



ORGANIZADORES

Ricardo Burg Ceccim

Juliano André Kreutz

Jaqueline Dinorá Paiva de Campos

Fernanda Steffen Culau

Laura Anelise Faccio Wottrich

Lucenira Luciane Kessler

IN-FORMES DA ATENÇÃO BÁSICA: APRENDIZADOS DE INTENSIDADE POR CÍRCULOS EM REDE

(Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde - Volume 1)

editora



redeunida

O Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) e o Grupo de Pesquisas no Brasil de Educação e Ensino da Saúde foram constituídos em 2005, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). As atividades de estudo, pesquisa científica, desenvolvimento científico e tecnológico, assessoramento, extensão inovadora e redes de conversação do EducaSaúde envolvem a intersecção das áreas da Educação e da Saúde Coletiva, em particular ocupando-se de temas relativos à formação de profissionais de saúde, desenvolvimento de trabalhadores e do trabalho no setor da saúde, metodologias de avaliação institucional formativa na área da saúde e desenhos tecnoassistenciais orientados pela integralidade e pelo protagonismo e autonomia dos usuários. Toda a sua atividade tem fulcro na produção em Educação, por isso sua referência como Educação em Saúde Coletiva e Formação de Profissionais de Saúde. O presente livro, uma produção desse coletivo, envolveu o Ministério da Saúde; a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia; a Fundação Oswaldo Cruz – Manaus; a Universidade de Brasília, a Universidade Estadual de Campinas; e a Universidade Federal Fluminense, além do contato com sistemas locais de saúde e Instituições de Ensino Superior em 40 municípios brasileiros. O livro decorre do projeto de Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde, estipulado entre Ministério da Saúde e EducaSaúde, convergindo ao mesmo apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Auxílio Financeiro à Projeto de Pesquisa) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Auxílio Financeiro à Projeto de Desenvolvimento Tecnológico).

As pesquisas empreendidas pelo EducaSaúde inserem-se em um horizonte ético-político de busca do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e de mobilização por “círculos e redes”. Os conceitos de círculos e redes na pesquisa-ação crítico-colaborativa em saúde, de escuta pedagógica na construção de projetos de educação permanente em saúde e de problema educossanitário na identificação de temáticas ao estudo-ação, assim como a proposta da imagem da mandala para as redes em saúde, configuram sua particular produção e têm sido objeto de formulação, discussão e consolidação de seu propósito de conhecimentos e práticas.

Ricardo Burg Ceccim
Juliano André Kreutz
Jaqueline Dinorá Paiva de Campos
Fernanda Steffen Culau
Laura Anelise Faccio Wottrich
Lucenira Luciane Kessler
Organizadores

**In-formes da Atenção Básica:
aprendizados de intensidade por
círculos em rede**

**(Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na
Atenção Básica em Saúde – Volume 1)**

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

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

Ángel Martínez-Hernández – 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

Julio César 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 da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglianian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Arte da Capa

Alexandre Amorim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde

Projeto SUS Educador: Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o Sistema Único de Saúde

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Grupo de Pesquisa Educação e Ensino da Saúde

Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva

Esta publicação contou com apoio do Projeto SUS Educador / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (Auxílio Financeiro à Projeto de Extensão Inovadora); da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação em Educação (Auxílio Financeiro à Projeto de Pesquisa); e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Auxílio Financeiro à Projeto de Desenvolvimento Tecnológico). A publicação registra produção do Grupo de Pesquisa Educação e Ensino da Saúde, cadastrado junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, e integra a construção do Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

I35

In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. – 306 p. – (Atenção Básica e Educação na Saúde ; 5. Prospecção de Modelos Tecnossistêmicos na Atenção Básica em Saúde ; 1). – Conteúdo: v. 1. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede – v. 2. Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação

ISBN: 978-85-66659-58-0
DOI: 10.18310/9788566659580

1. Atenção Básica em Saúde. 2. Educação em Saúde Coletiva. 3. Modelos Tecnossistêmicos. I. Kreutz, Juliano André. II. Paiva-de-Campos, Jaqueline Dinorá III. Culau, Fernanda Steffen. IV. Wottrich, Laura Anelise Faccio. V. Kessler, Lucenira Luciane I. Série.

CDU: 614
NLM: W84.6

Biblioteca responsável: Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Copyright © 2016

by Ricardo Burg

Ceccim, Juliano

André Kreutz,

Jaqueline Dinorá

Paiva de Campos,

Fernanda Steffen

Culau, Laura

Anelise Faccio

Wottrich, Lucenira

Luciane Kessler.



Palavras-Chave

Educação em Saúde Coletiva; Atenção Básica; Pesquisa-Formação; Círculos em rede; Problema Educossanitário; Prospecção de modelos tecnossistêmicos em saúde.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
--------------------------	-----------

Ricardo Burg Ceccim

PROSPECÇÃO DE MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na Educação em Saúde Coletiva.....	17
--	-----------

Ricardo Burg Ceccim, Juliano André Kreutz

PARTE 1 - TRABALHO E TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA

POLÍTICA DO TRABALHO E DISPOSITIVO PEDAGÓGICO: ativações a partir da atenção básica.....	33
---	-----------

Juliano André Kreutz, Ricardo Burg Ceccim

TRANSVERSALIZANDO E INTENSIFICANDO O CUIDADO E A VIDA: sobre coletivos e devir criança.....	57
--	-----------

Roberta Carvalho Romagnoli

TERRITÓRIO EXISTENCIAL E PODER SOBERANO: experiências de cuidado e as vidas no crack.....	75
--	-----------

Erick Luiz Araújo de Assumpção, Túlio Batista Franco

TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA: abordagem da Amazônia equidistante.....101
Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias Lima Sousa, Arlete Lima Simões, Carlos Machado Freitas, Valdelanda de Paula Alves

A ATENÇÃO BÁSICA DO FORA: construção do consultório na rua.....133
Erick Luiz Araújo de Assumpção, Valeska Holst Antunes, Carla Luciana Cardoso de Lima, Daniele Lopes Gaudard de Freitas, Marcelo Soares Costa, Anderson de Araujo Costa, Rejane Maria de Melo

PARTE 2 - APOIO E FORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A APOSTA NA FUNÇÃO APOIO FRENTE AOS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma quimera?.....157
Gustavo Tenório Cunha, Cristiane Pereira de Castro, Mônica Martins de Oliveira

DO CÍRCULO DE CONVERSA À REDE DE CONVERSÕES: a articulação de coletivos organizados para a produção em saúde.....187
Ana Paula de Lima

DAS POSSIBILIDADES EXPERIENCIADAS À POTÊNCIA DE FORMAR EM SAÚDE.....205
José Ivo dos Santos Pedrosa

FORMAÇÃO EM SAÚDE: nova política. Novas modelagens?.....221
Antonia de Jesus Angulo-Tuesta, Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, Cristiane Castro, Elizabeth Queiroz, Karina de Jesus, Michele Rocha Kadri, Rafael Morganti Pinheiro

TENSÕES, PARADOXOS E POTÊNCIAS DE PRÁTICAS COM “PROJETO DE FUTURO” NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....249
Ricardo Burg Ceccim, Jaqueline Dinorá Paiva de Campos, Fernanda Steffen Culau, Laura Anelise Faccio Wottrich

TEMA DE DOBRADIÇA

PESQUISA-INTERVENÇÃO EM FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....263
Ardigò Martino

SOBRE OS AUTORES.....279

ANEXOS

DOCUMENTOS DA PESQUISA EM CÍRCULOS E REDE.....285

DOCUMENTO INAUGURAL: prospecção de modelos tecnoassistenciais em atenção básica à saúde.....287

JORNADA DE INTENSIDADES: In-formes da Atenção Básica em Saúde, Prospecção de Devires.....291

JORNADA DE INTENSIDADES: Programação.....295

OFICINAS DE “EXPERIÊNCIAS LOCORREGIONAIS”: Programação.....297

OFICINAS DE “TRANSVERSALIDADES”: Programação.....301

EQUIPE DO PROJETO.....303

APRESENTAÇÃO

O presente livro resulta de um projeto de investigação colaborativa, realizado no período de abril de 2012 a abril de 2014, designado *Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica*. O projeto foi uma parceria com o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, e concretizado por um protocolo de pesquisa colaborativa interinstitucional de Educação em Saúde Coletiva, firmado entre 07 (sete) instituições brasileiras de ensino, desenvolvimento tecnológico e pesquisa, sob a coordenação do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, constituído na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Da rede de investigadores em colaboração participaram a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF-SUS/BA); o Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz em Manaus (ILMD/Fiocruz); a Universidade de Brasília (UnB); a Universidade do Estado do Amazonas (UEA); a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Universidade Federal Fluminense (UFF), além da UFRGS. Estavam envolvidas instituições das cidades de Salvador, Manaus, Brasília, Campinas e Niterói, além de Porto Alegre; os estados da Bahia, do Amazonas, de São Paulo, do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal; presentes, portanto, as 05 (cinco) regiões do país.

A coordenação nacional esteve a cargo de docente e recém-mestres da UFRGS. Além desta, foram configuradas 5 (cinco) Coordenações Regionais: Centro-Oeste, Sudeste, Nordeste, Norte e Sul. A Coordenação Nacional foi composta por Ricardo Burg Ceccim, docente UFRGS, Juliano André Kreutz, Laura Anelise Faccio Wottrich e Jaqueline Dinorá Paiva de Campos, recém-mestres da UFRGS; a Coordenação Regional Centro-Oeste por Elizabeth Queiroz, Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira e Antonia de Jesus Angulo-Tuesta, docentes UnB; a Coordenação Regional Sudeste por Gustavo Tenório Cunha, docente Unicamp e Carmen Siqueira Ribeiro dos Santos, doutoranda Unicamp, por São Paulo, e por Túlio Batista Franco, docente UFF, e Luiz Carlos Hubner Moreira, doutorando UFF, pelo Rio de Janeiro; a Coordenação Nordeste por Aline Lima Xavier, pesquisadora mestranda FESF-SUS/BA; a Coordenação Norte por Júlio Cesar Schweickardt e Rodrigo Tobias de Sousa Lima, respectivamente pesquisador doutor e pesquisador doutorando do ILMD/Fiocruz, e a Coordenação Sul por Fernanda Steffen Culau e Lucenira Luciane Kessler, respectivamente recém-mestre e doutoranda da UFRGS.

A “prospecção” veio da busca de contato com múltiplas experiências de fazer a Atenção Básica e da colocação de diversos interlocutores dessas experiências em rede de conversas. Não havia a menor intenção de localizar “boas práticas”, mas “distintas práticas”, nenhuma intenção de, ao final, tecer recomendações transversais ou resultantes de análise sistemáticas. Ao final, interessava comemorar a multiplicidade, a pluralidade, a diversidade. Uma boa pista era encontrar tensões, paradoxos e potências em prática. Talvez evidenciar outros/novos itinerários assistenciais, percursos pedagógicos locais (círculos), o repensar constante, a atualização permanente em Atenção Básica (redes). Captar perguntas e possibilidades que envolvessem a política e seus atores estratégicos, tomados por seu

valor protagonista de realidades (intensidades). O projeto, portanto, tinha o intuito de dar visibilidade às ações em saúde que estão em curso nos territórios multifacetados e multirreferenciados de nossas equipes, nossas cidades, nossas geografias, nossas culturas, e apresentá-las como potência, a fim de reconhecer *políticas do fazer*, a partir dos próprios protagonistas que vivenciam as realidades. O seu desenrolar circulou entre a educação, a pesquisa, a intervenção e o desenvolvimento tecnológico, “prospecção” de conhecimentos, saberes e estratégias (aprendizados).

O projeto reúne “histórias pra contar”, as quais designamos “caldos de cultura”, uma vez que em bom alimento de conversa poderiam proliferar em ramos e ramificações, até mesmo contaminar e contagiar. Nas cinco regiões brasileiras “rodas locais”, a que designamos “círculos educossanitários”, e sua articulação em “redes de conversação”. Devido ao modo de exposição aos outros, cada seminário de pesquisa funcionava como rodas de dobradiça (desafios e desconforto de saberes *educossanitários*). As conversas de rede eram marcadas pela concentração nas práticas (produções do trabalho vivo dos cotidianos), circulação da palavra e “função analítica” (“roda de dobradiça” com frequências e dinâmicas criadas pelos participantes), configurando aprendizados por intensidade, provenientes de “caldos de cultura”.

Compartilhamos saberes e atividades de experiência que relacionavam unidades básicas fluviais ou “consultórios na água”; consultórios na rua ou “equipes nômades na cidade”; apoio institucional e matricial, autogeridos pelos trabalhadores ou confrontando os modos de fazer a gestão; medicalização da infância e palhaçarias; intervenções de estudantes nas redes de atenção e de gestão; gestão do trabalho intermunicipal, inter-redes e intergestores; regionalização com geografias líquidas; outros processos

de cuidado nos territórios. Afirmou-se a fruição nas trocas e na produção de inteligências coletivas. Apostou-se que a produção de conhecimento em saúde pode se dar por outros caminhos, para além do que tradicionalmente é legitimado como o conhecimento científico (muitas vezes mascarando inúmeras prescrições que cobrem a experiência). Inventou-se um modo de operar que se deu pela participação de pesquisadores das cinco regiões brasileiras, vinculados a instituições federais, estaduais e municipais, atores de diferentes cenários da saúde pública, com estudantes, profissionais, gestores, pesquisadores e agentes da cultura local.

Como parte do processo/produto, produziu-se o seminário “Jornada de Intensidades: in-formes da atenção básica em saúde, prospecção de devires”, promovido pelo Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, no final de 2013, em Porto Alegre. “In-formes”: informação para destituir a forma e enunciar saberes, nada de esclarecer ou ilustrar a boa ou a melhor forma. “Intensidades”: jornada de conhecimentos intensivos, não conhecimentos lógicos ou morais, intensidades que desafiassem a lógica e a moral. “Prospecção dos devires”: das imanências, do que brota do chão, do que se destaca dos encontros, do que se desprende das rodas, redes e corpos de afeto. O evento propôs a experimentação da metodologia utilizada no projeto, compondo-se com oficinas, desenvolvidas cada uma por cada caldo de cultura (círculos), por sessões transversais com debatedores convidados (rodas de dobradiça) e momentos plenários, livres ou pontuados por falas livres ou transversais, trazendo os marcadores “Trabalho e Território” e “Apoio e Formação” na Atenção Básica, que emergiram nos encontros nacionais (os “prospectos” da rede).

O produto em livro foi organizado em 02 (dois) volumes distintos, um com os aprendizados (extrações dos círculos e redes), outro com a pesquisa-formação (caldos de cultura). Entende-se que cada narrativa destinada ao outro produz outros olhares sobre as histórias, histórias de outros olhares, olhares outros de outras histórias sobre as histórias, uma mistura de olhos estrangeiros e produção de estrangeirismos na sua história, simplesmente porque se quer a troca, a mescla, a novidade, a invenção, a recriação, mas não se quer a regra, a forma, a prescrição, a imposição, o modelo a ser replicado, copiado, difundido. Quer-se a dobra, a rede, a conversa, a cultura que se contamina e contagia, que cria novas passagens, novos pontos e outros nós a partir da abertura aos signos, do deixar-se imprimir pelos signos que não relacionam significado-significante, abrem-se a invenção, produção e composição de sentidos.

O presente volume se refere ao *livro dos aprendizados*, livro 1. É o livro da dobra, da conversa com o fora, seus textos vieram das Rodas de Dobradiça, conversas em tecedura com os caldos de cultura, não os relatos locais, as narrativas locoregionais. Trata-se do crochê das realidades de serviço e gestão em atenção básica com a academia. Arte têxtil do pensamento com a ação, da ação com o pensamento. Não uma tela de pintura em branco, mas a combinação de linhas de pensamento e cores de sensação em enlaçamentos originais. Cada “círculo de cultura” perde sua cultura original e pode entretecer variações, novidade. Do “círculo de cultura” (freireano) ao “caldo de cultura” (educossanitário). O enlaçamento promovido em um momento particular de encontro, permissão à variedade, oportunidade de entretecer cores e linhas. Na tecedura, a possibilidade de fazer escolhas, posicionar-se de forma estética quanto à ético-política da atenção básica em prospecção. Na tecedura, a liberdade de criação, desenvolvimento de

novas percepções, interação com o estranho, movimentos coletivos, estampas com *mix* de referências. Neste livro o componente de futuro, não o “turbilhão de informações que somos obrigados a processar todos os dias”, mas o jogo de linhas e cores, “in-formes para melhor compreender nosso cotidiano”. Prender uma linha de pensamento aqui, outra ali, essa cor, aquela cor, puxar, tecer, *crochetar*. Trabalho feito à mão, permuta de pensamento e de cores: trançado, malha. Aprendizado de intensidades por círculos em rede.

Ricardo Burg Ceccim

PROSPECÇÃO DE MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na Educação em Saúde Coletiva

*Ricardo Burg Ceccim
Juliano André Kreutz*

Introdução

Considerando que a atenção em saúde exige colocar em cena experiências que tentam mudar as “formas” tradicionais do trabalho, entendemos que seria interessante “prospectar” potências e possibilidades, ações inovadoras ou discrepantes do comum, e mesmo ações com chance de formação de imagem à atenção básica. Interessava-nos desenhos que ainda não tivessem forma precisa ou acabada, propostas técnicas ainda vagas ou incertas e mesmo rudimentares, confortavelmente instáveis, porém em aceitação ativa da tarefa de cuidar, atender, escutar e tratar problemas de saúde. Interessava-nos trabalhadores, docentes e estudantes envolvidos na rede de trabalho profissional e diferentes atividades na perspectiva de

um sistema sanitário inclusivo, resolutivo e capaz de acolhimento. Delineamos um projeto de “prospecção”, isto é, ao mesmo tempo pesquisa em rede multissituada e pesquisa-formação, um processo envolvente de variadas regiões e cidades no Brasil, variadas estratégias de cuidado, variadas estratégias de equipe. As relações entre global e local deveriam ser abordadas a partir de uma visão de *pesquisa multissituada* (MARCUS, 1995) e que considera múltiplos *loci* de pesquisa, não somente pela geografia física, mas também pelas geografias de composição local. (BOROFSKY, 2000; SANTOS, 1988) Os acontecimentos no contexto da pesquisa-formação e da investigação em círculos e redes (CECCIM et al., 2014) são vários e diversificados com características rizomáticas, pois são formados em ato, impulsionados pelos diferentes atores no contexto real de trabalho. (FRANCO, 2006)

O projeto *Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde* foi uma parceria com o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, e concretizado por um protocolo de pesquisa colaborativa interinstitucional no âmbito da Educação em Saúde Coletiva, firmado entre Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF-SUS/BA), Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz, Manaus (Fiocruz/AM), Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), devendo captar experiências no Estado da Bahia quanto às ações interfederativas na gestão do trabalho em atenção básica; na região de floresta e rios de uma rede sanitária do Amazonas, onde o conceito de território das periferias urbanas resta absolutamente inviável; na capital federal com a presença emergente da universidade em uma “região integrada de desenvolvimento” (Distrito Federal e

Entorno), com necessidades integradas de desenvolvimento socioeconômico e sanitário; uma cidade metropolitana, não capital, centro universitário de destaque em atenção básica e na educação em saúde coletiva, núcleo de pesquisa e assessoramento em gestão de sistemas locais de saúde; em uma cidade com tradição de saúde da família, ao mesmo tempo que sua Universidade ousa conexões em tradição e inovação das casas às ruas, das unidades de saúde às fronteiras abertas; finalmente experiências de capital e interior próximas da universidade sede da coordenação da prospecção, com ações de autogestão dos trabalhadores, apoio institucional em redes, consultório na rua e interações entre pesquisa universitária e trabalhadores em coletivos organizados de produção.

