.

brAsil. ministério de saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. Texto de difusão técnico-científica do ministério de saúde. **r**ev saúde pública, **r**io de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 743-7, 2006.

brAsil. ministério da saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. brasília : ms, 2014.

brAsil. ministério da saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do sus. 4. ed. brasília: ministério da saúde, 2008.

brAsil. ministério da saúde. **Portaria Nº 142, de 27 de janeiro de 2014.** instituí, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da gestão Hospitalar (igH), de que trata a portaria nº 3.410/gm/ms, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do sus, em consonância com a política nacional de Atenção Hospitalar (pnHosp). brasília, df, 2014. disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html>. Acesso em: 05 mar. 2016.

brAsil. ministério da saúde. **Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013.** estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do sistema único de saúde (sus) em consonância com a política nacional de Atenção Hospitalar (pnHosp). brasília, df, 2013. disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: 05 mar. 2016.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. brasília : ms, 2009.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito a acompanhante. 2. ed. 4. reimp. brasília: ms, 2010.

brAsil. ministério da saúde. secretaria de Atenção à saúde. departamento de Ações programáticas e estratégicas. **Atenção hospitalar**. brasília: ms, 2011.

breHmer, l.c.f.; rAmos, f.r.s. experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, goiânia, v.16, n. 1, p. 28-37, jan/mar. 2014.

cApucHo, H.c. et al. necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no brasil. **Rev Saúde Pública**, são paulo, v. 47, n. 4, p. 791-8, 2013.

cecílio, l. c. o.; merHY, e. e. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. in: pinHeiro, r.; mAttos, r. A. construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. rio de Janeiro, ims AbrAsco, 2003. p.197-210.

conselHo federAl de medicinA. sociedade brasileira de informática em saúde. **Cartilha sobre Prontuário Eletrônico - A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde**. brasília, df: 2012. publicação conjunta do conselho federal de medicina (cfm) e da sociedade brasileira de informática em saúde.

HorA, s. A. e. **Plano de Intervenção para Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente no Centro de Referência e Especialidades em Saúde da Criança e do Adolescente de Jaboatão dos Guararapes** - pe. recife: [s.n], 2012.

ibge. **Contagem Populacional**. 2010. disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: nov. 2014.

pArá. secretaria de estado de saúde pública. comissão estadual de Apoio à Certificação dos Hospitais Públicos em Hospitais de Ensino. **Plano Estadual de apoio à certificação de serviços de saúde pública e filantrópicos em unidades de ensino e pesquisa**. belém: secretaria de estado de saúde, 2014.

reis, A. A. c. **Entre a intenção e o ato:** uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010). 447 f. 2011. tese(doutorado em ciências)-universidade federal de são paulo, 2011.

sAncHes, i.c.p. et al. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-76, 2013.

sAntA-HelenA, e.t. nemes, m. i. b.; eluf neto, J. fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. rio de Janeiro, v.26, n.12, 2010. pp. 2389-2398.

spinK, m. J. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS**, porto Alegre, v. 31, n. 1, jan./jul. 2000.

Capítulo 8

Humanização como dispositivo: em busca de uma nova forma de cuidar

Darlen Neves Silva Dias[40]

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira[41]

40 Psicóloga, mestre em Psicologia Clínica e Social pela Universidade Federal do Pará.

41 Professor Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará.

Capítulo 8

A discussão sobre a Humanização no campo da saúde está se tornando cada vez mais fecunda. esse debate iniciou de forma tímida na xi conferência nacional de saúde, quando se trabalhava o tema "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Havia, então, a proposta de se adentrar nas agendas das políticas públicas de saúde, pela necessidade de se buscar uma alternativa de atendimento mais acolhedora e eficaz, capaz de assegurar a concretude dos princípios do sistema único de saúde (sus) na prática do cuidado.

Isso favoreceu a popularização do conceito de Humanização, utilizando-se da concepção de que: humanizar é cuidar do paciente como um todo, considerando o contexto familiar e social seus valores e sua cultura. no entanto, vale pontuar que este conceito vem se ampliando e incorporando outras dimensões como: a estrutura física das instituições onde o cuidado está sendo realizado, as relações de trabalho, a dimensão sócio-política, entre outras, o que nos leva a pensar em vários entendimentos e considerações que explicam a Humanização e que estão em constante revitalização.

A Humanização, vista no sentido filosófico, encontra suas raízes no humanismo, quando reconhece o valor e a dignidade do homem, sendo este a medida de todas as coisas, considerando-se sua natureza, seus limites, interesses e potenciais (rios, 2009). o autor considera, ainda, que: "[...] o humanismo busca compreender o homem e a criar meios de se compreender uns aos outros." (rios, 2009, p.45). no entanto, para que se possa efetivamente colocar es- tas ideias em prática, as características humanas devem ser reconhecidas e valorizadas na área da saúde, através da construção de uma ética relacional.

A busca por essa construção deixa nítido: o surgimento da Humanização na saúde como uma resposta a um estado de tensão,

de insatisfação e de sofrimento, tanto dos profissionais quanto dos usuários, ambos decorrentes de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos.

Vale ressaltar que essas relações sociais vêm percorrendo um longo caminho, o que poderá ser explicado ao analisarmos uma pequena retrospectiva histórica, sobre a saúde e a doença. A doença primeiramente estava relacionada a fatores sobrenaturais, sendo considerada na era cristã, como: um "castigo divino". somente no século xii o ser humano passou a ser inserido como foco central no tratamento, contrapondo-se às questões e teorias sobrenaturais anteriores. em meados dos séculos xVii e xViii, a antiga perspectiva da civilização medieval havia mudado radicalmente, no que se refere à saúde.

A visão do cuidar de um universo orgânico (corporal) e espiritual foi substituída pela noção do mundo, como uma máquina e suas engrenagens. oliveira (2005) pontua que, historicamente, a desumanização da medicina iniciou-se a partir de uma aliança entre cientistas e empresários, visto que, no século xViii, o cuidado ao "doente" institucionalizou-se, fundamentando-se no paradigma cartesiano que aborda o tratamento ao ser humano, por um sistema mecanizado, de partes estanques e sob formas distintas. Assim, surge o termo conhecido como: o "cuidado mecanizado" ou a "tecnologia desumanizada", por considerar como prioridade o restabelecimento rápido para voltar ao trabalho, caracterizando uma violência institucional, através do não reconhecimento das subjetividades dos trabalhadores.

Então, entre os anos 1999 e 2002, algumas ações e programas foram propostos pelo ministério da saúde, voltados para o que estava se definindo como campo da Humanização, em busca da qualidade na atenção ao usuário, enquanto os debates aconteciam. no entanto, observa-se que, segundo benevides (2005), a compreensão sobre a Humanização trazida até o momento não estava contemplan-

do as reais necessidades, pois:

> A humanização estava sendo expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, tendo seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo, ou mesmo, ao tecnicismo, de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total (beneVides, 2005, p.389).

O que não reflete a realidade do que se busca com a Humanização na saúde. sabe-se que este é um movimento contra a violência institucional na área da saúde, razão de se enxergar na Humanização: um processo baseado no respeito e na valorização do sujeito. esse dispositivo tecnológico adentra a área da saúde, na tentativa de modificar a cultura institucional, pela construção coletiva de compromissos éticos e pelos métodos de ações, de atenção e gestão dos serviços.

A Humanização deve ser entendida como: uma junção entre a competência técnica e tecnológica e a competência ética e relacional. deslandes (2006) considera que *"*parte da premissa básica de que os seres humanos são produtos de necessidades fisiológicas e psicológicas, e o cuidado de quem se preocupa em provê-las pode ser compreendido como humanizado*"* (deslAndes, 2006, p.69). nesse sentido, a Humanização começa a adquirir uma conotação real, na direção da valorização dos sujeitos, de relações dialógicas e de trocas solidárias.

A contribuição de canguilhem (2006) para o debate acerca da normatividade da vida é muito importante, haja vista que o autor entende que a vida não deve sujeitar-se às normas, mas sim as normas deveriam funcionar de acordo com a realidade de cada sujeito. A diferenciação que o autor faz sobre normalidade e normatividade serve de direção para o debate traçado pela Humanização, vista como experiência concreta do homem, no processo de produção de si e de

sua saúde. benevides e passos (2005), acompanhando o pensamento de canguilhem (2006), explicitam seu entendimento sobre Humanização, mais direcionado à incitação de um processo de produção de novos territórios existenciais, do que a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem.

Diante dessas discussões e da demanda por uma forma de cuidar diferenciada, abrangente e participativa, a secretaria executi- va do ministério da saúde, caminhando nesta linha de pensamento, criou, em 2003, a política nacional de Humanização (pnH), tendo como tripé de sustentação a valorização de três atores importantíssimos nesse processo: o usuário, o trabalhador e o gestor. Antes de sua criação, já existiam ações e programas com foco na Humanização, como por exemplo: o programa de Atenção ao parto e pré-natal e o programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (pnHAH).

Entretanto, estes programas, de modo geral, não mantinham articulação entre si e tinham um caráter fragmentado. A criação da pnH aparece com o propósito de resgatar os princípios do sus, além de trabalhar a Humanização como política de uma forma que pudesse traduzir seus princípios e suas formas de operar dentro das relações de todas as pessoas que fazem parte do sus, o que pressupõe uma mudança no modelo de atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho dentro do sus.

A opção pela Humanização como dispositivo tecnológico, a colaborar com a política pública no sus foi motivada pela necessidade de afirmá-la como: valor do cuidado e da gestão em saúde, ou seja, tê-la como um conceito orientador das práticas em saúde.

> O projeto da PNH foi afirmar a saúde, não como valor de troca, mas como valor de uso, o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos. estimula-se o protagonismo dos atores do sistema de saúde, fosse pela sua ação de controle social, fosse pelo fomento de mecanismos de co-gestão. garantir melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho foi outra direção da pnH (beneVides;pAssos, 2005, p.316).

A Humanização instalou-se, passando a ser vista como política pública, capaz de criar espaços de construção e troca de saberes, investindo no trabalho em equipe, onde todos os atores envolvidos pudessem contribuir e falar sobre as suas necessidades, os seus desejos e seus interesses dentro do processo de produção de saúde, o que possibilitaria alterar os modos de gestão deficitários, assim como os de cuidado em saúde, fazendo com que a capacidade da rede sus pudesse ser ampliada, para produzir mais e melhor saúde aos cidadãos, dignificando o trabalho em saúde.

A pnH ou Humaniza sus passou a se apresentar como uma política a englobar as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, seguindo as próprias experiências do sus, visando, dessa forma, ampliar a discussão sobre o conceito de Humanização, mantendo como princípio básico, a indissociabilidade entre a atenção e gestão.

A pnH seguiria como diretriz os processos de subjetivação, que se efetivam como alteração dos modelos de gestão e de cuidado em saúde, produzindo novos sujeitos e novas práticas, aproveitando-se da vida em seu movimento de produção de normas e não o de ter de sujeitar-se a elas, através de outros modos de vida, de novas práticas de saúde, de outros modos de cuidar.

> A política de Humanização se constrói como: uma proposta para a superação do reducionismo ao qual a racionalidade biomédica ocidental está aprisionada. o estabelecimento de uma relação com o outro, em que este não é transformado em objeto é imprescindí- vel. é na tentativa de superação da "cisão eu-outro" e da construção de uma relação sujeito-sujeito que estamos propondo práticas de cuidado (bArros; gomes, 2011, p.647).

Deslandes (2006) se junta ao debate entendendo-a como: uma proposta de articulação entre as tecnologias já existentes no campo da saúde, assim como os equipamentos, os procedimentos e os saberes já utilizados, associados à escuta, ao diálogo, potencializando os graus de afetos suscitados na relação estabelecida entre o cuidador e o ser cuidado, gerando a aproximação entre o paciente e a equipe que cuida, afastando-se do padrão de interações frias e distantes do paciente.

Dessa forma, Ayres (2006) mostra sua definição sobre a Humanização da atenção à saúde como "um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum" (AYres, 2006, p.78). A felicidade discutida por Ayres deve ser entendida como: as necessidades reais relacionadas ao processo de saúde e doença que o sujeito traz através de suas experiências. Nessa linha de definições anteriormente colocadas, o entendimento sobre saúde sairia da restrição proposta pelo poder biomédico e se ampliaria para uma discussão, em que a mesma seja inicialmente pensada como um projeto em curso, ou seja, incompleta, e que será construída no decorrer dos encontros estabelecidos entre os sujeitos implicados com o cuidar em saúde. é nessa direção que a Humanização do sus quer caminhar.

Dessa forma, a política nacional de Humanização não se propõe a apresentar resultados prontos e acabados, ela vem com a proposta de trabalhar com a lógica da inclusão, para chegar a modelos

do cuidado em saúde mais significativos e que se afastem das relações marcadas pelo diálogo escasso e pelo autoritarismo, impostos pelas desigualdades nas relações de poder e nas relações entre sujeitos nas práticas de saúde, objetivando dar aos cidadãos maior autonomia no cuidado de si.

> para reverter à tendência da reprodução de práticas que atentam contra a dignidade do cuidado e da gestão, é necessário reverter a principal força que mantém e reproduz estes problemas: a exclusão. reverter a exclusão requer a construção de estratégias de inclusão, ou seja, forçar a passagem de outras perspectivas, abordagens, interesses e necessidades nas relações clínicas e nos processos de gestão do trabalho, permitindo maior incidência e interferência dos sujeitos nestas relações (pAsHe; pAssos 2010, p.2).

A pnH, associada ao olhar do cuidado, partindo de onde ele realmente ocorre, ou seja, nas relações cotidianas, pode gerar a autonomia do sujeito adoecido no que tange ao seu processo de adoecimento e de resgate da saúde, chegando aos modos mais efetivos de intervenção cuidadora nos serviços de saúde.

> A pnH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (brAsil. ministério da saúde, 2004, p.45).

A Humanização, por trazer uma proposta de integralidade e de resgate aos princípios do sus e por dinamizar uma política voltada à produção efetiva de mudanças no gerenciamento da gestão e na

forma de produção do cuidado em saúde, estabelece a possibilidade de desenvolver outro olhar sobre o que já existe, especialmente quanto ao de fazer escolhas. nesse sentido, impõe-se como uma política contra hegemônica, que expõe os fatos relevantes que necessitam ainda serem formados, assim como outras possíveis formas de atuação no sus. todas as ações vão de encontro à centralização, à visão do corpo de órgãos, ao cuidado do sintoma. Vão ao encontro do que está instituído no sus.

> Assim, humanizar implica na experimentação de mudanças que apontem para a construção de soluções mais partilhadas, mais coletivas, mais respeitosas. obviamente, a referência ético-política aqui é a base doutrinária do sus (direito à saúde, equidade e a integralidade), considerando-se aquilo que a sociedade tem definido como o que seja desejável e aceitável no campo do cuidado (pAsHe; pAssos, 2010, p.2).

Acredito que para a Humanização na saúde efetivamente ocorrer, o método mais eficaz e eficiente seria trabalhar a questão da inclusão do sujeito que necessita do cuidado, assim como o dos trabalhadores envolvidos nesse processo, sem levar em consideração exclusiva o saber-fazer do médico. com essa postura, enfrentar-se-ia, entre outras coisas, a expropriação da autonomia do sujeito no cuidado de si, as relações desiguais no cuidado, na relação usuário/rede social e entre os trabalhadores e os gestores, possibilitando-os de desenvolverem a capacidade de reinventar a vida, buscando sua singularização.

Esta seria a aposta ética da Humanização em saúde. pashe e passos (2010) advogam a inclusão como método a ser utilizado pela pnH. explicitam que as ocorrências dessas propostas devem levar em conta:

> Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, colocando a diversidade lado a lado. diversidade da manifestação do vivo, da heterogeneidade e das singularidades do humano. incluir o outro, aquele que não sou eu, que de mim estranha, e que em mim produz estranhamento, provocando tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar. A inclusão produz, portanto, a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios, os quais devem ser sustentados por práticas de gestão, que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum, que pode ser traduzido como projeto coletivo (pAsHe; pAssos, 2010, p. 426).

Através da inclusão, os atores envolvidos no cuidado provocariam nos usuários atitudes para uma maior autonomia no cuidado de si, deslocando para a relação clínica, a possibilidade de um sujeito ativo diante desse cuidado, não mais passivo, mas sim protagonista e corresponsável pelo cuidado.

tecnologias em Saúde e a transformação em dispositivos de Humanização: Quais as possibilidades?

Para conversar sobre as tecnologias utilizadas nos trabalhos em saúde, no decorrer das intervenções realizadas no processo saúde/doença, se faz necessário entender que: os aspectos tecnológicos dizem respeito não só a recursos materiais, científicos e instrumentais, mas também às escolhas estabelecidas para articular e promover conhecimentos, às estratégias de interpretação, de planejamento e de avaliação, além dos investimentos em negociações, bem como nas demais relações que ocorrem no transcurso do cuidar. Ao se transmutarem em dispositivos de Humanização, renovam-se as formas de cuidar, de tratar ou de escutar, criando-se um novo padrão de atenção à saúde. por isso, as tecnologias para o cuidado não devem ser olhadas apenas como: os equipamentos e os medicamentos.

Quanto aos aspectos técnicos, estes 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, instrumentais ou operacionais, que definem as maneiras, os jeitos e as habilidades de se atuar na realidade ou de se intervir em um dado campo de práticas (brAsil. ministério da saúde, 2004, p. 24).

Para refletir um pouco mais sobre os aspectos técnicos e tecnológicos no campo da saúde, me apoio na formulação utilizada pelo médico sanitarista emerson elias merhy (2003). esse autor pesquisou e deu nome a um conjunto de diferentes tecnologias utilizadas no trabalho em saúde. ele chama de "tecnologias" todos os instrumentos, conhecimentos e comportamentos, que procuram garantir ao trabalho o alcance de seus objetivos, ou seja, funcionam como verdadeiras bússolas para orientar os processos na direção de sua finalidade. O autor identificou três diferentes tipos de tecnologias para o cuidado e para a gestão:

• **Tecnologias duras (TD**): são os equipamentos que, no senso comum, tendem a serem reconhecidos como a própria tecnologia, as normas legais e as estruturas organizacionais. uma característica importante desse tipo de tecnologia é justamente seu caráter técnico. ou seja, elas aplicam um conhecimento que já é produzido. outra característica é que, para operá-las, o trabalhador não realiza nenhum trabalho criativo ou inventivo. da mesma forma que para operá-las o trabalhador faz apenas trabalho repetitivo.

• **Tecnologias leve-duras (TLD):** além dos equipamentos, os trabalhadores da saúde também utilizam os conhecimentos estruturados (como da medicina e das suas especialidades, da enfermagem, da odontologia, da epidemiologia e assim por diante); protocolos assistenciais, entre outros. essas tecnologias têm uma parte dura, como as primeiras, no momento do cuidado, quando o trabalhador não tem a liberdade de criar.

• **Tecnologias leves (TL)**: além dos dois tipos citados acima, emerson merhy fala de outro tipo de tecnologia, que depende exclusivamente de trabalho criativo e inventivo, existente somente no momento do encontro entre duas ou mais pessoas. esse tipo de tecnologia mobiliza os afetos e é visível nas relações entre essas pessoas.

Em um breve resumo, podemos entender que considerar tecnologia leve é expressar um processo de produção da comunicação nas relações de acolhimento e de vínculos que conduzam ao encontro dos usuários com necessidades de ações na saúde. Já a tecnologia levedura incluiria os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, enfermagem, psicologia, entre outras. Por fim, a tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto como: equipamentos tecnológicos (hardware), mobiliário tipo permanente ou de consumo, normas e rotinas, estruturas organizacionais. Apesar de se inter-relacionarem, os tipos de tecnologias podem pender em graus de importância, conforme a área em que o profissional atua.

Sendo assim, a ideia sobre a tecnologia para a saúde consiste em: saberes e práticas, que podem resultar em produtos fechados, a exemplo das condutas normativas (duras), ou em produtos abertos, como quando se está diante de um processo de relação social na saúde, que pode muito bem exemplificar como um processo de Humanização (leve). Portanto, a utilização competente e eficaz das tecnologias empregadas no atendimento à saúde deve estar associada a uma forma de atendimento, que considere e respeite a singularidade das necessidades: do usuário, da família e do profissional, desde que estas necessidades estejam pautadas em suas subjetividades, estas que irão indicar as direções das intervenções de Humanização.

Nessa perspectiva, é importante entender que a essência do cuidado está no equilíbrio da utilização dessas três tecnologias. sempre focando que a relação de cuidado deve ser construída entre os

trabalhadores e o usuário, com a participação da família, visto que os problemas de saúde são complexos e somente o conhecimento ou a aplicação de equipamentos não conseguem dar conta de abordá-los de forma suficiente, cabendo ao profissional da saúde e da gestão organizar o processo de trabalho de forma a garantir a autonomia com responsabilidade para todos os envolvidos.

Em relação à linha do cuidado em saúde quanto à completude dessas tecnologias:

> A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do "trabalho vivo em ato", isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, com formas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depen- de da forma como elas se comportam no proces- so de trabalho, podese ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas) (merHY; frAnco, 2005, p.03).

Ainda de acordo com o autor, o trabalho vivo refere-se aos saberes que são compartilhados no momento do encontro estabelecido entre o profissional da saúde e o usuário. Liga-se ao uso dos saberes, construídos no decorrer de suas práticas, bem como da utilização dos insumos tecnológicos, buscando-se efetuar um cuidado abrangente, entendendo que os insumos não se sobrepõem aos saberes compartilhados durante a relação que se estabelece entre os atores referenciados, mas sim devem complementar a forma de cuidar em saúde, já que é no encontro entre os serviços e os usuários que vai ocorrer a intensa atividade do cuidado, misturando-se saberes, fazeres, e linhas de cui-

dado que acontecem no dia a dia do trabalho em saúde.

No entanto, entendo que o trabalho vivo não possui "liberdade" plena, pois caminha também pelas prisões pontuadas pelas normas de funcionamento, estabelecidas pelos serviços de saúde, apesar de possuir um potencial intrínseco para descobrir ou redescobrir novas possibilidades de se fazer presente, através do sujeito que está diretamente inserido no sistema produtivo da saúde, e é capaz de encontrar novas maneiras para dar sentido à produção do cuidado.

Com relação ao trabalho morto, merhy (2007) diz corresponder ao maquinário, aos exames, aos protocolos estabelecidos e enrijecidos pela atuação médico hegemônica, onde se trabalha com a mudez do usuário e o autoritarismo do profissional de saúde, anulando a autonomia do usuário no cuidar de si. Percebe-se que a atuação do profissional se fixa em atos prescritivos e pouco relacionais, produzindo a alienação na forma de cuidar, pois não se vislumbra o sujeito demandante do cuidado como um ser que ao adoecer o fez mediante um contexto próprio de suas vivências pessoais, e de outras informações que colaboram para entender o adoecimento.

A prática executada pelos profissionais varia de acordo com suas subjetividades e sua referência teórico-prática, pois mesmo que o trabalho em saúde seja compreendido como coletivo pelo envolvimento dos profissionais que estão atuando, assim como dos usuários que estão recebendo o cuidado, a comunicação entre as partes muitas vezes não ocorre de maneira satisfatória. entendendo como satisfatória, o trabalho em saúde que procura atingir e colaborar com o resgate de uma forma saudável, para que o usuário possa dar continuidade às suas rotinas, sentindo-se estimulado a cuidar de si, como um verdadei- ro protagonista e não como coadjuvante do processo.

O trabalho em saúde jamais deverá prescindir da associação da técnica, baseada ao saber acumulado decorrente da atuação do profissional, ligada a uma reflexão sobre o contexto singular em que a ação se desenvolve, considerando todos os sujeitos envolvidos, os valores,

os significados, as condições históricas, etc. A junção do saber técnico ao saber acumulado de cada sujeito envolvido no processo traz consigo construções de vivências pessoais. isso colabora para o entendimento de que: o processo de trabalho em saúde não possui uma única lógica, um padrão cristalizado a ser seguido, mas que estará implicado diretamente com a singularidade de cada sujeito.

Franco e Merhy (2005) referem que se faz necessário aprofundar a compreensão da dimensão subjetiva de cada trabalhador, para poder entender a dimensão micropolítica deles, buscando perceber:

> como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. isto se dá, na medida em que interagem: com os usuários e como problema de saúde, através do seu processo produtivo (frAnco; merHY, 2005, p.45).

Entretanto, observo que no trabalho em saúde prevalece a tendência dos serviços de identificação das necessidades em saúde, voltadas às questões biológicas do corpo. Quando assim identificadas, são supridas pela ótica das ofertas de ações nos serviços de saúde. o interessante nisto é que esses serviços estão relacionados: aos exames, aos medicamentos e a outros insumos, revelando a fragmentação do conhecimento do ser que realiza o cuidado. destacam-se nessa questão poucas trocas solidárias de saberes, sobressaindo-se a prática de maneira isolada, com cada categoria cuidando de acordo com sua caixinha de conhecimento. dessa forma, não haverá o favorecimento da ética do compromisso com a vida, com o estabelecimento de vínculos, com a busca da resolutividade ao caso que se está cuidando.

Entendo, assim, que a escolha pela forma de cuidar liga-se à questão subjetiva do trabalhador, com as suas escolhas e o seu enten-

dimento para efetuar o cuidado integral em saúde. Hoje, a demanda dos usuários clama por um atendimento diferenciado, mais acolhedor. A postura adotada pelo profissional em permanecer atuando pautado apenas em tecnologias duras, no trabalho morto, vai depender de suas escolhas, referentes à forma de perceber sua prática na assistência à saúde, bem como do seu conhecimento em relação à alteridade do sujeito, isto é, de entender que todo homem social interage e interdepende de outros indivíduos.

Dessa forma, eu apenas existo a partir do outro, da visão do outro, o que me permite também compreender o mundo a partir de um olhar diferenciado, partindo tanto do diferente, quanto de mim mesma, sensibilizada que fico pela experiência do contato com o outro, ou seja, pela compreensão que a relação social é sempre intersubjetiva.

Tecnologia e autonomia do sujeito no cuidar de si

Ao se pensar na produção do cuidado em saúde, deve-se ter clareza que apenas um saber-fazer, uma única verdade pré-estabelecida, cristalizada, não dará conta de toda a complexidade que o sujeito traz consigo no seu processo de adoecimento. no entanto, quando se pensa em cuidado em saúde, logo se faz a associação deste cuidado com as tecnologias mais avançadas, como instrumentos de alto valor tecnológico, entendendo-se que: com a utilização deles, o cuidado será melhor executado. surge então o questionamento. melhor para quem?

Não há, obviamente, a pretensão de excluir os recursos tecnológicos utilizados na busca e na intervenção, pelo profissional de saúde no cuidado do usuário, também não há como classificá-los como desnecessários, mas, deve-se problematizar a relação entre os processos, as tecnologias e o cuidado estabelecidos na assistên- cia à saúde. Vale ressaltar que os insumos tecnológicos existentes são frutos de avanços técnicos importantes, tais como as vacinas, os antibióticos, e a mecanização por meio dos serviços de apoio à

diagnose e à terapia, essenciais na produção do cuidado. por outro lado, é essencial que estejam sendo associados a uma perspectiva clínica abrangente, que possibilite o resgate à saúde do sujeito e que favoreça a discussão sobre como o usuário se sente frente ao seu adoecimento.

> do ponto de vista do usuário, podemos dizer que, este reclama não da falta de conhecimento tecnoló- gico no seu atendimento, mas sim da falta de inte- resse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados (merHY, 2007, p.8).

Então pergunto: como restituir aos cidadãos uma maior autonomia no cuidado de si? para tentar responder a essa pergunta, temos que compreender o que a palavra autonomia nos revela. A ideia de autonomia (*auto* = próprio, *nomos* = norma, regra, lei) conduz ao pensamento, imediatamente à ideia de liberdade, de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e sobre as suas possibilidades e da capacidade de construírem suas próprias trajetórias de vida. sendo assim, a autonomia mostra-se como um aspecto importante a se considerar na ética do cuidado, como categoria central e como critério definidor da atuação de um cuidador em saúde.

O fenômeno do cuidado se dá na relação interpessoal estabelecida na interação entre os sujeitos. isto implica em comunicação, pressupondo o entrelaçamento de saberes e fazeres. quando a pessoa se encontra adoecida e procura um serviço de saúde, já fica dependente dos profissionais que ali se encontram para realizarem os cuidados, perdendo de imediato a sua autonomia. isso acontece devido estarem enquadrados em uma ordem institucional, não familiar, que é a instituição de saúde.

A perda da autonomia é quase inerente a esse processo, pois leva a uma reacomodação do autoconceito de corpo/sujeito. cor- po que será intensamente trabalhado, fragmentado e observado. A intenção é que se caminhe na direção contrária dos modelos de trabalho, centrados no ato médico e no corpo enfermo e que se volte à atenção à relação com o usuário, este que é o sujeito diretamente implicado com o processo de resgate da saúde.

A autonomia do sujeito não existe nessa lógica de atuação, onde se exclui o sujeito no ato do cuidado e tudo passa a ser decidido por outros atores. A ação de prestação de cuidados em saúde deve capacitar o ser que recebe o cuidado, na sua vida diária, ensinando-o a cuidar de si. no entanto, essas ações se concentram na realização de exames diagnósticos, ou submissão ao ato cirúrgico, ou ainda preparando o usuário para algum tratamento especificado, sem que se forneçam a ele, os cuidados e as informações que iriam conceder-lhe autonomia.

Como possibilidade de adentrar qualidade no processo de cuidado em saúde, merhy (2010) expõe que:

> Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que, só uma conformação adequada entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e o desenvolvimento de ações que permitam à produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário, no seu modo de estar no mundo (merHY, 2010, p 437).

de acordo com as discussões aqui produzidas, entendo que a autonomia do sujeito pode ser alcançada, desde que os atores do ato de cuidar se apropriem do conhecimento humanizado e o façam transparecer na rede sus. esse conhecimento deve ser totalmen-

te visível, mostrando-se em seu entrelaçamento dos saberes, com o expresso discernimento, de que estará sempre em defesa da vida dos doentes. nesse sentido, a expansão da vida se entrecruza com a busca pela maior capacidade de autonomia do sujeito, em cada con- texto, diante do seu adoecimento.

Referências

AYres, J. r. c. m. cuidado e Humanização das práticas de saúde. in: deslAndes, s.f. (org.) **Humanização dos Cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. rio de Janeiro: fiocruz, 2006.

bArros, m. e. b.; gomes, r. s. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, niterói, v. 23, n. 3, p. 641-658, 2011.

beneVides, r. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Rev. Psicologia & Sociedade**, belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.

beneVides, r.; pAssos, e. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

brAsil. ministério da saúde. **HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do sus. brasília: ministério da saúde, 2004.

cAnguilHem, g. **O normal e o patológico**. 6. ed. rio de Janeiro: forense universitária, 2006.

deslAndes, s. f. Humanização: revisando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. in: deslAndes, s. f. (org). **Humanização dos Cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. rio de janeiro: fiocruz, 2006. p. 33-47.

frAnco, t.b.; merHY, e.e. produção imaginária da demanda. in: pinHeiro, r.; mAttos, r.A. (orgs.) **"Construção social da Demanda"**. rio de Janeiro: ims/uerJ-cepesc-AbrAsco, 2005.

merHY, e. e. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. niterói: uff, 2007. disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2016.

merHY, e. e. micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. **Rev. Saúde em Debate**, rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p.433-438, 2010.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. in: merHY, e.e. et. al. **Trabalho em Saúde**. olhando e experenciando o sus no cotidiano. são paulo: Hucitec, 2003.

merHY, e.e.; frAnco, t.b. **Trabalho em Saúde**. niterói: uff, 2005. disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2016.

oliVeirA, l. A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de dst/Aids no município de são paulo. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, 2005.

pAscHe, d. f.; pAssos, e. o lugar do método na política nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Rev. Saúde em Debate**, rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p.439-447, 2010.

rios, i. c. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med**., rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.

Capítulo 9

O trabalho do NASF entre a governamentalidade e a gestão dos riscos

Auzy Cleyce Costa Sousa[42]

Geise do Socorro Lima Gomes[43]

42 Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

43 Doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Pará.

Capítulo 9

Questões relacionadas à saúde pública no brasil são debatidas desde o início da república em vários congressos e encontros nacionais realizados em diferentes lugares. Alguns estados, ainda no começo da república, mantiveram um serviço regular de saúde pública, muito focada em ações de defesa sanitária (cAmpos, 1996). A saúde pública no Brasil, então, foi se reconfigurando no decorrer da história. um marco importante foi o decreto n° 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (lei eloi chaves)[44], que tratava da seguridade social para trabalhadores de setores organizados. nos anos 1970, muitas mudanças ocorreram na saúde, como: a extensão da cobertura previdenciária, a reorientação para uma prática médico-curativa individual, entre outras, porém, esse modelo já aparentava uma inadequação em relação à realidade sanitária do país (sAntos, 2005).

Spink (2007), numa abordagem histórica, aponta importantes fatos na saúde pública como: a) a grande luta do movimento sanitário pela reformulação do modelo de saúde; b) a 8ª conferência nacional de saúde, resultado de um longo processo de discussão entre trabalhadores, intelectuais, movimentos populares, centrais de trabalhadores e partidos políticos, sendo que seu relatório final foi base para elaboração do artigo 196 da constituição federal sobre a saúde e a reconhece como direito de todas as pessoas e dever do estado; c) em 1990 foi promulgada a lei nº 8.080, considerada a lei do sistema único de saúde (sus), que traz como princípios básicos a universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada.

44 O surgimento de uma atividade estatal em relação à assistência médica data de 1923, quando o governo instituiu, pela Lei Eloi Chaves, as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) voltadas para os funcionários de empresas ferroviárias existentes. Com a criação das CAPs, inicia-se a conformação de uma previdência social no país (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p.358).

> A constituição de 1988, que muito deve ao movimento sanitário, reconhece a saúde como direito de to- das as pessoas e dever do estado. promove, ainda, a perspectiva de organização descentralizada que possibilita que os diversos municípios elaborem politicas pertinentes a realidade local. o texto constitucional referenda os princípios básicos do sus: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada. e com base no texto constitucional, em 1999 foi aprovada a lei 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente (spinK, 2007, p.39).

Santos (2005) ressalta que o processo de redemocratização do país proporcionou um amplo debate na sociedade sobre diversos temas, e uma nova concepção de saúde, culminando na promulgação da constituição federal de 1988, que nos termos do artigo 196 pressupõe que o estado deve garantir não apenas serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando-se, assim, o risco de adoecer.

Merhy (2002), fazendo uma introdução à saúde pública, a define como:

> [...] uma prática social de saúde, que visam intervir nos problemas de saúde considerados como legítimos por uma certa sociedade e época, e efetivada através da presença do estado nacional, sob a forma de uma prática técnica comprometida com uma certa forma de produzir o cuidado em saúde, tendo como objeto a dimensão produtiva do processo saúde e doença, enquanto uma questão social, (merHY, 2002, p.3-4).

No brasil, existem diversos modelos de atenção à saúde vigentes, destacando-se o modelo médico-assistencial privatista e o da vigilância à saúde:

> sem pretensão de restringir essa disputa numa dicotomia, dentre o campo de tensões dos modelos de atenção à saúde, se destacam o médico-assistencial privatista e o da vigilância à saúde. o primeiro caracteriza-se pela assistência médica individual que prioriza a cura e a doença, enquanto o segundo trabalha com a epidemiologia, o planejamento e as ciências sociais em saúde. tal disputa se acentua na década de 1980, com propostas alternativas de organização dos serviços de saúde, a exemplo da atenção primária, da organização dos serviços por distritos sanitários e da estratégia saúde da família, as quais são instituídas na busca do cumprimento dos princípios do sistema único de saúde - sus (sAmpAio et al., 2012, p. 1).

Na perspectiva organizacional do sistema único de saúde (sus), temos três níveis de densidade tecnológica: Atenção básica, secundária e terciária. A Atenção básica em saúde representa assistência no território através de uma rede assistencial, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. A Atenção Básica é composta pelas equipes da estratégia saúde da família (esf), e é considerada a porta de entrada prioritária do sistema de saúde. cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de saúde da família, nas residências e nos espaços comunitários (brAsil. ministério da saúde, 2012).

Com a proposta de apoiar a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços, e de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção básica, aumentando a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde, foi criado o núcleo de Apoio à saúde da família (nAsf). o nAsf é um programa do ministério da saúde, criado através da portaria gm nº 154, de 24 de janeiro de 2008, e está constituído por uma equipe multiprofissional que trabalha de forma interdisciplinar, atuando diretamente no apoio às esf da unidade na qual está cadastrado. é importante dizer que o nAsf não se constitui enquanto porta de entrada do sistema de saúde, e as ações são de responsabilidade das equipes de esf e nAsf a partir de uma ação integrada.

A ampliação dos serviços na rede de atenção primária na saúde pública com a criação do nAsf em 2008 tem suscitado alguns debates. por se tratar de uma proposta recente, encontramos poucos trabalhos que versam sobre o mesmo, contudo, se passando 8 (oito) anos de sua implantação, sentimos a necessidade de por essa atualidade em suspensão, acreditando que alguns elementos já se perfilam a fim de analisarmos possíveis avanços e entraves que esse programa tem efetivado dentro da política pública de saúde.

A proposta de trabalhar a prevenção da saúde pelo nAsf tem sugerido algumas reflexões sobre a sua configuração e o seu funcionamento. o objetivo deste texto é propormos uma análise sobre as contribuições desse programa para a gestão dos riscos em saúde e nos perguntar sobre os avanços dessas propostas para a promoção em saúde.

Política Pública como dispositivo de governamentalidade

Tentamos pensar com foucault a forma como a política pública da saúde no Brasil tem se configurado, principalmente pela vertente do nAsf. embora as diretrizes do NASF enfatizem a criação desse programa como um importante avanço para o sus, em

termos políticos, tentaremos abordar algumas "ciladas", às quais ele se amarra.

na obra *Segurança, território e população,* foucault (2008a) vem nos dando pistas sobre a forma como a população tornou-se elemento de objetivação de uma governamentalidade. As políticas públicas no brasil têm se orientado em processos semelhantes no trato à população. o investimento do estado, por meio das políticas direcionadas à população, nos mostra a maneira como a vida é colocada sob o controle dessa governamentalidade que tem suas características próprias, delineadas a partir do século xViii.

por governamentalidade estamos nos referindo a uma forma de governar sustentada por uma racionalidade desenvolvida no estado moderno e que vem ganhando atualizações em nossos cenários políticos. Assim, segundo edgardo castro, encontramos em foucault duas ideias sobre governamentalidade: a primeira ligada ao "conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma de exercício de poder, que tem, por objetivo principal, a população" (cAstro, 2009, p.190), destacando aí a economia política e os dispositivos de segurança; e a segunda ligada a uma análise mais ampla que foucault realiza sobre a governamentalidade a partir dos estudos sobre as técnicas de dominação de governo de si e dos outros, configurando um exame, portanto, das "artes de governar".

Assim, para foucault (2008a), a forma como o estado em nossa atualidade opera formas de governar é o resultado de uma série de processos ligados às práticas e a racionalidades desenvolvidas sobre modos de governo. Ele vai situar que no final do século XVIII, quando a população é tomada como alvo de investimento político e é encarada como um problema, a ciência de governo começa a se desenvolver tomando como foco esse elemento e tendo como disciplina de saber principal a estatística, tornando possível identificar elementos específicos à população e a começar a usar a economia

nesse direcionamento. nas palavras de foucault (2008a, p.139), a estatística:

> [...] descobre e mostra pouco a pouco que a população tem suas regularidades próprias: seu número de mortos, seu número de doentes, suas regularidades de acidentes. A estatística mostra igualmente que a população comporta efeitos próprios da sua agregação e que esses fenômenos são irredutíveis aos da família: serão as grandes epidemias, as expansões epidêmicas, a espiral do trabalho e da riqueza. [...] mostra também que, por seus deslocamentos, a população tem efeitos econômicos específicos.

Assim, temos a configuração de um mecanismo chamado por foucault (2008a) de dispositivo de segurança, responsável por inserir um fenômeno em uma série de fenômenos prováveis, realizando-se um cálculo de custos e estabelecendo uma média ótima, a fim de que se possam estabelecer limites do que vai ser considerado aceitável. As expertises que são convocadas para trabalhar nessa governamentalidade, agora realizam outra modalidade de intervenção, não mais no indivíduo, mas no conjunto da população, elaborando planejamentos técnicos que visem o futuro e à ampliação dos espaços de controle:

> novos elementos são o tempo todo integrados, integra-se a produção, a psicologia, os comportamentos, as maneiras de fazer dos produtores, dos compradores, dos consumidores, dos importadores, dos exportadores, integra-se o mercado mundial. **t**rata-se, portanto, de organizar ou, em todo caso, de deixar circuitos cada vez mais amplos se desenvolverem (**foucAult**, 2008a, p.59).

Em uma análise das medidas médico-psicológicas empreendidas nos anos de 1960 a 1970 do século xx, na frança, em relação às instituições de saúde, castel (1987) explana como o conceito de prevenção passa a fazer parte da preocupação dos profissionais que trabalham com a saúde mental: médicos psiquiatras, terapeutas, psicólogos e psicanalistas.

O conceito de prevenção está ligado ao conceito de risco, ou seja, funciona como seu "rastreador":

> um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou grupos de indivíduos, mas de colocação em relação de dados gerais impessoais ou *fatores* (de riscos) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis. pode haver aí, associações de riscos, quer dizer, correlações de fatores independentes: ter nascido, por exemplo, de mãe solteira e que também é empregada doméstica (ou sem profissão, estrangeira, estudante, assalariada agrícola...) menor de dezessete anos (ou mais de quarenta), tendo tido um número de gravidezes superior às taxas médias segundo a idade, etc. A presença de tais fatores basta para desencadear um assinalamento automático, em virtude do axioma de que uma "mãe de riscos" engendra, ou cria, filhos de riscos (cAstel, 1987, p.125).

O autor afirma, então, que prevenir é vigiar, ficar atento em uma antecipação do aparecimento de comportamentos indesejáveis, como cita: "doenças, anomalias, comportamentos de desvio, atos de delinquência etc." (cAstel,1987, p.125-126), que são medidos por meio de estatísticas retiradas para servir de referência a determinada população. para ele, esse tipo de gestão em que a vigilância é realizada por meio de políticas preventivas estabelece uma diferença entre as técnicas disciplinares tal como sugerida por michel foucault e a prevenção, conceito muito utilizado pelas políticas princi-

palmente nas áreas da saúde.

A vigilância em foucault funciona com a coparticipação de quem controla e de quem é controlado em um mesmo espaço e visa a medidas corretivas, punitivas, ou terapêuticas que são investidas no sujeito diretamente pelo agente, numa inter-relação concreta. Já nas políticas preventivas, segundo castel (1987), essa relação de imediatismo é abreviada, uma vez que o sujeito é suprimido, e se trabalha com fatores e correlações estatísticas. Assim, a vigilância pode ser realizada à distância, avaliando possibilidades de produção de risco.

Trazemos essas noções de dispositivo de segurança, governa- mentalidade, risco e prevenção como operadores conceituais que nos ajude a analisar o funcionamento das políticas públicas em saúde de- senvolvidas no brasil. Ao lermos a maioria dos cadernos, portarias, diretrizes referentes a programas criados pelo estado para lidar com as questões referentes à saúde, percebemos a preocupação com a divisão dos mesmos e de sua distribuição a partir de territórios, de- mandas da população, características, perfis, retirados das anotações realizadas em prontuários e fichas de atendimentos e posteriormente transformados em dados nas fichas de controle e relatórios enviados a gestão, seja municipal, estadual ou federal.

Carvalho (2004) situa o conceito de risco como elemento estruturante para a epidemiologia moderna que definirá as probabilidades de membros de determinadas populações desenvolverem dadas doenças ou eventos relacionados à saúde em um tempo específico. trata-se, portanto, de um modelo abstrato de distribuição populacional, que não se reduz as chances de um indivíduo particular mediante um diagnóstico ou prognóstico, emergindo daí a noção de "fator de risco" que, segundo o auto, trata-se de "um atributo de um grupo que apresenta maior incidência de uma dada patologia, em comparação com outros grupos populacionais, definidos pela ausência ou menor dosagem de tal característica" (cArVAlHo, 2004, p.673).

Nos alerta, ainda, o autor, que este conceito explica as estratégias voltadas para as mudanças sociais, ambientais e de estilos de vida como respostas aos riscos individuais e sociais presentes na promoção à saúde e de como essas estratégias nos fazem pensar em verdadeiros "saltos" científicos e técnicos principalmente em relação às regras de higiene provenientes de descobertas dos microrganismos e dos contaminantes ambientais. desse modo, esse conceito tornou-se estruturante por sua vez para o fortalecimento da ideia da promoção à saúde contemporânea, sendo propulsor das políticas públicas saudáveis e diversas ações que objetivam contribuir para que os indivíduos façam escolhas do que se considera saudável, tornando essas escolhas hábitos de vida.

Esse controle da vida, por meio das condutas e dos elementos ligados a esta, foucault (2008b) vai chamar de biopolítica[45], onde diversos saberes são acionados a fim de que a vida seja esquadrinhada, inserida em processos controlados e regulados por diversas formas de governo. Alinhadas a essas formas de governos, forjam-se discursos sobre saúde e modos de ser, impactando de diferentes maneiras como os indivíduos se relacionam com suas formas físicas, dietas alimentares, e exercícios.