A prospecção em distinção da modelização

O cenário sanitário mundial tem dado relevante enfoque aos esforços de inovação e modelares em saúde, seja pelo enfoque na promoção da saúde, pela expansão da atenção primária à saúde ou pela defesa da integralidade e da participação popular nas estratégias do setor da saúde. A discussão dos modelos tecnoassistenciais se torna fundamental no planejamento estratégico do setor quando se pretende o acolhimento universal da população e a elevada qualidade da resposta assistencial aos indivíduos e coletivos ou a sua inclusão em singulares projetos terapêuticos ou de promoção da saúde. O fato de serviços e sistemas de saúde serem alvo/objeto tanto da introdução contínua de metodologias e tecnologias, como da sempre renovada inclusão de prioridades epidemiológicas e da implantação “novidadeira” ou reatualizada de ações programáticas faz com que se entrecruzem múltiplos dispositivos de ação e inovação. Sob esta ótica, “modelos” antigos ou atuais são

portadores de estratégias de acolhimento e de resposta, jamais unitários, posto, inclusive, que sofrem diferentes fatores de produção e consumo, correspondendo a interesses diversos na política social e econômica, assim como nas políticas profissionais, programáticas em saúde e de financiamento setorial. No mesmo “modelo” em que há forte introdução de metodologias coletivas de educação para a saúde, há a manutenção de metodologias campanhistas de saúde pública. No mesmo modelo em que as consultas de atenção básica são realizadas por médicos de subespecialidades, há a realização de procedimentos técnicos que evitam encaminhamentos e descartam a solicitação de exames supérfluos ou a prescrição prioritária de medicamentos.

Assim, uma prospecção de modelos tecnoassistenciais abordaria o elo necessário entre as estratégias de atenção e governo da saúde com o conhecimento tecnológico e científico da área como uma forma de saber sobre inovações e modos de fazer no diagnóstico e terapêutica e na política de saúde. Uma inovação ou modo de fazer pode ser a estratégia de aproximação com a população por via de uma linguagem cultural apropriada, pela forma de se relacionar em rede pelos laços de amizade e coleguismo local etc. Um desafio de resolutividade pode ser a invenção de unidades mistas de saúde e assistência social para atender a grupos populacionais com discapacidades ou unidades mistas entre hospital e atenção básica para assegurar “leitos” de reidratação oral, observação psicossocial, parto normal etc. Em todos os modelos autointerrogados pela resolutividade encontrar-se-ão maneiras de criar valor com base na diferenciação. O problema de um modelo único é a perda da capacidade de diferenciação, justamente pela escolha da modelização.

Ao ser visto como estratégico para o setor, o modelo único assume funções e atributos em todos os níveis da

organização, reduzindo a escuta dos fatores de diferenciação, portadores de protagonismo local e consequência de disputas locais pelo acolhimento das pessoas e grupos sociais ou pela elevada qualidade assistencial. Deste modo, uma perspectiva interessante ao gestor federal do setor da saúde seria a prospecção de modelos reais (estaduais ou municipais), demonstrando a diversidade e as suas conquistas. A prospecção seria a busca e a detecção das fórmulas resolutivas e dos procedimentos de rede adotados por múltiplos locais submetidos ao mesmo sistema nacional de saúde. Seria como prover visibilidade para as estratégias em curso “com olhos para o futuro”, capturando as suas potências ou as possibilidades de que são portadoras para que se pudesse conduzir uma política desde seus atores estratégicos, tomados por seu valor protagonista de realidades, não a imposição de desenhos definidos *a priori* como ideais, posto que não há como prover controle sobre todos os fatores de determinação das práticas locais levadas a efeito. Uma prática local não responde aos desenhos centrais de monitoramento e gestão, mas às configurações vivas de atores, instituições e culturas, jogos de força, apostas e disputas de interesse. A prospecção providenciaria um “olhar adiante”, tanto sobre o que é mais visível ou mais importante, quanto sobre o que pode vir a sobressair ou ser salientado como inovação, invenção e/ou *design*.

A política federal setorial, por seu poder de replicação em cadeia (ou cascata) deveria trazer, ela própria, algo de inovador na conformação de modelos, menos modelar, menos impositiva, mais “agenciadora”, mobilizadora, convocadora. Uma vez que, como política setorial, não será capaz de transformar o cenário econômico e social do país, somente seu dinamismo poderá abarcar gestores, trabalhadores, pesquisadores, formadores e usuários, formando uma rede de conexão entre posturas

comportamentais e formas de atuação. Será influenciada pelo ambiente político, social e econômico no qual se encontra inserida; portanto, precisará de um processo coletivo e dinâmico que torne impossível retroagir aos tempos anteriores ao “agenciamento”. O que deveria emergir de uma política setorial “inovadora” são os atores estratégicos (locais, dos sistemas e serviços, da política), não necessariamente uma perspectiva de estratégia tecnoassistencial nunca antes conhecida ou experimentada. Não se tratará de negar o conhecimento tecnocientífico já acumulado sobre os fatores de sucesso em uma estratégia tecnoassistencial quanto ao seu impacto no processo saúde-doença, mas de mover responsabilidades quanto à inclusão e resolutividade na atenção e governo da saúde. É nesse sentido que a transformação de modelo não é deste para aquele, mas “daquela configuração para esta” ou “daqueles disparadores para este processo”, de acordo com o resultado de satisfação dos usuários, trabalhadores e gestores, inclusive na mudança da base material (valores, *habitus*, micropolíticas) com que fazem formulações, execução e avaliação.

Sistemas e serviços de saúde são processos que lidam com criatividade e novidade, seus trabalhadores operam com tecnologias de cuidado e tratamento, dependem de experimentos, descobertas e invenções, desenvolvem habilidades interdisciplinares e visam a um processo social de construção de conhecimentos e práticas relativos à qualidade da vida. A localização e um estudo de características preliminares (prospectivo) de estratégias tecnoassistenciais em atenção básica – onde é *baixa, muito baixa ou inexistente* a implantação da Estratégia Saúde da Família e os indicadores bioestatísticos de morbimortalidade são *bons, muito bons ou equivalentes à média de onde é elevada, predominante ou de cobertura total* programas Médico de Família – pode representar a delimitação e o

reconhecimento de modos de atuar em atenção e governo da saúde que informam práticas institucionais em diálogo com a proposta de “reorientação do modelo assistencial” introduzida pelo projeto brasileiro de melhoria do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde.

Essa prospecção pode colocar em foco, em problematização e sob a formulação de recomendações *o suposto, o possível e o esperado* em modelagens de acolhimento, cuidado e proteção da saúde, com estratégias singulares, criativas e originais. A prospecção pode apontar a preparação do futuro quanto às tecnologias, aos planos sociais, ao desempenho em saúde e ao protagonismo dos coletivos organizados de produção da saúde, colocando em curso uma ação político-setorial ousada e desafiadora.

Estratégia e operacionalização do método da prospecção

Há uma diferença conceitual e formal entre pesquisa científica e produção tecnológica, assim como entre tecnologia, ciência, *design* e inovação. Não são palavras equivalentes, antes profundas distinções de método, operacionalização, uso dos resultados e motivação. Verifica-se no mundo da ciência, tecnologia e inovação o fomento científico, a produtividade em pesquisa, a produtividade em desenvolvimento tecnológico e a extensão inovadora. O presente projeto de prospecção se insere na categoria “produção tecnológica e extensão inovadora”, incluindo desenvolvimento tecnológico, apoio técnico e extensionismo tecnocientífico. A prospecção gera localização/identificação de *modelos e práticas* e organiza *informação preliminar*, funciona como uma cartografia, mas não exatamente como uma pesquisa científica, acumula evidências, mas não as converte em modelos de verdade, desafia percursos e itinerários, mas não confecciona diretrizes e protocolos.

O desenvolvimento tecnológico, o apoio técnico e o extencionismo tecnocientífico visam a fortalecer a interação entre a universidade e a sociedade no que tange à geração e transferência de conhecimentos, construindo um ambiente favorável à promoção de uma agenda política, social e pedagógico-estratégica, voltada ao desenvolvimento setorial sustentável e ao desenvolvimento de competências ou habilidades para atuação em atividades técnico-didáticas na saúde e direção de sistemas e serviços de saúde. Para o projeto de prospecção, foi constituída uma equipe exploratória e analítica, composta por formuladores acadêmicos de políticas e de recursos interpretativos em ações, serviços e sistemas de saúde, cuja tarefa era exercer a prospecção de estratégias tecnoassistenciais em estados, municípios e locorregiões, buscando conhecimento e provendo visibilidade para dispositivos, mecanismos e soluções identificados com a integralidade e resolutividade da atenção em saúde. A “prospecção” veio da busca de contato com múltiplas experiências de fazer a Atenção Básica e da colocação de diversos interlocutores dessas experiências em rede de conversa.

Não havendo a intenção de localizar “boas práticas”, mas “distintas práticas”, tampouco tecer recomendações transversais ou resultantes de análise sistemática, mas comemorar a multiplicidade, a pluralidade e a diversidade, uma boa pista era encontrar tensões, paradoxos e potências em práticas, talvez evidenciar outros/novos itinerários assistenciais, percursos pedagógicos locais, o repensar constante, a atualização permanente em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva. O projeto, portanto, tinha o intuito de dar visibilidade às ações em saúde que estão em curso nos territórios multifacetados e multirreferenciados de nossas equipes, cidades, geografias, culturas, e apresentá-las como potência, a fim de produzir políticas a partir dos próprios protagonistas que vivenciam

as realidades. O seu desenrolar circulou entre a educação, a pesquisa, a intervenção e o desenvolvimento tecnológico (“prospecção” de aprendizados, conhecimentos, saberes e estratégias).

A seleção do projeto ocorreu em 2011, tendo sido iniciada a sua execução em 2012, reunindo “histórias pra contar”. Terminou em 2013, com uma jornada de todos os círculos locais/locorregionais e “convidados-dobradiça”. A relatoria ocorreu em 2014. Cada círculo local/locorregional foi designado por “caldo de cultura”. Caldos de cultura de cinco regiões brasileiras, também explicitados como “círculos educossanitários”, a condição de uma roda de pesquisa-formação local/locorregional, fiando uma primeira narrativa da atividade da experiência, depois, por meio da narrativa, evidenciar como se constituiu um caminho e, então, construção de conhecimento de forma integrada e com sentido (círculo de cultura). Dos círculos de cultura às rodas de conversa entre os círculos, articulação de “redes de conversa” e “rodas de dobradiça”. As rodas de dobradiça são mais uma ação que a constituição de tempo e lugar, servem à introdução do desconforto intelectual, problematização das condições de possibilidade da atividade da experiência. “Círculos em rede” podiam compartilhar experiências; e “rodas de dobradiça”, interrogá-las em profundidade.

Afirmou-se a fruição nas trocas e na produção de inteligências coletivas. Apostou-se que a produção de conhecimento em saúde pode se dar por outros caminhos, para além do que tradicionalmente é legitimado como conhecimento científico (muitas vezes mascarando inúmeras prescrições que cobrem a experiência). Inventou-se um modo de operar que se deu pela participação de pesquisadores das cinco regiões brasileiras, vinculados a instituições federais, estaduais e municipais, atores de

diferentes cenários da saúde pública, com estudantes, profissionais, gestores, pesquisadores e agentes da cultura local. Entende-se que cada narrativa destinada ao outro produz outros olhares sobre as histórias, histórias de outros olhares, olhares outros de outras histórias sobre as histórias, uma mistura de olhos estrangeiros e produção de estrangeirismos na sua história, simplesmente porque se quer a troca, a mescla, a novidade, a invenção, a recriação, mas não se quer a regra, a forma, a prescrição, a imposição, o modelo a ser replicado, copiado, difundido. Quer-se a dobra, a rede, a conversa, a cultura que se contamina e contagia, que cria novas passagens, novos pontos e outros nós a partir da abertura aos signos, do deixar-se imprimir pelos signos que não relacionam significado-significante, abrem-se a invenção, produção e composição de sentidos.

Trabalhamos com encontros sistemáticos, ocorridos nas diversas regiões, na coordenação do projeto (pela equipe ligada ao EducaSaúde), e nos encontros nacionais. Cada região pactuou qual a frequência e o método de seus encontros. O grupo de coordenação reunia-se semanalmente desde o início do projeto, para retomar demandas, tecer os encontros nacionais e avaliar o processo. A pauta organizada por esta coordenação “local” era aberta a novas composições e reorganizações no encontro nacional, proporcionado a atualização constante do projeto. Os encontros nacionais ocorreram em média com uma frequência bimestral, totalizando dez encontros. Como parte do processo/ produto produziu-se, também, o seminário Dentre as ações, o seminário “Jornada de Intensidades: in-formes da atenção básica em saúde, prospecção de devires”, que transcorreu no final do ano de 2013 e, conforme localização da coordenação na UFRGS, ocorreu na cidade de Porto Alegre. Os “in-formes” constituíam informação pré-verbal, signo-enunciação, informação, como dizíamos, para “destituir a forma” e “enunciar saberes”. As “intensidades”

constituíam motivações sensíveis, interesses por “conexão amorosa”, conhecimentos, como dizíamos, “intensivos”, não necessariamente “lógicos” ou “morais”. Informes e intensidades deveriam, por sua emergência viva em coletivos de práticas e compartilhamentos, informar e fazer vibrar a seleção, organização e avaliação de ações no interesse da atenção básica. “Prospecção de devires”: reconhecimento de vetores de produção. Vetores indicam motivos, planos de intenção, “projetos de futuro”, atração de corpos por afecção. O evento era componente metodológico relevante: a experimentação da metodologia utilizada no projeto compondo a reunião dos círculos de cultura locais com as redes de conversação em mescla, hibridismo e ressingularização. Círculos de cultura transformados em caldos de cultura, redes de conversa transformadas em redes de conversação por ressingularização e círculos em rede como rede científica de prospecção de culturas da prática. O evento era componente metodológico relevante: a experimentação da metodologia utilizada no projeto compondo oficinas, desenvolvidas cada uma por cada caldo de cultura local (cada círculo educossanitário trazendo seus aprendizados como comunicação, como círculo de cultura). Sessões transversais com debatedores convidados retomavam a condição das rodas de dobradiça, a introdução de um eixo de pensamento para colocar em análise cada círculo de cultura, desfazimento de seu *ensimesmamento*. Momentos de plenária livre ou pontuada por recolhimentos das oficinas e sessões transversais configuravam as redes de conversação, com falas livres ou manifestação de comentaristas que trouxeram à tona os marcadores “Trabalho e Território” e “Apoio e Formação”, na Atenção Básica. Um debatedor externo e estrangeiro, pesquisador italiano, Ardigò Martino, interferiu neste momento final recolhendo as tecnologias do método inovador, como devolução aos participantes, mais um “prospecto” da metodologia.

Produtos e resultados conceituais

A imensidão do Brasil não se mede apenas pela dimensão territorial do espaço geográfico e diversidade cultural de seu povo, as interpretações sobre cada região são muitas e moldadas sob o olhar dos atores sociais das práticas, atuantes nas realidades, influenciando e sendo influenciados por cenários e tempos em que se inserem perfis de usuários, de equipes, de apoio institucional e matricial, de interação da universidade com as redes de saúde, de interface do trabalho em saúde com a experiência da cultura na cidade (arte, artesanato, dança, teatro, música, circo, cinema e fotografia). É desafiante fazer saúde, considerando as peculiaridades de cada região, submetendo múltiplas realidades a um único sistema nacional de saúde. Acompanhando as práticas de saúde em diversos locais no país, comuns são as queixas de que os processos de trabalho adotados respondem a modelos centrais de monitoramento e gestão e ignoram a demanda dos atores, a cultura e as estruturas de poder das instituições locais. A prática de saúde é viva, é dinâmica, é mutável.

Tendo como ponto de partida a busca por distintos desenhos e práticas de saúde no âmbito da atenção básica, o projeto resultou das questões que emergiram durante a realização de um trabalho cartográfico, realizado por pesquisadores de diferentes instituições formadoras, em variadas realidades e unidades da federação. Na identificação de práticas novidadeiras ou disruptivas, inventivas ou reatualizadas, construídas pela e na atenção básica, um ponto sensível nessa prospecção esteve nas narrativas do processo de trabalho adotado nos serviços de saúde, entendidos, então, como resultado de políticas e práticas de formação acadêmica, experimentação do próprio cuidado em saúde exercido no encontro entre o trabalhador e usuários nas redes de serviços, que habilitam

o profissional a exercer certa função. As narrativas, primeira etapa do círculo educossanitário, facilitam a emergência do dizer de si, do seu grupo, da sua experiência/experimentação; podemos ouvir os outros e ouvir-nos, de forma que movemos fatores subjetivos e sensíveis, modificamos percepções e projeções. Permite por na roda a conversa sobre o que esperavam de nós e o que resolvemos fazer, o que não esperavam de nós e por que fizemos, como esperam que sejamos e como é que somos. A narrativa revolve sentidos e significados. A organização das “histórias pra contar” organizou círculos de cultura (contar histórias de si, da equipe, do serviço, de usuários, da política local, da cidade, do Sistema Único de Saúde, da Atenção Básica).

A fim de garantir a costura da diversidade de experiências, círculos em rede permitiam o encontro de estrangeiros e a familiarização do adverso. Entendemos que não há uma Atenção Básica, mas diferentes formas de produzir saúde em um campo que deve ser o do acolhimento, reconhecimento e projeção de ações de cuidado. Compartilhamos dos pilares utilizados pela cartografia para nos auxiliar nos desenhos dos mapas que se inauguravam a partir daí. A cartografia consiste em mapear, detectar direções e movimentos que se dão no “campo das forças” e escapam ao “plano das formas”, Deleuze e Guattari (1995, p.21) dizem também que cartografar é fazer o mapa, como um princípio de funcionamento do rizoma, ou seja, não se desenvolve na reprodução, imitação, e sim na criação e construção: “o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente”. Para os autores, o mapa “pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma função social.” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.22)

A prospecção reuniu “histórias para contar”, as quais foram tomadas como “caldos de cultura”. Cada um dos caldos de cultura reunia-se em seus respectivos locais de origem e criavam seus métodos de dispersão, seja em intervenções no território, ou em encontros que possibilitassem a discussão das práticas dessas intervenções. Estavam constituídas a rede de conversação e a roda de dobradiça.

Referências

BOROFSKY, R. Public anthropology: where to? What next? **Anthropology News**, v. 45, n. 5, p.9-10, 2000.

CECCIM, R.B. et al. Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Fórum sociológico [On-line]**, n. 24, 2014. Disponível em <<http://sociologico.revues.org/1111>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs. **Capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v.1.

FRANCO, T.B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho**. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.459-474.

MARCUS, G.E. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual review of anthropology**, v. 24, p.95-117, 1995.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.