Carvalho (2004) nos diz que se cria a partir desses elementos um ideário de que existe uma "nova consciência" sobre riscos que são resultantes tanto desses estilos de vida quanto das atividades humanas ligadas à poluição, aquecimento global, biodiversidade, etc. Assim, a promoção à saúde se estende a um complexo de muitas

45.Nesse livro Foucault vai nos dar um belo exemplo de pesquisa genealógica, investigando de que modos podemos abrir uma grade de análise da governamentalidade do corpo social. Para isso, ele vai pontuando as formas como as políticas sociais, culturais, educacionais, econômicas, foram sendo constituídas a partir do momento que se elegem determinados problemas ligados à população como problemas a serem regulados. Sua pesquisa tem um recorte específico, tratando-se da realidade europeia e alguns recortes da governamentalidade americana, dos séculos XVII ao XIX, que serve para nos indicar que podemos dar visibilidade à forma como determinadas relações de poder estão concretamente inseridas em momentos históricos específicos. Assim, deslocamentos e atualizações dessas relações de poder vão se delineando em nossas atualidades, e cabe-nos ficarmos atentos a esses deslocamentos a fim de investigá-los, problematizando a forma como eles estão sendo operados em nosso presente.

dimensões: biológica, social e cultural. embora não se negue as contribuições para ações sanitárias e no trato às epidemiologias, o autor nos chama a atenção para um fator muitas vezes negligenciado pelos discursos disparados pelas instituições, agências que trabalham com esse conceito, que é o fato dessa noção se tratar de uma categoria socialmente construída, respondendo às ações de sujeitos que disputam interesses, ou seja, tal como nos tem ajudado a pensar foucault, é uma noção que não escapa às relações entre poder e saber.

> A inegável contribuição do conceito de risco para a eficácia das ações sanitárias – tanto na epidemiologia quanto na promoção à saúde – não deve nos desobrigar de uma análise mais criteriosa deste conceito, tendo em vista esclarecer ambiguidades e amadurecer estratégias que tenham como objetivo a defesa da vida individual e coletiva (CARVALHO, 2004, p.673).

Partindo desse entendimento, devemos nos perguntar, quais as consequências que essa categoria de risco tem pautado para as ações de promoção à saúde? na esteira de carvalho (2004) questiona-se: o que é entendido como risco e em quais situações? por que alguns elementos são selecionados ou não como sendo de riscos?

Castel (1987) adverte que a gestão dos riscos passou a ser uma ferramenta importante para o controle social e subsidiou possibilidades diversas para a realização desse controle, uma vez que múltiplas situações começaram a ser englobadas nesse escopo do "risco".

> em nome da erradicação absoluta dos riscos, o ambiente é esquadrinhado nas suas dimensões físicas, psíquicas e sociais multiplicando, consequentemente, os objetos a serem medidos, monitorados e regulados. sob a base do cálculo da probabilidade amplia-se o leque de intervenções e prescrições que passam a ser deduzidas e justificadas a partir do fato de que para ser suspeita a pessoa não necessita manifestar sintomas de perigo ou anormalidade, mas simplesmente, possuir a características que os expertos responsáveis pelas políticas de prevenção classificam como "fator de risco" (CARVALHO, 2004, p. 673-674).

No que tange à promoção de saúde, qualquer pessoa pode ser alvo de políticas de controle e prevenção. no que diz respeito às políticas públicas, sabemos que essa população é selecionada, objetivada para tal. Assim, nas políticas de prevenção, quando se diz que o foco destas é a educação em saúde, para que o indivíduo aprenda a se tornar responsável por seus processos de saúde se prevenindo de riscos, incentivando sua autonomia por meio de mudanças de hábitos. essa autonomia é quase sempre regulada, tal como assevera carvalho (2004), já que são agentes de expertise que orientam as regras e as normas concebidas por estes e pelos parâmetros estabelecidos pelas políticas públicas saudáveis, tornando-se, portanto, verdadeiros dispositivos de segurança.

Nessa sociedade de segurança da qual vivemos, esses dispositivos só foram possíveis de se efetivar graças à ideia de liberdade trabalhada por essas tecnologias de poder. Assim, de acordo com foucault: "uma física do poder ou um poder que se pensa como ação física no elemento da natureza e um poder que se pensa como regulação que só pode se efetuar através de e, apoiando-se na liberdade de cada um, creio que isso aí é uma coisa absolutamente fundamental" (FOUCAULT, 2008a, p.64).

A partir do exemplo do nAsf, abordaremos com um pouco mais de precisão essa relação de poder entre as políticas públicas em saúde e usuários.

o nASF como uma tecnologia de gestão de risco

O NASF pode ser entendido como parte de uma política mais ampliada de prevenção, que trouxe novas *expertises*[46], não só o sa- ber médico e de saúde-doença, mas possibilitando pensar a saúde em diferentes níveis, promoção, prevenção, tratamento e reabilita- ção. Há duas modalidades de nAsf: o nAsf i se organiza em equi- pes de três profissionais e deve estar vinculado a um mínimo de 8 e máximo de 20 equipes de saúde da família (sf); e o nAsf ii com cinco profissionais e se vincula a no mínimo 3 equipes de SF.

De acordo com as diretrizes do NASF, este não se configura como porta de entrada do sistema:

> o nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à Aps, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (brAsil. ministério da saúde, 2010, p. 07).

Portanto, as esf's continuam sendo a porta de entrada para o sistema, sendo o NASF referência para apoio multiprofissional. As equipes devem ser formadas por categorias profissionais, segundo o estudo da área de abrangência. "A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de nAsf é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações" (brAsil. ministério da saúde, 2010, p.22). Assim, uma área que tenha um grande número

46.Além do médico e enfermeiro das equipes de ESF, o NASF traz para a atenção primária os profissionais como psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.

de hipertensos e diabéticos, por exemplo, vai necessitar de um nutricionista para orientar sobre sua dieta, assim como uma área que apresenta grande número de crianças com baixo peso. outra área com maior número de adolescentes e jovens, filhos de mães solteiras, com baixa escolaridade, e baixa renda mensal supõe-se que necessitará de assistentes sociais e psicólogos, para atender a essa demanda que geralmente está associada ao trabalho de temas também envolvidos com as ciências sociais e humanas como, drogas, sexualidade, planejamento familiar, gravidez na adolescência, etc. e desse modo vão constituindo-se as equipes.

É notório o uso da estatística para fazer esse mapeamento, e identificar as demandas de profissionais nos territórios através de relatórios feitos pelas equipes de saúde da família. porém, como a composição das equipes são de responsabilidade dos gestores, esses resultados estatísticos não são validados com a comunidade incluindo a própria equipe de esf. essas equipes organizam seus trabalhos juntamente com as esf's, podendo fazer atendimentos compartilhados entre os membros do nAsf, ou entre membros do nAsf e da esf, com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, possibilitando um diálogo interdisciplinar entre as diferentes expertises, garantindo uma ação mais ampliada da concepção de saúde. Por outro lado, há uma grande dificuldade em efetivar essa proposta "interdisciplinar" em função da hegemonia da concepção médico-curativa.

Outro elemento percebido é a inadequação das instalações das unidades de saúde, tendo em vista as diferentes demandas dos profissionais de outras áreas do conhecimento, como sala de atendimento em conjunto, sala específica para atendimento psicológico ou instrumental para o trabalho dos profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional, entre outros. de acordo com o relatório da pesquisa sobre as Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção básica à saúde, que o conselho federal de psicologia (2009) lançou

estes desafios, estão associados a fatores como: despreparo dos(as) profissionais das equipes para trabalhar no campo da saúde pública, falta de formação na graduação para este trabalho e o tratamento centrado na medicalização.

O Agente comunitário de saúde (Acs), que faz parte da equipe esf, tem um papel fundamental neste controle da população, por fazer a ligação entre a equipe de saúde e a comunidade. ele tem possibilidade de perceber "riscos" em uma família, através de suas visitas domiciliares e comunicar a esf e muitas vezes acionar o nAsf. esses "riscos" podem tanto fazer parte da saúde no que tange a biologia, quanto a situações sociais que comprometem a saúde em seu conceito mais ampliado, tais como violência doméstica, abusos sexuais, negligências a crianças ou a idosos, e outros.

Os profissionais do NASF podem, também, fazer intervenções específicas com os usuários e/ou famílias, sendo de caráter de extrema necessidade, e mantendo sempre a discussão com o profissional da ESF responsável pelo caso. As intervenções específicas também podem ser realizadas em domicílio. quando o usuário encontra-se com dificuldades de ir à unidade de saúde, a equipe de nAsf vai ao domicílio acompanhado de um Acs e/ou do enfermeiro ou médico da esf. Ambas as intervenções devem ser solicitadas pelo médico ou enfermeiro da esf. isso, de certa forma, fortalece o modelo médico, mas por outra parte daria uma possibilidade ao médico se implicar no processo, tendo na equipe uma possibilidade de apoio e trabalho multidisciplinar, o que geralmente não percebemos nos trabalhos nas unidades de saúde, uma vez que a figura do médico acaba prevalecendo em uma hierarquia, colocando-se distante da equipe e numa relação de autoridade.

As atividades no território como grupos educativos, apoio aos grupos locais, palestras, campanhas também podem ser realizadas pelas equipes sempre articuladas com a saúde da família, bem como procurar outras instituições para estabelecer parcerias. o obje-

tivo desse tipo de ação é corresponsabilizar os agentes de ambos os programas pela gestão em saúde, bem como ao usuário, capacitando-o a entender e procurar medidas de controle e regulação de seu próprio estado de saúde.

Não questionamos os benefícios que porventura possam a devir desse tipo de ação educativa, questionamos a maneira como habitualmente isso se dá. foucault (2008b) em o nascimento da biopolítica vai nos dizer que o neoliberalismo, tal como desenvolvido, sobretudo nos estados unidos, realiza uma atualização da concepção de *homo oeconomicus*, com ideia de que o homem em nossa atualidade é empresário de si mesmo. este homem deve estar em formação permanente, ele próprio sendo seu capital, seu objeto de investimento. **1**ogo, a saúde pública, bem como demais instituições, como a educação, estão impregnadas dessa concepção. investir em si mesmo significa investir na sua educação, na sua saúde, para que possa ser produtor de si mesmo e sua própria fonte de renda. Assim, na acepção das teorias de riscos, esse homem do capital humano deve ser responsabilizado pelos riscos que pode fazer a população passar e ele mesmo deve gerir e controlar os riscos que ele pode sofrer ou ser portador.

Através dessas políticas de prevenção em saúde, é vendida a ideia de que existe uma corresponsabilização pela saúde das pessoas que frequentam esses estabelecimentos, imputando-lhe a ideia de que pela "liberdade-compromisso", "todos" são acionados a cuidarem de sua saúde e da população, enquanto o governo se exime de suas responsabilidades, das quais nem precisamos citar aqui, os inúmeros exemplos de estruturas inadequadas, falta de equipamentos, medicamentos escassos etc.

Considerações Finais

Não desmerecemos a importância da ampliação realizada na Atenção básica de saúde com a criação dos nAsf´s, que trouxe-

ram para mais próximo das pessoas o acesso a profissionais que estavam na atenção especializada e que, muitas vezes, se conseguia em último caso, quando a situação de saúde já está mais agravada. contudo, não podemos deixar de fazer a crítica ao modelo operado na saúde preventiva que não trouxe diferenças em relação aos outros programas já instalados com esse mesmo objetivo de prevenção.

Dizemos isso diante de atividades que são colocadas para a população sem o convite a estas sobre sua participação, dando sua opinião e avaliando o funcionamento das mesmas. A lógica de "empoderamento" desse sujeito, da qual nos fala carvalho (2004), se torna uma falácia dentro desses programas, quando vemos que as atividades caminham para um mesmo fim: controle e regulação social.

Não podemos falar em "corresponsabilização" de saúde, imprimindo nos usuários a "sua parte", enquanto não lhe é dado oportunidade e nem é lhe esclarecido seus direitos diante do sistema de saúde e também controle e acompanhamento dos gastos públi- cos, administração dos recursos físicos e humanos. Assim, da forma como vem operando, o nAsf tem se tornado uma ferramenta de controle dentro dessa lógica da gestão dos riscos, numa relação de autoridade com os usuários, ampliando o escopo de expertises, sem ampliar o diálogo e a participação popular.

Referências

brAsil. ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde**. Caderno dos princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**. brasília: ministério da saúde, 2010.

brAsil. ministério da saúde**.** secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** brasília: ms, 2012.

CAMPOS, f. i. saúde pública: a medicina e a política. **Revista de Medicina Tropical**, goiânia, v.25, n.2, p. 173-186, 1996.

cArVAlHo, s. r. As contradições da promoção á saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

cAstel, r. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. tradução: celina luz. rio de Janeiro: francisco Alves, 1987.

cAstro, e. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. belo Horizonte: Autêntica, 2009.

conselHo federAl de psicologiA. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde**. brasília, df: cfp, 2009.

escorel, s.; teixeirA, l.A. História das políticas de saúde no brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. in: gioVAnellA, l. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. rio de Janeiro: fiocruz, 2008. p. 333-384.

foucAult, m. **Segurança, Território e População**. tradução: eduardo brandão. curso dado no collège de france (1977-1978). são paulo: martins fontes, 2008a.

foucAult, m. **Nascimento da biopolítica**. tradução: eduardo brandão. curso dado no collège de france (1978-1979). são paulo: martins fontes, 2008b.

merHY, e. **Introdução à saúde pública**: prática técnica e social. niterói: uff, 2002. disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-18.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2016.

sAmpAio, J. et al. o nAsf como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João pessoa, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

sAntos, l. **Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde**. 2005. disponível em <http://jus.com.br/revista/texto/7378/saude-conceito-e-atribuicoes-do-sistema-unico-de-saude>. Acessado: 02 out. 2011.

spinK, m. J. p. **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.** são paulo: casa do psicólogo, 2007.

Capítulo 10

Construindo saberes sobre transtorno mental com a família de pacientes do Setor de internação Breve de um Hospital geral do Pará

Rachel de Siqueira Dias[47]

Cristina Bastos Alves Lins[48]

47 Mestranda em Psicologia Sociedade e Saúde pela Universidade Federal do Pará - UFPA. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

48 Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Universidade do Estado do Pará e Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

Capítulo 10

O presente capítulo é parte da produção de conhecimentos da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do estado do pará. estabelecemos considerações sobre os saberes da família acerca do transtorno mental. A relevância deste trabalho está na identificação, acolhimento, e valorização dos saberes e usá-los como instrumentos para mudar condutas, aprimorando dispositivos de atenção.

O tema família e transtorno mental decorre da realização do grupo de família no setor de internação breve (sib) da clínica psiquiátrica da fundação pública estadual Hospital de clínicas gaspar Vianna (fpeHcgV). neste grupo, percebemos que a grande de- manda desses familiares era por informações sobre a doença, seus sintomas, dificuldade para lidar com as situações de crise, confli- tos familiares e de culpa. queixavam-se do isolamento social a que muitos ficam sujeitos, das dificuldades econômicas, das dificuldades de relacionamento com o familiar com transtorno mental e sua expectativa frustrada de cura.

Conforme Wernet (2001), a família é uma entidade que está presente na vida humana, podendo estar representada pelos clássicos membros progenitores e toda a linhagem genética ou ainda por pessoas que são acolhidas como membros da família para outras pessoas. o grupo familiar, ao longo dos tempos, passou por muitas transformações, tendo como um dos papéis que lhe foram atribuídos socialmente, o de ter e criar filhos saudáveis. Dessa forma, ter um filho com transtorno mental é se deparar com uma situação nova, podendo desestabilizar a família toda. Assim, esta família busca meios de entender o que está acontecendo, podendo procurar tanto um especialista como recorrer a outros meios, como a igrejas, curandeiros, e práticas alternativas carregadas de simbolismos, como: banhos, garrafadas e outros.

A atenção à família do portador de transtorno mental é de certa forma recente. Antes disso, quase não havia relação família x paciente x instituição, sendo até mesmo desestimulada. não se via o paciente como um ser biopsicossocial. o cuidado a esta pessoa com transtorno mental era centrado nos hospitais psiquiátricos, cujo modelo de atenção era restrito à internação e medicação, preconizando o isolamento do paciente e consequente afastamento de seus familiares e de toda uma sociedade. Hoje, essa visão mudou e a família foi inserida e até mesmo estimulada a participar do tratamento, passando de culpada a aliada.

Segundo melman (2001), o papel da família, já há algum tempo, vem ocupando lugar privilegiado nas reflexões e discussões na área de saúde mental. com o advento da lei da reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001), verifica-se o surgimento de novas expectativas no tocante à relação entre a família e o usuário de instituição psiquiátrica. A citada lei tem como palavra-chave a desconstrução, não só dos manicômios, mas também dos saberes e estratégias de lidar, formando um novo tipo de olhar, de saber e de fazer sobre dita "loucura". reconhecendo assim a família do paciente com transtorno mental como fundamental no seu tratamento, na sua ressocialização, na adesão ao tratamento e na redução de recidivas. Esse estudo pretende identificar os saberes da família acerca do transtorno mental, a sua origem, os seus sintomas, e a formas de tratamento.

É fundamental escutar as demandas e os saberes, que é vasto, mas visto muitas vezes como sem valor. porém, esse saber pode dar sentido ao processo de adoecimento, necessitando ser valorizado. dessa forma, é imprescindível que o familiar seja instrumentalizado no cuidado, para ter suporte no trato com o familiar. ser cuidado para poder cuidar e participar ativamente do tratamento. surgiu as- sim um problema: o que as famílias que convivem com o portador de transtorno mental sabem acerca desse tema? na convivência

com a hospitalização, com o familiar e com a comunidade, construiu-se saberes, muitas vezes não legitimados e não qualificados em detrimento ao saber totalizante produzido pela ciência. esses fatos podem estar ocasionando conflitos entre o que pensam e como agem diante do sujeito adoecido. é fundamental escutarmos os saberes para uma maior compreensão dos caminhos e das estratégias que a família possa usar, abrindo possibilidades para além das linguagens referentes ao saber médico científico.

Família e o cuidado do portador de transtorno mental

Durante muitos anos, tivemos o tratamento psiquiátrico associado a longos períodos de internação e com o afastamento dos membros da família. dessa forma, o hospital psiquiátrico era o recurso preconizado para o tratamento de problemas de ordem psíquica, excluindo a pessoa da sua família e da sociedade. de certa forma, gerava alívio para a família, já que o portador de transtorno mental causava inúmeros problemas, dificuldades e constrangimentos. Dessa forma, esses indivíduos ficavam relegados aos cuidados dessas instituições, o que acabava por gerar cronicidade e perda dos vínculos com a família, passando a não mais ter lugar nesta sociedade. para a sociedade, o alienado deveria ser reeducado moralmente e voltar a ser cumpridor das normas de bons costumes da sociedade da época.

Goffman (1992), em seu estudo clássico sobre asilos, identifica algumas situações que são características dos manicômios, prisões e conventos: perda de contato com a realidade externa, submissão à atitude autoritária dos médicos e pessoal técnico, perda de ami- gos e propriedades, sedação medicamentosa e perda da perspecti- va de vida fora da instituição. o estabelecimento de tantas regras, os impedimentos e punições caso descumpram as mesmas tiram a subjetividade do indivíduo, já que são ações que não possibilitam ao indivíduo de se autoafirmar como pessoa dotada de autonomia,

determinação e liberdade de ação. esse tipo de instituição tira o controle que o indivíduo tem sobre sua vida, passando a robotizar os mesmos e minimizando a autonomia da pessoa.

> o território do "self" é, assim, constantemente violado. os objetivos velados nessa prática são incapacitação, intimidação cronificação da doença mental, o dito louco não tinha direitos nem civis nem sociais, ficando relegados a violência consentida, perda da identidade psíquica e social do indivíduo, que resultam em resignação diante dos fatos e coisas (goffmAn, 1992, p.56).

A exclusão do portador de transtorno mental do seio da família servia também como controle dessas famílias, que, não participando do que acontecia com seu familiar, não faziam questionamentos, sendo mantidos longe das instituições, perdendo contato com seus familiares, que se tornavam estranhos em seu próprio meio. essas ausências eram justificadas com acusações a esses indivíduos chamados de "loucos", que eram tidos como irracionais, com conduta fora dos padrões, incapazes de viverem sem a custódia de uma instituição.

Segundo moreno e Alencastre (2004), a família foi por mui- to tempo considerada como causa do adoecer, não sendo necessá- ria, sendo excluídas do tratamento, sem direito a visita, tendo suas cartas, quando enviadas por familiares e pacientes, avaliadas e, na maioria das vezes, vetadas pelos profissionais. Durante muitos anos, os familiares eram tidos como a causa principal da doença, pois não educaram de forma adequada. neste contexto, tanto os asilos como o poder médico teriam como função principal reeducar os pacientes e seriam desta forma considerados os únicos capazes de curá-los, sendo o modelo médico o único com poder para tratar os doentes. tendo tomado para si a tarefa de intervir pedagogicamente sobre a família, a psiquiatria cria uma nova moral que passa a regular as re-

lações familiares, prescrevendo comportamentos e modelos (melmAn, 2001).

A família se tornou isenta da responsabilidade de cuidar, passando essa responsabilidade ao asilo. corroborando com este pensamento, melman (2001) pontua que a psiquiatria moralizante impõe barreiras, propondo o mínimo contato com os integrantes do seu grupo parental. À família somente era permitido o direito de visitas quando a instituição permitisse, pois os profissionais acredi- tavam que o paciente poderia ter uma piora depois de encontrar os seus familiares, sendo, portanto, destituída do lugar de cuidadora. o isolamento dos parentes era considerado o ideal, com o argumento de proteção da família da doença mental. A ideia era não expor os familiares às más influências, já que o "louco" era tido como indisciplinado e produtor de desordem. outro enfoque muito comum era que a família poderia ser a responsável por esse adoecer.

> evidenciamos que se a família, em algum momento, retirou-se da cena do cuidado de seu familiar doente mental, em outros, ela foi excluída por ser considerada como "nociva ao tratamento", isto é, como causadora da doença, pois atrapalhava tratamento proposto (colVero et al., 2004, p.198).

As profundas transformações ocorridas após a reforma psiquiátrica geraram mudanças na forma de conceber a participação das famílias no processo do cuidado, ocasionando problemas de ordem emocional, social, relacional, econômica e materiais. sem preparação, as famílias tiveram que se ajustar à nova política, com aproximações sucessivas, criando desconforto para ambos os lados. é inegável a sobrecarga que o retorno do paciente à casa pode acarretar ao núcleo familiar. esta sobrecarga é ainda maior quando há falta de apoio eficiente dos serviços de saúde mental e dos profissionais da área.

Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita os processos de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (melmAn, 2001, p.80).

Apesar de terem sido fundamentais as mudanças ocorridas na assistência psiquiátrica, ainda vemos a relevância de termos mais serviços de saúde mental no brasil que, além de tratarem o doen- te, também oferecem às famílias o apoio e o cuidado necessários. na maioria das vezes, o papel destinado aos cuidadores ainda é o de agente custodial e não de aliado do tratamento (YAcubiAn; lotufo neto, 2001; WAidmAn; JouclAs; stefAnelli, 1999). As famílias dos pacientes demandam escuta, acolhimento e ajuda para amenizar as dificuldades encontradas no convívio com a doença mental. para cavalheri (2002), quando a família possui um membro com uma doença mental, ela acaba se mobilizando. inde- pendente de ser orgânica ou mental, o desgaste é agravado quando se trata de uma doença de duração prolongada e, muitas vezes, con- siderada incapacitante e estigmatizadora.

A família deveria ser fonte de suporte na vida de qualquer indivíduo, mas para o portador de doença mental faz toda a diferença, pelo fato de necessitarem de cuidados e acompanhamento. Assim, podemos pensar num modelo de intervenção que possibilite resolver os problemas cotidianos, diminuindo o estresse e, possivelmente, as recaídas. Para isso, a família necessita de preparo e apoio profissional.

O acolhimento em relação à saúde mental pode ser percebido como uma diretriz, que constitui os modos de produção de saúde e ferramenta de intervenção à qualificação da escuta, construção do vínculo e garantia de acesso com resolutividade nos serviços. é, portanto, uma tecnologia do encontro, em regime de afetabilidade que

vai se construindo a cada encontro (brAsil. ministério da saúde, 2010). Assim, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de maneira que atenda a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar, dar respostas mais adequadas. o acolhimento da família, a informação sobre a doença e sobre o tratamento podem melhorar a estabilidade emocional dentro da família. Enquanto que a falta de orientação pode gerar conflitos entre o paciente e a dinâmica familiar, refletindo negativamente sobre o tratamento, acarretando aumento de uma possível sobrecarga familiar.

Saberes familiares

Os objetivos desse estudo buscam identificar os saberes da família do paciente com transtorno mental sobre a própria ideia de transtorno mental, sua origem, seus sintomas, formas de tratamento, prognóstico. retomando os dados encontrados e as interrogações fundamentais que norteiam este estudo, serão discutidos os dados encontrados a partir das perguntas norteadoras.

Quanto ao entendimento sobre transtorno mental, observamos que para as famílias estudadas esse é um saber que se construiu ao longo dos séculos e se apresenta como uma manifestação relacionada à questão espiritual. segundo foucault (1972), essa relação com o espiritual, sobrenatural, remonta do renascimento, onde aparece uma ambivalência sobre a loucura ficando entre a experiência sobrenatural e o desígnio divino. percebemos que essas ideias ainda estão presentes no pensamento atual. A demanda por recursos não formais como a no sobrenatural e nas diferentes crenças. A busca por grupos religiosos pode ser uma tentativa de apoio que a família não encontra na rede formal de assistência psicossocial e de saúde.

O transtorno mental também aparece nos relatos destas famílias como algo que causa estranhamento, que não se compreende. o que pode indicar que os mesmos não compreendem a situação

vivida, não entendendo o comportamento diferente apresentado pelo familiar doente. passam a vivenciar a sensação de estranhamento e relacionar o transtorno mental com o comportamento errado e descontrolado. Estes familiares definem transtorno mental como doença incurável, que necessita de tratamento médico. sabemos que isso pode ter sido construído a partir da noção de anormalidade, advindo da ideia de loucura como doença mental, demonstrando aí a incorporação de um saber médico, chegando ao entendimento de anormalidade (colVero, 2004). segundo Amarante (2003), o louco, desarrazoado na idade clássica e despossuído da razão durante alienismo, vai sendo transformado, por sucessivos golpes de força, em doente mental.

Podemos pensar que o conceito de transtorno mental foi construído ao longo dos tempos por esses familiares, surgindo um saber próprio a estas famílias. isso não é nem certo nem errado, apenas diferente, sendo construído a partir da vivência dessas pessoas e de sua relação com o familiar adoecido dentro da sua comunidade e com as suas idiossincrasias culturais. não podemos esquecer que os serviços de assistência e a relação com os técnicos de diferentes áreas também contribuem para a construção da imagem de transtorno mental.

Quando questionados sobre o que sabiam a respeito das diferentes formas do transtorno mental se manifestar e ser observado, as famílias informam que este fenômeno é identificado a partir de mudanças de comportamento e que muitas vezes associam a relação desta mudança com a ocorrência de eventos estressores. estas mudanças de comportamento caracterizam o paciente como um doente mental, sendo vivido como algo avassalador para a família. As atividades que, até então, eram realizadas, passaram a não ser mais desempenhadas ou feitas com dificuldade, indicando que algo não vai bem e se constitui em algo que pessoas “normais” não fazem. Acreditam que estas manifestações estão ligadas a hereditariedade,

tratando-se de um comportamento diferente da norma estabelecida pela sociedade e acarretando um desvio no padrão do que consideram como normalidade.

Mais uma vez identificamos que estas famílias constroem um saber sobre as manifestações do transtorno mental a partir de conceitos adquiridos de padrões de equilíbrio e desequilíbrio, de normal e anormal. As famílias procuram explicar, com um conhecimento já acumulado, o que está acontecendo com seu familiar adoecido. romagnoli (1996) descreve a família enquanto organização constituída a partir de um arsenal de regras e valores sociais, que produz modelos de comportamento e que mantém as normas sociais ditadas pelas instituições, integrando seus membros ao sistema social. A família também tem a função de produzir indivíduos, criar e educar, para que se integrem à sociedade como mantenedores da sua ordem. A função oficial da família, segundo o autor, é ser produtora de sujeitos condicionados e adestrados para agir de modo a conservar e reproduzir o estabelecido, sendo uma entidade universal, imutável, natural e sagrada.

Sobre as formas de tratamento, os familiares, na sua maioria, relatam a necessidade de internação como forma de tratamento do portador de transtorno mental. esse saber que parece não acompanhar a evolução do tratamento proposto ao longo dos anos, caracterizado pela implantação de serviços extra-hospitalares, substituindo as longas internações, não se limitando o tratamento à fase aguda das manifestações do transtorno.

Essa necessidade de internação que aparece para a maioria das famílias tem relação, provavelmente, com o desconhecimento da Rede de serviços, da política da reforma psiquiátrica e a dificuldade de acesso aos serviços, principalmente no interior. Ainda permanece a visão do tratamento centrado no modelo médico/hospitalocêntrico e medicamentoso. talvez ignorando o novo paradigma que busca dar conta da complexidade da pessoa em suas múltiplas conexões

com o social. Há uma redução do tratamento para a remoção dos sintomas, ou a recuperação da pessoa, com poucas referências à criação de outras possibilidades de vida a partir de num novo modelo, sem a custódia e a tutela, mas em projetos que alarguem os espaços de liberdade do portador de transtorno mental.

Pimenta (2008) relata que o entendimento da desospitalização muitas vezes está ligado à noção de omissão. sugerindo a articulação da dificuldade de engajamento da família, com a noção de que o cuidado seja dever do estado. ou seja, as famílias entendem que a luta antimanicomial, ao invés de resultar na reinserção social da loucura, é, de fato, uma ausência de cuidado por parte do estado. moreno e Alencastre (2004) afirmam que se a família não puder contar com uma rede de serviços que a auxilie no atendimento ao paciente, a tendência é que as internações sucessivas se tornem mais frequentes. desse modo, o atendimento deve ser voltado também para os familiares. percebemos que a falta de suporte de saúde mental no território pode trazer dificuldades na adesão ao tratamento como um todo, facilitando reinternações hospitalares.

Observamos nos relatos um conhecimento da rede, envolvendo não só os serviços de saúde, mas também uma rede intersetorial, que inclui o espiritual, o medicamentoso, o afetivo, o cultural, o trabalho e os serviços de assistência psicossocial. os familiares demonstram saber da necessidade de toda uma rede de suporte, porém esta rede parece não estar estruturada, tendo como consequência a necessidade da internação. essa necessidade de internação, que aparece na maioria das respostas, tem relação provável com a estruturação da rede de serviços em saúde mental e/ou a dificuldade de acesso aos mesmos. entretanto, observamos que as famílias acompanharam esta evolução histórica, política e social da saúde mental, visto que os familiares não querem isolar ou excluir o paciente como faziam em outros tempos.

Sobre a dificuldade de lidar com os sintomas próprios do trans-

torno mental, há uma tendência à normalização do portador de transtorno mental, devido a necessidade da adesão ao tratamento e a não aceitação da cronicidade e de como lidar com os sintomas. Segundo melman (2001), a normalização dos sintomas é uma forma de tornar suportáveis os sinais da doença e uma tentativa de manter a rotina familiar dentro dos moldes costumeiros. como mecanismo de defesa, a família compartilha os valores da sociedade e faz do transtorno mental algo que é estigmatizado, criando a situação da família também se tornar um agente no processo de estigmatização.

Outros aspectos importantes são referentes aos gastos excessivos, a agressividade que gera medo, a sensação de ameaça e impotência, a crise e seus sintomas auto e hetero-agressivos. esses aspectos retiram da humanidade a situação saúde/doença e o coloca em representações não humanas, levando a pessoa ser visto como: "ele fica parecendo um bicho, parecia aqueles monstros de filme, derrubava e quebrava tudo em casa" (depoimento de familiar). o portador de transtorno mental passa a ser visto a partir das crises como um estranho, aquela pessoa que passou a fazer coisas diferentes, que as pessoas normais não costumam fazer.

Segundo Rosa (2011), as reinternações do portador de trans- torno mental e a estabilização ou não dos sintomas faz as famílias experimentarem sentimentos variados, passando da ambivalência de ser alguém da família e podendo ser visto como um estranho e uma ameaça. Assim, há uma alternância na visão que se tem do portador de transtorno mental.

Surge também na fala deles a queixa sobre a falta de colaboração de outros familiares, com quem poderiam dividir os cuidados, trazendo a sensação de impotência, solidão e isolamento dentro da própria família. sem uma rede estruturada para assistir esse fami- liar cuidador principal ocasiona esses sentimentos mencionados. os gastos no cuidado mostram que a visão que se tem desse indivíduo é

a de um sujeito incapaz, improdutivo, com incapacidade para o trabalho. e mais uma vez aparece o sujeito tutelado. o movimento de afastar da sociedade tudo o que é incômodo e de exclusão dos indesejados mais uma vez se repete na história da saúde mental. pelbart (1989) diz que a loucura pode ser entendida como uma dimensão essencial de nossa cultura, enquanto que a estranheza, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, seu outro passa a ser uma ameaça.

Nas falas dos familiares, aparecem, ainda, as diversas formas de lidar com o portador de transtorno mental. os momentos de crise trazem aos familiares um sentimento de impotência porque se sentem despreparadas para lidar com o familiar portador de transtorno mental. Assim, surgem diferentes sentimentos diante da crise: a necessidade de aceitação dos fatos ocorridos, a paciência no cuidado, a internação como solução para a crise, a dificuldade em lidar com os sintomas de agressividade, a busca por lugares especializados para o tratamento, a ajuda espiritual, a necessidade de contenção, a urgência da medicação e, por fim, o medo desse desconhecido.

Melman (2001) fala que o universo sintomatológico do transtorno mental também é um desafio e, em muitas situações, esse universo pesaroso e angustiante é povoado de sentimentos diversos como a vergonha e a busca de isolamento social. os vínculos na dinâmica familiar com a presença do doente mental são conflitantes, causando profundos abalos e desarranjos intra e extrafamiliares. no imaginário social, ainda predomina uma visão de medo e rechaço em face de qualquer experiência humana que se afaste dos padrões de racionalidade e normalidade hegemônicas.

O que se observa nessas falas é que o processo de desospitalização é entendido pela família como transferência da responsabilidade em relação a prover total cuidado ao familiar adoecido. diante desta realidade, a família se sente desassistida sem saber como agir, sendo que a presença do portador de transtorno mental em casa exi-

ge novos arranjos de cuidado, de atenção, tanto emocional quanto material. segundo melman (2001), nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa um peso material, subjetivo, organizativo e social. todos aqueles que trabalham com os doentes e convivem com o universo de pacientes psicóticos, com história de doença de longa evolução, conhecem alguns dos elementos característicos da vida de muitas dessas pessoas: isolamento, distanciamento das relações afetivas, exclusão social, dificuldade em mobilizar o próprio desejo.

As famílias tentam adaptar-se a essa nova realidade, mas muitas vezes não têm referência e apoio para produzir as mudanças necessárias para a nova situação. o novo modelo da política assistencial em saúde mental, segundo as falas desses familiares, ainda não está totalmente conhecido e gera dificuldades no fornecimento de um apoio adequado aos familiares e às pessoas portadoras de transtorno mental. Moreno e Alencastre (2004) afirmam que se a família não puder contar com uma rede de serviços que a ajude a cuidar do paciente, a tendência é que as internações sucessivas se repitam. os serviços necessitam ter atenção a estas famílias, visando atender as necessidades das mesmas, principalmente diante da primeira crise ou da cronicidade da doença. Assim, é necessário acompanhar a família durante e depois da crise. Quando a família mostra-se flexível e disponível, a adaptação será facilitada.

Ao contrário do que preconiza a reforma psiquiátrica, os familiares, ao falar da rede de serviços, se reportam prioritariamente à internação, sendo, na maioria das vezes, a primeira procura dos cuidados, ficando o tratamento voltado somente para as situações de crises. A busca prioritária por um serviço de nível terciário, sem a tentativa inicial de busca da intervenção de serviços extra-hospitalares ou preventivos como unidade básica de saúde, que deveriam ser

a entrada territorial no sistema único de saúde (sus) e deveriam trabalhar de forma articulada juntamente aos serviços especializados em saúde mental, como o caso dos hospitais, acarreta um inchaço do serviço responsável pela internação.

Segundo pitta (1996), a proposta da assistência em saúde mental é descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, buscando vincular o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida. essa proposta ocasiona transformações nas concepções e práticas de saúde mental, assim como na organização dos serviços, formação e na capacitação dos profissionais. O processo de reabilitação psicossocial representa um conjunto de programas e serviços, que facilitam a vida das pessoas portadoras de transtorno mental. desse modo, é possível restaurar o melhor nível possível de autonomia, no exercício de suas funções sociais.

Outro ponto citado é a não aceitação do tratamento fora de crise, gerando a não adesão ao tratamento. essa é outra questão que deveria ser regulada pela intervenção dos dispositivos extra-hospitalares, com apoio a essas famílias. essa ação deveria ser feita por agentes de saúde mental, pela via da clínica ampliada nos domicílios dos portadores de transtorno mental. o apoio matricial com a nova proposta de articulação da rede de saúde mental com as unidades Básicas de Saúde (UBS) facilita o fluxo dentro da rede de serviços e diminui os encaminhamentos aos serviços especializados, mudando a visão dessas famílias de que o paciente em crise deve ser encaminhado somente à internação em hospital.

Com relação ao tratamento dentro do Hospital, surgem queixas relacionadas ao tratamento dispensado por alguns funcionários que são descritos como grosseiros e por ter descasos com o paciente. A fala de um familiar relata que as unhas do familiar não são cortadas, e outra diz que parece que a equipe é contra a família. é necessário capacitar e qualificar o profissional na função desempenhada, com uma remuneração justa, viabilizando condições de trabalho adequa-

das. Há, portanto, a necessidade em apostar na educação e na gestão do trabalho.

Outra questão que nos chama atenção na fala dos familiares é a diferença na estrutura entre as clínicas dentro do um mesmo hospital, com estruturas inadequadas para a acomodação do acompanhante: cadeiras de plástico para passar a noite e falta de armários para guardar objetos pessoais seus e dos pacientes. Apostar na promoção da humanização tanto dos serviços prestados pelos funcionários como na melhoria da estrutura física e na acomodação dos acompanhantes favorece o cuidado.

No que se refere às situações de crise, entendemos que o tempo vai ser outro, requerendo resolutividade. dessa forma, a emergência psiquiátrica é o local onde a maioria dos familiares relataram recorrer, e que se sentem amparados no momento de crise. com a reforma psiquiátrica, a internação psiquiátrica passa a ser um serviço especializado dentro de um hospital geral, substitutivo do modelo asilar outrora utilizado. o setor de emergência psiquiátrica é um serviço que presta atendimento aos pacientes em franca crise. A demanda é oriunda de todos os lugares do estado, sendo o único serviço de emergência psiquiátrica do pará, servindo como porta de entrada do paciente na rede de Atenção à saúde mental e, muitas vezes, equivocadamente, como único recurso desses familiares.

Vemos que a internação é a referência principal deste discurso, sendo que raramente aparecem no discurso as formas substitutivas à internação. portanto, não estão assimiladas pelas famílias escutadas a hipótese de atendimento dos cAps, podendo ser explicada pela reduzida capacidade de resolutividade destes dispositivos para lidar com situação de crise. Vale ressaltar que o público alvo dos cAps é para os que apresentam intenso sofrimento psíquico, o que lhes impossibilita viver e realizar seus projetos de vida. são, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os

transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (brAsil. ministério da saúde, 2004).

Observamos que as falas relacionam a assistência ao por- tador de transtorno mental à internação. Por força das crises com sintomas muitas vezes incontroláveis, incialmente a internação é vista como impactante, mas que vai sendo assimilada. rosa (2011) relata que a família incorpora a experiência e o conhecimento que a fazem alterar sua representação inicial. Apropriando-se e resinificando a internação sendo, às vezes, o único recurso que dispõe esta família, ou o único a que tem acesso.

Em outros discursos, vemos relatos que se referem à estrutura física da internação hospitalar como um ponto negativo, assim como o tratamento dispensado por alguns profissionais. Percebe-se, assim, a necessidade de acolher o portador de transtorno mental e suas famílias, atendendo às necessidades no aspecto físico e emocional, sendo este um desafio constante para toda a equipe e para os gestores envolvidos com este processo. dimenstein (2004) ressalta que a ideia de humanização está relacionada diretamente à desinstitucionalização, já que pressupõe a desmontagem da cultura manicomial, das rotinas, dos serviços, das relações entre profissionais, usuários e familiares. Humanizar não se restringe ao aumento dos serviços nem à melhoria da infraestrutura.

Outra questão apresentada diz respeito às atividades de vida diária e atividades terapêuticas desenvolvidas. Vemos a importância das atividades terapêuticas contextualizadas com sentido para o paciente e não somente a ocupação pela ocupação, voltando o olhar para o singular.

Pelbart (1989) propõe o fim do manicômio mental como uma meta, assim como o fim dos manicômios enquanto unidades de tratamento mental. ele faz menção ao direito a desrazão, entendendo que este direito é a possibilidade de "pensar loucamente", liberando

a subjetividade das amarras da verdade, devolvendo cidadania ao portador de transtorno mental.

Considerações Finais

O modelo psicossocial de Atenção à saúde mental, substitutivo ao modelo manicomial, propõe a revisão de práticas que por anos estiveram centradas no modelo hospitalocêntrico, medicamentoso, visando a uma abordagem que integre o portador de transtorno mental, a família, a comunidade, aos serviços, todos articulados, ofertando qualidade de vida. para que se consolide a proposta da reforma psiquiátrica, é necessário a ampliação da rede de serviços substitutivos, facilitando o acesso e a continuidade dos cuidados através do matriciamento e da proposta da clínica ampliada. A visão dos familiares pesquisados é de um serviço centrado no hospital, resultando em cuidado fragmentado e episódico, contribuindo para que os pacientes sejam constantemente hospitalizados e que se crie um ciclo vicioso, caracterizado por: casa, crise, internação.

O sucesso do tratamento depende da articulação dos serviços, e que na alta hospitalar, ou do cAps e até mesmo da unidade em que esteja inserido, seja feita sua referência e contrarreferência entre equipes profissionais e não apenas de instituição para outra instituição, como é mais comum vermos. é necessário ocorrer um trabalho de reinserção social e disso vai depender diretamente da qualidade dos serviços que vão ser ofertados. desse encaminhamento, incluindo a preparação e acompanhamento pós-alta, é fundamental que a família possa se preparada para receber essa pessoa com suporte necessário para a manutenção da saúde.

Neste novo arranjo, é fundamental que a família do paciente adoecido sinta-se valorizada e acolhida com seus saberes e fazeres, garantindo ao paciente um lugar na comunidade, diferenciado e com a autonomia possível. outra questão fundamental é a necessidade de autonomia da família na busca por um espaço que não seja somente

de cuidador do paciente portador de transtorno mental, mas que tenha espaço para sua vida pessoal, divisão de tarefas e neste cuidado incluindo outros membros da família.

Há que se considerar, também, que os profissionais estejam também sendo cuidados, evitando o adoecimento dos mesmos, com a reorganização do trabalho, com relações mais democráticas, flexíveis, definição de papéis, divisão do trabalho igualitária. Desse modo, pode-se evitar um fazer sem desejo, sem estar implicado, diminuindo as queixas dos familiares quanto ao tratamento dispensado aos pacientes na instituição hospitalar.

Outros comentários que aparecem neste estudo, que não podem ser negligenciados, se referem ao desconforto, à estrutura tida como ruim, aos maus tratos sentidos quando o familiar se vê na condição de acompanhante do paciente internado. o serviço reproduz a falta de humanização, e isso vai contra as diretrizes do sus e vemos que o processo é de desinstitucionalização.

Apesar da loucura ao longo dos tempos ter passado por tantas formas de tratamento, vemos que os familiares ainda hoje se consideram impotentes, sozinhos, isolados dentro do próprio sistema familiar, e acabam solicitando ajuda através da internação, nos momentos de crise, sem uma rede bem estruturada que os apoie. com isso, podemos afirmar que a reforma psiquiátrica ainda está em processo, tendo muito que se caminhar.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no brasil. 2. ed. rio de Janeiro: panorama/fiocruz, 2003.

BRASIL. ministério da saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. brasília, 2001.

BRASIL ministério da saúde. **Política Nacional de Humanização**. formação e intervenção. brasília: ministério da saúde, 2010.

brAsil. ministério da saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de Atenção psicossocial. brasília: ms, 2004.

cAVAlHeri, s. c. **Acolhimento e Orientação à Família**. mesa redonda: importância da família na saúde mental. 2002. disponível em:<www.sppc.med.br\mesas\silvana.htm>. Acesso em: 4 de fev. 2016.

colVero, l. A. et al. família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista Escola de Enfermagem –USP**, são paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

dimenstein, m. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia: Ciência e Profissão,** brasília, df, v. 24, n. 4, dez. 2004.

foucAult, m. **História da loucura na Idade Clássica**. perspectiva: são paulo, 1972.

goffmAn. e. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1992.

melmAn, J. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. são paulo: escrituras, 2001.

moreno, V.; AlencAstre, m. b. A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso. **Acta Scientiarum: Health Sciences,** maringá, v. 26, no. 1, p. 175-181, 2004.

pélbArt, p. p. **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: l**oucura e desrazão. são paulo: brasiliense, 1989.

pimentA, e. s. **A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista**. dissertação(mestrado em psicologia)— programa de pós-graduação em psicologia da pontifícia universidade católica de minas gerais, belo Horizonte, 2008. disponível em: <http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/psicologia_pimentaes_1.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2016.

pittA, A. o que é reabilitação psicossocial no brasil, hoje?. in: pittA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. são paulo: Hucitec, 1996. p.19-26.

romAgnoli, r. c. **Novas Formações Familiares: uma leitura institucionalista**. 1996. dissertação(mestrado em psicologia social)– universidade federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 1996.

rosA, l. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 3. ed. são paulo: cortez, 2011.

WAidmAn, m. A. p., JouclAs, V.m. g.; stefAnelli, m. c. família e doença mental. **Fam. Saúde Desenv**, curitiba, v.1, n.1/2, p.27-32, jan./dez.1999.

Wernet, m. **Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido ao cuidar e à família**. 105 f. 2001. dissertação(mestrado em enfermagem)– faculdade de enfermagem, universidade de são paulo, são paulo, 2001.

YAcubiAn, J.; lotufo neto, f. psicoeducação familiar. **Fam. Saúde Desenv**, curitiba, v.3, n.2, p.98-108, jul./dez. 2001.

Capítulo 11

Valorização da Vida: uma análise de ações voltadas ao enfrentamento do suicídio indígena em um contexto amazônico

Marluce Mineiro[49]

Sabine Lima Rosas[50]

Juliane Nascimento Fagundes[51]

49Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas- UFAM.

50 Graduandos do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas- UFAM.

51 Graduanda do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

Capítulo 11

O presente artigo, oriundo da dissertação de mestrado do programa de pós-graduação multidisciplinar em saúde, sociedade e endemias na Amazônia, apresenta e propõe uma análise das ações usadas pelos gestores de são gabriel da cachoeira/Am, voltadas ao enfrentamento do suicídio indígena entre jovens e adolescentes, no período de 2006 a 2011.

A princípio, a proposta da pesquisa de mestrado teve por objetivo estudar as representações sociais de suicídio indígena, dos gestores públicos e dos profissionais de saúde, educação, assistência social, linguistas e religiosos católicos que vivem e atuam profissionalmente na região, além das representações sociais de algumas lideranças indígenas. contudo, durante a pesquisa de campo, foram coletadas informações sobre o tema, apontando questões relevantes, concernentes às ações direcionadas ao enfretamento do suicídio indígena entre jovens e adolescentes da região, sendo este o foco do presente artigo.

O suicídio é um fenômeno universal e complexo, considerado um problema de saúde pública em vários países do mundo e atualmente tem sido um tema bastante pesquisado, em virtude do aumento das taxas mundiais em algumas regiões do mundo (World HeAltH orgAnizAtion, 2011). A organização mundial da saúde (orgAnizAção mundiAl de sAúde, 2006) observa que de acordo com estimativas, cerca de 1 milhão de mortes por suicídio ocorrem a cada ano, o que representa 1,4% do total da carga global de doenças. A organização mundial da saúde (orgAnizAção mundiAl dA sAúde, 2006) avalia o suicídio como uma das dez principais causas de morte no mundo e a terceira maior causa de morte em pessoas entre 15 e 34 anos de idade.

Em virtude das altas taxas de suicídio em diversos países do mundo, sobretudo na faixa etária jovem, diversas instituições de

saúde vêm desenvolvendo estratégias de prevenção da ideação suicida, tentativas de suicídio e o suicídio consumado, como a international Association for suicide prevention (iAsp), instituição norte americana ligada à organização mundial da saúde (oms), que se dedica desde 1960 à prevenção do comportamento suicida.

Para desenvolver um trabalho voltado ao enfrentamento e/ ou prevenção do suicídio, é necessário compreender que "saúde e doença não são apenas a ausência ou presença de patógeno, e que a doença existe a partir de uma espécie de negociação e acordo entre múltiplos atores" (HocHmAn; Armus, 2004, p.17). Assim, é importante esclarecer que o suicídio se manifesta a partir da interação de fatores de ordem cultural, filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (brAsil. ministério da saúde, 2013), sendo necessário, deste modo, pensar em alternativas que estejam relacionadas a tais dimensões do indivíduo, incluindo os fatores considerados de risco.

Embora existam no brasil estudos que abordem as taxas de suicídio por faixa etária, sexo e até mesmo o suicídio indígena, conforme se observa nos estudos de souza e orellana (2012), as produções científicas nacionais voltadas para a prevenção do suicídio indígena é escassa. baseado numa pesquisa documental, este estudo reporta-se aos achados de fontes documentais oriundas principalmente de relatórios da gestão pública municipal de são gabriel da cachoeira, bem como artigos de jornais locais, apontando, deste modo, a necessidade de trabalhos voltados à pesquisa e análise de um fenômeno social, caracterizado como um problema de saúde pública, e que exigiu dos gestores locais à época alternativas direcionadas ao enfrentamento do tema em tela.

Para o desenvolvimento de uma pesquisa documental, é necessário compreender o objeto e as categorias analíticas a partir da contextualização histórica e sociocultural de sua produção, pois o documento constitui-se em uma fonte de análise, escrita, impres-

sa e fotografada entre outros, que permite observar a dinâmica do amadurecimento de conhecimentos, conceitos, ideias, grupos, indivíduos, comportamentos, práticas etc, apresentando variações de compreensão (sá-silVA, AlmeidA, guindAni, 2009).

Optamos pela pesquisa documental por duas importantes razões. A primeira razão dá-se em virtude da transição de profissionais e gestores, que não faziam mais parte da equipe técnica que acompanhou as ações do período estudado, sendo necessário recorrer às fontes primárias. Ademais, é relevante estudar quais foram as respostas estatais e sociais dadas, como forma de contribuir para uma lacuna na produção científica sobre "História e Políticas de gestão e serviços na Amazônia", sendo assim profícua a realização deste tipo de pesquisa.

Os documentos são considerados fontes primárias, ou seja, fontes que ainda não receberam tratamento analítico de um pesquisador, e, por este motivo, precisaram de uma leitura direcionada a partir de uma técnica de análise de conteúdo. Assim, para a observação das informações das fontes pesquisadas, optamos pela análise interpretativa, que faz relação entre as ideias dos autores em razão do contexto estudado, a partir de uma postura crítico-reflexiva (LAKAtos; mArconi, 2001), e que possibilita fazer interpretações e inferências acerca das informações contidas nos relatórios e matérias jornalísticas.

o suicídio enquanto um problema social e de saúde pública

O suicídio é um tema cuja complexidade demanda estudo especificamente voltado para identificação das características do suicida, suas motivações, os agentes precipitantes e estressores, bem como o direcionamento de medidas interventivas e de prevenção. por ser caracterizado um problema de saúde pública com reflexo na vida social dos indivíduos, também pode ser considerado um problema social.

Os elementos que caracterizam o fenômeno *suicídio,* enquanto um problema de saúde pública no brasil, estão intimamente relacionados às taxas de ocorrências dos casos, registradas no sim/dAtASUS, e confirmadas nos estudos que abordam o tema, dentre eles, o "mapa da Violência no brasil 2011: os jovens do brasil", que mostra um panorama a nível nacional dos casos de suicídio no país. estudos mais específicos sobre suicídio indígena no contexto amazônico revelam que a taxa de mortalidade por suicídio entre populações indígenas e não indígenas nas cinco macrorregiões do brasil, do período de 2006 a 2010, foi muito elevada, remetendo-nos à conclusão de que o suicídio é "um grande problema de saúde no brasil, especialmente entre os povos indígenas, e particularmente nas regiões centro-oeste e norte" (souzA; orellAnA, 2012, p.490). em estudo realizado pelos autores acima citados, foi observado que, a partir dos dados registradas no sim/dAtAsus, a taxa de mortalidade por suicídio em são gabriel da cachoeira foi de 27,6/100.000 habitantes, no período de 2005 a 2009 (orellAn; bAstA; souzA, 2013). em outro estudo, as taxas analisadas no período de 2000 a 2007 foi de 16,8/100.000 habitantes, valor quatro vezes maior do que o encontrado em todo o estado do Amazonas (WAiselfisz, 2011).

Na minha pesquisa de mestrado, uma das categorias de análise estava relacionada às causas que contribuíram para a ocorrência de suicídios no município estudado. As motivações não estavam associadas a fatores biológicos, mas em sua maioria foram associadas aos fatores socioeconômicos e culturais. como pano de fundo e até mesmo sobressaindo-se enquanto as causas associadas aos suicídios e tentativas de suicídio, foram apontados os "conflitos familiares" e o "uso elevado de álcool" (mineiro, 2013). tais fatores já eram alvo da preocupação de gestores e representantes das instituições locais, como se observa no "dossiê contra a impunidade", elaborado pela fundação nacional do índio (funAi), com o auxílio de profissionais e técnicos de diversas instituições locais. Este documento apresenta uma série de relatos, anexos, ofícios e outros documentos,

narrando diversas expressões das questões sociais vividas no município como homicídios, tráfico de drogas, conflitos familiares e brigas entre grupos de adolescentes. Aponta, ainda, dados estatísticos sobre os principais casos de violência que repercutiram inclusive em nível nacional. tais elementos caracterizam-se como questões sociais, quando compreendidas como decorrentes da desigualdade e da exclusão social, que afetam, sobretudo, as camadas economicamente desfavorecidas. possuem, ainda, estreita relação com um planejamento que permita aos gestores antecipar os problemas e propor soluções, antes do agravo dos casos. para tanto, é necessário pensar em políticas que se desenvolvam a partir das demandas existentes, com a participação dos técnicos, gestores e do público ao qual se destinam, ou seja, é necessário pensar, elaborar e implementar políticas públicas.

Políticas Públicas: ação do estado e da sociedade

A política pública caracteriza-se por uma linha pela qual a ação pública será orientada. de uma forma geral, é conduzida por uma autoridade pública, controlada pela sociedade e viabilizada por meio de projetos, programas e serviços sociais voltados às demandas e necessidades sociais (pereirA, 2008). pode ser, ainda, compreendida como um campo de conhecimento que intenciona provocar a ação do governo e analisar essa ação, além de propor mudanças no curso dessas ações quando necessário (souzA, 2007).

Ao partirmos da compreensão de que as políticas públicas podem ser implementadas nas três esferas de gestão e em diversas áreas, ressaltamos a Política Social enquanto um tipo específico de política pública, em que os meios pelos quais os sistemas de proteção social e de responsabilidade pública expressam e concretizam a seguridade social e o bem-estar social, com vistas a reduzir as vulnerabilidades e os riscos sociais dos usuários legítimos desses sistemas. áreas como saúde, assistência social e educação, entre outras,

são atendidas pelas políticas sociais. contudo, por serem áreas diferentes entre si, cada uma possui seus próprios aspectos de elaboração, organização, implantação, bem como técnicas, estratégias, instrumentos e objetivos específicos (FLEURY; OUVERNEY, 2012).

No campo das políticas públicas, os governos dividem espaços com outras forças como: grupos da sociedade, instituições e também o mercado. A sociedade civil – seus grupos de interesse, movimentos sociais, sindicatos, associações representativas, e a participação popular de grupos sociais em conselhos e conferências – possui uma relação com o estado caracterizada como contraditória e recíproca, podendo ser traduzida da seguinte forma: da sociedade parte a demanda, o estado então incorpora essa demanda e responde a ela através das políticas públicas. Ademais, a existência de uma "república" pressupõe a existência de uma soberania popular, pela qual a "vontade geral" prevalece na organização política. destarte, pode-se inferir que os diversos grupos que formam uma sociedade nacional contribuem para as políticas públicas ao exporem suas demandas, e, especialmente, no movimento que fazem para discutir as estratégias, propor enfrentamentos, demonstrar apoio ou até mesmo desagrado a determinadas ações do estado, e/ou na para avaliação das políticas públicas vigentes (pereirA, 2008).

De encontro a esta perspectiva de política pública, a secretaria de estado para os povos indígenas (seind) discutiu com representantes de diversas instituições de são gabriel da cachoeira e de instituições de manaus, que atuam no referido município, e elaborou o "plano interinstitucional de enfrentamento do suicídio em são gabriel da cachoeira". por razões técnicas o referido plano não foi finalizado, porém ações de caráter emergencial foram realizadas.

As ações foram desenvolvidas após diversas reuniões, envolvendo a parceria da secretaria municipal de Assistência social de são gabriel da cachoeira (semAs), instituto nacional de pesqui- sas da Amazônia (inpA), Hospital de guarnição de são gabriel da

cachoeira (Hgusgc), fundação nacional do índio (funAi), secretaria de estado de Justiça e direitos Humanos (seJus), centro de referência de Assistência social (crAs) e centro de referência especializado de Assistência social (creAs), comando militar da Amazônia (cmA), secretaria municipal de educação de são gabriel da cachoeira (semec/sgc), centro de educação tecnológica do Amazonas (cetAm), universidade estadual do Amazonas (ueA), universidade federal do Amazonas (ufAm) e federação das organizações indígenas do rio negro (foirn) além de lideranças comunitárias e um grupo formado por pais de adolescentes envolvidos nas tentativas de suicídio[52].

Para compreender como e porque os gestores locais, em especial da assistência social, saúde e educação, desenvolveram as ações emergenciais a serem posteriormente relatadas, é necessário descrever brevemente o contexto local da pesquisa.

Contexto Socioeconômico de São gabriel da Cachoeira

Conhecido como "cabeça do cachorro", o município de são gabriel da cachoeira está situado ao extremo noroeste do Amazonas, na bacia do Alto rio negro (Arn), com distância de 852 km de manaus, capital do estado. possui extensão territorial de 109.183,450 km2 e faz fronteira com colômbia e Venezuela, e com o município amazonense de santa isabel do rio negro. o principal centro urbano regional de são gabriel da cachoeira é localmente chamado de "sede" e vem crescendo muito nos últimos trinta anos, em virtude de pelo menos três fatores: a) fluxo migratório das comunidades indígenas do interior; b) entrada de pessoas de outras regiões para trabalhar nas obras de abertura de estradas; c) e o estabelecimento de contingen-

52 Relatório apresentado por um analista da antropologia ao Ministério Público Federal para a fim de elucidar razões de ocorrências de suicídios entre jovens e adolescentes da população indígena do município de São Gabriel da Cachoeira. 26 de Julho de 2011.

tes militares (lAsmAr, 2005a; cAbAlzAr; ricArdo, 2006).

Atualmente, estima-se que a população do município ultrapasse os 37.896 habitantes, recenseados pelo instituto brasileiro de geografia e Estatística (IBGE), no último censo realizado em 2010 (SILVA, 2013). o município possui aproximadamente 81% de sua área composta por terras indígenas homologadas e habitadas por 23 etnias indígenas, das famílias linguísticas tukano, Aruak, maku e Yanomami, espalhados por mais de 550 comunidades, tornando sua sede a cidade mais indígena do brasil (instituto socioAmbientAl, 2014; ibge, 2012; lAsmAr, 2005a). os cinco maiores grupos indígenas são os baré, tukano, dessana, baniwa e tariana, que vivem ao longo do Alto Rio Negro e seus afluentes, mantendo entre si estreitas relações socioeconômicas de troca comercial, matrimonial e ritual (lAsmAr, 2005a).

As atividades cotidianas dos indígenas que vivem na área rural são divididas entre homens e mulheres, tanto para garantia dos alimentos, quanto para a confecção dos objetos. enquanto os homens partem em canoas próprias, em busca de peixe ou carne de caça, e as mulheres cultivam o terreno da roça e depois retornam para casa a fim de preparar o alimento do dia e cuidar dos filhos (LASMAR, 2005a; cAbAlzAr; ricArdo, 2006). enquanto crianças, as meninas ajudam as mães tomando conta dos irmãos menores, e quando maiores, meninos e meninas vão às escolas indígenas e ajudam em alguns afazeres (lAsmAr, 2005a; cArVAlHo, 2011). na área urbana, as atividades de caça e pesca são praticamente inexistentes, em virtude escassez de peixe nos rios e animais de caça. Algumas famílias vivem da agricultura familiar, trabalho doméstico, trabalho no comércio e em algumas instituições públicas das áreas da saúde, educação ou ong`s locais. (mineiro, 2013).

Outro elemento importante que contribui para a contextualização deste estudo diz respeito à infraestrutura do município. de acordo com um levantamento feito em 2005, sobre o perfil socioeconômico,

demográfico e sanitário do município, de 1.444 domicílios da sede, 86,7% possuíam energia elétrica, 72,8% possuíam água encanada, 63, 5% das moradias eram de madeira e 34,6% de alvenaria (lasmar, 2005b). A principal atividade econômica do município é a agricultura de subsistência, com a plantação de mandioca, abacaxi, abacate, banana, limão e batata-doce. A carência de políticas públicas para o município desdobra-se em problemas como desemprego, alcoolismo, violência e suicídio, sobretudo entre jovens e adolescentes do sexo masculino (instituto socioambiental, 2014; coutinho, 2011; lasmar, 2005b).

A principal atividade do município ainda é a agricultura de subsistência. dela, muitas famílias vindas de áreas rurais tiram seu sustento. Os profissionais de nível médio e superior trabalham nas secretarias municipais, porém poucos indígenas ocupam os cargos de confiança ou atém mesmo cargos de nível superior, com exceção na área da educação, em que há o maior número de profissionais indígenas (mineiro, 2013).

Os aspectos socioeconômicos e culturais do município, acima descritos, estão, de certa forma, direta e indiretamente relacionados às ocorrências de suicídio na região. no entanto, além da prática suicida, o município sofre com problemas relacionados ao meio intrafamiliar como os "conflitos familiares", "negligência" dos pais em relação aos filhos e "uso elevado de álcool". Ocorrências registradas e condensadas em um relatório elaborado pelo conselho tutelar do município apresentou registro de 441 casos de "conflitos familiares", 176 casos de "negligência" dos pais em relação aos filhos, e 11 "tentativas de suicídio"[53]. tais problemas também foram apontados como prováveis motivações do suicídio e tentativas de suicídio indígena na região. contudo, e importante ressaltar que embora as ações emergenciais de-

53 Informações extraídas do Dossiê contra a impunidade e São Gabriel da Cachoeira, 2007

senvolvidas no final de 2006 tivessem por finalidade o enfrentamento do suicídio, todas as ações tiveram desdobramentos que estavam diretamente relacionados à mudança de vida população indígena que vive na sede do município.

"o Anúncio de uma tragédia"

Este foi o título da manchete estampada no Jornal correio Amazonense de 18 de dezembro de 2005, ao abordar os casos de suicídio indígena em são gabriel da cachoeira. dois adolescentes de 13 anos, ambos estudantes da escola estadual irmã inês penha, deixaram bilhetes de despedida e se enforcaram. sem compreender exatamente o móvito do ato, membros do conselho tutelar, Hgusgc e crAs realizaram reuniões com os pais das vítimas, onde ouviram de pessoas próximas sobre a possibilidade de haver ligação entre o suicídio e uma seita comanda por um professor da referida escola, localizada no bairro dabarú. Alguns adolescentes revelaram,

> [...] a existência de um grupo de amigos, todos entre 12 e 17 anos, que se encontravam três vezes por semana no cemitério da cidade [...]. os encontros eram sempre depois das 19:30h quando terminavam as aulas da banda da escola.[54]

Segundo informações do relatório de uma analista pericial em Antropologia do ministério público federal, que coletou relatos de professores da referida escola, havia de fato a suspeita de um professor que estaria influenciado a participação de alguns alunos na participação de uma seita. esta suspeita foi ainda sustentada por colegas próximos das vítimas, ratificando a possibilidade de "... existência de

54 Jornal A Crítica. 15 de Nov. de 2005

uma seita de jovens que se reúnem em cemitérios à noite e que teria feito um pacto de morte [...]"[55].

De acordo com informações, o pacto consistia em obedecer à ordenação de uma lista de alunos que cometeriam o suicídio em sequência. A história foi descoberta quando a mãe de uma aluna, que seria a próxima a cometer o suicídio, leu uma carta de despedida da filha, agradecendo a seus pais, irmãos e pedindo desculpas por ocasiões em que causou sofrimento aos familiares. (mineiro, 2013). relatos semelhantes podem ser observados no relatório intitulado "suicídio indígena alto-rionegrino: circunstâncias e enigmas da morte voluntária no noroeste da Amazônia" (coutinHo, 2011).

Após o suicídio dos dois estudantes da referida escola em 2005, outros bilhetes foram encontrados. "de acordo com o investigador, outras seis tentativas foram registradas pela polícia"[56]. As matérias ganharam repercussão e o governo estadual enviou uma equipe composta por "dois investigadores, pelo diretor do departamento de polícia Técnico-Científica, Antônio Chicre Neto, e por uma psicóloga da polícia civil, uma psicóloga e uma assistente social da seAs". A equipe não conseguiu apurar se havia de fato alguém induzindo os jo- vens e adolescentes a cometerem suicídio, concluindo suas atividades investigativas no município sem chegar a uma conclusão.

Sem dados concretos, as investigações continuaram, e em diálogos com alguns profissionais, adolescentes que tentaram, porém não consumaram o suicídio, negaram a existência de um líder influenciador, e afirmaram que se sentiam sem autoestima, sendo este o motivo da busca pela morte[57]. em 2005, foram registradas 17 tentativas de suicídio no município e, no início de 2006, duas adolescentes indíge-

55 Jornal do Maskate de 30 de Nov. de 2005.

56 Jornal Diário do Amazonas. 29 de Nov. de 2005.

57 Jornal O Estado do Amazonas, 23 de Nov. de 2005.

nas, uma de 14 e outra de 15 anos tentaram tirar a própria vida, mas foram impedidas a tempo. para compreender as razões das tentativas do ato, uma equipe do Jornal Amazonas em tempo conversou com uma das jovens que tentou se enforcar por quatro vezes.

> eu estava muito abatida, porque minha irmã tinha sido citada numa carta de uma menina que se enforcou, como a próxima da lista para morrer. e ao conversar com esse homem, decidi fazer isso primeiro.[58]

O relato acima confirma outras versões, de que haveria realmente alguém influenciando os suicídios entre jovens e adolescentes do município. em dezembro do mesmo ano, a polícia civil pediu a prisão de um professor da escola estadual irmã inês penha. "só com a notícia de que ele seria indiciado, o professor sumiu da ci- dade"[59]. segundo o delegado responsável pelo caso, foram ouvidos trinta depoimentos durante o processo investigativo e todos aponta- vam o mesmo professor como responsável pela ideia suicida.