PARTE 1

TRABALHO E TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA

POLÍTICA DO TRABALHO E DISPOSITIVO PEDAGÓGICO: ativações a partir da atenção básica

*Juliano André Kreutz
Ricardo Burg Ceccim*

Introdução

Este texto decorre de um estudo¹ que analisou o uso de registros, números, cálculos e medidas na configuração e no ordenamento do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, ao integrarem mecanismos, instâncias e técnicas que projetam e regulam a formação profissional. Ao argumentar que “a escola é o trabalho”, aquele estudo destacou que uma educação no trabalho não a reduzia à escolarização formal e nem às habilitações para o trabalho: de um lado, a imbricação entre experiência do trabalho e ensino na conformação do olhar-sentir-querer dos saberes-fazer da saúde; de outro, a impossibilidade (em regime escolar) de ensinar as sensações ou a escuta necessárias ao trabalho de “cuidar”: o escutar ou a sensibilidade

¹ O presente trabalho deriva da dissertação de mestrado intitulada “Quem conta um ponto, inventa um conto: sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades”, de autoria de Juliano André Kreutz e orientação de Ricardo Burg Ceccim. (KREUTZ, 2012)

são experimentações. As noções relativas à educação permanente em saúde, especialmente Ricardo Ceccim, explicitaram a potencial abertura dos cotidianos de trabalho às inventividades locais, evidenciando uma disputa de “políticas” do trabalho, não a imposição de “identidades” (configurações em movimento permanente, o fracasso de modelos ideais ou fixados).

“Dá licença, posso entrar?”²

Falamos de atenção básica, agentes de saúde e de comunidades, por suposto um trabalho à porta das casas ou na travessia de serviços de saúde à moradia de seus usuários (sua base territorial – as casas e seus moradores). À porta entreaberta, olhares hospitaleiros ou de desconfiança são trocados. A casa, lugar das tramas da vida privada, um território de poucos, é convidada (ou convocada) a abrir-se. Uma visita cordial, uma cobrança de credores, uma procura de abrigo? Muitos poderiam ser os intentos de quem chega. É alguém conhecido? Quem bate à porta?

O pedido para entrar revela que não se trata de algum pedinte (de comida, de dinheiro ou de informação). Alguém quer partilhar do círculo doméstico. Um olhar mais atento destaca o uniforme. De que categoria? Traz a insígnia da saúde, seguida da apresentação: agente comunitário de saúde. Em pouco tempo, fica esclarecido que o visitante é um vizinho, que mora a poucas quadras de distância. Lembranças de breves entrecruzamentos na feira, na praça e nas ruas próximas ressignificam a estranheza primeira.

² A frase “Dá licença, posso entrar?” consta em um material de publicidade institucional do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), que pede passagem e reconhecimento público para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, referindo-se ao modo como milhares destes trabalhadores iniciam suas visitas domiciliares.

Trata-se de alguém de perto. Traz consigo papéis que, aos poucos, tomam lugar na conversa. Quer saber os nomes, as datas de nascimento, sexo, ocupações e doenças de quem mora na casa. Os adultos sabem ler e escrever? Qual é o curso mais elevado que frequentam ou frequentaram? As crianças frequentam a escola? Quantos cômodos? Destino do lixo? Esgoto? Energia elétrica? Qual o material de construção da residência? Tratamento de água? Alguém da família possui plano de saúde? Em caso de doença, onde procuram ajuda? Quais os meios de transporte e de comunicação que mais utilizam? Participam de grupos comunitários? Informações para cadastro.

Outras fichas reclamam mais dados. Por exemplo, se alguém informar diagnóstico de “pressão alta”: é fumante? Cumpre regularmente a dieta recomendada pela equipe de saúde? Toma regularmente a medicação prescrita (incluindo chás e ervas, desde que prescritos pelo médico)? Realiza exercícios físicos pelo menos três vezes por semana? Qual a data da última consulta? E a última medição da pressão arterial? Esteve hospitalizado?³ Atenção especial para diabetes, para menores de dois anos, para pessoas com tuberculose ou com hanseníase. Verificação de vacinas, informações sobre datas de consultas e exames. Entrega de materiais educativos, especialmente os produzidos pelas campanhas prioritárias de saúde pública, sobre dengue; hepatites; HIV/Aids; prevenção do câncer de mama, de útero ou de próstata; *Influenza* H1N1; *crack*, álcool e outras drogas; violências etc.

Perguntas “necessárias”, registros detalhados. Que sentidos têm esses dados? Que usos serão feitos? Duas

³ O sistema de informação da atenção básica (inicialmente o SIAB, agora o e-SUS) inclui diversas fichas de cadastro e acompanhamento que devem ser preenchidas por Agentes Comunitários de Saúde. As questões que ilustram a cena descrita representam uma parte das indagações previstas.

palavras no crachá do visitador trazem algumas pistas: “comunitário” e “saúde”. Uma relação de cuidado é proposta na segurança, conforto e aconchego de uma “comunidade”⁴. Interpõe-se, entretanto, como interrogações nesta cena: que comunidade e que saúde estão em questão? Os personagens desta cena são fabricados: transmutam-se de vizinhos em usuário e em profissional de saúde. O cenário também é redesenhado, ao projetar-se na vizinhança a configuração de uma comunidade. Os sentidos e significados das produções de saúde (motivos do encontro) e da dimensão comunitária (local privilegiado para a intervenção sanitária) são disputados, especialmente pela centralidade conferida aos usos de registros, contagens, indicadores, taxas e outras medidas.

Pressupõe-se que essas operações estatísticas e de registro estabelecem objetos visíveis, coisas que são/serão vistas e classificadas (percepções de insalubridades e patologias); definem regras de inserção na trama (a partir de um diagnóstico de hipertensão arterial, por exemplo); e constroem formas nas quais os sujeitos devem julgar a si mesmos e prestar contas (pela abertura dos encontros trabalhador-usuário⁵ à contabilidade pública). Alguns pontos são contados: registrados e calculados ou medidos. Nesses processos, são estabelecidas narrativas, posições

⁴ Em um livro intitulado *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*, Bauman (2003, p.7) afirma que comunidade é uma palavra que além de significados (controversos) guarda sensações, “sugere uma coisa boa”, como um “um lugar cálido, um lugar confortável e aconchegante”. Também tem sido, na saúde, o lugar de indiscriminar singularidades, usado para buscar indicadores, traçadores ou marcadores que atravessam “coletivos de multiplicidade” para como se “linhas de identidade”.

⁵ Utilizaremos o termo usuário para nomear aquele que demanda ou é público das práticas do setor da saúde. Esta referência, corrente no campo da saúde coletiva, remete a um indivíduo que não se reduz à passividade, como sugere a nomenclatura paciente, mas disputa sentidos ao cuidado.

dos narradores, discursos legítimos e suas regras: “quem conta um ponto, inventa um conto”.

As atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, entretanto, não se restringem ao cômputo das informações, ao registro de dados e às medidas e projeções de risco. Atuam nas coletas sistemáticas, tendo seu trabalho orientado pelo que dizem os números, números que ajudam a contar e, por eles, recebem a prescrição do seu trabalho⁶. Estes trabalhadores, em sua maioria, sem escolarização formal no campo da saúde, com atuação há quase trinta anos no sistema brasileiro de saúde e com legalização da profissão desde 2002 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), proveem sua formação profissional na interseção trabalho-formação. Possibilitam-se, neste âmbito, análises privilegiadas de processos de formação de trabalhadores de saúde que não se esgotam em práticas de escolarização. Abrem-se passagens para problematizar a imbricação de trabalho e educação também em outros domínios.

Compreende-se que as conceituações em torno da educação no trabalho (como educação/treinamento em serviço, Residências, cursos técnicos por itinerário ensino-serviço e outros), entendidas como táticas na disputa da organização das práticas, não esgotam as aprendizagens relacionadas ao mundo do trabalho. Para sustentar esta leitura, constituiu-se uma rede teórica (um arranjo conceitual) sem pretensão de esgotamento do campo. Diferentes noções se entrelaçam e possuem interfaces para constituir possíveis olhares sobre as aprendizagens nas práticas de cuidado em saúde.

⁶ A referência à prescrição do trabalho considera as diferenças conceituais entre trabalho prescrito e trabalho real, entendido o primeiro como as determinações sobre o “modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação e aos modos necessários e às regras a respeitar”; o segundo, por sua vez, corresponde “àquele realmente executado”, conforme Oliveira (2006, p.329).

Inicialmente, para argumentar que “a escola é o trabalho”, as considerações de Foucault, em *O nascimento da clínica* (2008), são importantes para entender a imbricação entre experiência clínica e ensino, na conformação do olhar no saber-fazer da saúde. Heckert (2007) contribui para pensar a impossibilidade (em regime escolar) de ensinar a escutar, considerando a escuta como experimentação. As noções teóricas relativas à educação permanente em saúde (CECCIM, 2005a; 2005b; CECCIM; FERLA, 2003, 2006) sustentam a potencial abertura às interrogações, estranhamentos e inventividades nos cotidianos de trabalho.

Trabalho e educação

A concepção de que a “escola é o trabalho”, neste texto, não reduz um termo ao outro. Não se afirma que o trabalho adquire domínio sobre a produção de aprendizagens, tampouco refere-se à limitação de experiências de ensino às dimensões técnicas, administrativas e/ou políticas do mundo do trabalho. Não se opõem lugares que, *a priori*, seriam privilegiados para a educação. Escola e trabalho são entendidos como práticas sociais. “Práticas”, na acepção foucaultiana de experiência, entendida como “a correlação, em uma cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade.” (FOUCAULT, 2010, p.10) A noção de escola não se traduz como instituição legitimada para transmissão de conteúdos formais, mas como modos múltiplos de produzir subjetivações ou “encontros de aprendizagem”⁷. Por sua vez, “trabalho” é referido como ato produtivo, que “modifica alguma coisa e

produz algo novo” (MERHY; FRANCO, 2008, p.427), inclusive novos trabalhadores.

Destarte, não se especifica um modo de interação, de ação mútua ou de comunicação entre trabalho e educação. “O caminho que se apresenta é conceber um plano relacional produtor dos termos”, sentido emprestado de Escóssia e Kastrup (2005, p.302), quando se referem ao “coletivo” como plano de coengendramento “indivíduo-sociedade”. Sublinha-se que não há termos constituídos em interface, mas afirma-se sua indissociabilidade. A expressão “a escola é o trabalho” refere-se, então, aos modos e processos de subjetivação, à produção de si e do mundo, à atribuição de sentidos ao vivido no agir em saúde. O trabalho neste campo é tomado como produção do cuidado e dos cuidadores, em ato. Esta afirmação inscreve-se nas produções de autores como Emerson Elias Merhy⁸, ao argumentar, por exemplo, que se trata de uma “relação em dobra”, sustentando a impossibilidade de separar os termos, à medida que “um produz o outro” (MERHY, 2005b, p.172); e Ricardo Burg Ceccim, no desenvolvimento do conceito de “educação permanente em saúde”⁹. Nesta perspectiva, é utilizado especialmente o conceito de “dispositivo pedagógico” (LARROSA, 1994; FISCHER, 2002) para caracterizar a dimensão educativa como constitutiva do trabalho. Ainda, a partir de Foucault (2008), sustenta-se a indissociabilidade de exercício clínico e ensino na emergência do olhar biopolítico do saber-fazer em saúde. Engendram-se produções de conhecimento nas ciências da saúde, exercício profissional e processos de subjetivação,

⁸ Merhy (2005a, p.197) utiliza a expressão “o mundo do trabalho é uma escola”, tomando emprestada a “fórmula” de Ermínia Silva no estudo sobre os circenses e sua arte, no qual a pesquisadora “mostra que o circo é uma escola, por ser o lugar de produção do fazer artístico, de seus próprios artistas e dos saberes”.

⁹ Destacam-se publicações como: Ceccim e Ferla (2003); Ceccim e Feuerwerker (2004) e Ceccim (2005a; 2005b).

⁷ Sobre “encontros de aprendizagem”, ver a tese de doutorado de Daniela Dallegrave. (DALLEGRAVE, 2013)

de modo a assinalar que o trabalho em saúde é escola (instaura saberes, subjetiva, ordena poderes, seleciona regimes de verdade, regula práticas, avalia desempenhos, insere cursos e programas formativos etc.).

Dispositivos pedagógicos

Comumente atribui-se à escola (incluída a universidade) função privilegiada na transmissão de informações ou conhecimentos e nas aprendizagens em geral, tomados estes termos, muitas vezes, de modo indiscriminado. Nesta direção, pensar o trabalho como escola destacaria aquilo que é ensinado, instruído, de maneira mais ou menos espontânea, no exercício de determinada atividade ou procedimento. Assim, poderia ser contraposto à educação escolar/acadêmica, por seus diferentes graus de empirismo e dos efeitos práticos do que é aprendido. Entretanto, neste ensaio tomamos os processos e a organização do trabalho como conjunto de mecanismos, instâncias, técnicas e procedimentos de subjetivação, ao interrogar como se constituem trabalhadores de saúde em seu interior, e sem ignorar a educação em serviço, a educação pela integração entre serviço e educação profissional por itinerários no trabalho. A questão sobre a constituição de trabalhadores remete à produção dos modos de subjetivação, a aprendizagens que não se reduzem à perspectiva utilitarista de transmissão de informações ou apreensão de saberes. Entretanto, não se ignora que as propostas de educação em saúde inscritas na perspectiva da transmissão de conhecimentos, de prescrição de comportamentos, instituem regimes de validação de saber, posições de autoridade, interdições e sujeições, ou seja, processos de subjetivação. Estes modos de organizar e operar práticas pedagógicas são objeto

desta reflexão na medida em que compõem estratégias do trabalho em saúde, que é tomado como educativo em um sentido mais amplo.

O trabalho em saúde é entendido como dispositivo pedagógico, com tecnologias ópticas – produção de formas de olhar para si; narrativas – formas de autoexpressão; jurídicas – táticas e estratégias de avaliação; e práticas – formas de autocontrole e autotransformação. (LARROSA, 1994) Analisa-se a formação do trabalhador no entrecruzamento dessas dimensões. Por dispositivo pedagógico, entende-se com Larrosa (1994, p.57) “qualquer lugar no qual se constitui ou se transforma a experiência de si. Qualquer lugar no qual se aprendem ou se modificam as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo”. Nesse sentido, o trabalho é tomado como pedagogia, e esta é compreendida como “operação constitutiva, isto é, como produtora de pessoas.” (LARROSA, 1994, p.37) Desse modo, o trabalho é situado essencialmente como prática de formação, como trabalho educativo.

A terapêutica, marca fundamental do trabalho em saúde, é entendida como campo de produção e não de mediação (lugar entre o são e o insano, por exemplo). Seu processo entrecruza definições de verdades dos sujeitos, regulações de seus comportamentos e formas de subjetividade (LARROSA, 1994), não focadas no usuário ou destinatário, mas com efeitos na fabricação do trabalhador em saúde. Trata-se de recursos e relações para além das supostas nas instituições de ensino. Atenta-se para as experiências dos modos particulares de inclusão e de expressão de participantes de práticas sociais, neste caso, do trabalho em saúde. Interessam as regras e o significado do jogo, ao situar que “a pessoa aprende ao mesmo tempo ser um jogador e o que ser um jogador significa.” (LARROSA, 1994, p.44)

A aprendizagem do que pode ser dito, de que maneira, em que situações e em quais condições pode ser dito, sob quais normas e juízos, é característica da produção no dispositivo pedagógico. Neste sentido, cinco dimensões são destacadas por Larrosa (1994):

Dimensões	Características
Óptica	A dimensão óptica refere-se às operações que estabelecem objetos visíveis, às coisas que são vistas e classificadas e à posição do observador, bem como aos mecanismos de autovigilância, aprendizagens de formas corretas de se ver. Trata-se da constituição do “que é visível dentro do sujeito para si mesmo” (p.58). Nestes termos, o “sujeito é uma função da visibilidade, dos dispositivos que o fazem ver e orientam seu olhar. E esses são históricos e contingentes” (p.63).
Discursiva	A dimensão discursiva constitui “o que o sujeito pode e deve dizer acerca de si mesmo” (p.58). Assim, tem relação com a aprendizagem de um discurso legítimo e suas regras, ao mesmo tempo em que constitui “o sujeito que fala e sua experiência de si” (p.67).

Jurídica	Esta dimensão relaciona-se às “formas nas quais o sujeito deve julgar a si mesmo segundo uma trama de normas e valores” (p.58). Refere-se ao narrar-se como autocrítica, aos critérios de valor na função de “prestar contas” e à lógica do dever, da lei e da norma. Trata, nestes termos, da “constituição simultânea de um sujeito que julga, um conjunto de critérios (um código de leis, um conjunto de normas ou uma série de critérios de estilo) e um campo de aplicação” (p.77).
Narrativa	Na dimensão narrativa, destaca-se a autonarração, que pressupõe que o “sujeito se tenha tornado antes calculável, pronto para essa operação na qual a pessoa presta contas de si mesma, abre-se a si mesma à contabilidade, à valoração contável de si” (p.69). Esta modalidade estabelece tanto a posição do narrador quanto às regras de sua inserção numa prática social, ou numa trama (ator social ou personagem). Neste sentido, remete à interrogação sobre a “gestão social e política das narrativas pessoais, pelos poderes que gravitam sobre elas, pelos lugares nos quais o sujeito é induzido a interpretar-se a si mesmo, a reconhecer-se a si mesmo como o personagem de uma narração atual ou possível, a contar-se a si mesmo de acordo com certos registros narrativos” (p.71-72).
Prática	Esta dimensão refere-se àquilo que “o sujeito pode e deve fazer consigo mesmo” (p.58), atravessado pelos dispositivos que fazem ver e orientam seu olhar, constituído narrativamente em certas condições espaço temporais, sob determinadas normas e valores de juízo e de decisão.

No campo da saúde, não é novidade pensar a educação vinculada à experiência no/do trabalho. A escuta e o olhar clínicos não são aprendidos somente a partir de apropriações e construções de conhecimento, por um suposto sujeito racional. Na perspectiva de que sujeitos e objetos se constituem nas relações, interessa perguntar o que se passa na escuta e na formação e não sobre as possibilidades de ensinar a escuta. (HECKERT, 2007, p.199) Esse “o que se passa” refere-se aos movimentos, às produções nos encontros do trabalhador-aprendiz com o usuário. Nesse sentido, o trabalhador emerge inevitavelmente como aprendiz, independentemente de estar ou não em processos formais de escolarização ou ditos pedagógicos. Assim, a partir dos escritos de Foucault (2008), salienta-se que a formação de um olhar médico é constitutiva do nascimento da clínica na modernidade – não há separação ou anterioridade.

A constituição do olhar médico e a emergência da “escuta como experimentação”: as aprendizagens no trabalho

Imagine um agente comunitário de saúde em suas primeiras semanas de trabalho (realizado, necessariamente, no bairro em que ele reside). Após alguns dias de “capacitação”, bate à porta de uma casa qualquer (um vizinho). Esta cena se repetirá em mais ou menos 150 domicílios, todos os meses. Apresenta-se como trabalhador de um serviço de saúde. Participou de seleção/concurso e tudo mais. É a mesma pessoa que leva o filho para a praça, ali perto e frequenta a “feirinha” da rua ao lado, todas as semanas. Está sempre próximo. Ainda mais, neste novo trabalho. E agora? Como se inicia no campo da saúde? O que olhar? O que conversar? Falar dos filhos, das contas

a pagar, da algazarra da gurizada na rua? O que interessa saber?

Podemos nos aproximar destas questões a partir de uma historicização da formação do olhar clínico. Não é um olhar qualquer, fenômeno de visão, regido por leis relativas a radiações luminosas, organizado, sistematizado e interpretado por saberes médicos. Se assim fosse considerado, as capacitações desses recém-chegados no campo da saúde ou as supervisões de especialistas seriam suficientes para traduzir os significados das coisas vistas, mas talvez não se fale de processos tão neutros. No prefácio de *O nascimento da clínica* (2008), Foucault é enfático ao escrever que o livro trata, centralmente, do olhar. Olhar médico que, na sua formação, se esquia e precisa abstrair o indivíduo doente (p.7, p.14) e neutralizar o seu senhor (p.8, p.41), procedimentos que implicam reorganização dos conhecimentos médicos e dos discursos sobre a doença.

Isso torna a cena um tanto mais complexa. Se o olhar em formação se inscrever no registro dessa clínica, o vizinho e suas histórias não estarão no foco. Sua inclusão requererá exercícios de abstração daquilo que marcava todos os encontros até o momento. Passam a interessar coisas até então não percebidas, não contadas. Mas sob que modos se produz este olhar clínico? Não é ele que deve ser inserido? Ou não se trata disso? Neste caso, que outros olhares devem ser produzidos e como? Alguns poderiam recorrer à afirmação metafórica de que o olhar dependerá dos óculos (conceituais e culturais) utilizados. Porém, isso nos parece insuficiente. Afinal, saber é um problema óptico? Depende da lente? Nessa perspectiva, supõe-se um objeto já dado, passível de múltiplas interpretações. A metáfora dos óculos de conhecimento talvez não dê conta da permanente fabricação dos sentidos (do objeto e do sujeito). Relativiza a noção da produção de saber, mas centra-se em um

sujeito do conhecimento que, instrumentalmente, maneja ferramentas (óptico-metodológicas) de “desvendamento”. Ainda, supõe uma “estrutura” de aprendizagem, um processo cognitivo previsível, dependente apenas dos óculos-ferramenta, da posição e dos métodos. Entretanto, se considerarmos sujeitos e objetos como agenciamentos singulares, não há mera troca (intencional ou não) de instrumentos de saber, mas relações de saber-poder, que projetam, inclusive, aquilo que se nomeia de “óculos”.

Por enquanto, continuemos centrados na experiência clínica, que se caracteriza pelo olhar atento e sistemático e que se configura, na história ocidental, como a primeira abertura “do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade”, segundo Foucault (2008, p.XI). Essa experiência clínica é marcada como produção de conhecimento, como constatação científica em cada caso. Ciência, profissão e ensino são coproduzidos, são coengendrados. Daí a associação relevante entre os temas do exercício profissional, da escolarização e o surgimento dos hospitais, enfatizada na afirmação do “princípio de que o saber médico se forma no próprio leito do doente.” (FOUCAULT, 2008, p.57) Remete, assim, à valorização de um método e à produção permanente de novos saberes. Não há suficiente aprendizagem prévia. Escolas, universidades ou sociedades profissionais podem se ocupar de um campo de saberes sistematizados, mas não há redução da clínica à lição. A clínica é “libertada por um movimento de descoberta.” (FOUCAULT, 2008, p.67)

O indivíduo concreto, aberto à linguagem da racionalidade, é inventado como objeto da clínica, o que supõe um domínio de verdades sistemáticas e um “domínio livre, em que a verdade fala por si mesma” (FOUCAULT, 2008, p.52), abertura, portanto, do campo da aprendizagem. Nesses termos, o domínio das verdades sistemáticas

remete ao especialista que decifrará as imagens percebidas pelo ACS? A atenção é focada conforme as orientações dos saberes médicos? Trata-se de que focalizações e de que modos de produção e/ou regulação desses “ajustes” do olhar? Ainda acompanhados de Foucault (2008), é interessante salientar a referência à experiência hospitalar, à qual se atribui uma pedagogia, “um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo” (p.74). Associam-se a manifestação e o conhecimento da verdade, facilitadas pela constância das observações e pelo registro das exaustivas descrições, expostas à análise.

Talvez de forma caricata, pudéssemos imaginar, na situação proposta, o bairro como um hospital a céu aberto e o agente como um observador constante, com a atenção focada nos interesses do campo da saúde e que tudo registra. Afinal, na cena, a conversa passaria por algumas verificações e registros em planilhas de um sistema de informações da atenção básica. Alguns pontos mereceriam ser “contados”. Outros, não. E as escolas de saúde participam, em que medida, na formação deste olhar clínico? Em texto específico sobre o direito de exercício e o ensino médico, Foucault (2008, p.48) destaca que na história da Medicina, já no século XVIII, surgiam críticas sobre defasagens entre a escola e a prática profissional, ao explicitar as manifestações da época em que “o ensino canônico ministrado na Faculdade não respondia mais às exigências da prática, nem às novas descobertas”. Aqui, não se trata simplesmente de uma escola médica descompassada, atrasada. Tem relação com um olhar médico que não pode ser apreendido (ou aprendido) na totalidade. Há aprendizagens produzidas somente em ato, no exercício. Dependentes de procedimentos para fazer ver e de decifração.

Neste sentido, merece destaque, por exemplo, o acompanhamento de “prático renomado”, instituído como uma das estratégias de formação; a afirmação da necessidade de “ter em vista um ensino prático.” (FOUCAULT, 2008, p.51) A figura de um experimentado no campo alude à dupla aprendizagem necessária: de um domínio organizado e estruturado de conhecimento, assegurado pela experiência prévia; e da observação e análise das manifestações de verdade de cada caso. O ensino se dá na visita aos doentes. Isso ocorre relacionado com o aparecimento de uma “espécie de internato, com hospital adjunto” como cenário de ensino. E se o investimento fosse na produção de olhares não reduzidos às manifestações de verdade das doenças? Se a atenção fosse outra? Em uma perspectiva de crítica à racionalidade biomedicalizadora descrita por Foucault (2008), há também outros autores que sustentam a argumentação sobre a impossibilidade de ensino do cuidado sem relação com o trabalho. A irredutibilidade a uma dimensão técnica estabelece a centralidade dos encontros trabalhador-usuário, para inventar clínicas e aprendizagens singulares. (CECCIM, 2005a; 2005b; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; HECKERT, 2007; MERHY, 2005) Outros procedimentos, outros conceitos, estratégias diferentes nas perspectivas da clínica não centrada na doença.

Os olhares, a atenção e a escuta não são processos redutíveis às aprendizagens escolares. Nem nos cursos mais extensos. Retornando à imagem proposta, da primeira visita de um agente comunitário de saúde, vemos emergir a necessidade de novos olhares para a cidade e a vizinhança. E novas percepções do trabalhador sobre si. O que será que o vizinho espera nessa relação outra? Andar pelo bairro agora é trabalho. De que modo se produz este “eu” trabalhador em saúde? Conversar sobre o quê? Escutar o quê? Heckert (2007, p.205) sugere algumas pistas, ao

interrogar os sentidos do ensino da escuta (clínica) e ao afirmar a indissociabilidade formar-intervir. Situa as possibilidades de produção de escutas surdas, nas quais, ao invés de “indagar as evidências que nos constituem como sujeitos, deixamo-nos conduzir por elas, reificando-as”. Refere-se a um domínio que restringe a escuta a supostas científicas neutras. Por outro lado, faz menção à escuta como experimentação, irredutível à técnica, ao implicar contatos, acompanhamento de movimentos, estranhamentos (e não decifrações) dos modos de vida, em atenção às vozes e silêncios, forças e formas. (HECKERT, 2007)

Ao qualificar a escuta-experimentação, que ultrapassa os controles das disciplinas, Heckert (2007, p.202) argumenta que “quando os processos de formação operam por meio da fragmentação de saberes, descolados dos processos de trabalho, dos sussurros e cheiros do mundo em que vivemos, acabamos por realimentar latifundiários do saber que tutelam os sujeitos”. A autora problematiza a posição discursiva especialista e insiste na necessária aprendizagem no trabalho. Neste sentido, perspectiva-se certa “tomada pragmática”, isto é, a subordinação de saberes teóricos às “operações e condições da alteridade e da sensibilidade”, à “constituição de planos de sentidos entre os conhecimentos prévios e a singularidade de cada atendimento”. Ciência e profissão são performadas “no encontro trabalhador-usuário.” (CECCIM, 2006, p.267-269) Atualizam-se, permanentemente, tensões entre perspectivas de sanitização das produções de existência e a multiplicidade dos encontros, em jogos com potência de singularização.

Educação Permanente em Saúde: estranhamentos e inventividade nos cotidianos de trabalho

Há formulações político-conceituais, no campo da Educação e Ensino da Saúde, que, ao problematizarem as práticas de formação de trabalhadores, argumentam sobre a centralidade do trabalho como vivência e objeto de análise. Uma das elaborações consistentes, estabelecida também como política pública no Sistema Único de Saúde, refere-se à Educação Permanente em Saúde – EPS. Esta é definida como prática pedagógica construída em espaços coletivos para análise, reflexão e avaliação de sentidos dos cotidianos do trabalho em saúde. É atravessada pelas “relações concretas que operam realidades.” (CECCIM, 2005a, p.161) Nessa perspectiva, a construção de uma noção de complexidade do mundo do trabalho em saúde é fundamental – caracterizada pela multiplicidade de elementos em relação e (co)produção; pela impossibilidade de controle externo total; pela não redução a um domínio da técnica; e por não se limitar às prescrições pedagógicas ou gerenciais.

O que se passa no cotidiano do trabalho não é passível de regulação por meio de capacitações e treinamentos, conforme critica Merhy (2005b, p.172), ao lembrar que, desta forma se suporia que a baixa eficácia das ações de saúde decorreria da falta de competência dos trabalhadores e que poderia ser corrigida “à medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que falta.” No entanto, se a organização do trabalho ultrapassa os domínios da escolarização formal, dos conhecimentos transmitidos por ensino programado e das informações contidas em treinamento, ela não prescinde da educação como problematização das práticas, dos conhecimentos e dos valores.

A impossibilidade de controlar as práticas exclusivamente no âmbito da formação é referida por Franco (2007, p.428), ao apresentar o entendimento de que “apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes as práticas assistenciais permanecem as mesmas”. O dispositivo pedagógico constituído não opera pela ruptura ou interrogação da realidade, tampouco aperfeiçoa resultados esperados à prescrição de práticas pelos cursos de formação. A expressão, “permanecem as mesmas”, utilizada pelo autor para qualificar as práticas assistenciais, supõe “esforços do trabalho” sem correspondência com os “esforços em educação”. Também Ceccim (2005a, p.163) afirma que “as prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização”. Essa compreensão de que não há correspondência entre prescrição do trabalho e trabalho realizado destaca que há aprendizagens que se produzem nas relações singulares, da “realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde.” (CECCIM, 2005a, p.162)

A caracterização dessa abertura a múltiplas produções no trabalho afirma-se no entendimento de que, na saúde, as tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. O trabalho não é completamente controlável por portar altos graus de incerteza, em razão da singularidade dos processos de saúde-doença-cuidado em cada pessoa e da liberdade dos trabalhadores. (MERHY, 2005b) Vale destacar que essa perspectiva não exclui de seu horizonte as práticas formais (escolares/acadêmicas)¹⁰, mas estabelece críticas ético-políticas e metodológicas aos processos educativos,

¹⁰ “A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras na formulação e implementação dos projetos pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.59)

ao defender “um processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial.” (CECCIM, 2005a, p.161) Entretanto, aqui interessa mais a sustentação da noção de trabalho educativo, do que as relações com o segmento das instituições formadoras.

Outro destaque à centralidade do trabalho para os processos de educação na saúde está na complexidade da vida real e na singularidade dos processos saúde-doença-cuidado. (MERHY, 2005b; CECCIM, 2005a) Assim, o campo de intervenção constituído pelos saberes formais não prescinde dos saberes tradicionais ou das culturas. As demandas em saúde não são apreendidas, em sua totalidade, pela ciência. Sua atenção/atendimento não necessariamente se sistematiza pelos serviços oficiais profissionalizados. Nesses termos, deve haver a valorização das “experiências locais” e da “permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população” à organização de práticas formativas. (CECCIM, 2005a; 2005b) Igualmente, sustenta-se a noção de trabalho educativo, explicitada por Ceccim e Ferla (2003), na definição das Residências Integradas em Saúde, como integração entre trabalho e educação. Esta concepção está nas formulações da Educação Permanente em Saúde, como escopo de formação de “trabalhadores”, não de “profissionais”, distinção importante às noções de equipe integrada, um trabalhador coletivo, ou uma equipe multiprofissional, um agrupamento de corporações segmentadas.¹¹

Com isso se afirma a educação para a equipe, a integralidade, a escuta e o acolhimento, mas não a especificidade, a tecnicidade ou a disciplinaridade. Aprender a aprender e tomar os cotidianos como objeto de aprendizagem são formulações relacionadas. Trata-se, ainda, da concepção de que a organização dos

serviços e a do sistema de saúde são mediadoras do agir profissional. (CECCIM, 2005b) Ficam marcados os espaços de autogoverno e os processos de captura por normativas instituídas (FRANCO, 2007), os espaços de autoanálise e os processos de treinamento, por exemplo, para os problemas de baixa cobertura e não adesão ao tratamento. Ante à complexidade do trabalho, afirma-se a abertura à singularização. Definem-se como centrais os processos de subjetivação. Na crítica à abordagem do trabalhador como “recurso humano”, o afirmamos como “ator social” ou “operador social das práticas”, salientamos que os eventos em cena produzem diferenciação, afetam-nos, modificam-nos, “produzindo abalos em nosso ser sujeito.” (CECCIM, 2005a, p.167) Assim, adquire centralidade a aprendizagem nas vivências, que são coletivas, pelos encontros estabelecidos nas equipes. (CECCIM; ARMANI, 2002) O trabalho também é escola, nele a disputa de políticas de trabalho e a presença do dispositivo pedagógico.

Referências

BAUMAN, Z. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dá licença, posso entrar?**. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/folder/10006003084.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

_____. Lei Federal 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 11 jul. 2002.

¹¹ Na perspectiva do diálogo acadêmico estas noções conversam com Peduzzi (2001).

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005b.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S.(Orgs.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

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 em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 165-184.

_____. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 213-228.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.

CECCIM, R.B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, out. 2008.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 259-278.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas**. 2013. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em estudo**, v. 10, n. 2, p. 295-304, ago. 2005.

FISCHER, R.M.B. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educação e pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 151-162, jan./jun. 2002.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 13ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

_____. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, dez. 2007.

HECKERT, A.L.C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 199-212.

KREUTZ, J.A. **Quem conta um ponto, inventa um conto:** sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T. T.(Org.). **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. O trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005a. p. 195-206.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 172-177, fev. 2005b.

OLIVEIRA, P.A.B. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Orgs.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. p.329-332.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

TRANSVERSALIZANDO E INTENSIFICANDO O CUIDADO E A VIDA: sobre coletivos e devir criança

Roberta Carvalho Romagnoli

Introdução

Esse texto originou-se do convite e da experiência como mediadora da Oficina Da resolutividade à sensibilidade: invenção e autogestão no cotidiano do SUS na *Jornada Intensidades: In-formes da Atenção Básica em Saúde, prospecção de devires*. O que aqui vem escrito foi disparado pelas ideias contidas no texto que me foi enviado antes do encontro em intercessão com a própria experimentação da roda participativa composta por trabalhadores da saúde, que ocorreu nessa jornada. Corresponde, assim, a um diálogo entre o lido, estudado e o experimentado, na direção de problematizar a autogestão e a invenção nos modos de cuidado na atenção básica em saúde.

Resultado de forças coletivas que lutavam por novas formas de expressão, por reformas e pela formulação e implementação das políticas públicas em nosso país, a política de saúde pública em atual vigência no Brasil possui,

ainda, precariedades e muitos desafios. O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação em 1990, com sua proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, confronta-se cotidianamente com dificuldades. Além dos desafios no próprio dia a dia de trabalho em territórios nada homogêneos, com condições sociais e as realidades cotidianas bem variadas, existem cada vez mais particularidades que exigem dos trabalhadores da saúde novos modos de trabalhar no exercício do cuidado. Processos que o projeto *Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde* tentou abarcar, sustentando uma diversidade de experiências do fazer em saúde que fogem ao modelo tradicional em diversas regiões do país. Experiências que tinham em comum a ampliação e inovação de técnicas de cuidado. Pretendo discutir nesse texto alguns pontos que, espero, possam contribuir nessa direção.

No meu entender, o SUS se faz na transversalização da dimensão macropolítica e da dimensão micropolítica, das formas e das forças que nos atravessam e atravessam as práticas de cuidado. E é exatamente nessa transversalização que as intervenções com os usuários, a relação entre a equipe e com outros setores, a lida com os trâmites burocráticos e com o próprio trabalho, enfim, a concretização do SUS, realizam-se. Transversalizar o cotidiano do SUS é abarcá-lo por meio de seus planos imanentes, de seus endurecimentos e cristalizações, mas também de seus movimentos que podem produzir ações inventivas no campo da saúde. Nessa tessitura, os endurecimentos operam por meio do que está instituído e insistem em sobrecodificar a vida nas formas nas quais esta se apresenta em determinadas circunstâncias. Esse plano, indispensável, mas não suficiente, liga-nos às instituições de âmbito representacional, leis, planejamentos, regras e prescrições, organiza e padroniza o trabalho no SUS.

Por outro lado, os movimentos se dão no que escapa à sobrecodificação, na dimensão micropolítica que pode inventar nas conexões com forças que trazem o novo. Reprodução e invenção, formas e forças que se encontram juntas, coexistindo nas práticas de cuidado.

Vale lembrar que essas dimensões não são antagônicas, mas sim imanentes, pois, como salientam Deleuze e Guattari (1996, p.90), “tudo é política, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica”. Desse modo, não há cisão e nem oposição entre essas diferentes formas de conexão. A grande diferença desses planos presentes em todas as realidades se dá no modo de funcionamento, em como os fluxos da vida se apresentam nas formas e em como estes se apresentam nas forças. O plano das formas tem um funcionamento dicotômico e dissociativo formando segmentos, estratos que organizam e homogeneizam a intensidade da vida. O plano das forças, por sua vez, possui um funcionamento heterogêneo no qual a organização não faz a mínima diferença. Este plano é o plano das intensidades, no qual os fluxos da vida buscam se agenciar, porque a potência é conquistada nos encontros, na intercessão, gerando novas formas de expressão.

Nessa perspectiva, as práticas de cuidado no SUS se constituem na maneira como as subjetividades se debatem entre os endurecimentos e assujeitamentos e os movimentos de resistência e expansão da vida em suas atuações profissionais, na composição das formas, forças e potências que se produzem nos encontros efetuados entre as equipes, os profissionais, e os usuários. Os embates entre essas duas dimensões geralmente são experimentados em grandes tensionamentos que solicitam posturas e intervenções, além de produções de conhecimento que apostam na complexidade e na processualidade, como entendo que foi a experiência do Projeto *Prospecção*

de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde. Alguns desses embates foram colocados na roda participativa da referida oficina.

A dimensão das formas é importante e necessária com todas as dinâmicas estabelecidas e formalizadas pelas leis e portarias, com o preenchimento de cadastros, a circulação de informações, as divisões de trabalho que, sem dúvida, garantem conquistas, mas por si só não garantem direitos e tampouco asseguram a prática de cuidado. Na verdade, esses direitos são construídos na experiência concreta dos coletivos de forças, sempre em movimento, como assinalam Monteiro, Coimbra e Mendonça Filho (2006). Nesse sentido, o cuidado em saúde se faz na trama de vários saberes: o saber popular, a universidade, as ações com os usuários, os territórios em ligação com a alteridade, com a diferença, com tudo que não reconhecemos. Em ligação com a vida e suas formas e forças. E traz certos riscos. Escolhemos para dialogar aqui acerca do risco coletivo e do risco criança.