Ainda segundo os relatos das testemunhas ouvidas,

> [...] os rituais satânicos eram comandados pelo professor, vestido de negro e usando capuz da mesma cor, que induziria os jovens a se suicidarem. os rituais eram realizados no cemitério da cidade, durante o qual os adolescentes tomavam "beberagens" (bebida preparada pelos próprios índios) e liam citações do livro de são cipriano, conhecido por conter recei- tas de bruxarias.[60]

58 Jornal Amazonas em Tempo, 12 de Jan. de 2006.

59 Jornal O Estadão, 12 de Dez. de 2006.

60 Jornal O Estadão, 12 de Dez. de 2006.

O desaparecimento do professor, "supostamente" responsável pela onda de suicídio e tentativas de suicídios entre jovens e adolescentes do município, culminou com o planejamento de ações voltadas ao enfretamento do tema em tela.

"Valorização da Vida": ações voltadas ao enfrentamento do suicídio indígena em São gabriel da Cachoeira

No período de setembro a dezembro de 2006, as instituições que outrora acordaram elaborar um "plano interinstitucional de enfrentamento do suicídio em são gabriel da cachoeira", desenvolveram ações emergenciais em conjunto, incluindo ainda os familiares dos envolvidos nos suicídios e nas tentativas de suicídio. os relatórios não sinalizam se as ações desenvolvidas foram pautadas de acordo com o que preconiza a portaria gm/ms nº. 1.876, de 14/08/2006, que versa sobre as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio, tampouco citam o manual de prevenção de suicídio, direcionado para os profissionais de saúde. Porém, todas as iniciativas a serem descritas refletem de alguma forma o direcionamento apresentado na legislação pertinente.

Concernente à identificação de situações vulnerabilidade, assistentes sociais e psicólogos do crAs do município, realizaram visitas domiciliares e entrevistas individuais, e foi observado que a grande parte das famílias entrevistadas estava inserida em programas sociais como o bolsa família e o programa de erradicação do trabalho infantil (peti), não caracterizando, de certa forma, situação de risco e vulnerabilidade social.

O Hgusgc, de novembro de 2006 a 2011, prestou atendimento emergencial às vítimas, acompanhamento psiquiátrico e terapêutico individual e realizou um "círculo de palestras" (com a parcerias de profissionais de outras instituições), nas escolas do ensino fundamental, abordando a importância da "Autoestima" para a saúde psicológica e emocional. de acordo com a avaliação feita após as

palestras, a criação de espaços para discussões e reflexões sobre o tema, estimularam o desenvolvimento e a maturidade dos jovens acerca da vida humana e da importância do planejamento para a vida no "futuro"[61].

A falta de perspectiva para o futuro foi apontada como causa do enforcamento de três adolescentes no período de outubro a novembro de 2005. A população são-gabrielense reclama da ausência de políticas públicas direcionadas ao segmento juvenil como atividades culturais e esportivas, além de iniciativas na área da educação, concernentes à realização de cursos profissionalizantes que oportunizem trabalho para os jovens[62]. A falta de políticas públicas da gestão municipal destinadas ao segmento juvenil postergou-se até o ano de 2012. todavia, cabe destacar que, de acordo o relatório da seind, o cetAm desenvolveu no município diversos cursos técnicos como: Técnico em Informática, Técnico em Agente Comunitário de saúde, técnico em Higiene dentária e técnico em guia de turismo, técnico em prótese dentária, técnico em manutenção e Suporte em Informática; Técnico em Edificações; Técnico em Análises clínicas, técnico em nutrição e dietética, comunicação digital e rede digital cidadã, todos desenvolvidos no período de 2006 a 2011. os relatórios analisados não apontaram informações sobre o retorno dos cursos. para avaliar os resultados desta iniciativa, seria importante retornar ao município e verificar os desdobramentos destes cursos na vida profissional dos indivíduos que participaram.

Cabe destacar que foram desenvolvidas iniciativas de instituições religiosas, que contemplaram atividades culturais e esportivas aos jovens que estavam diretamente ligados à pastoral da igreja ca-

61 Relatório apresentado por um analista da antropologia ao Ministério Público Federal para a fim de elucidar razões de ocorrências de suicídios entre jovens e adolescentes da população indígena do município de São Gabriel da Cachoeira. 26 de Julho de 2011.

62 Jornal A Crítica de 15.11.05.

tólica, proporcionando nos finais de semana, alternativas de lazer, entretenimento e atividades consideradas saudáveis ao convívio social.

Outro tema abordado no "círculo de palestras" nas escolas do ensino fundamental foi o alcoolismo. estudos internacionais e nacionais sobre o uso de álcool e drogas associados aos suicídios e ou tentativas de suicídios indicam que o consumo elevado de substâncias psicoativas é considerado fator de risco para o suicídio, podendo, ainda, elevar a potencialidade de alguns distúrbios mentais (botegA, 2009; 1Andberg, 2008; orgAnizAção mundiA1 de sAúde, 2006). o consumo elevado de álcool foi a principal causa associada à morte provocada pela própria pessoa, em uma pesquisa sobre representações sociais de suicídio indígena em são gabriel da cachoeira (mineiro, 2013), sendo, desta forma, necessária uma abordagem mais esclarecedora sobre o tema. partindo desta compreensão, assistentes sociais e psicólogos, com uso de imagens que facilitavam a associação da situação-problema, realizaram palestras voltadas sensibilização dos jovens em relação aos problemas consequentes do uso abusivo de álcool, dentre eles o suicídio e as tentativas de suicídio, no espaço do crAs do bairro Areal. A participação público-alvo na discussão foi avaliada como exitosa, após a manifestação de interesse do público em compreender quais eram as melhores formas de "tirar a família do vício"[63,64]

Sensibilizada com esta problemática, a seind mobilizou instituições de manaus (capital do Amazonas) para a realização de eventos voltados às populações indígenas e os problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, como o "seminário de prevenção do uso de

63Relatório da Secretaria de Estado para os Povos Indígenas apresentado ao Ministério Público Federal, contendo descrição das ações desenvolvidas em parceria interinstitucional para o enfrentamento do suicídio e tentativa de suicídio indígena, entre jovens e adolescentes de São Gabriel da Cachoeira. Outubro de 2011.

64Relatório da Secretaria Municipal de Ação Social e Secretaria Municipal de Saúde apresentado à Prefeitura Municipal de São Gabriel da Cachoeira e ao Ministério Público Federal. 14 de Dezembro de 2006.

drogas", realizado em 2009 pelo conselho estadual sobre drogas (conen/Am). o evento foi um desdobramento do *Subprograma de Valorização da identidade na prevenção ao uso de álcool e outras drogas* e o *Subprograma de Pesquisas*, elaborado pela respectiva secretaria.

Cabe ressaltar que este tema merece especial atenção por parte de gestão municipal, considerando a quantidade de artigos publicados por importantes pesquisadores assinalando inclusive a importância da pesquisa como ferramenta para aprimoramento de ações voltadas a saúde indígena conforme apontado abaixo:

> [...] a necessidade de aprofundamento de pesquisas que permitam viabilizar a articulação interdisciplinar entre conceitos tão diversos como dependência, problemas relacionados ao uso de álcool e alcoolização e torná-los ferramentas operativas para o aprimoramento das práticas sanitárias dos profissionais que atuam em saúde indígena. (souzA, scHWeicKArdt, gArnelo, 2007, p.95).

Nesta perspectiva, o inpA fez contato com pesquisadores do ILMD/FIOCRUZ e UFAM a fim de verificar a possibilidade de desenvolvimento de pesquisas voltadas à temática, considerando que nestas instituições concentram-se o maior número de pesquisadores que estudam as populações indígenas. podemos inferir que a partir deste contato o pesquisador maximiliano souza amadureceu a ideia e elaborou, em parceria com o epidemiologista Jesem orelanna, o projeto intitulado "suicídio indígena no estado do Amazonas: uma abordagem interdisciplinar". o projeto, que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (cep) da ufAm, teve seu início em 2011, e apresenta abordagem quanti e qualitativa. Alguns resultados podem ser observados nos artigos publicados pelos referidos autores, ao analisarem as taxas de suicídio indígena nos municípios de tabatinga (no Alto rio solimões) e são gabriel da cachoeira (no

Alto rio negro, no Amazonas. esta iniciativa está em consonância com as orientações para a formação de redes de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que dela fazem parte.

Algumas instituições que foram citadas contribuíram de forma indireta, cedendo espaço físico e material para a realização de atividades, como o cmA, que contribuiu com apoio logístico aos órgãos parceiros de atividades, junto aos povos indígenas.

Conclusão

As ações voltadas para a identificação das situações de vulnerabilidade do ponto de vista econômico, a fim de trabalhar as possibilidades de superação das fragilidades foram inicialmente desenvolvidas de forma a contribuir com o mapeamento da real situação de vulnerabilidade local. No entanto, as ações especificamente voltadas ao segmento juvenil, a fim de trabalhar a inclusão social destes, não foram contínuas, o que pode futuramente refletir novamente de forma negativa na vida dos jovens e adolescentes do município e desfavorecer a construção e articulação de uma rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.

Os esforços voltados para enfrentamento do suicídio indígena no município, embora estivessem mais voltados para o esclarecimento das consequências do uso abusivo de álcool, sendo este apontando como um dos motivadores para ideação suicida e consumação do fato, conseguiram, ao abordar nas palestras aspectos psicológicos e comportamentais, atender ao que preconiza o manual de prevenção suicídio, ao considerar relevante o desenvolvimento de atividades de elevem os níveis de bem-estar psicológico.

Embora não existam estudos científicos voltados às ações de prevenção do ato suicida que avaliem os resultados das estratégias desenvolvidas, acredita-se que um trabalho pautado pelas diretrizes do “Manual dirigido a Profissionais das equipes de Saúde Mental para a prevenção do suicídio” seja um importante norteador para

que gestores, em especial da saúde, atuem de forma sinérgica e intersetorial nas mais distintas instituições públicas ou até mesmo em diferentes níveis de serviços de um mesmo setor de atividade, fortalecendo, assim, a rede social para prevenção e controle do suicídio.

A complexidade do tema suicídio exige um conjunto articula- do de ações e estratégias que envolvam a pesquisa como base para compreensão dos diversos fatores que motivam o ato, sobretudo em um contexto tão específico como o amazônico, para subsidiar práticas profissionais e a gestão de serviços e políticas voltadas para este tema.

referências

botegA, n. J. (coord). **Prevenção do suicídio**: manual dirigido profissionais da saúde da Atenção básica. São Paulo: MS/OPAS/UNICAMP, 2009.

brAsil. ministério da saúde. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017**. programa nacional para saúde mental. brasília, df: ms, 2013.

cAbAlzAr, A.; ricArdo, c.A. (ed.). **Povos indígenas do Rio Negro, uma introdução à diversidade socioambiental do noroeste da Amazônia brasileira**. são paulo: isA; manaus: foirn, 2006.

cArVAlHo, m. **Inverso: diálogos indígenas no Alto Rio Negro**. pernambuco: Gráfica Facform; Instituto Antropos, 2011.

coutinHo, W. **Suicídio indígena alto-rionegrino:** circunstâncias e enigmas da morte voluntária no noroeste da Amazônia. manaus: mp/Am, 2011.

fleurY, s.; ouVerneY, A. m. política de saúde: uma política social. in: gioVAnellA,l.; escorel, s.; lobAto, l. V. c. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e amp. rio de Janeiro: fiocruz, 2012.

HocHmAn, g.; Armus, d. **Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica uma introdução**. in: HocHmAn, g. (org.) cuidar, controlar curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América latina e caribe. rio de Janeiro: fiocruz, 2004.

ibge. **Tendências Demográficas: Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000**. rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/> Acesso em: 06 mar. 2016.

instituto socioAmbientAl. **Exclusão sócio-cultural pode ter levado jovens ao suicídio em São Gabriel da Cachoeira.** 2014. disponível em: <http://www.socioambiental.org>. Acesso em: 06 mar. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Pesquisa bibliográfica. In: LAKATOS, E. m.; mArconi, m. A**. Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. são paulo: Atlas, 2001. p. 72-77.

lAndberg, J. Alcohol and suicide in eastern europe. **Inform Helathcare Catalogue**: drug and Alcohol review, v. 27, p.361–373, 2008.

lAsmAr, c. **De Volta ao Lago de Leite**: gênero e transformação no Alto rio negro. são paulo; rio de Janeiro: unesp/isA; nuti, 2005a.

lAsmAr, c. (org). **Levantamento Socioeconômico, Demográfico e Sanitário da cidade de São Gabriel da Cachoeira (AM)**. são paulo: instituto socioambiental, 2005b.

mineiro, m. **Representações Sociais de Suicídio Indígena em São Gabriel da Cachoeira.** 125f. 2013. dissertação(mestrado em saúde, sociedade e endemias na Amazônia)— universidade federal do Amazonas, manaus, 2013.

orgAnizAção mundiAl de sAúde. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. departamento de saúde mental e de Abuso de substâncias - gestão de perturbações mentais e de doenças do Sistema Nervoso. Genebra: OMS, 2006.

orellAnA, J.; bAstA, p. c.; souzA, m. l. p. mortalidade por suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no estado do Amazonas, brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 03, p. 658-669, 2013.

pereirA, p. A. p. **Política Social**: temas e questões. são paulo: cortez, 2008.

sá-silVA, J. r.; AlmeidA, c. d.; guindAni, J. f. pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, são leopoldo, n.1, p.01-15, 2009.

silVA, W. V. m. **Atenção à Saúde Bucal em um Município do Alto Rio Negro.** 104f. 2013. dissertação(mestrado em saúde, sociedade e endemias na Amazônia)—universidade federal do Amazonas, manaus, 2013.

souzA, c. estado da Arte da pesquisa em políticas públicas. in: HocHmAn, g.; ArretcHe, m.; mArques, e. (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. rio de Janeiro: fiocruz, 2007.

souzA, m. l. p. s.; orellAnA, J. d. Y. suicídio em indígenas no brasil: um problema de saúde pública oculto. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, são paulo, v.34, n.4, p. 489-490, 2012.

souzA, m. l. p.; scHWeicKArdt, J. c.; gArnelo, m. l. o processo de alcoolização em populações indígenas do Alto rio negro e as limitações do cAge como instrumento de screening para dependência ao álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, são pauo, v.34, n.2, p. 90-96, 2007.

WAiselfisz, J. J. **Mapa da Violência no Brasil 2011:** os jovens do brasil. são paulo: instituto sangari, 2011. disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br>. Acesso em: 14 fev. 2016.

World HeAltH orgAnizAtion. World suicide prevention day to be observed on 10 september. in: World HeAltH orgAnizAtion. **Centre des Médias:** note destinée a là presse. WHo, 2011. disponível em <http://www.afro.who.int/fr/centre-des-medias/note-destinee-a-lapresse/408-world-suicide-prevention-day-to-be-observed-on-10-september.html>. Acesso em: 06 mar. 2016.

Capítulo 12

Oficinas de Sexo Seguro: educação em saúde e práticas de cuidado em hospital de referência para pessoas Vivendo com HiV/Aids

Ocilene Fernandes Barreto [65]

Paula Affonso de Oliveira [66]

Joelma do Socorro Lima Bezerra [67]

Ana Cleide Guedes Moreira [68]

---

65 Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará.

66Psicanalista em formação pelo Círculo Psicanalítico de Minas Gerais – seção Pará. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

67 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

68 Professora Doutora da Universidade Federal do Pará.

No brasil apesar dos avanços e conquistas em termos de políticas públicas voltadas para pessoas Vivendo com HiV/Aids, a epidemia permanece como um grave problema de saúde no país, especialmente no norte e nordeste, devido ao crescente número de novas notificações. Nesse contexto, a prevenção torna-se uma questão crucial para o combate da epidemia, pois, em que pese os progressos científicos e técnicos no cuidado, é notável que a prevenção ainda é uma das maneiras mais eficaz de controlar esta epidemia.

As campanhas de prevenção, circunscritas à atenção básica, evidenciam o estigma de que esta não é mais necessária para as pessoas Vivendo com HiV/Aids atendidas nas unidades de referência e nos hospitais. Assim, pretende-se discutir a implementação de ações de prevenção no hospital de referência no tratamento dos soropositivos, onde decorreu esta experiência, como parte do projeto de pesquisa "relações de gênero, feminismos, sexualidade, raça, vulnerabilidade: feminização da epidemia do HiV-Aids" (processo: 404921/2012-4 cnpq). entende-se a adoção de estratégias de prevenção neste espaço, em que ela frequentemente faz-se ausente, como uma forma inovadora de enfrentar os problemas de saúde/doença, inserindo-se em uma proposta de atenção integral aos usuários durante a internação.

A medicina, o hospital e o sujeito: analisando o contexto

A medicina ainda circunscreve o corpo humano como um aglomerado de sistemas que se agrupam de acordo com suas propriedades particulares, divisão esta constituída e organizada rigorosamente pelo saber médico, o que acabou por forjar o binômio normalidade -patologia, bem como a persistente descrição das doenças como um processo de adoecimento com causas definidas, embora múltiplas, e inseridas em percurso temporal predeterminado (cAmArgo Junior, 1997).

Herança da passagem da medicina clássica para a moderna, a

circunscrição do corpo físico como objeto da última surge em detrimento do recurso à metafísica para explicação do processo saúde-doença, calcando este em uma materialidade supostamente científica e natural: o corpo (foucAult, 1977).

O corpo humano seria como um maquinário onde a doença é uma evidente falha, cujo manual de funcionamento é desvelado pelo método anátomo-clínico. não à toa, ainda nos dias atuais, a porta de entrada do estudante de medicina na formação médica se inicia com o estudo e a dissecação de um cadáver. é com o corpo-máquina, despersonalizado que o estudante se depara. este corpo será demarcado como sujeito universal da clínica médica:

> o treinamento do olhar é determinante não apenas para a transformação do corpo morto em peça anatômica. Há sempre uma metodologia nesse treinamento que visa mais do que perceber as diferentes estruturas anatômicas que compõem o corpo humano: o cadáver é tomado como modelo para um modo de se lidar com o paciente. o estudante diante do cadáver aprende a "pensar anatomicamente". o esvaziamento da vida do corpo, isto é, da sua história, é condição necessária para a prática anatômica. o anonimato do corpo morto é umas das pré-condições para sua transformação em peça anatômica passível de ser dissecada. A dessubjetivação do cadáver pela perda de suas insígnias de sujeito (sua identidade) permite, ainda, que ele se constitua como paradigma do corpo humano, isto é, como corpo universal (bAstos, 2006, p.79-80).

A preparação do estudante de medicina não se dá apenas pelo uso das luvas, máscara e jaleco, mas pela presença e observação de um cadáver, o primeiro paciente do futuro profissional. Por conta disto, há uma oposição entre saber médico e a clínica, visto que a subjetividade humana e seus fenômenos particulares se fazem pre-

sentes, quer a máquina queira, quer não. Ao invés de um cadáver, a clínica desmascara e marca a presença da subjetividade: a clínica ratifica a presença do sujeito. Sujeito que surge na dialética particular-universal:

> A singularidade é o resultado do percurso dramático de uma individualidade particular no campo da universalidade, cuja resultante é um sujeito, onde se interpenetram de forma orgânica o particular e o universal. dessa forma, é na ética que o sujeito se singulariza face a uma lei universal, de maneira que é no registro da ética que se pode delinear um lugar possível para o sujeito, onde este seja marcado pela imposição da lei moral universalizante como exigência de existir numa comunidade de iguais, mas indicando ao mesmo tempo como sujeito é único no campo transcendente do universal (birmAn, 1994, p.153).

Contudo, é inegável que o sujeito ali presente também é atravessado pelo discurso médico. Se, como afirma FOUCAULT (1979), o controle da sociedade sobre os indivíduos não é somente ideológico ou consciente, mas primeiramente exercido nos corpos, então a medicina, junto a psiquiatria, é a disciplina privilegiada e central na produção discursiva sobre os mesmos e sobre a própria vida: "a medicina é uma estratégia bio-política" (idem, p.80), ou seja, configura o imbricamento dos discursos políticos, jurídicos e científicos na normatização e o controle dos indivíduos e da sociedade.

É nesse contexto da medicina moderna pautada pelo positivismo, com suas observações, registros e mensurações, transformando o indivíduo doente em uma patologia, passível de reprodução em outros sujeitos acometidos pelo mesmo mal, que os hospitais como conhecemos atualmente puderam surgir: "um controle conceitual da probabilidade em medicina implicava a validação de um domínio hospitalar que, por sua vez, só podia ser reconhecido como espaço

de experiência por um pensamento já probabilístico" (foucAult, 1977, p.111).

O modelo hospitalocêntrico não tratou apenas de priorizar a atenção à saúde centrada no ato prescritivo, na produção tecnológica ou no saber-poder, mas enfatizou um modelo de cuidar determinado pelo domínio e a imposição de técnicas, saberes, práticas e discursos sobre o outro, o paciente, aqui totalmente desautorizado e despersonalizado. e a despeito de mudanças sociais que introduziram "outros poderes" para além da medicina no controle dos corpos, o discurso e o poder médico ainda exercem forte influência e controle sob os indivíduos:

> o discurso médico ainda assujeita amplos setores sociais e atua sobre a vida das pessoas, vejam-se as campanhas de vacinação − e a sensação de culpa das mães que não vacinam seus filhos, quando estes adoecem −, as lições de "higiene moral e social" que ainda se ouvem nas escolas, as pesquisas que "comprovam" a superioridade de raças, gêneros, etc. em função de particularidade do corpo (peso do cérebro, número de neurônios, etc.), ou ainda, em episódio mais recente, e atualizado cotidianamente nos consultórios médicos, a "descoberta" do "câncer gay", que se mostrou mais universal que isso e dizima vidas supostamente protegidas dessa "disfunção" (ferlA, oliVeirA, lemos, 2011, p.496).

O exercício da prática clínica, traduzido em atos de fala e escuta, nos quais o diagnóstico centraliza a dimensão do cuidado, foi ao longo do tempo substituído pelo ato prescritivo (frAnco, mAgAlHães Júnior, 2003). subestimou-se a prevenção para se perguntar "onde dói?". é a ênfase no atendimento do paciente em detrimento do sujeito, desconsiderando que este traz consigo não só um problema de saúde, mas uma subjetividade e uma história de vida, conteúdos que também tem papel ativo no adoecimento,

passíveis de interferir no processo de saúde e doença. Logo, há a ratificação de um modelo de cuidar no qual o sujeito é alienado do seu próprio tratamento, pois sua participação é vista como supérflua (diAs, oliVeirA, 2013).