Risco coletivo

Ao discutir a experiência da Clínica La Borde, Félix Guattari efetua uma crítica às intervenções reprodutivas que insistem em uma subjetividade serializada e defende a busca de intervenções que visem à reinvenção permanente¹. Nessa crítica, o militante enfatiza que:

¹ Construída em um castelo em ruína nos arredores de Paris, a Clínica La Borde foi e ainda é um campo experimental para uma série de propostas psiquiátricas alternativas e revolucionárias. Félix Guattari trabalhou nesse serviço com Jean Oury boa parte da sua vida, lá falecendo em agosto de 1992, vítima de um enfarto. O psiquiatra Jean Oury ainda coordena a clínica.

A vida coletiva, concebida segundo esquemas rígidos, segundo uma ritualização do cotidiano, uma hierarquização definitiva das responsabilidades, em suma, a vida coletiva serializada pode se tornar de uma tristeza desesperadora tanto para os doentes como para os “técnicos”. (GUATTARI, 1992, p.189)

Como burlar, então, esse efeito da serialização das formas e clichês, bastante presente no cotidiano do SUS, e fazer emergir a potência dos coletivos? Como convocar a autogestão, com os grupos produzindo seu próprio saber, suas próprias organizações, regras e objetivos para enfrentar os endurecimentos do dia a dia? Com certeza, a saída é coletiva, embora a ideia de coletivo possa ser entendida de várias maneiras.

Para além da dicotomia sujeito-sociedade, podemos pensar o coletivo como o meio das forças que transversalizam as relações entre as subjetividades, os territórios, os saberes e práticas, como um plano de coengendramento dos indivíduos e do espaço social, como assinalam Escóssia e Kastrup (2005). Para Deleuze e Guattari (1996), esse plano é habitado por relações e processos moleculares, que trazem o intensivo, a invenção, agenciando forças potentes. O coletivo seria, assim, a dimensão das forças que afetam e produzem efeitos, dando passagem a intercessores, conduzem à eclosão de novos sentidos, de outros modos de expressão. Plano das relações e da exterioridade, o coletivo nos permite sair de nós mesmos, partir dos nossos territórios conhecidos, escapar da nossa interioridade, agenciar e assim sustentar ações políticas eficazes, práticas de cuidado efetivas.

Como aposta no “entre” como espaço de criação e invenção, o coletivo emerge quando as linhas duras se desfazem, os endurecimentos se flexibilizam, quando

abandonamos o que já conhecemos, para construirmos outra prática, outra relação com o trabalho que desenvolvemos. Mas, cabe ressaltar que nunca fazemos isso sozinhos, fechados em nós mesmos e em nossas certezas. Também não conseguimos nos lançar quando estamos formatados pelo desânimo e pelo ressentimento. Fazemos isso quando nos agenciamos, ligando ao que desconhecemos, construindo, dessa maneira, novos territórios. Esse processo não corresponde a algo preexistente, a ser descoberto, mas a algo que deve ser criado a partir dos encontros, da desestratificação do que está cristalizado, endurecido.

Um dos efeitos da emergência desse plano pode ser a autogestão, que nesse raciocínio seria exatamente a convocação dessas forças para o enfrentamento das formas já instituídas e que muitas vezes nos anestesiavam e nos fazem reproduzir, somente. A autogestão também lança os indivíduos em processos de dessubjetivação e de desterritorialização, permitindo passagens da vida em sua capacidade de invenção. Como processo e resultado da eclosão do coletivo, a autogestão permite a criação do cotidiano nos ligando à alteridade e produzindo, dessa maneira, saúde e cuidado.

O que possibilita que o cuidado escape de uma relação de tutela em que o especialista é quem trata, responsabiliza-se pelo usuário, é a produção deste como uma prática coletiva e autogestiva na qual todos se cuidam. Apostar neste coletivo é diluir a assimetria na qual um cuida e outro é cuidado, por meio do estabelecimento de relações nas quais todos participam do que seja “cuidar”, em uma construção conjunta.

Não podemos nos esquecer de que o modo de cuidar pode ser usado como controle, como nos lembra Ayres (2004). A partir das ideias de Michel Foucault, podemos afirmar que os sistemas de poder e de verdade

fabricam sujeitos, produzindo os indivíduos ditos “normais” fundamentados nas práticas discursivas das ciências. Nesse contexto, o indivíduo moderno é constituído enquanto sujeito de saber e resultado das relações de poder, moldado pelas disciplinas. Formas de subjetivação são produzidas amparadas no poder disciplinar em que mecanismos de dominação interiorizados moldam um modo de existência passivo, alienado. Nessa direção, o especialista, que acredita na verdade do seu conhecimento e na sua supremacia, mantém a sua superioridade na relação de cuidado, reproduzindo uma hierarquia que se distancia sinistramente de uma prática coletiva. Nesse ponto podemos nos indagar: o que seria a inversão dessa relação, ou seja, um cuidador ser cuidado pelo usuário? Quais são as pistas para que nos desloquemos da hierarquia que reforça a dependência e a sujeição e que enfraquece invenções possíveis do que seja cuidar?.

Criar um campo de cuidado implica um deslocamento do especialista, na direção de trabalhar/fazer valer as singularidades do usuário como participante dessa prática, ativo na promoção da sua saúde. A saída pela perspectiva foucaultiana seria pelo cuidado de si. Nesse sentido “[...] o cuidado de si constitui-se simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos.” (AYRES, 2004, p.80) A resistência ao assujeitamento sustentado pelos lugares estabelecidos pelo saber e pela captura dos discursos científicos e seu efeito normalizador consiste na capacidade de elaboração da própria subjetividade, por meio do cuidado de si, da estética da existência, que nos permite construir uma vida bela. Lutas diárias contra o governo da subjetividade exercida pela versão moderna do poder exercido pelos especialistas que insistem em seu lugar de superioridade, dentre eles os profissionais da saúde.

Por outro lado, a ideia de coletivo aqui desenvolvida acredita que essa resistência se dá pela emergência de processos de subjetivação inventivos que escapam a essa subjetividade submissa e assujeitada, como pontua Romagnoli (2007). Esses processos têm ligação direta com as conexões que fazemos com as forças e não com as formas, permitindo a emergência de outras formas de expressão, de novas práticas. Ligam-se ao que a vida nos apresenta de modo inusitado, ao que não encaixa no cotidiano do serviço. Esses agenciamentos nos libertam da individualidade e nos lançam, por desterritorialização, no coletivo, e quando inventivos correspondem “entres” coletivos que convidam à conexão, nos quais a vida é tomada em nossas próprias mãos.

O que nos força a conectar? Que forças estranhas nos possibilitam cuidar de outra maneira, dar outro sentido ao que fazemos? Forças que colocam territórios em trânsito, que desmancham formas, criam novos moldes? Nesse sentido, a autogestão também convoca de zonas de indagação que nos levam a outros territórios. Esses mecanismos funcionam como verdadeiras revoluções moleculares, processos de diferenciação permanente, processos de reapropriação da subjetividade, na “[...] tentativa de produzir modos de subjetivação originais e singulares, processos de singularização subjetiva.” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p.45)

Como visto anteriormente, esses processos são também considerados movimentos de resistência contra os modos dominantes de produção de subjetividade na atualidade e também contra modos estabelecidos de pensar e fazer saúde. Essa ideia de revolução molecular está relacionada a vários campos de ação, pois “[...] consiste em produzir as condições não só de uma vida coletiva, mas também da encarnação da vida para si próprio, tanto no

campo material quanto no campo subjetivo.” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p.46)

Ao efetuar um panorama do SUS, Gastão Wagner Campos destaca que, embora este tenha conquistado vários ganhos, apresenta impasses, como:

[...] financiamento insuficiente; atenção primária crescendo, mas em velocidade e com qualidade abaixo da necessária; regionalização e integração entre municípios e serviços quase virtual; e, ainda, eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados abaixo do esperado. (CAMPOS, 2007, p.302)

Na oficina também surgiram problematizações acerca do território, do lugar dos agentes comunitários, do empoderamento da equipe, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dos cadastros das famílias, dos protocolos, dentre outros. Em meio aos problemas dentro da própria equipe, das dificuldades intersetoriais, da precariedade institucional, fica a questão: como fomentar a grupalidade para que essa caia no coletivo? Talvez seja a hora de falarmos de crianças.

Risco criança

É preciso destacar que a ideia de coletivo exposta anteriormente é sustentada pelo devir, que é entendido como um processo contínuo e dinâmico de mutabilidade. Enfatizando a processualidade, Deleuze e Guattari (1997) pontuam que o devir é sempre molecular e da ordem da conexão e das alianças, fluxo de intensidade que assegura a potência da vida. Coexistindo com as linhas duras, o devir sempre pode “entrar em cena”, mediante

a perda da homogeneidade dos estratos, do desmonte das formas sedimentadas de lidar com nossos processos de trabalho. Nessas desestabilizações, as binaridades especialista-usuário, superior-inferior, melhor-pior, competente-incompetente perdem a coesão e se abrem para agenciamentos que desembocam no coletivo. Nesse sentido, o devir carrega consigo uma posição afirmativa e criadora, detentora de relações de movimento e de interseção, livrando-nos dos nossos modelos e do nosso sedentarismo, colocando-nos em movimento:

Devir não é certamente imitar, nem identificar-se; nem regredir-progredir; nem corresponder, instaurar relações correspondentes; nem produzir, produzir uma filiação, produzir por filiação. Devir é um verbo tendo toda sua consistência; ela não se reduz, ela não nos conduz a “parecer”, nem “ser”, nem “produzir”. (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.19)

Dessa maneira, o devir sustenta a positividade da diferença, desvelando uma complexidade heterogênea e incessante de invenção molecular, pura revolução. Dentre os devires, podemos nos deparar com o devir-criança. No “Abecedário de Deleuze”, editado em vídeo por Claire Parnet, na letra “E” de *enfance*, “infância”, em português, o filósofo diz que o devir-criança não remete a uma infância de alguém, mas refere-se a quando nos tornamos criança, e nos conectamos com a infância do mundo. (DELEUZE, [1994?]) Para Deleuze, não há interesse na infância de cada um, que se liga à história pessoal e à individualidade. Ao fazer uma leitura da obra de Proust, afirma que o mérito do escritor não é falar da sua vida quando era criança, mas devir-criança por meio do ato de escrever, ir em direção à infância do mundo e restaurá-la no campo de sensações que abre para si mesmo e para seus leitores. Podemos pensar

que a tarefa do trabalhador de saúde, por esse viés, pode ser a empreitada de devir-criança por meio da autogestão e dos encontros com os usuários e, assim, inventar o SUS.

No devir-criança a afirmação pulsa, e as linhas de fuga se fazem, construindo outras formas de existir. Os deslocamentos próprios desse devir consistem em desterritorializações, em diluições das linhas duras, dos estratos do rizoma, que desmancham endurecimentos. Endurecimentos que nos anestesiaram, mediante aprisionamentos que precarizam a vida, os quais em algum momento podem se desterritorializar e fluir em devir colocando forças em interseção, gerando zonas intermediárias que conduzam a outros posicionamentos subjetivos. Devir-criança nas práticas de cuidado é permitir o predomínio do inusitado da vida, do modo intempestivo de ser criança misturado à alegria que faz valer o que há de potente para um corpo.

A alegria é uma das crenças de Spinoza, filósofo que apostava na produção e na potência, acreditando que a vida não é uma ideia, uma questão de teoria, mas uma potência em sua essência, um modo eterno em seus atributos. Nesse raciocínio, jamais uma coisa é separada da sua relação com o mundo, e tudo se define pelo agenciamento de movimentos e de afetos, nos quais a subjetividade vai se compondo ou se decompondo. Na variação contínua da existência, disparada pelas relações e constituída pelo afeto, temos duas paixões fundamentais: a tristeza e a alegria. A tristeza se dá quando há a diminuição da minha potência de agir. Por outro lado, a alegria se dá quando há um aumento da minha potência de agir. Potentes, as vidas alegres inventam a vida, e as vidas tristes, ressentidas, usualmente se submetem às circunstâncias. Como essas paixões são convocadas?

Movidos pela potência e pela imanência, os corpos encontram-se em relação permanente, produzindo encontros. Quando dois corpos se encontram, há o estabelecimento de uma relação, que tem efeitos. Esse encontro pode tanto ser compatível e compor um todo mais potente, constituindo uma nova relação, quanto pode se decompor, despotencializando e alterando a coesão da nossa subjetividade, intoxicando-nos. Quando um corpo convém ao meu, sua potência se acrescenta à minha, ampliando, assim, minha potência de agir, permitindo que a vida se exerça em sua essência, que esta se expresse em uma relação nova e mais intensa. Porém, quando um corpo é inconveniente ao meu, exatamente porque sua potência se opõe à minha, o encontro com ele faz com que aflore a minha potência de padecer, de sofrer, que me separa da vida e me torna passivo.

Nesse contexto, para sermos éticos, devemos exercer uma potência seletiva que nos permite selecionar os bons encontros que nos ligam ao que podemos, nos tornando ativos, e driblar os maus encontros, que nos entristecem. Ou seja,

A criação de uma possibilidade de vida pressupõe a percepção lúcida das formas de existência que a favorecem ou não, a delimitação e a recusa conscientes das formas de agir e existir, empobrecedoras da vida social e opressora da subjetividade, e, finalmente, a recuperação do gosto pelo fato de a vida ser, por essência, perecível, renovável e variada, matéria plástica à disposição do homem que se faz criador de si mesmo e de modos mais solidários de convivência. (NORONHA, 2005, p.488-489)

É importante pensar que as relações podem ampliar ou não nossa potência de agir e que somos afetados pelos encontros que fazemos. Assim, no cotidiano do SUS, o trabalhador em saúde pode fazer composições ou decomposições com os usuários, entre a equipe, com a rede, com os serviços intersetoriais... Pode ampliar as forças da vida ou diminuí-las. Devemos estar atentos a esses campos de efeitos, lembrando-nos de que o cuidado começa com o acolhimento. Discutindo o acolhimento na área da saúde, Neves e Heckert insistem na micropolítica dos encontros e no desafio de sua construção, “Esta construção implica uma atenção crítica aos seus possíveis usos políticos e, ao mesmo tempo, força a ampliação e abertura do exercício clínico ao plano coletivo e relacional.” (NEVES; HECKERT, 2010, p.153) Algo que se dá entre as formas, as territorialidades e as forças.

Por esse viés, o acolhimento não é compreendido como atitude voluntarista, de bondade e favor por parte de alguns profissionais, geralmente exercido na triagem para repasse de encaminhamentos, mas como prática que se efetua na intercessão, no encontro entre formas e forças, que sustenta as práticas de cuidado. (NEVES; HECKERT, 2010) Assim não é uma técnica, mas uma experimentação que emerge nos encontros, com o intuito de acessar a dimensão coletiva intensiva da vida. Essa proposta centra-se nos modos de fazer, que se dão entre famílias e técnicos, produzindo alegria, e não ressentimento. Devir-criança que aposta em um potente fazer saúde que nasce dos encontros sem que se origine da interioridade, e sim da relação que foi estabelecida.

Inventar pode ser compreendido, assim, como deixar que nossa sensibilidade nos guie, que a nossa criança se faça, ousando ser alegre, para além das formas que vivemos cotidianamente. Nessas formas, observamos que, muitas

das vezes, cristalizando modos de trabalhar, os agentes do SUS podem ser capturados pela potência de padecer, experimentando sentimentos passivos, decompondo-se sem conseguir aumentar sua potência, expandir a vida. A saída pode estar em tornar-se ativo: não somente sentir quando sofremos, mas sentir a existência também na sua parte intensiva. Não podemos nos esquecer de que nossa natureza é dotada de potência. Habitar o mundo como potência de existir e de produzir só é possível mediante a indagação a respeito das interações dos corpos, das relações que firmamos, não somente com os outros trabalhadores e com os usuários, mas também com as regras e normas, com nosso conhecimento com nossa formação, desviando, como as crianças, da clausura em modos existentes preenchidos por tristezas e assujeitamentos.

Considerações finais

Sem dúvidas, as práticas de cuidado nos SUS se dão entre formas e forças. E nessa coexistência, tanto o lado macropolítico é essencial para que as conquistas e lutas se efetuem, quanto o micropolítico para produzir críticas, conexões e deslocamentos no que está instituído. O que tentamos apontar nesse texto foi a importância de que as forças não fiquem completamente presas nas formas, nos clichês. Acreditamos que é possível sustentar certa militância para enfrentar os momentos de apatia e de descrédito nas práticas de cuidado que com frequência emergem nos serviços. Entendemos “militância” como Vasconcellos e Paulon (2014). Para as autoras, a militância não se refere à negação das instituições e de seus processos, ao contrário: a militância se liga à convicção na potência instituinte nas instituições, na crença que estas se fazem

entre forças de manutenção e forças de expansão. Ou seja, devemos nos recordar sempre de que as instituições às quais pertencemos e nas quais trabalhamos não são dadas, como muitas das vezes somos levados a crer, mas que somos nós que as fazemos. E, se somos nós que as fazemos, temos, sim, o poder de transformá-las.

Nessa militância, é preciso nos desapegar das formas já conhecidas, ousar formas coletivas não mais pautadas na obediência ou imposição, mas em processos autogestivos, que nos deslocam, deslocam os grupos e fazem as instituições se movimentarem. Romper com nossos endurecimentos cotidianamente é um enorme desafio, pois exige a convicção de que a mudança é possível e convoca a invenção de formas de convivência que propiciem a formulação de novos problemas. Compor com as forças, e não com as formas, é um processo de desaprendizagem de dogmas e doutrinas, de desembaraço do que sedentariza. Além disso, demanda coragem, confiança no que pode vir a ser, e que não se sabe ainda o que é, permitindo nos conduzir de uma maneira revolucionária, autogestiva, coletiva e alegre.

Referências

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, abr. 2007.

DELEUZE, G. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Entrevistadora: Claire Parinet. [1994?]. Transcrição integral do vídeo. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/prodsubeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade. In: _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34, 1996. v. 3. p. 83-115.

_____. Devir-intenso, devir-animal devir-imperceptível. In: _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34, 1997. v. 4. p. 11-113.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, ago. 2005.

GUATTARI, F. Práticas analíticas e práticas sociais. In: _____. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p. 181-203.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

MONTEIRO, A.; COIMBRA, C.; MENDONÇA FILHO, M. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? **Psicologia & sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 7-12, ago. 2006.

NEVES, C.A.B.; HECKERT, A.L.C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-168, 2010.

NORONHA, P.A. Micropolíticas da alegria na clínica coletiva da saúde mental pública. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DA PSICOLOGIA, 1., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ULAPSI, 2005. p. 488-498. Disponível em: <<http://www.ulapsi.org/cdrom/portugues/mesas.zip>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

ROMAGNOLI, R.C.A. resistência como invenção: por uma clínica menor. **Vivência**. Natal, v. 1, n. 32, p. 97-107, 2007.

VASCONCELLOS, M.F.F.; PAULON, S.M. Instituição militância em análise: a (sobre) implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. **Psicologia & sociedade**, Porto Alegre, v. 26, n. spe., p. 222-234, 2014.

TERRITÓRIO EXISTENCIAL E PODER SOBERANO: experiências de cuidado e as vidas no *crack*

*Erick Luiz Araujo de Assumpção
Túlio Batista Franco*

Apontamentos iniciais

Pretende-se aqui enfrentar a discussão acerca do uso problemático do *crack* e da experiência de cuidado desenvolvida por um consultório na rua, situado no Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo em que devem estar em foco as práticas de cuidado nas “cenas de uso”, há um debate a ser feito que diz respeito justamente a este território e sua inserção no espaço urbano, normativo e regulado pelo Estado. A proposta de montar equipes de saúde, os chamados “consultórios na rua”, parte do pressuposto da singularidade da população em situação de rua e, dentre ela, as pessoas que praticam o uso de *crack*. Práticas que se diferenciam e que estão associadas, em um polo, à relação de captura pela droga, ou seja, restrição às suas lógicas e, em outro, à recreação e/ou à terapêutica (em um sentido contra-hegemônico). Nesse último caso, perseveram inúmeras outras pontas com o mundo, fato que permite

inferir que a relação com a droga não determina de forma soberana a vida de quem a usa.

Essa diferenciação aqui retratada é um pressuposto importante para discutir o tema, pois a grande mídia instrumentalizada pelo regime de verdade imposto pelas lógicas biomédicas, que não diferenciam os usuários e propagam a ideia segundo a qual aquele que usa o *crack* pertence a uma só categoria, pejorativamente classificado como “viciado”, deixando a entender que todos indistintamente são prisioneiros da droga. Esse pressuposto leva a uma rápida conclusão, a de que haveria apenas uma alternativa para o cuidado a estes usuários, a abstinência, já que o uso do *crack* recreativo é inadmissível para os que assim pensam sobre a droga.

Podemos perceber inicialmente o quanto o tema vem carregado de um julgamento moral, formado pelas ideias religiosas e de natureza societária, que agenciam as políticas voltadas ao setor. Estas questões sobrecodificam o usuário, operando o que Deleuze e Guattari (1995) chamam de transformação incorpórea, isto é, aquele que usa o *crack* passa da condição de sujeito, cidadão, filho, pai, amigo, mulher, para a de “crackudo(a)” e, assim, todo um código de significações se abate sobre este. De significativa para a ação prática pautada por políticas que da mesma forma se inscrevem na ideia de que o objetivo, para o cuidado, parte do pressuposto da abstinência. A inadmissibilidade do uso coloca uma série de amarras ao modo de cuidado destes usuários e, da mesma forma, pauta as relações com os mesmos. A partir deste ponto inicial, duas consequências são imediatamente perceptíveis: as restrições a programas de redução de danos, um dispositivo importante para os projetos terapêuticos a serem desenvolvidos para esta população: a criminalização do uso de *crack*.

Prática de cuidado e movimentos de desterritorialização.

O território existencial é aquele no qual se inscrevem a subjetividade e os agenciamentos que dão significado para o mundo no qual a pessoa se encontra, neste caso, o trabalho e cuidado em saúde, especialmente a usuários de *crack*.

Três linhas de força atuam com fortes agenciamentos e subjetivações entre os que estão implicados com o cuidado a usuários de *crack*:

- a) o modelo de cuidado centrado em procedimentos, biomédico;
- b) a moral produzida por valores pactuados na sociedade contra a admissibilidade do uso de certas drogas, entre elas o *crack*;
- c) a criminalização do uso de drogas.

Estas questões, em maior ou menor grau, formam a subjetividade dos que atuam no cuidado aos usuários de *crack*, interferindo nas suas condutas, no cuidado que em graus diferentes assume o perfil biomédico, ou acolhedor, com elaboração de projetos terapêuticos com foco nas necessidades dos usuários. Para compreender essas escolhas é preciso perceber em que território existencial se inscreve a subjetividade da equipe e/ou dos trabalhadores que dela participam. A partir disto pode-se perceber a ética de cuidado que ele adota para si nas relações de trabalho e cuidado.

É comum a ideia de que o projeto terapêutico deve portar duas diretrizes básicas: a abstinência e a segregação. Estas duas diretrizes foram largamente difundidas na ocasião em que se discutiu a internação compulsória em comunidades terapêuticas como alternativa para o cuidado

a usuários de *crack*. Simultaneamente, foram abundantes as cenas de repressão e violência contra usuários do *crack*, perpetradas por agentes municipais, um grave equívoco na política, pois, segundo Dartiu Xavier, em entrevista concedida à jornalista Gabriela Moncau, na revista *Caros Amigos*,

Existem estudos mostrando que nesses modelos de internação compulsória o máximo que se consegue de eficácia é 2%, ou seja, 98% das pessoas que saem da internação recaem depois. Certamente, porque a pessoa não está nem convencida a parar. (MONCAU, 2013, s.p.)

Essa política, largamente apoiada por setores médios da população, mostrou-se um fiasco, pois não tem a eficácia que dela se esperava. A política para controle de drogas baseada no tripé “abstinência, internação compulsória e criminalização do uso” resultou em violência, repressão, desconfiança e distanciamento dos usuários da política de controle. No período, observou-se da mesma forma o aumento da população carcerária, especialmente jovens e pobres. Conforme estudo publicado por Rodrigues (2010), a população carcerária por tráfico de drogas em 2005 era de 32.880, representando 9,10% da população carcerária total; e, em 2009, passou para 91.037, 19,22% dos encarcerados, tendendo ao crescimento. A criminalização associada à forte repressão é fator de agravamento do problema, pois trata-o como da esfera de segurança, sendo que este se insere na saúde e aí deve ser tratado.

Um esforço vem sendo feito neste sentido, organizado pela coordenação de saúde mental, a Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, associados aos seus correspondentes nos estados e municípios. O principal dispositivo para cuidados a usuários do *crack* tem sido o

“consultório na rua”, após a redução do ímpeto da política de internação compulsória.

O consultório na rua é formado por uma equipe multiprofissional, que tem como requisitos básicos a vontade e o aceite do desafio em trabalhar com população de rua. É recomendado um treinamento específico, e há o cadastro no Ministério da Saúde para esta atuação. As questões importantes a serem consideradas são: “como se dá a produção do cuidado considerando a especificidade da população de rua, especialmente das pessoas usuárias de crack? Os instrumentos de trabalho usuais para o cuidado usados no interior da Unidade de Saúde são os mesmos a serem utilizados na rua?”

O convívio e a prática com o consultório na rua demonstram que estas perguntas circulam permanentemente no cotidiano de seu trabalho, e possíveis respostas são testadas, tendo em mente que estas não esgotaram as questões e os problemas relacionados à multiplicidade da rua. Sendo assim, novas e diversificadas ferramentas para o trabalho são produzidas a partir do encontro entre a equipe e a população em situação de rua. Esta população tem sua existência fortemente marcada por conflitos familiares, abandono, carências e, com o tempo e a agregação a novos grupos na rua, vai adquirindo códigos de convivência e condutas muito específicos, valores os quais é necessário decifrar no processo de convivência. Esta é a grande questão, pois o processo de trabalho é sempre mediado por saberes, instrumentos, no contexto da relação entre o trabalhador e o usuário. Essa relação, que é fundamental nesse processo, representa o momento do encontro entre ambos. Um encontro no qual cada um traz em si a expressão de seus territórios existenciais, sua subjetividade e uma capacidade de afetarem-se mutuamente. Segundo Deleuze (2002), ao citar Spinoza,

quando dois corpos se encontram, forma-se entre eles um “campo de consistência”, ou seja, entre eles há uma troca de afetos que produzem certos efeitos no seu corpo sensível, por exemplo, alegria ou tristeza.

[...] sentimos alegria quando um corpo se encontra com o nosso e com ele se compõe, quando uma ideia se encontra com a nossa alma e com ela se compõe; inversamente, sentimos tristeza quando um corpo ou ideia ameaçam nossa própria coerência. (DELEUZE, 2002, p.25)

Percebemos o campo relacional que compõe o processo de trabalho em saúde, e nele as intensidades do encontro operando afecções que causam alegria ou tristeza a partir do próprio encontro. Importa discutir que, se as afecções são de alegria, fazem aumentar a potência de agir no mundo; se for de tristeza, reduz esta potência. A questão, então, para o cuidado em saúde é: como produzir um bom encontro? A base instrumental do processo de trabalho é insuficiente para isso; embora seja indispensável, é necessário perceber que o corpo-afetivo opera também no cuidado e há ferramentas capazes de operar nesse campo, as tecnologias não materiais.

No entanto, para trabalhar com estas tecnologias, é preciso um processo de desterritorialização do território existencial atual marcado por lógicas de cuidado que têm como central o modelo biomédico e um processo de trabalho centrado em procedimentos. Além dessas questões, há toda uma moral e valores associados à razão instrumental, que podem impedir a emergência de bons encontros e a produção de potência para agir no cuidado de si mesmo, em se tratando do usuário.

Rolnik (2011) sugere que o movimento de desterritorialização significa uma ruptura com a atual

subjetividade presente. Ora, o que está em questão é toda estrutura de significação do mundo, valores, modos de agir. Esse movimento requer a adoção de um novo território, em que o modo de significar a realidade, assim como o de atuar sobre ela, passa a ser outro, conduzido de dentro para fora. Desterritorializar é perder o chão e, por isso mesmo, há a emergência de novo território, pois ninguém consegue ficar sem um. Assim, percebemos que romper com práticas de cuidado meramente instrumentais é uma ruptura consigo mesmo, a produção de um novo Eu, processo dolorido carregado de incertezas e inseguranças. Mudar práticas de cuidado requer a produção de uma nova subjetividade, o que significa produção de um novo sujeito.

A dobra: produção de si e do mundo

A produção de si é inseparável do mundo no qual atuamos e produzimos nossas existências. Então, quando se diz que deve haver uma mudança das práticas de cuidado, com centralidade nas tecnologias não materiais, isso leva à atribuição de um novo significado no campo do trabalho e cuidado.

O que pretendemos discutir é o fato de que a produção do campo social agencia novas linhas de força na produção da subjetividade, assim como processos de subjetivação levam à construção de um novo campo social. Vivemos em uma dobra, na qual o meio social na relação com o sujeito produz nele mudanças com base na própria experimentação da vida; e essa subjetividade modificada volta ao campo social, interferindo, mexendo e alterando-o.

A dobra exprime tanto um território subjetivo quanto o processo de produção desse território, ou seja, ela exprime o

próprio caráter coextensivo do dentro e do fora. A dobra constitui assim tanto a subjetividade, enquanto território existencial, quanto a subjetivação, entendida aqui como o processo pelo qual se produzem determinados territórios existenciais em uma formação histórica específica. (SILVA, 2004, p.2)

Como se pode observar, o fora, ao qual podemos associar neste caso ao meio social, em movimento, incide sobre o interior, um dentro, que representa a subjetividade, perfazendo assim a cada ciclo produções de subjetividade e espaço social, ou seja, processo de subjetivações é o conceito que melhor expressa o movimento contínuo de mudança na subjetividade. Por isso, devemos citar sempre que há um processo de subjetivação em curso para cada sujeito, pois a subjetividade com algo que se produz com base na experimentação do campo social está em permanente e infinita modificação.

A grande dificuldade em operar mudanças nos territórios existenciais é o fato de que as/os trabalhadoras(es) têm a sua micropolítica atravessada por forças de regulação da vida, dos corpos, do trabalho, por um estado de coisas no qual pensamentos arcaicos em relação à questão das drogas, e em especial do *crack*, permanecem hegemônicos. Ao levar em consideração esse estado de coisas, é possível pensar o trabalho do consultório na rua como uma prática contra-hegemônica, tendo em vista que busca quebrar as barreiras instituídas nos serviços de saúde que impedem a inserção da população de rua e, em especial, das pessoas situadas nos territórios conhecidos como “cracolândias”. Neste território, como se pretende demonstrar, vive-se sob linhas de força que se impõem como exercício de um poder soberano.

Território, poder soberano e a regulação da vida

Em princípio, a partir de Foucault (2008), a noção de “território” é compreendida como uma circunscrição na qual atuam mecanismos jurídicos e administrativos. Tem-se, em uma determinada delimitação, um código legal que versa sobre o que é permitido e o que é proibido, sendo que para cada proibição elege-se uma punição a ser aplicada, tendo como horizonte permanente a morte. A esse limite inscreve-se uma forma de poder específica relacionada à administração do soberano, que é aquele que busca manter e proteger certo território. Fala-se, então, em soberania quando se depara com uma forma de poder fundamentada no território e na existência de um direito “administrativo” de matar aqueles que o habitam, mas também de confiscar os bens derivados do território. Na soberania, como aquela presente no direito público da Idade Média ao do século XVI (FOUCAULT, 2008), os habitantes são uma das “variáveis em relação ao território” (FOUCAULT, 2008, p.128), seu elemento fundamental. Em suma, o território é o fundamento da soberania; para mantê-lo, protegê-lo e usufruir de seus produtos, o soberano deve lidar com os sujeitos que o habitam.

Nessa perspectiva, entende-se que o exercício da soberania depara-se com uma multiplicidade e a subsume a habitantes/súditos, ao circunscrevê-la a um território e ao englobá-la em um código. Pode-se compreender o termo “multiplicidade” como aquilo sob o qual não subjaz uma unidade homogeneizadora, mas que tem em comum o fato de possuir variações. A soberania, então, atua de forma que essa multiplicidade seja neutralizada por meio de sua coagulação como habitantes/súditos, já que ao pertencerem a um território prezado, mantido e protegido por um soberano, suas vidas são sujeitadas a ele: “[...] é simplesmente por causa do soberano que o súdito tem

o direito de estar vivo ou tem direito, eventualmente, de estar morto.” (FOUCAULT, 2010, p.202) O soberano, quando há um perigo externo, pode colocar a vida do súdito em jogo por meio de sua inscrição no exército ou, quando o perigo é interno, pode lhe suprimir a vida de forma direta.

“Sucedeu-se” a esta forma de organizar e exercer o poder aquela chamada de biopoder, constituído pela disciplina e pela biopolítica. Necessário compreender que as formas de organização e execução do poder não se substituem, ou seja, “[...] não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança.” (FOUCAULT, 2008, p.11) Assim, a articulação entre os mecanismos constitutivos e característicos de cada forma de poder se transforma por meio da predominância de certa organização.

Nesse sentido, a teoria tradicional da soberania – isto é, a forma de compreensão do poder por meio da centralização exclusiva no soberano – se mostra insuficiente para a compreensão das formas de atuação do poder que emergem na história. Mas isso não significa que o exercício do poder soberano estaria extinto, mas sim profundamente modificado. No entanto, a teoria da soberania possui uma produtividade histórica, no sentido de que por meio do encobrimento das formas de dominação disciplinar – ou seja, das formas capilares de exercício do poder – permite uma “democratização” da soberania por baixo dos aparatos unificados do poder soberano tradicional.

Verifica-se, por exemplo, uma mutação no poder de morte que, para ser efetuado em tempos de biopoder, se atualiza por meio do racismo de Estado: “[...] a raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (FOUCAULT, 2010, p.215); ou seja, para matar é necessário fissurar a massa/população por meio da ideia de raça.

Importante um apontamento de Foucault no qual afirma que “tirar a vida” não se resume ao “[...] assassinio direto, mas também tudo que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (FOUCAULT, 2010, p.216)

O racismo de Estado atua por meio de um mecanismo de cisão, utilizando-se de uma noção biológica de raça para fragmentar a população e atuar negativamente sobre um grupo, tendo em vista a defesa biológica da população. Entende-se que essa noção de racismo em sentido biológico seja menos funcional na atualidade. O que não quer dizer que o racismo não funcione, mas que ele mesmo se modificou. Acontece um deslocamento em relação ao que determina o fator de cisão. Parece possível o entendimento de que a função atuante é a *prática-território*, associada à noção de homogeneidade.

O termo *prática-território* se apresenta como ferramenta possível para compreender o funcionamento do poder soberano em sua atualidade por meio do que se pode chamar de “democratização da soberania.” (FOUCAULT, 2010, p.32)

Pode-se entender que Foucault diferencia a execução da soberania do que ele chama de “teoria da soberania”.

Essa teoria [da soberania] e a organização de um código jurídico, centrado nela, permitiram sobrepor aos mecanismos um sistema de direito que mascarava os procedimentos dela [disciplina], que apagava o que podia haver de dominação e de técnicas de dominação na disciplina e, enfim, que garantia a cada qual que ele exercia, através da soberania do Estado, seus próprios direitos soberanos. Em

outras palavras, os sistemas jurídicos, sejam as teorias, sejam os códigos, permitiram uma democratização da soberania, a implantação de um direito público articulado a partir da soberania coletiva, no mesmo momento, na medida em que e porque essa democratização da soberania se encontrava lastrada em profundidade pelos mecanismos da coerção disciplinar. (FOUCAULT, 2010, p.32)

Tem-se, então, a apresentação de uma teoria da soberania atuante no sentido de abrir caminho para os mecanismos de dominação disciplinares, mas estes não podem ser entendidos efetivamente como execuções de poder, já que a teoria da soberania pauta-se na unidade do poder soberano. No entanto, em paralelo à abertura aos mecanismos disciplinares, tem-se outra que possibilita a execução capilar de um poder soberano. Ou seja, o poder de assassinio direto ou indireto circunscrito a certo território se democratiza.

Tal democratização não se resume ao campo da disciplina, tendo em vista que “[...] há uma verdadeira inflação legal, inflação do código jurídico-legal para fazer esse sistema de segurança funcionar.” (FOUCAULT, 2008, p.11) Há, então, uma inflação de decretos, medidas provisórias e regulamentos que possibilitam a implementação de mecanismos que agem sobre a população, assim como a postulação de agentes que atuam para garantir essa implementação. Nesse ponto, emerge como exemplo a funcionalidade da polícia.

Por um lado, a polícia age no sentido de assegurar a execução do direito. Isto quer dizer que ela permite que outros agentes executem seus respectivos planos. Como, por exemplo, quando se diz que é necessário despejar

certa comunidade – ou seja, deslocá-la impedindo-a que se mantenha e que circule por certo território –, a polícia atua para garantir que os agentes do despejo, da reintegração de posse, cumpram seu papel. Por outro lado, a polícia atua como polícia soberana. (AGAMBEN, 2002)

“As razões de ‘ordem pública’ e de ‘segurança’ segundo os quais ela [polícia] deve decidir por cada caso representam uma zona de indistinção entre violência e direito, perfeitamente simétrica àquela da soberania.” (AGAMBEN, 2002, p.116) A polícia possui, assim, um papel de decisão em dois sentidos: executar o direito a partir da perspectiva da ordem e da segurança públicas e executar a suspensão do direito sob as mesmas perspectivas e de sua própria.¹

Para atuar dessa forma, a polícia necessita de dois mecanismos que funcionam juntos: a criminalização e a circunscrição do território. Isto quer dizer que uma prática não necessariamente ilegal, mas entendida como anormal, é adversária da ordem pública, da segurança e do interesse da cidade; logo, deve ser combatida. E o combate não se restringe a uma ação, mas é efetuado em um território. A prática considerada anormal é circunscrita a certo território devido à necessidade de isolamento respectivo ao restante da cidade, assim como é uma forma abstrata de conter o fluxo da prática. Quando esse fluxo rompe o território, faz-se uso do termo “criminoso”, para

¹ Cabe ressaltar que, no caso aqui em exame, essa funcionalidade se torna mais complexa com as Unidades de Polícia Pacificadora – instaladas no Rio de Janeiro, nas quais parece se atualizar o Estado de Polícia exposto por Foucault em *Segurança, Território e População*, no qual a polícia age como garantidora do crescimento das forças do Estado por meio da gestão das vidas nas favelas e, paralelamente, funciona na abertura de canais para certos fluxos passarem, fluxos de grandes corporações, por exemplo. Logo, há uma funcionalidade múltipla, na qual o poder de matar e o de gerir vidas e fluxos coexistem. Tema demasiado extenso que não será abordado aqui.

assim atuar sobre determinada pessoa circunscrita a uma certa homogeneidade, sem necessariamente estar em seu território dito original. Portanto, a efetuação da ação soberana se dará sobre uma *prática-território*, assim como sobre certa população homogênea.