Buscando fazer contraponto a essa corrente médica de cuidados e alinhando-se a proposta de tornar mais humanizado o contato dos profissionais com os pacientes, inserimos, por cerca de um ano, na rotina do Hospital universitário João de barros barreto (HuJbb) um projeto de Oficinas de Sexo Seguro que ocorriam mensalmente nas varandas da enfermaria de doenças infectocontagiosas, parasi- tárias e Aids (dip/HuJbb), voltadas para as pessoas Vivendo com HiV/Aids e seus acompanhantes. o hospital, referência no atendi- mento a vítimas de diversas epidemias ao longo de sua história, da tuberculose à cólera, atualmente é considerado referência estadual e regional no tratamento da epidemia de HiV.

Lamentavelmente, a realidade observada nesta instituição sugere que a descoberta do HiV ocorre na presença da doença oportunista. o diagnóstico tardio, após uma peregrinação entre os serviços básicos de saúde, é especialmente perigoso pois quanto maior o intervalo entre a infecção, o diagnóstico e o início do uso da terapia antirretroviral, maiores os riscos de adoecimento e morte, os sujeitos são finalmente encaminhados ao HUJBB para tratar de doenças que, somente lá, ao realizarem o teste e receberem o diagnóstico, descobrem ser oportunistas. são pessoas que já se internam fragilizadas, não somente pelo desenvolvimento da doença, mas pela própria peregrinação anterior e que, diante do impacto do diagnóstico, carecem de espaços de escuta e cuidado que não levem somente a organicidade em consideração.

Cabe ressaltar que este texto não tem o objetivo de discutir acerca do funcionamento e da qualidade dos serviços na rede de atenção básica, mas é importante mencionar a realidade do diagnóstico tardio e suas consequências para refletir, mesmo que brevemen-

te, o quanto o foco na prevenção e diagnóstico precoce, atividades que carecem do setor primário e secundário para serem realizadas, é fundamental na luta contra a Aids. A Aids como uma doença de elevada letalidade, mas passível de tratamento de excelência, não precisaria ser referenciada no setor terciário, pelo menos não tão frequentemente, se as redes de prevenção e tratamento ambulatorial alcançassem a população vivendo com a mesma. é mais uma faceta, sem dúvida, de uma prática pautada pela ênfase na doença, não na saúde.

A atuação nas oficinas de Sexo Seguro

As oficinas ocorreram mensalmente entre o mês de fevereiro de 2013 a dezembro de 2014, na varanda da DIP/HUJBB. Ao final do período, 15 oficinas foram realizadas, com média de 10 participantes cada e com duração aproximada de 60 minutos, mediadas por pelo menos duas facilitadoras. como forma de suscitar a discussão entre o grupo, três cartazes foram utilizados como recurso visual, cada um com as respectivas frases: "sexo é prazer. os homens sabem, e as mulHeres?"; "HiV tem rosto?"; "Hoje rola? depende, tem camisinha?".

O objetivo das Oficinas de Sexo Seguro consistia na tentativa de resgatar a prevenção como meio de enfrentamento ao HiV/Aids, atividade incomum em uma instituição no qual o processo saúde-doença é o tradicional: a docilização dos corpos através do biopoder impressos pela primazia do modelo hospitalocêntrico. o diagnóstico de HiV impunha à pessoa a condição de paciente/doente, legitimando a prescrição e, principalmente, a necessidade de cuidados, condição esta imprescindível no que diz respeito ao HiV/Aids.

Incialmente pensadas apenas para os acompanhantes dos pacientes internados, a iniciativa foi estendida para os próprios pacientes e os membros da equipe técnica em função da procura dos mes-

mos pela atividade. todos podiam falar livremente sobre os temas relacionados ao HiV/Aids ou evocados durante a dinâmica, a única "regra" da oficina era de respeitar a fala do outro participante para iniciar a sua, a fim de que fosse estabelecido o diálogo entre os participantes e os facilitadores. No final, distribuíram-se preservativos femininos e masculinos e materiais informativos, assim como dadas orientações dos locais da rede de atenção à saúde onde quais são feitos o teste anti-HiV. Além disso, também havia a demonstração de como colocar os preservativos masculino e feminino, ressaltando a importância de usá-los em todas as relações sexuais, e quais os cuidados adotados durante o uso para assegurar a eficácia dos mesmos.

As estratégias de prevenção ao HiV/Aids: três décadas de combate

Em uma epidemia como a de HiV/Aids, na qual a perspectiva de cura ainda é um prognóstico possível, porém distante, o combate ao avanço da síndrome, assim como da epidemia, torna a prevenção uma questão crucial a ser posta em constante pesquisa e aplicação, com permanente discussão de seus resultados. Ao longo de mais de três décadas, diferentes estratégias de prevenção já foram empregadas: no início, o pânico gerado pela nova epidemia, pouco conhecida, contribuiu para que a prevenção se reduzisse a pregação em torno da abstinência sexual, o que levou a atmosfera de terror devido à forte associação da doença com a morte e o preconceito contra as pessoas vivendo com Aids, o "aidético". termo equivocado e rico em preconceito, logo substituído pela noção de grupo de risco, que, por sua vez, contém um embuste perigoso ao sugerir que o vírus afetava apenas gays, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

A segunda década da epidemia exigiu que se repensasse as estratégias de prevenção, ao revelar que a epidemia afetava a todos, in-

clusive as mulheres casadas e com parceiros fixos que descobriram a Aids após o adoecimento e morte de seus filhos e parceiros:

> se, por um lado, a concentração inicial entre gays, hemofílicos, prostitutas e os drogadictos forjou a falácia do grupo de risco, por outro lado, o imaginário social também acreditava que as mulheres casadas ou com parceiros fixos estariam blindadas contra o HIV. contudo, esta falseta foi perversamente desmascarada quando alguns recém-nascidos apresentaram graves e incomuns problemas de saúde. A maternidade denunciava a presença do HiV-Aids no seio da família brasileira e o sofrimento psíquico feminino (bArreto, ceccArelli, 2015, p.131).

É notório que as tentativas iniciais de educação em saúde voltada para prevenção da Aids, ainda arraigadas no modelo prescritivo, ao pregar um controle de práticas sexuais, incitavam, por assim dizer, um "guia de condutas aceitáveis", pautado em um padrão moralizante e autoritário, conforme descreve fernAndes (1994, p. 172), "podemos dizer que, de um modo geral, existe um conteúdo medicalizador e autoritário embutido em maior ou menor grau nas práticas de medicina preventiva". o reconhecimento da co-responsabilização dos sujeitos envolvidos, assim como os diversos fatores que podem levar a uma maior vulnerabilidade, não eram ainda postos em pauta.

Desde a década de 1980 até os dias atuais, entretanto, o cenário mudou. Uma medicação mais eficaz - a terapia antirretroviral -, a ênfase em programas que se dedicam à qualidade de vida das pessoas Vivendo com HIV/Aids, a constante luta de ativistas e profissionais para romper com os estigmas trazidos pela síndrome, a substituição do conceito de grupos de risco pelo de vulnerabilidade, entre outras conquistas sociais, tornaram a convivência com Aids possível, muito embora ainda haja muito a se avançar. mesmo assim, os avanços

no campo social e médico, no que tange ao tratamento e a qualidade vida, não diminuiu a importância da prevenção, segundo AYres (2002, p.12):

> contudo, passados já vinte anos, e mesmo com todos os avanços apontados, a importância da prevenção não é menor nos dias de hoje. os enormes progressos do conhecimento e da técnica não esvaziaram os desafios da prevenção, uma vez que tais avanços não chegaram a alterar substantivamente os determinantes da vulnerabilidade ao HIV e à Aids de significativos contingentes populacionais.

Mas, inegavelmente, a prevenção se reverteu em práticas menos focadas na mudança de comportamento individual – como nas estratégias voltadas para a abstinência sexual ou de drogas – e nas práticas voltadas para "ensinar" formas de proteção e passou a ser trabalhada na relação entre os sujeitos. Ao longo dessas quase qua- tro décadas, uma das lições aprendidas no contexto da prevenção ao HiV/Aids é justamente a de que a "prevenção não se ensina" (AYres, 2002, p.16).

Ensinar difere de educar: o ensino ao qual o autor se refere é pautado na relação assimétrica entre um educador que deposita o conhecimento, para recorrermos ao termo cunhado por freire (1987) em um educando, enquanto a educação é construída na relação dialógica entre dois sujeitos que produz, sim, um objeto de conhecimento, mas cuja produção é intrínseca a esta troca. A educação em saúde, portanto, consiste em uma construção coletiva na qual todos os sujeitos devem ser encarados como produtores de saberes e detentores de direitos, em espaços de reflexão voltados para construção de processos emancipatórios que possibilitem mudanças nas práticas a partir de seus próprios contextos (pAiVA, 2002).

A prática de educação no âmbito da saúde não deve ser resu-

mida apenas em transmitir informações e repassar orientações, mas também deve ser responsável por estimular a aprendizagem mútua, além da postura crítica, reflexiva e participativa dos envolvidos (PEreirA, VieirA, AmÂncio filHo, 2011). As ações de educação em saúde podem ser vivenciadas de modo oposto ao autoritarismo, ao depósito de conteúdos e à transmissão vertical do conhecimento, que por si só não são suficientes para promoverem mudanças de comportamento em relação a medidas preventivas.

É nesse momento de adoção de estratégias de prevenção humanizadas e que levem em conta a subjetividade dos indivíduos em questão que as oficinas se tornaram uma metodologia privilegiada nas atividades de educação em saúde. como conta pAiVA (2002), as Oficinas de Sexo Seguro foram concebidas pelos ativistas da comunidade gay, como uma das primeiras respostas inovadoras à epidemia, pautadas pela concepção de educação proposta por paulo freire. estas se constituíram como um espaço de compartilhamento de experiências:

> uma nova face da pedagogia libertadora surgiu com as "oficinas", "grupos de apoio", "grupos de vivência" etc. são espaços cujo objetivo é compartilhar experiências íntimas das dificuldades de viver aquela parte que se sente estigmatizada, excluída, e falam principalmente da opressão enraizada no corpo diferente ou menos poderoso (o feminino, o corpo jovem, os corpos não-brancos, os que expressam desejos diferentes, corpos doentes, deficientes). Organiza processos vividos em grupo para desconstruir velhos estigmas e reconstruir coletivamente identidades positivas. muitos desses processos coletivos criaram iniciativas de luta contra a discriminação (pAiVA, 2002, p.34-35).

É amparado por esta proposta de oficina, que buscamos construir um espaço de prevenção, mas também de compartilhamento de

experiências e valorização da sabedoria de cada pessoa no grupo. mas por que falar em prevenção em uma enfermaria para pessoas em tratamento para HiV/Aids? o senso comum ditaria que por se tratar de pessoas vivendo com Aids e os acompanhantes das mes- mas, ambos teriam conhecimentos acerca da síndrome, logo, rea- lizar uma oficina de prevenção seria redundante. Contudo, no que tange ao conhecimento acerca do HIV/Aids, a experiência das ofici- nas demostrou que esta não era a realidade enfrentada, pois mesmo entre os pacientes com internações frequentes, eram recorrentes o preconceito e a falta de informação sobre o mesmo.

A experiência de prevenção no setor terciário: resultados das oficinas de Sexo Seguro

A realização das oficinas permitiu adentrar um pouco mais na realidade das pessoas Vivendo com HiV/Aids e seus familiares, demonstrando uma realidade ainda marcada por estigmas e preconceitos. dentre os relatos realizados pelos próprios e por seus acompanhantes, figurava o sofrimento psíquico causado pela descoberta do diagnóstico e a reivindicação do direito de saber da sorologia do paciente por parte dos familiares, ora pelo argumento da importância de se prevenir e assim evitar alguma exposição acidental, ora pela justificativa de poder oferecer apoio emocional para paciente. Alguns familiares, ouvidos nas oficinas, tomados pelo medo, falta de informação e/ou preconceito, ainda resistiam as tentativas de educação em saúde ou cuidado, mantendo comportamentos estigmatizantes e produtores de sofrimento, como desinfetar com água sanitária todo e qualquer objeto de uso pessoal ou até mesmo o vaso sanitário. outros perguntavam se deveriam escaldar as roupas, toalhas e lençóis da pessoa Vivendo com HiV/Aids. na própria enfermaria, observamos um familiar que tinha o hábito de separar para si uma cadeira, o que em sua fantasia evitava uma possível contaminação.

Aliás, cabe ressaltar que independente do indiscutível avanço que a tArV trouxe, não se extinguiu o medo que a Aids causa, mantendo preservada ainda no imaginário popular a associação da Aids

com a morte, talvez pelo fato da síndrome seguir sem cura e pelo preconceito com que são tratadas as pessoas Vivendo com Aids e suas famílias. curiosamente, uma participante nomeou a Aids como um "vírus psicológico" que produz angústia e mal-estar nela desde quando descobriu que o pai de seu filho estava infectado, portanto, ela própria corria o risco de contaminação.

O desconhecimento sobre a diferença entre o HiV e a Aids, as formas de transmissão do vírus, a importância do diagnóstico precoce, enfim, de informações importantes sobre a síndrome, ficou patente ao longo desta experiência e frequentemente remetia às discussões para a importância do uso do preservativo como meio de proteção, ocasião em que algumas representações sociais ligadas à sexualidade vinham à tona. persistia a fantasia de que alguém com uma quantidade menor de parceiros estava menos exposto ao ví- rus do que uma "periguete", termo misógino e machista atualmente usado para mulheres jovens com mais de um parceiro sexual, construindo assim o falso argumento segundo o qual as mulheres casadas ou com parceiros fixos não correm risco de contaminar-se, embora usem apenas a aliança como meio de proteção.

Alguns participantes preservam o imaginário equivocado de que a quantidade de parceiros é diretamente proporcional ao risco de infecção pelo HiV, uma falácia que causa grave sofrimento psíquico quando desmascarada, afinal como adquirir o vírus se o paciente teve apenas duas parceiras sexuais ao longo de toda vida? Alguns preservavam a fantasia de que a Aids é mais frequente entre os promíscuos e os gays. ora, se ele, o paciente, nunca foi "danado" como pode ter pego Aids?

Na realidade, a vulnerabilidade a qual estavam expostos antes da infecção não desaparece imediatamente após o conhecimento da sorologia. sem uma oferta de atenção integral à saúde, as pessoas Vivendo com HiV/Aids e seus familiares – que constituem a maioria dos acompanhantes no hospital – tem sua situação muito pouco al-

terada depois do diagnóstico, como afirma AYRES (2002, p.19-20):

> de outro lado, não se pode esquecer que a vulnerabilidade que levou os indivíduos a se infectarem não desaparece, embora, às vezes, se modifique um pouco, em função da nova condição. os soropositivos não vivem em outro mundo [...]. por isso, os espaços de tratamento também precisam ser pensados simultaneamente como espaços de prevenção.

O fato das estratégias de prevenção voltarem-se, em sua maioria, para sujeitos que não vivem com HiV também contribui para a manutenção da vulnerabilidade. o foco das campanhas de prevenção permanece nos sujeitos HiV negativo que se deve testar e, se diagnosticados, aceitar e conviver com a síndrome, assim como proceder ao tratamento, como se o diagnóstico marcasse um momento no qual a proteção não é mais necessária – a não ser entre relações sorodiscordantes. Como afirma PAIVA (2002), a prevenção entre as pessoas Vivendo com Aids, assim como a sua sexualidade, permanece silenciada.

Talvez justamente por isso que um dos tópicos mais abordados pelo grupo, no que tange a prevenção, eram as formas de transmis- são do HiV e a importância de continuar protegendo-se nas rela- ções sexuais, mesmo entre casais com sorologia positiva. o desconhecimento de informações básicas sobre o HiV/Aids por parte dos pacientes internados e seus acompanhantes indica que as campanhas de prevenção, ainda veiculadas em períodos específicos do ano, como o carnaval e o dia mundial da luta contra à Aids, e voltadas para grupos também específicos como jovens homossexuais, travestis e prostitutas – marcados no imaginário social como os mais "propensos" a contaminação –, não alcançam uma grande parcela da população atendida neste hospital.

Não somente os serviços de atenção primária falham, de certa

forma, em fornecer informações cruciais e fomentar a prevenção, os serviços especializados no tratamento de HiV/Aids também possuem, segundo os participantes da oficina, diversos problemas de funcionamento, dentre eles a ênfase do tratamento conduzido pela equipe multidisciplinar na adesão à tArV, falhando em observar o sujeito para além da síndrome, na perspectiva da integralidade, conforme o princípio do sus.

Nesse sentido, as oficinas contribuíram para fomentar discussões em torno da prevenção do HiV, como modo de incentivar a participação popular e o respeito à autonomia, fortalecendo também os vínculos entre profissionais de saúde e usuários do serviço, contribuindo para o desenvolvimento de ações de educação em saúde no hospital.

Apesar das contribuições positivas percebidas, a realização das mesmas exigiu uma constante reflexão por parte da equipe para que não recaíssemos em uma relação assimétrica, tão comum entre profissionais e pacientes em hospital. Buscou-se subverter a lógica hospitalar, marcada pela despersonalização característica deste espaço, no qual o sujeito não raras vezes é identificado apenas pelo leito. Por isso mesmo, os participantes das oficinas e as facilitadoras foram convidados a conhecerem-se pelos nomes, respeitarem o espaço dos outros e a pluralidade de experiências que cada um trazia.

A oficina como uma prática de cuidado

Nesse espaço de construção coletiva que exigia tanto das facilitadoras quanto dos participantes uma constante reflexão para manter uma relação dialógica, as Oficinas de Sexo Seguro tornaram-se não somente uma prática de prevenção, mas uma tecnologia de cuidado. no atual modelo assistencial, prevalece o uso de tecnologias duras (máquinas e instrumentos) e leve-duras (o conhecimento técnico) em detrimento de tecnologias leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (merHY, 2013). deste modo, mudar esse modelo de assistência requer uma inversão das tecnologias de cuida- do a serem utilizadas na produção da saúde.

AYRES (2004) reflete sobre a proposta de tecnologias de cuidado, chamando atenção para a importância do uso das "tecnologias leves", como aquelas implicadas no estabelecimento das interações intersubjetivas nos cuidados em saúde, pois a utilização dessas tecnologias possui uma dimensão comunicacional, um espaço de conversação entre os serviços de saúde e usuários, semelhante a proposta das oficinas.

Mais do que um espaço para falar sobre prevenção, formas de contágio, Aids e sexualidade, preconceito, direitos das pessoas vivendo com HiV/Aids, os sentimentos evocados pelo diagnóstico e a importância do apoio familiar após a confirmação da sorologia, as oficinas foram estratégias introduzidas no HUJBB pelo projeto para tentar humanizar o ambiente hospitalar, constituindo assim, tecnologias de cuidado. o cuidado seria "uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem -estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade" (AYRES 2004, p.74).

O cuidar faz parte das obrigações e das tarefas específicas de todos os profissionais da área de saúde e de educação, todavia o cuidar é de uma amplitude que ultrapassa os limites e a própria condição de profissional da área, pois cabe a todos aqueles que vivem em so-

ciedade. indiferente à motivação ou às razões, o sentido do cuidado afirma-se pela possibilidade de "fazer sentido", isto é, a construção de uma experiência integrada para o sujeito:

> A existência humana transcorre longe da perfeição, estabilidade e permanência. nem há garantias, nem há correspondência preestabelecida entre nossos impulsos e desejos, de um lado, e seus objetos e condições de satisfação do outro, nem entre aquelas forças poderosas e insistentes e nossas capacidades de domínio e autodomínio. o homem é um animal doen- te [...] e as desproporções fazem parte essencial de nossa condição e história [...] exige-se, ao indivíduo e às coletividades, uma continua atividade de 'fazer sentido' [...] como forma de tessitura de um solo humano para a existência, de um lugar humano para existir[...] (figueiredo, 2009, p.134-135).

É preciso abrir um espaço e um tempo para a acolhida, ausentando-se enquanto cuidador para a liberação das fantasias inconscientes do sujeito, bem como é fundamental prestar atenção e reconhecer as singularidades do objeto de cuidado (figueiredo, 2009).

Isto é, o cuidado não se deve tornar um exercício mecânico, há de ser permitido ao outro tornar-se um agente de cuidados de si, pois, afinal, o excesso de cuidados pode ser mais perverso do que zeloso. e é somente nesta relação recíproca de troca com o outro que o cuidado de si é possível:

> quando, no exercício do cuidado de si, faz-se apelo a um outro, o qual adivinha-se que possui a aptidão para dirigir e para aconselhar, faz-se uso de um direito; e é um dever que se realiza quando se proporciona ajuda a um outro ou quando se recebe com gratidão as lições que ele pode dar [...] o cuidado de si aparece, portanto, intrinsicamente ligado a um "serviço de alma" que comporta a possibilidade de um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações reciprocas. (foucAult, 1985, p. 58-59).

O outro é marcado pela diferença, pela incompletude, trata-se de um ser desejante e vulnerável, todavia, o próprio outro cuida- dor também é regido pelos mesmos princípios inconscientes, de tal modo, é fundamental que o agente de cuidados ofereça ao outro, então seu objeto de cuidado, um espaço no qual lhe seja permitido dar sentido, um espaço de cuidado viável por uma presença implicada e ao mesmo tempo em reserva.

Para além do aspecto pedagógico, portanto, a realização das oficinas inseriu-se numa perspectiva de cuidado que permitiu combater a despersonalização imposta por uma prática biomédica em que o corpo e a doença, não o sujeito, são o centro do tratamento. A internação, nesse sentido, traz não somente o sofrimento orgânico acarretado pelo adoecimento, mas um sofrimento psíquico de ver-se retirado de seu contexto, transformado em número, escrutinado por inúmeros profissionais e, no caso da Aids, por longos períodos de tempo, como é usual e excessivo neste hospital.

As oficinas também serviram como forma de contribuir com ações preventivas, por exemplo pela via da distribuição de preservativos, assim como houve a formação de agentes multiplicadores através dos esclarecimentos sobre as formas de contágio, transmissão e cuidados da pessoa Vivendo com HiV/Aids, sempre valorizando a participação tanto do paciente, quanto de seus familiares e acompanhantes no cuidado com a saúde.

Considerações finais

Ter o cuidado como balizador das práticas de saúde e colocar a pessoa como centro da atenção implica na incorporação de outros saberes para além dos instaurados na área da saúde e, mais especificamente, nas práticas biomédicas. Assim, devemos ter claro que mesmo esses saberes não são suficientes para dar conta da singularidade do encontro entre sujeitos, em função de suas subjetividades.

Como afirma FERNANDES (1994, p.172) em relação às estratégias de combate à Aids, "é fundamental reconhecer clara e explicitamente a responsabilidade e livre-arbítrio dos cidadãos em definir a conduta que lhe convém em relação ao risco de contaminação" e adoção de medidas preventivas contra o HiV. convidar as pessoas para a discussão e valorizar a participação coletiva são pontos essenciais na prevenção, não esperando que as informações "modelem" o comportamento do outro, pelo contrário, é o diálogo entre os sujeitos que caracteriza a ação educativa propriamente dita.

Foi nesta direção que realizamos a proposta de oficinas de sexo seguro no hospital, desenvolvida como uma prática de cuidado. Ao pensar em "modelos de prevenção", deve-se pensar nas questões sociais, políticas e, sobretudo, no contexto em que o público-alvo dessas ações se inserem, chamando-as para participação na prática de cuidado, reconhecendo o seu direito à saúde, à prevenção, ao tratamento e, acima de tudo, ao respeito, pois somente de tal modo será possível potencializar resultados neste âmbito.

Entende-se que é de suma importância que os profissionais envolvidos nessas atividades de prevenção assumam a postura de facilitadores, condutores do processo de ensino-aprendizagem e inseridos numa dinâmica de convivência e de responsabilidades compartilhadas, valorizando a dimensão afetiva da experiência em grupos para favorecer processos reflexivos em relação à prevenção. Conforme aponta AFONSO (2006, p.67), a oficina usa informação e reflexão, mas se diferencia de um projeto apenas pedagógico, por-

que trabalha também com os significados afetivos e as vivências relacionadas com os temas a serem discutidos.

Atualmente a campanha preventiva do ministério da saúde têm o *slogan* "partiu teste", amparado no importante avanço medicamentoso, aliado imprescindível no combate à epidemia e na qualidade de vida da pessoa Vivendo com HiV/Aids, entretanto permanece a impressão de que o sujeito e o seu sofrimento psíquico diante a descoberta da sorologia são invisíveis, quiçá à convivência com a Aids. reincide a associação docilizar e tratar, sem perguntar "como você se sente", o que leva a reflexão sobre a ética do sujeito. Insistir na prevenção que desconsidera o sujeito e suas tramas psíquicas, repetindo em eco qualquer instrução – como a Aids mata, use camisinha, proteja-se ou partiu teste – é tornar-se surdo ao efeito que isto causa naquele que escuta a "instrução pedagógica" e, principalmente, como ele se sente frente à uma epidemia transmitida basicamente pela via sexual. é a desconsideração da diferença, a singularidade, em função de uma suposta homogeneidade, conforme birmAn (1994, p.152):

> [...] a concepção da singularidade indica a marcação de uma *descontinuidade* no campo do contínuo, a produção de algo que é *heterogêneo* num campo definido pela homogeneidade, a irrupção de algo que é diferença no campo do mesmo. Por isso, se produziria na singularidade a emergência de algo que é único e não a pluralidade do múltiplo, rompendo, pois, com a regularidade da lei, mas considerando esta como o campo que é pressuposto para indicar a irrupção do que é único.

Escutar a diferença, pensar em ações que envolvam o sujeito em sua particularidade, sem desconsiderar o universal, somente desta forma é possível construir estratégias de prevenção efetivas.

evocamos aqui o relato de uma das participantes de uma de nossas oficinas, que afirmava ter medo de entrar no hospital, pois se tratava de um ambiente pesado e sombrio devido as cenas de sofrimento testemunhadas. o medo do local marcado pelas condutas médicas invasivas, pelo sofrimento do sujeito despersonalizado e sob a insígnia do doente afastava os demais familiares, cabendo a ela a função de cuidadora única e acompanhante da mãe, que vivia com a Aids, com quem tinha uma relação conflituosa, não apenas pela gravidade do adoecimento, mas pela delicadeza do vínculo marcado por violências domésticas. ela fazia um esforço enorme para ajudar a mãe, alguém de gênio difícil e com problemas com o álcool, frequentemente chegando as oficinas fragilizada pela estadia prolongada no hospital.

Supor que somente lhe ensinar sobre o uso da camisinha e formas de prevenção e contágios do HiV/Aids iria promover toda educação necessária é, de certa forma, imputar uma silenciosa mordaça em todo o sofrimento que ela trazia. A possibilidade de inseri-la em estratégias de prevenção é inerente a de oferecer um espaço de cuidado, marcado por uma relação dialógica de escuta e acolhimento mútuos, no qual a liberdade de expressão e o respeito permitem a fala deste sofrimento e, conjuntamente, promovem processos de reflexão sobre a temática do HIV/Aids.

Nesse sentido, as Oficinas de Sexo Seguro atuaram de forma a criar um espaço de cuidado dialógico raro durante a internação no hospital, no qual o vínculo e a escuta tornaram-se também medidas preventivas. A possibilidade de falar sobre a vida e a doença estimulou produção de sentido entre participantes e profissionais, oferecendo, esperamos, um espaço em que o sujeito pudesse se reposicionar frente ao “eu com Aids” para o “eu e a Aids”.

Referências

Afonso, l.; et al. **Oficinas em dinâmica de grupo:** um método de intervenção psicossocial.

são paulo: casa do psicólogo, 2006.

AYres, J. r. c. m práticas educativas e prevenção do HiV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface** - comunic, saúde, educ., v. 6, n. 11, p.11-24,2002.

_____. cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface** - comunic., saúde, educ., v. 8, n. 14, p.73-92, 2004.

bArreto, o. f.; ceccArelli, p. r. eva, maria e lilith: corpo de delito. **Estudos de psicanálise**, n. 43, p.15-174, 2015.

bAstos, l. A. m. **Corpo e subjetividade na medicina**: impasses e paradoxos. rio de Janeiro: editora ufrJ, 2006.

birmAn, J. **Psicanálise, ciência e cultura**. rio de Janeiro: Jorge zahar editor, 1994.

brAsil. ministério da saúde. programa nacional de dst-Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS-DST**, ano iii, n. 01. brasília: ministério da saúde, 2014.

cAmArgo Junior, K. r. As Armadilhas da "concepção positiva de saúde". **PHYSIS**: rev. saúde coletiva, v. 76, n. 1, p.63-76, 2007.

diAs, d. n. s.; oliVeirA, p. t. r. qual a relação entre a saúde e a doença? **Rev. NUFEN** [online], v. 6, n. 2, p.23 -45, 2013.

ferlA, A. A.; oliVeirA, p. t. r.; lemos, f. c. s. l. medicina e Hospital. **Fractal**: revista de psicologia, v. 23, n. 3, p.487-500, 2011.

fernAndes, J. c. l. práticas educativas para a prevenção do HiV/Aids: aspectos conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 2, p.171-180, 1994.

figueiredo, l. c. **As diversas faces do cuidar**: novos ensaios de psicanálise contemporânea. são paulo: escuta, 2009.

foucAult, michel. **História da sexualidade III**: o cuidado de si. são paulo: edições graal, 1985.

_____. **Microfísica do Poder**. rio de Janeiro: edições graal, 1979.

_____. **O nascimento da clínica**. rio de janeiro: ed. forense universitária, 1977.

frAnco, t. b.; mAgAlHães Júnior, H. m. integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. in: meHrY, e. e. et al. (orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o sus no cotidiano. são paulo: ed. Hucitec, 2004.

freire, p. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed. rio de Janeiro: paz e terra, 1987.

merHY, e. e. o cuidado é um acontecimento e não um ato. in: frAnco, t. b; merHY, e. e. (orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. são paulo: ed. Hucitec, 2013.

pAiVA, V. sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HiV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. **Interface** - comunic, saúde, educ, v. 6, n. 11, p.25-38, 2002.

pereirA, A. V.; VieirA, A. l. s.; AmÂncio filHo, A. grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HiV. **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. 1, p.25-41, 2011.

Organizadores e autores

Organizadores

Júlio Cesar Schweickardt

graduação em teologia pela escola superior de teologia - est (1990) e em ciências sociais pela universidade federal do Amazonas – ufAm (1997). mestre em sociedade e cultura na Amazônia pela ufAm (2000). doutor em História das ciências pela casa oswaldo cruz – coc/fiocruz (2009). pesquisador do instituto leônidas e maria deane – ilmd/fiocruz Amazonas. docente do programa de pós-graduação stricto sensu em condições de Vida e situações de saúde na Amazônia (ppgVida). chefe do laboratório de História, políticas públicas e saúde na Amazônia. coordenador nacional da Associação brasileira rede unida.

Alcindo Antônio Ferla

graduação em medicina pela universidade federal do rio grande do sul (1996) e doutorado em educação pela universidade federal do rio grande do sul (2002). professor Adjunto da escola de enfermagem na universidade federal do rio grande do sul (ufrgs), atuando no curso de bacharelado em saúde coletiva e no programa de pós-graduação em saúde coletiva. pesquisador no núcleo de educação, Avaliação e produção pedagógica em saúde (educasaúde) do programa de pós-graduação em educação da ufrgs. colaborador no programa de pós-graduação em psicologia clínica e social da universidade federal do pará e professor colaborador do Hospital nossa senhora da conceição s/A. pesquisador visitante sênior do instituto leônidas e maria deane da fundação oswaldo cruz/fApeAm. professor e pesquisador visitante na Alma mater studiorum - università di bologna / centro de saúde internacional e intercultural.

Ricardo Burg Ceccim

graduação em enfermagem. especialista pela escola nacional de saúde pública. mestre em educação pela universidade federal do rio grande do sul (ufrgs). doutor em psicologia pela pontifícia universidade católica de são paulo e pós-doutor em Antropologia médica pela universitat rovira i Virgili, espanha. professor titular na área de saúde na ufrgs. líder do grupo de pesquisa em educação e ensino da saúde, cnpq. coordenador da comissão de residência em Área Profissional da Saúde/Multiprofissional (Coremu), UFRGS. coordenador do programa de pós-graduação em saúde coletiva (ppgcol), ufrgs. coordenador do núcleo de educação, Avaliação e produção pedagógica em saúde - educasaúde - ufrgs. coordenador do eixo educação da Associação brasileira rede unida.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

pesquisador do laboratório de História, políticas públicas e saúde na Amazônia - lAHpsA do instituto leônidas e maria deane - fiocruz AmAzôniA. doutor em ciências pelo programa de saúde pública da fiocruz-pe e docente permanente do programa de pós-graduação stricto sensu em condições de Vida e situações de saúde na Amazônia (ppgVida). desenvolve pesquisas no campo das determinações sociais das iniquidades em saúde, das políticas públicas de saúde e da gestão e promoção da saúde.

Michele Rocha Kadri

graduação em psicologia pela universidade federal do Amazonas - ufAm. mestrado em saúde, sociedade e endemias na Amazônia, ufAm. Atuou como coordenadora psicossocial pela friends in global Health da Vanderbilt university (tennessee, euA) em moçambique, onde foi responsável pelo planejamento de ações e estratégias Apoio psicossocial a pessoas com doenças crônicas. pesquisadora do laboratório de História, políticas públicas e saúde na Amazônia - lAHpsA do instituto leônidas e maria deane - fiocruz Amazônia.

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

graduação em psicologia pela universidade federal do pará (1988). mestre em saúde pública - ensp (1998) e doutorado em saúde pública - ensp (2005). professor Associado i da universidade federal do pará. coordenador da região norte da Associação brasileira rede unida. membro do conselho editorial da editora da rede unida e da revista saúde e debate, do centro brasileiro de estudos da saúde - cebes.

AUtoreS

Ana Cleide Guedes Moreira

graduação em psicologia pela universidade federal do pará (1982), mestrado (1992) e doutorado (2000) em psicologia clínica pela pontifícia universidade católica de são paulo, pós-doutora- do em psicologia clínica na universidade paris 7. professora As- sociada da universidade federal do pará dos cursos de graduação e pós-graduação em psicologia, mestrado e doutorado. membro fundador e pesquisador da Associação universitária de pesquisa em psicopatologia fundamental. pesquisadora do grupo de estudos e pesquisas eneida de moraes sobre mulher e relações de gênero - gepem-ufpA. pesquisadora visitante do laboratório interdisciplinar de pesquisa e intervenção social puc-rio/Veiga de Almeida. chercheur associé à l université paris 7 denis-diderot. membro da réseau internacional de psychopathologie transculturelle. docente do centro regional de referência ii ufpA para a formação na política sobre drogas.

Ana Vicentina Santiago de Souza

graduação em Administração pela universidade federal do pará (1972). pós-graduada em saúde pública e planejamento de sistemas de saúde pela escola nacional de saúde pública - fiocruz (1986-1987). mestre em psicologia pela universidade federal do pará – ufpA (2009). funcionária do ministério da saúde, lotação pará. diretora do departamento de Análise de serviços da secretaria de estado de saúde dAs/sespA. pesquisadora do laboratório de psicopatologia fundamental da pós-graduação em psicologia -ufpA. professora do centro de referência regional para redução de danos do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

Anízia Aguiar Neta

graduação em pedagogia pela universidade paulista de manaus - unip. mestrado em saúde coletiva - ufrn. especializa- ção em História da saúde na Amazônia pela casa de oswaldo cru- z-coc-fiocruz. servidora do instituto leônidas e maria deane – ilmd/ fiocruz Amazonas.

Auzy Cleyce Costa Sousa

graduação em psicologia pela universidade federal do pará - ufpA (2006). especialista em psicologia da saúde e Hospitalar. Atuou em projetos de organizações não governamentais com gênero e direitos sexuais e reprodutivos. foi psicóloga do programa dst/Aids no município de castanhal desenvolvendo atividades de prevenção e tratamento. trabalhou também, como psicóloga da secretaria municipal de saúde de castanhal, atuando no núcleo de Apoio a saúde da família - nAsf.

Cláudio de Oliveira Peixoto

graduação em História pela universidade federal do Amazonas - ufAm (1999). especialização em informática educativa (2003) e em gestão educacional (2008) pela ufAm. Atua como Analista de gestão em saúde da fundação osvaldo cruz (fiocruz) no instituto leônidas e maria deane (ilmd- fiocruz Amazônia). mestrando do programa de pós-graduação stricto sensu em condições de Vida e situações de saúde na Amazônia (ppgVida).

Cristina Bastos Alves Lins

graduação em formação em psicologia pela universida- de federal do pará - ufpA (1979), especialista em saúde mental pela ufpA e em terapia familiar pela universidade estadual do pará. mestre em psicologia clínica e social pela ufpA. psicóloga da fundação pública estadual Hospital de clínicas gaspar Vian- na. Coordenadora do Programa de Residencia Multiprofissional da universidade estadual do pará, área de saúde mental. preceptora de Psicologia do Programa de Residencia Multiprofissional em Saúde mental.

Danielli Figueiredo Fernandes

graduação em enfermagem pelo instituto de ensino superior materdei (2006). enfermeira da secretaria municipal de saúde de parintins/Am.

Dario Saraiva de Aguiar

graduação em enfermagem pela universidade do estado do pará – ufpA (1999). especialista em saúde pública pelo instituto leônidas e maria deane - ilmd – fiocruz Amazônia. especialista em estratégia de saúde da família pela universidade do estado do Amazonas – ueA. especialista em obstetrícia pela universidade federal do Amazonas-ufAm. especialista em educação permanente na gestão regionalizada do sus pelo ilmd/fiocruz Amazônia. foi coordenador do departamento de planejamento e gestão da secretaria de saúde do município de manacapuru/ Am.

Darlen Neves Silva Dias

graduação em psicologia pela universidade da Amazônia - unAmA (2004). mestre em psicologia clínica e social pela universidade federal do pará - ufpA (2013). especialista em saúde da família pela ufpA (2006). professora do instituto de educação permanente da Amazônia, além de psicóloga atuante na unidade mista de saúde de barcarena – semusb/pA. Atua também como psicóloga clínica-consultório.

Elaine Pires Soares

graduação em biologia pela universidade do estado do Amazonas - ufAm (2005). mestrado em biotecnologia e recursos naturais da Amazônia - ufAm. especialista em saúde pública pelo instituto leônidas e maria deane - ilmd – fiocruz Amazônia. foi tutora do programa de educação permanente em saúde em gestão regionalizada da fiocruz Amazônia. docente em cursos técnicos profissionalizantes na área da saúde. Servidora da Secretaria de estado de saúde do Amazonas e da secretaria municipal de saúde de parintins/Am.

Fabiana Mânica Martins

graduação em enfermagem pela universidade regional do Alto uruguai e das missões/campus frederico Westphalen/rs. mestre em saúde, sociedade e endemias na Amazônia, programa multi-institucional em parceria da ufAm com o instituto leônidas & maria deane - ilmd-fioruz. especialista em gestão de políticas públicas da saúde. professora na faculdade de medicina/departamento de saúde coletiva da universidade federal do Amazonas – ufAm. membro do laboratório de História, políticas públicas e saúde na Amazônia – lAHpsA - ilmd-fioruz.

Geise do Socorro Lima Gomes

graduação em psicologia pela universidade federal do pará - ufpA (2008). metre em psicologia - programa de pós-graduação em psicologia da ufpA (2011). doutoranda em educação pela ufpA. conselheira do conselho regional de psicologia 10ª região pA/Ap (gestão 2013-1016). integra o fórum sobre medicalização da educação e da sociedade e o grupo de pesquisa transversalizando no ensino, na pesquisa e na extensão.

Joelma do Socorro Lima Bezerra

graduação em psicologia pela universidade federal do pará-ufpA (2013). mestranda do programa de pós-graduação em psicologia- ufpA (2015). foi bolsista de Apoio técnico em extensão no país (Atp/cnpq), em projeto realizado no Hospital universitário João de barros barreto. Atuou como bolsista no projeto de pesquisa/extensão programa de educação pelo trabalho para a saúde (pet-saúde) e voluntária no projeto de extensão plantão psicológico, na clínica de psicologia da ufpA.

Juliane Nascimento Fagundes

graduanda em serviço social pela universidade federal do Amazonas - ufAm. Atualmente realiza estágio em serviço social no Hospital universitário getúlio Vargas – HugV/ufAm.

Luene Silva Costa

graduação em enfermagem pela universidade do estado do Amazonas - ufAm (2011). especialista em educação permanente em gestão regionalizada do sus Amazonas pelo instituto leônidas e maria deane - ilmd – fiocruz Amazônia. enfermeira da estratégia da saúde da família da secretaria municipal de saúde de parintins/Am.

Márcia Roberta de Oliveira Cardoso

graduação em psicologia pela universidade federal do pará - ufpA (2004). especialista em gestão em saúde pública pela ufpA (2008) e especialista em educação em saúde para preceptores do sus pelo Hospital sírio libanês em parceria com ministério da saúde. mestre em psicologia pelo programa de pós-graduação em psicologia da ufpA (2013). Atua na secretaria de estado de saúde pública do pará - sespA. membro da comissão estadual de Apoio ao Processo de Certificação dos Hospitais Públicos em Hospitais de ensino - ccHe/sespA. docente e pesquisadora do centro regional de referência ii da ufpA (crr ii - ufpA) para a política nacional sobre drogas.

Maria Inês Gasparetto Higuchi

graduação em psicologia pela pontifícia universidade católica do paraná (1979), mestrado em ecologia Humana - michigan state university (1986) e doutorado em Antropologia social - brunel university (1999). pesquisadora titular do instituto nacional de pesquisas da Amazônia - inpA, coordenando o laboratório de psicologia e educação Ambiental. exerce atividades de ensino e pesquisa no mestrado em ciências do Ambiente e sustentabilidade na Amazônia, no mestrado em ciências da saúde e no mestrado em psicologia da universidade federal do Amazonas - ufAm.

Marluce Mineiro

graduação em serviço social pela universidade federal do Amazonas – ufAm. especialização em História da saúde na Amazônia pela casa de oswaldo cruz - coc em parceria com o instituto leônidas e maria deane ilmd/fiocruz. mestre em saúde, sociedade e endemias na Amazônia - ufAm/fiocruz/ufpA. docente do curso de serviço social da ufAm.

Ocilene Fernandes Barreto

graduação em psicologia pela universidade da Amazônia – unAmA (2002). Administradora pela universidade federal do pará - ufpA (2002). mestre em psicologia pela ufpA (2013). pesquisadora no Hospital universitário João de barros barreto - HuJbb. pesquisadora e membro do laboratório de psicanálise e psicopatologia fundamental/ufpA.

Patrícia de Góes Cruz

graduação em psicologia pelo centro universitário luterano de manaus (2002). especialização em Antropologia da saúde pelo instituto leônidas e maria deane – ilmd/fiocruz Amazônia. especialização em Administração de recursos Humanos pela universidade federal do Amazonas – ufAm. mestre em ciências do Ambiente e sustentabilidade na Amazônia pela ufAm. foi bolsista da fundação de Amparo a pesquisa do estado do Amazonas – fApeAm no laboratório de História, políticas públicas e saúde na Amazônia – lAHpsA/ilmd/fiocruz Amazônia.

Paula Affonso de Oliveira

graduação em psicologia pela universidade federal do pará – ufAm (2013). mestre em psicologia pelo programa de pós-graduação em psicologia da ufpA. pesquisadora do laboratório de psicanálise e psicopatologia fundamental - ufpA.

Rachel de Siqueira Dias

graduação em psicologia pela universidade da Amazônia - unAmA (1998). tem experiência na área de psicologia, com ênfase em tratamento e prevenção psicológica. mestranda do programa de pós graduação em psicologia - ufpA.

Reidevandro Machado da Silva Pimentel

graduação em enfermagem pelas faculdades integradas do tapajós – fit/pA (2000). especialista em educação permanente na gestão regionalizada do sus Amazonas- ilmd/fiocruz Amazônia. especialista em enfermagem intensiva de Alta complexidade faculdade literatus/Am. especialista em enfermagem do trabalho - fit. docente no curso técnico em enfermagem do instituto guarani e instituto biomed parintins/Am. servidor do instituto federal de educação, ciência e tecnologia do Amazonas - ifAm campus parintins/Am.

Sabine Lima Rosas

graduanda em serviço social pela universidade federal do Amazonas – ufAm.

Solane Pinto de Souza

graduação em enfermagem pela universidade do estado do Amazonas – ueA (2009). mestranda em saúde coletiva pelo instituto leônidas e maria deane – ilmd/fiocruz Amazônia. especialista em educação permanente na gestão regionalizada do sus no Amazonas ilmd/fiocruz Amazônia (2013). especialista em enfermagem em infectologia pela ueA (2013). Atuou como preceptora local na disciplina estágio rural em saúde coletiva dos acadêmicos de enfermagem da universidade federal do Amazonas – ufAm (2013). Atua como enfermeira generalista da estratégia saúde da família no município de parintins/Am.

Sônia Maria Lemos

graduação em psicologia pela universidade de passo fundo - upf (1986). especialização em saúde coletiva pela universidade de cruz Alta (1999), especialização em psicologia clínica pelo conselho federal de psicologia (2002). mestre em ciências do Ambiente e sustentabilidade na Amazônia pela universidade federal do Amazonas - ufAm (2009). professora Assistente i da universidade do estado do Amazonas - ueA. doutoranda em saúde coletiva pela universidade do estado do rio de Janeiro – UERJ.

Esse Livro foi produzido e organizado com base nas atividades de pesquisa de interação acadêmica entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Rede Governo Colaborativo em Saúde e o Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

editora
redeunida

9 788566 659504