Nesse ponto é possível se desatar do exemplo policial, pois a atuação da prática-território não se restringe a uma forma ou a uma substância específica. Ou seja, ela não atua apenas na relação polícia-crime. Mas é importante salientar que a atuação do que se chama *prática-território*, como trabalhada até o momento, relaciona-se com um poder exógeno de afetar certa população. Nesse ponto, retorna-se à democratização da soberania, no sentido de que a instauração de uma prática-território e as ações envolvidas (assassinio direto ou indireto) que incidem sobre ela se pulverizam por diversos agentes sociais. Este caso é bem ilustrado pelas ações direcionadas à prática do uso de drogas, em específico o uso de *crack*.

Para tratar de tal questão, parece necessário um debate anterior relativo à própria categoria de droga a partir da perspectiva do poder. Há uma taxa normal de produção e uso de drogas relativas a propósitos terapêuticos. (VARGAS, 2006) Estas drogas são produzidas e prescritas por agentes compreendidos como socialmente legítimos, respectivamente as indústrias farmacêuticas e profissionais da área de biomedicina. A estas drogas se reserva o termo “fármacos”. As drogas anormais/ilícitas fogem a essa equação: produção-prescrição socialmente legítima. As cisões neste caso serão múltiplas, tendo em vista que para cada produção, cada substância, cada prática e território de uso, as forças direcionadas serão moduladas diferentemente. A maconha, por exemplo, encontra-se em uma zona peculiar, na qual a defesa de seu uso torna-se visível publicamente (ex: Marcha da Maconha),

algumas defesas de uso terapêutico difundem-se, e formas de produção domiciliar para uso próprio tornam-se “toleráveis”. No entanto, estas práticas agora “toleráveis” em relação à maconha possuem um território específico, o “asfalto” (mantendo aqui o uso da dicotomia asfalto-favela), uma vez que as mesmas práticas de defesa e de uso teriam organizadas ao redor de si outras ações quando efetuadas nas favelas militarizadas. Tem-se como hipótese, também, que as práticas “toleradas” em relação à maconha estão em relação com uma prática discursiva na qual a substância não é apresentada como uma “droga que mata”, mas direciona-se a ela um discurso no qual aparece como “porta de entrada” para outras drogas “mais pesadas”.

Em específico, o *crack* é compreendido hegemonicamente como uma “droga que mata”. A seu redor parece não haver discursos visíveis que justificariam qualquer prática de uso. Parece que a “palavra de ordem” “*crack* mata” atua no fechamento de qualquer abertura para imaginar certa possibilidade de uso com fins de entretenimento ou com fins terapêuticos. Nesse sentido, o *crack* é uma droga/agente que exerce um poder de morte, vitimando quem ela atinge.

Importante ressaltar que, mesmo que existam discursos em cenas de uso de *crack* nos quais um uso terapêutico contra-hegemônico ou como entretenimento mostram-se explícitos (no primeiro caso: quando se afirma que o uso da droga tem como objetivo não mais ouvir vozes, esta uma condição anterior ao uso da substância; no segundo: quando se afirma que permanecer na cena é algo muito bom e que não há desejo de sair dali), ergue-se um discurso no qual aparece como subjacente sempre um impulso irracional de quem a utiliza, tendo em vista que a funcionalidade terapêutica de uma substância para ser como tal deve estar associada aos agentes sociais

entendidos como legítimos – a indústria farmacêutica e o profissional de biomedicina.

Particularmente, a respeito do *crack*, uma cisão ocorre no que se refere à prática de uso, esta podendo ser “privada” ou “pública”. Forças atualizadas por diferentes mecanismos, atuam sobre cada prática de uso. Trata-se aqui da prática pública que forma certo território: a “cracolândia”.

Uma visão simplificadora de uma cena de prática de uso de *crack* pode ser aquela de um espaço urbano público no qual, dentre outras atividades, as práticas de uso de *crack* e aquelas associadas às práticas de uso (venda de água mineral em copos de plástico com tampas removíveis de alumínio, por exemplo) sobressaem-se como função predominante de tal espaço, este destinado previamente a outra função, como a circulação de pedestres, por exemplo. Fala-se, então, em espaço para manter uma relação funcional, uma superfície na qual certas funções, objetos e atividades ocorrem ou devem ocorrer.

Diferentemente, quando se fala aqui em “território”, guarda-se ainda o sentido soberano, mas com o significado de democracia da soberania. Nesse espaço institui-se, não um, mas múltiplos códigos relacionados a diferentes soberanias. Ter-se-á um código relativo à polícia, ao tráfico e seus representantes, aos seguranças de comércios próximos (muitas vezes parte da chamada “milícia”), todos esses com poder de assassinio direto ou indireto.

O código e o poder de matar não atuam sobre um território não habitado, mas atingem uma multiplicidade que o habita. Essa, necessariamente, é neutralizada por meio de sua subsunção à prática do uso de *crack*, aparecendo assim o termo “crackudo”/“crackuda” (utilizado na cidade do Rio de Janeiro). A existência desse termo parece essencial para a fundamentação de uma democracia da soberania,

tendo em vista seu funcionamento: 1) neutralização das multiplicidades relativas às histórias, vontades, justificativas, possibilidades e aos desejos presentes na cena de prática de uso, por meio de sua subsunção ao uso do *crack*, permitindo, assim, que o indivíduo praticante seja entendido como sujeito ao poder da droga; 2) o entendimento de sujeição à droga permite o estabelecimento de unidades de poder que atuam ali e das quais vão derivar certas execuções deste; 3) tem-se, assim, um certo fundamento relativo a qualquer ação, compreendida como positiva ou negativa, direcionada à “crackuda” ou ao “crackudo”, visto que estas e estes são sujeitos ao poder do *crack*.

Nesse sentido, o funcionamento dos termos direcionados aos indivíduos rompe as fronteiras da “cracolândia”, assim como da teoria da soberania utilizada até aqui. Com efeito, certa homogeneidade, produzida pelo funcionamento específico dos termos “cracolândia” e “crackudos/as”, com relação aos agentes mais próximos e que permitem o funcionamento de uma democracia do poder soberano, atua permanentemente na produção e veiculação da homogeneidade referente aos praticantes de uso de *crack*. Isto quer dizer que a noção de indivíduo sujeito ao poder do *crack*, assim como aos poderes tradicionais adjacentes ao mundo das drogas – que se compreende por meio do termo “crackuda/o” – produz formas de relação fundamentadas por essa homogeneidade. Essa será “grudada” ao indivíduo que for identificado como pessoa sujeitada ao *crack*.

Dessa forma, esses termos parecem funcionar como um *dispositivo*, algo que “[...] de certa forma tenha a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar ou se apoderar dos gestos, comportamentos, opiniões ou discursos de seres vivos.” (AGAMBEN, 2009, p.14) Como tal, pode-se lançar mão

dele de diferentes formas e em diferentes relações, mesmo fazendo com que duas ou mais “homogeneidades” se sobreponham.

Esta homogeneidade permite práticas punitivas relacionadas ao disciplinamento, como a instaurada pela internação compulsória, assim como permite que certo serviço de saúde não atenda a uma pessoa, pois ela não possui CPF e/ou endereço fixo; ou, então, encaminhe um indivíduo para um atendimento especializado em drogas mesmo quando o que o aflige é um problema relativo ao primeiro serviço, mesmo que tal encaminhamento gere complicações no quadro de saúde do indivíduo. Pode-se, portanto, dizer que a produção dessa homogeneidade permite uma ampliação da democracia do poder soberano, tendo em vista que este opera um alargamento no assassinio indireto, como explicitado por Foucault (2010), atualizado pela negação de atendimento, por exemplo.

Nesse ponto, alguns problemas emergem. Até o momento demonstrou-se um poder exógeno sobre as pessoas situadas na “cracolândia” e as pessoas compreendidas como “crackudas”. Mas, aqui, cabe ressaltar a função múltipla do próprio termo “cracolândia”, que parece ser utilizado: 1) de forma mais predominante, em uma prática discursiva exterior à cena de uso, ou seja, uma força discursiva que atua tendo em vista a produção e a circunscrição de certo território; 2) o termo parece também atuar nas relações na cena de uso em direção a pessoas que ao fazer a utilização do *crack* rompem as fronteiras usuais do território, estabelecidas por diversas forças, como a do tráfico e a da polícia, da comunidade/vizinhança na qual se localiza a cena de uso (associação de moradores, por exemplo), a do discurso midiático, assim como a força das pessoas praticantes dos usos de *crack*. Forças que não se esgotam nestes exemplos, que colidem e convergem, resultando na constituição do território; 3) por vezes, de

forma mais incipiente, a prática discursiva do termo parece funcionar em algumas relações entre uma pessoa que pratica o uso da droga na cena e um agente exterior – como a equipe do Consultório na Rua –, nesse sentido, parece uma ação deliberada da pessoa na cena de uso para estabelecer um contato afirmativo, isto é, um vínculo de confiança com esse agente exterior; 4) por fim, o termo “cracolândia” aparece quando alguém, em seu “interior”, dirige-se a outras pessoas para “lhe abrir os olhos” com respeito a sua situação: “isso aqui é crackolândia”. O único momento em que presenciei a utilização do termo “crackudo” foi em um desenho, feito em uma atividade proposta pela equipe do consultório na rua. No desenho estava escrito “crackudos, vamos nos unir para sair dessa vida”.

Assim sendo, parece correto afirmar que a prática do uso do *crack* e as atividades relacionadas a ela desempenham um forte papel nas configurações de socialidades dentre os praticantes; no entanto, essas socialidades não se esgotam em tais práticas. Apresenta-se como correta também a utilização do conceito de territorialidade itinerante de Perlongher (1987), constituído em interseção com Deleuze e Guattari (1995), por Frúgoli e Spaggiari (2010), no sentido de que a “cracolândia” está sujeita a deslocamentos propulsionados por intervenções “externas” e/ou por dinâmicas “internas”. Cabe acrescentar que, quando se fala em territorialidade, passa-se para um conceito no qual o que constitui o território, diferentemente da circunscrição produzida pelo poder soberano, transborda as noções espaciais, pois engloba aspectos materiais e imateriais segundo os quais se constitui uma existência individual ou coletiva. Sendo assim, a instituição da “cracolândia” e da “crackuda” busca uma subsunção da multiplicidade ali presente; no entanto, linhas de fuga rompem suas fronteiras, mesmo quando nas entranhas de um território soberano constituem um território existencial.

O que quer dizer que as relações presentes na cena de uso de crack não se esgotam ao que deriva dessa prática diretamente, mas habitam redes relacionais nas quais também existem códigos de conduta instituídos pelas próprias pessoas praticantes do uso de *crack* para o “interior” da cena de uso, como relacionamentos amorosos compreendidos como sérios e duradouros (casamentos), interações com comerciantes e outras pessoas trabalhadoras locais que possibilitam, dentre outras coisas, o uso de chuveiros, banheiros e o acesso a produtos; certa “comensalidade” devido à proximidade entre a cena de uso e um restaurante popular (o almoço neste restaurante é parte do cotidiano de algumas pessoas da cena, desassociando a prática de uso de *crack* e a não ingestão de alimentos, vínculo estabelecido como inerente ao uso da substância). Além disso, é possível verificar formas de diferenciação entre as pessoas na cena de uso, desde enunciação deliberada (“não sou igual a eles”) até certas aglomerações específicas no “interior” da cena.

Nesse sentido, complexifica-se a distinção funcional entre “privado” e “público”. Estruturas chamadas “quartinhos” se erguem, mas guardam uma grande flexibilidade territorial e existencial, favorecida pelo material utilizado para construção (papelões e tapumes). O aspecto geral da cena se torna menos aberto ao exterior, mas esse fechamento deriva-se menos de estruturas frágeis que separam interior e exterior do que da constituição subjetiva coletiva da cena como uma área própria para certas atividades, como as práticas de uso de *crack*.

Para além de práticas e de códigos existem vidas na “cracolândia”. Vidas atravessadas por condições das mais variadas; dentre elas, a prática do uso do *crack*. Não apenas isto, mas também diferentes práticas relativas ao seu uso. Ao se falar em “práticas de uso”, tenta-se deixar explícitas

as diferentes ferramentas utilizadas: copos, cachimbos, misturas com outras drogas em cigarros; assim como as diferentes dinâmicas, motivações e consequências. Em suma, o uso da expressão permite escapar de conclusões a respeito da irracionalidade e da vitimização de quem pratica o uso de *crack*, explicitando-se, assim, o papel da agência da pessoa usuária nas redes que atravessam a cena de prática de uso. Sendo assim, cabe certo entendimento segundo o qual para determinadas vidas o *crack* é uma experiência possível, uma experiência de entretenimento, de terapia contra-hegemônica, de socialidade; mas cabe também aquele entendimento segundo o qual a prática do uso do *crack* é uma probabilidade devastadora cujo fim poderá ser aquele propiciado pela atualização da soberania em seus diferentes mecanismos ou mesmo uma linha de morte – quando, por exemplo, há uma perda de atenção relativa ao abuso da droga. O que mata, predominantemente, não é a “pedra” em si, mas as armas, os canos de metal, as agressões envolvidas: “[...] pode-se dizer que o *crack* – por si só – não determina nada, mesmo sendo uma substância considerada bastante potente.” (DIAS, 2012 p.82) Em um estudo longitudinal realizado na cidade de São Paulo, no ano de 2011, no qual foram acompanhados 107 usuários de *crack* por um período de 12 anos, registraram-se 27 óbitos, dos quais “59% ocorreram de forma violenta (homicídios).” (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011, p.940)

É possível, nesse ponto, voltar à atuação do racismo. A pesquisa citada anteriormente apresenta o dado segundo o qual, do total de mortos, 70,4% são pessoas brancas e 29,6% são pessoas negras. (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011, p.941) Em sua maioria, as pessoas que não morreram, acompanhadas no estudo, são brancas. A pesquisa acompanhou usuários internados em uma enfermaria especializada no tratamento para dependentes químicos em um hospital geral de São Paulo. A cena de uso “público”

no Rio de Janeiro, que apresenta em média de 100 a 200 indivíduos, expõe um quadro diferente. Em sua maioria as pessoas presentes podem ser consideradas negras ou pardas, quadro em sintonia com o dado de 80% de pessoas autodeclaradas não brancas em cenas de uso de *crack* no Brasil, apresentado pela pesquisa *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. (FIOCRUZ, 2013)

De forma mais específica, foi dito anteriormente que uma vertente biológica do racismo apresentaria menos funcionalidade na atualidade. Afirmou-se também que ainda existe racismo, mas que ele se modificou por meio de um deslocamento em relação ao fator determinante de uma cisão na população, sendo operante a prática, o território e a homogeneidade. Mas ergue-se a pergunta de como este deslocamento ainda atualizaria o racismo.

Existe um duplo deslocamento. A vertente biológica do racismo seria pouco funcional na atualidade como justificativa direta para ações violentas sobre grupos específicos, devido à promoção de um discurso científico relativo à mestiçagem, mas devido a essa compreensão, tal vertente funciona no sentido de possibilitar a negação da existência do racismo por meio do enunciado: “como não existe raça, e o racismo depende dessa existência, o racismo não existe”.

A partir desse primeiro deslocamento, estabelece-se uma vertente do racismo que pode ser chamada de “anistórica”. Esta denominação deriva do fato de que os discursos provenientes de tal vertente não levam em consideração os fatos que atravessaram, e que ainda atravessam, especificamente, a vida das pessoas de pele escura, como é o caso aqui analisado. Fatos esses que restringem material e imaterialmente as possibilidades de atualização dessas pessoas.

Nessa direção, o discurso acerca da prática, do território e da homogeneidade constitui-se como uma nova “sobrecodificação”, ou seja, uma “sobre-homogeneização”. Isto quer dizer que, quando se busca criminalizar certa prática, como por exemplo, a do uso de *crack*; circunscrever e criminalizar certo território, a saber: a “cracolândia”; e produzir e criminalizar certa população: o/a “crackudo/a”, atua-se sobre corpos marcados historicamente por outras sobrecodificações como o de escravo/a, vagabundo/a, impuro/a, bandido/a, invasor/a, que restringiram as possibilidades materiais e imateriais de atualização dessas pessoas a um número restrito de probabilidades demarcadas de forma exógena.²

Não tendo como fim concluir, mas manter um espaço aberto para ressonâncias, é necessário enfatizar que a questão do *crack* não se resume ao racismo, porém este último é uma importante linha de força que atravessa essa questão. Sendo assim, deve ser tratado como tal. Parece necessário, também, pensar aquém dos grandes marcadores, ou seja, pensar o quanto em uma cena de práticas de uso de *crack* as existências presentes transbordam as categorias que buscam capturá-las. Nesse sentido, se é pertinente e necessário pensar acerca da “cracolândia” como probabilidade para certas vidas marcadas e remarcadas pelo poder, também o é pensar nas práticas de uso de *crack* como criações coletivas, assim como buscar compreender as flutuações entre esses polos separados de maneira abstrata e concretamente misturados (território/território existencial). Uma tarefa complexa, mas indispensável para efetivamente dialogar com as pessoas interessadas no problema.

² No entanto, é preciso lembrar que sempre há linhas de fuga, ou seja, irrupções das probabilidades por acontecimentos inesperados, como por exemplo, o surgimento das favelas: acontecimento habitacional que estava além das probabilidades dadas – moradias distantes do centro da cidade, em conjuntos habitacionais ou fora da capital.

Referências

AGAMBEN, G. **Moyens sans fins**: notes sur la politique. Paris: Payot & Rivages, 2002.

_____. **What is an Apparatus?** And other essays. Stanford: Stanford University Press, 2009.

DELEUZE, G. **Spinoza**: Filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DIAS, A.C. **Crack**: reflexões para abordar e enfrentar o problema. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

DIAS, A.C.; ARAÚJO, M.R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

FIOCRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. [S.l.]: Ministério da Justiça; FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Em defesa da sociedade**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FRÚGOLI JÚNIOR, H.; SPAGGIARI, E. Da cracolândia aos noias: percursos etnográficos no bairro da Luz. **Ponto urbe**, São Paulo, ano 4, versão 6.0, ago./2010. Disponível em: <<http://fernandonogueiracosta.files.wordpress.com/2010/12/da-cracolandia-aos-noias-percursos-etnograficos-no-bairro-da-luz.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

MONCAU, G. Entrevista Dartiu Xavier: “A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento”. **Caros amigos**, São Paulo, n. 175, jan. 2013.

PERLONGHER, N. **O negócio do michê**: a prostituição viril. São Paulo: Brasiliense, 1987.

RODRIGUES, L.B.F. Drogas e Cárcere: a repressão às drogas e o aumento da população penitenciária brasileira. In: TRANSNATIONAL INSTITUTE. **Sistemas sobrecargados**: leyes de drogas y cárceles en américa latina. Amsterdam: TNI; Washington: WOLA, 2010. p. 30-40.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2011.

SILVA, R.N. A Dobra Deleuziana: Políticas de Subjetivação. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Niterói, v. 16, n. 1, p. 55-75, 2004.

VARGAS, E.V. Uso de drogas de drogas: a alter-ação como evento. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 581-623, 2006.

TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA: abordagem da Amazônia equidistante

*Júlio Cesar Schweickardt
Rodrigo Tobias Lima Sousa
Arlete Lima Simões
Carlos Machado Freitas
Valdelanda de Paula Alves*

Considerações iniciais

A Amazônia nos remete ao imaginário de várias dimensões que foi se construindo desde os relatos de viajantes, religiosos e naturalistas que, desde o século XVI, deixaram as suas impressões sobre a região até os relatos das ciências contemporâneas. A natureza, nesses relatos, tinha um lugar destacado pelo seu potencial de descobertas e de novas informações no campo da biodiversidade. Ao lado disso, as imagens de paraíso e inferno estiveram presentes, principalmente depois da obra de Euclides da Cunha, *Paraíso Perdido*, e de Alberto Rangel, *Inferno Verde*. O primeiro teve como objetivo escrever uma obra nas dimensões de *Os Sertões*, retratando a terra e a luta do homem (seringueiro) na floresta. Rangel retrata a região como uma natureza adversa que surpreende e adoece, exigindo um grande esforço para ser conquistada, mas

o que ganhou maior notoriedade no livro não foram os contos, mas o título da obra. (SCHWEICKARDT; LIMA, 2010)

O imaginário sobre a Amazônia continua em constante construção tanto pelas obras literárias como científicas, que agregam novas imagens e fatos a esse vasto e diverso território. A imagem da *belle époque amazônica* é marcante quando se fala na riqueza que a borracha produziu, mas também traz as imagens da malária, que foi descrita por Oswaldo Cruz como um *duende*, na sua viagem à região do rio Madeira, em 1910. As descrições dos seringais contrastavam com as cidades que produziam as luzes da civilização. No entanto, as doenças não estavam restritas ao interior, sendo também implacáveis em Manaus, como a febre amarela e a malária, que atingiam tanto estrangeiros como nativos. (SCHWEICKARDT, 2011)

Na segunda guerra mundial, a Amazônia voltou a ser um espaço estratégico na geopolítica mundial devido à demanda da borracha, e, novamente, se apelou para o trabalho do nordestino para reocupar os seringais, margens de rios e lagos. Diferente do primeiro ciclo econômico da borracha, o Estado organizou um serviço de assistência à saúde que foi o Serviço Especial Saúde Pública (SESP), que acabou se tornando uma política de Estado para a Região Amazônica e, posteriormente, para outras regiões do país.

Na Amazônia, as territorialidades ganharam dimensões interessantes porque agregaram questões ambientais, culturais, diversidade étnica, processo de ocupação da terra, movimentos de afirmação de algumas tradições e invenção de outras. Assim, temos um território em constante movimento e dinamismo, agregando a isso a gestão das políticas públicas sobre esse mesmo espaço. Os indígenas, seringueiros, extrativistas, quilombolas, mestiços, ribeirinhos e caboclos também participam dessa reorganização e gestão do espaço. Becker (2010), alerta

da necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre esses territórios e as suas transformações na Amazônia, até porque há um entendimento de que as relações de poder não se fazem nem em um único Estado e nem com uma sociedade homogênea, mas com diferentes atores sociais e em diferentes dimensões de poder. Assim, o território é desigual e marcado pelos contrastes que se constituíram na sua história e formação social.

As interpretações e aproximações sobre a região são muitas e dependem da intencionalidade do olhar, mas a nossa intenção é prospectar um território com vivências e experiências. Por isso, vamos recorrendo às imagens que se apresentam pelas diversas formas de observar e interpretar o território. Ao descrevermos as diversidades sabemos que o terreno não é plano, mas têm irregularidades, passagens, furos; e que, ao atravessá-lo, estamos sujeitos a acidentes e também sabemos que podemos contribuir um pouco ou nada para transformá-lo em uma área segura para as condições de vida e as práticas de saúde.

O trabalho de investigação ou do pesquisador, nos alerta o antropólogo Geertz (2001, p.82), é:

[...] tentar proporcionar narrativas e enredos para redirecionar nossa atenção, mas não do tipo que nos torne aceitáveis a nós mesmos, representando os outros como reunidos em mundos a que não queremos e nem podemos chegar, mas narrativas e enredos que nos tornem possíveis para nós mesmos, representando-nos e a todos os outros como jogadores no meio de um mundo repleto de estranhezas irremovíveis, que não temos como evitar.

Pode parecer uma visão pessimista das possibilidades da pesquisa, mas também entende que o nosso papel está em “[...] imaginar a diferença (o que significa, é claro, inventá-la, mas torná-la evidente) continuam a ser uma ciência da qual todos precisamos.” (GEERTZ, 2001, p.82) E ainda, segundo Geertz (2001, p.85), “[...] se quisermos ser capazes de julgar com largueza, como é óbvio que devemos fazer, precisamos nos tornar capazes de enxergar com largueza.” Essas palavras significam que também nos colocamos como sujeitos de observação e de mudança porque também somos parte dessa cultura e sociedade, sujeitos de limites e possibilidades.

Portanto, a Amazônia encontrada nos imaginários de historiadores nos inspira para a reflexão sobre o território vivo e líquido e sua relação com a atenção à saúde prestada aos ribeirinhos em cenários específicos da Amazônia. Para isso, o presente estudo tratará sobre a noção de território, considerando os aspectos geográficos e geopolíticos, assim como um território líquido que se movimenta pelo ciclo das águas, a partir das experiências de estratégias de atenção à saúde nos municípios de Borba e Barreirinha, que convergem para entendermos como ocorre a produção do cuidado nesses espaços territoriais.

Percursos metodológicos no território

O presente texto é fruto do trabalho de prospecção realizada no interior do Projeto de Prospecção dos Modelos Tecnoassistenciais da Atenção Básica. No Amazonas, selecionamos três *caldos de cultura*¹: Unidade Básica de

Saúde Fluvial (UBS-F) do Município de Borba, Atenção Básica do município de Barreirinha e Atenção à saúde indígena em Manaus, sendo que este último será trabalhado em outra produção. Os *caldos de cultura* nos serviram de reflexão sobre o território na Amazônia e sua relação com a atenção à saúde. Assim, a intenção é apresentar um território vivo que mostra o cotidiano das pessoas, que influi e contribui nos processos de cuidado em saúde na Amazônia.

Em termos metodológicos, realizamos as viagens para os municípios, divididos em duas equipes. A primeira foi para Borba, onde realizamos uma viagem na UBS-F Igarau para apreender a promoção do cuidado nessa realidade. Na viagem, utilizamos da observação e construção de diário, conversas com usuários, rodas de conversas com os profissionais, conversas informais com enfermeira, médico, e acompanhamos o itinerário terapêutico dos usuários em 23 comunidades ribeirinhas do rio Madeira. A segunda equipe realizou duas viagens para o município de Barreirinha, a primeira no período da enchente, quando o município estava quase totalmente alagado; e a segunda viagem foi no período da seca, por ocasião do Seminário de Atenção Básica em época de seca. Nos dois momentos, realizamos visitas nas Unidades Básicas de Saúde, inclusive em uma Unidade Rural – Terra Preta –, rodas de conversa com profissionais de saúde, com a gestão – coordenadores do Planejamento, da Atenção Básica, das UBS, Hospital. As visitas foram registradas em diários, que foram discutidos com a equipe local e compartilhados em reuniões da equipe nacional.

proposta de olhar os caldos de cultura é de olhar o processo, de obter uma visão ampliada, do todo, essencial para observar os modos de viver na região e os modos de produção social da saúde.

¹ Caldos de cultura são dispositivos socioculturais que expressam arranjos de vida complexos em cenários específicos. Representam cenários convenientes para o entendimento do cotidiano de vida das pessoas, cujos elementos socioculturais se integram em harmonia. A

Território como espaço de gestão

Território e espaço são categorias de análise distintas e representam dimensões específicas da realidade. Segundo o geógrafo Raffestin (1993), o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço e é resultado da ação programática do ator, que territorializa o espaço. Desta forma o território pode ser entendido como um “[...] espaço onde se projetou um trabalho, seja energia, informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a ‘prisão original’, o território é a prisão que os homens constroem para si.” (RAFFESTIN, 1993, p.144)

Das possibilidades e limites de abstração sobre um determinado território, o geógrafo propõe alguns axiomas que podem nos auxiliar:

- 1) Toda superfície é passível de ser “tecida em malhas”; 2) Esse sistema de malhas não é o único; 3) Pode-se estabelecer ao menos um caminho entre dois pontos dessa superfície; 4) Esse caminho não é o único; 5) Entre três pontos dessa superfície, pode-se estabelecer ao menos uma rede. (RAFFESTIN, 1993, p.149)

Esses axiomas são importantes para as nossas pretensões de intervenção no território. Becker (2010) faz uma distinção entre território/territorialidade e gestão do território. O território é o espaço da prática, que inclui a apropriação de um espaço, uma noção de limite, sendo também um produto usado, vivido pelos atores, utilizado como meio para a sua prática. (RAFFESTIN, 1993) Para além de um espaço de limite e apropriação, mas, antes de tudo, o território aparece nessa definição como um lugar de prática, onde os atores vivem e fazem dele um lugar de sua existência.

Sob o ponto de vista do poder, “[...] a territorialidade humana é uma relação com o espaço que tenta afetar, influenciar ou controlar ações por meio do esforço do controle sobre uma área geográfica específica.” (BECKER, 2010, p.20) As relações no território se dão em uma teia de relações e uma arena de lutas e *microlutas*, que podem ir desde oposições entre o local e universal, mas também em conflitos locais. As cidades e localidades se constituíram nessas relações de poder, mas também se fazem na relação dos diferentes atores entre si e com a natureza. A categoria de gestão do território, segundo Becker (2010, p.20) está “[...] associada à modernidade: é prática estratégica, científico-tecnológica, que dirige no tempo, a coerência de múltiplas decisões e ações para atingir uma finalidade”. A gestão do território está direcionada às finalidades dos planejadores, dos grupos sociais, que podem surgir de conflitos e de negociações. A gestão segue princípios estratégicos e logísticos que se dão em um território determinado.

O espaço é produzido pelo ser humano e nele acontecem todo o viver e as formas de reprodução. O modo como se produz e reproduz esse espaço depende das condições concretas de produção e também das formas de manifestação da vida que determinam, de certo modo, a relação com a natureza do espaço. (OLIVEIRA, 2000) O espaço não pode ser reduzido nem em natureza e nem em ao ambiente construído, mas às formas como as relações entre as estruturas e os modos de produção se impõem ao ser humano e, por outro lado, como os atores sociais significam e representam o próprio lugar.

A categoria “território” constitui um dos elementos importantes na organização das ações de saúde no âmbito da atenção primária. Contudo, seu significado assume algumas nuances nesse contexto, sendo possível refletir a partir de, pelo menos, três dimensões possíveis: como categoria geográfica, como conceito presente nas normas

que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) e, ainda, na perspectiva encontrada no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Ainda podemos acrescentar uma quarta, que é a dimensão e a perspectiva dos usuários e grupos sociais. Como categoria geográfica, o território define-se como “um espaço de poder demarcado, controlado e governado.” (MORAES; CANÔAS, 2013, p.54)

De outro modo, na concepção presente a partir das várias edições das normas operacionais do SUS, percebe-se uma preocupação com o processo de hierarquização e descentralização sinalizando para a organização das ações de saúde com base nas necessidades e características locais de cada município. Finalmente, como conceito presente na ESF, vislumbra-se o conceito de território como “[...] espaço histórico, lugar de vivências cotidianas e de reivindicações políticas.” (MORAES; CANÔAS, 2013, p.54)

A noção muito forte na saúde sobre território é a da área da vigilância em saúde, que traz uma ideia de “território utilizado”, ou seja, “a categoria território somente pode ser usada mediante o reconhecimento dos atores que dele se utilizam.” (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p.902) Desse modo, em uma análise sobre vigilância em saúde,

[...] a identificação de problemas de saúde no território deve, conseqüentemente, suplantando a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis, mediante notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. O ponto de partida desse processo é a territorialização do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde [...]. (MONKEN, BARCELLOS, 2005, p.902)

A abordagem sobre território, portanto, expressa a ideia de assumir o espaço geográfico como uma instância social. Assim, a “[...] saúde, vista pela ótima geográfica, expressa as condições de existência do ser humano no território.” (VIANA et al., 2007, p.118) Em outras palavras, compreender a dinâmica do lugar e os seus processos históricos pode servir de apoio à formulação de políticas públicas.

Considerar o território na Amazônia como dinâmico e complexo nos remete para a necessidade também de termos uma política de saúde com estratégias diferenciadas, com um olhar atento para as rugosidades e nuances que esse espaço apresenta. Nessa perspectiva, o território amazônico constitui um espaço geográfico de múltiplas relações sociais e de poder que exige uma gestão e uma produção de cuidado que se movimenta como os banheiros e as águas, pois o rio nunca é o mesmo quando se tem o olhar atento e perspectivo.

Os sujeitos e sua relação com o território amazônico: “os ribeirinhos”

A Amazônia é composta por várias amazônias e diversos territórios que se diferenciam por características geográficas, históricas, culturais e sociais. A ideia de uma Amazônia homogênea já foi discutida pelos geógrafos Becker (2005; 2010) e Oliveira (2000), e problematizada por muitos outros, mas basta viajar pelos estados para verificar que não estamos falando de um mesmo território. Dentro de um Estado como do Amazonas, temos uma grande diversidade de territórios que são marcados por processos históricos de ocupação e organização, sem contar com a diversidade étnico-cultural presente em cada um desses territórios.

O nosso ponto de partida é tentarmos nos aproximar das práticas coletivas e individuais, das experiências materiais, religiosas e culturais que são determinantes nas formas de relações e concepções sobre o espaço. (OLIVEIRA, 2000) O desafio é a aproximação das marcas do humano e as suas representações simbólicas no território, que se apresentam e representam as vidas no cotidiano. Esse cotidiano pode parecer repetitivo e monótono, mas traz o dia a dia das pessoas e o signo do novo e da novidade. É no cotidiano que podemos observar a possibilidade de mudança e de resistência aos modelos hegemônicos. (LEFEBVRE, 1976 apud OLIVEIRA, 2000)

Como a análise do território pode ser feita em escalas, tomamos a várzea como categoria e lugar do ribeirão e caboclo. O território do ribeirão está dividido em várzea e terra firme. O território, denominado de várzea, é ocupado por homens-anfíbios, como Fraxe (2000) denomina metaforicamente os camponeses das águas. A várzea é um lugar heterogêneo e complexo, dependendo da atividade econômica da região e dos tipos de ocupações e seus modos de organização. A várzea, segundo Witkoski (2010), é uma composição complexa entre terra, floresta, água e pessoas, formando uma paisagem humanizada.

A escolha por caracterizar esse território é para exatamente buscar a diferenciação e a diversidade da região, mostrando uma categoria social que vive e convive com as águas e seus ciclos, cheias e secas que ciclicamente marcam o vale amazônico. A ideia é mostrarmos quem vive e convive nesse território, que se esconde na generalidade do ribeirão e caboclo; mas, baixando mais a escala, podemos nos aproximar das realidades específicas e diferenciadas nesse imenso território.

Outra justificativa para falar dos caboclos e ribeirinhos é que geralmente tratamos o território da saúde ou da

atenção básica, redes de atenção e linhas de cuidado, sem mencionar ou compreender os sujeitos e grupos sociais que é a finalidade da nossa ação, ou seja, voltada para aqueles que habitam e vivem nesses espaços. Muito se diz que o ribeirão está no lugar errado quando se refere às frequentes enchentes que a região vem sofrendo nos últimos cinco anos, ou seja, deveria ocupar uma área de terra firme. Mas como ficam as cidades que também alagam como é o caso de Barreirinha? No entanto, a escolha de onde viver não é determinada somente por questões pragmáticas e pelos critérios da vigilância ambiental ou defesa civil. Afinal, os sujeitos permanecem e convivem com os “humores” das águas nos locais que já foi de pais e avós, mas também acontece a mudança porque o território é de movimento e de fluxos.

A Amazônia tem duas grandes regiões naturais: terra firme e várzea. Sobre esses espaços acontece a organização social, tendo características distintas principalmente quando se trata do ciclo das águas.² Enquanto a terra firme não é afetada diretamente pela enchente dos rios, a várzea, por outro lado, é alagada todos os anos, e, dependendo do tamanho da cheia, as casas são literalmente tomadas pela água. Um caboclo-ribeirão disse que nesses tempos de grande cheia dá para ver os peixes dentro da casa.

A várzea é a planície aluvial formada por uma rede de rios, que está sujeita, parcial ou totalmente, às inundações anuais, sendo o seu solo constituído de sedimentos que são

² O ciclo das águas é dividido em cheia, que inicia com as chuvas de novembro até o mês de julho, quando as águas começam a descer; a seca inicia a partir de agosto, com menos chuvas, e termina em janeiro, com o início da cheia. O ciclo das águas é ainda determinado pela localização, ou seja, o alto rio inicia a cheia mais cedo, e o baixo termina depois. Assim, é importante a referência do alto, médio, baixo rio. Por exemplo, fala-se do Alto, Médio e Baixo Solimões, que formam micro-regiões. Isso vale para os principais rios da Amazônia. As regiões de saúde do Amazonas seguem o critério da divisão por calhas de rios.

depositados anualmente nos rios. (FRAXE, 2000; WITKOSKI, 2010) Devido à alagação e aos sedimentos depositados, a várzea é uma área rica para plantações e para pasto. Assim, as atividades de subsistência não dependem da alternância da seca e chuva, mas do regime fluvial. Isso quer dizer que o “ciclo anual é determinado pela enchente e pela vazante do rio, e não pela distribuição sazonal da chuva local.” (FRAXE, 2000, p.47) Isso acarreta modos de vida diferentes entre o caboclo da terra firme e da várzea. A água, em todos os casos, é um dos principais meio de vida. A enchente está relacionada com o ciclo natural, e não com catástrofe, que está vinculada à intensidade de chuva, mesmo que nas grandes enchentes ganhe dimensões de uma catástrofe anunciada porque a água sobe lentamente e com projeções baseadas em anos anteriores. Assim, a maior enchente do século, acontecida em 2009, é a referência para todas as outras enchentes.

A escolha para viver na várzea, segundo Fraxe (2000), se dá por questões familiares, religiosas e de tradição. No entanto, toda ocupação da várzea exige do caboclo-ribeirinho um constante reordenamento, devido às mudanças que o ciclo das águas impõe aos moradores, transformando toda a paisagem da região. Quando há seca, as casas ficam isoladas pela falta de acesso, obrigando o morador a caminhadas extensas até um porto. Na cheia, as casas precisam da maromba³ para subir os móveis; os animais ou são transferidos para terra firme ou são feitos marombas, que são os currais flutuantes; a atividade produtiva muda do cultivo para a pesca; as distâncias diminuem pela possibilidade de uso do transporte fluvial. As paisagens se transfiguram, e as referências se transformam em outros sinais que, para um leigo, é motivo para se perder.

³ A *maromba* é uma construção de tábuas ou troncos, em que se colocam as coisas da casa durante a enchente. A maromba também é utilizada para guardar o gado nas enchentes.

O ciclo das águas põe em destaque a imensa quantidade de ilhas e lagos que caracterizam a Região Amazônica, que na cheia passam a ser interligados pela água. Os lagos são fonte de abastecimento para as comunidades, principalmente do pescado, mas na época da seca pode trazer o problema do isolamento. Algumas ilhas desaparecem na cheia porque é várzea, mas ali permanecem os moradores nas suas palafitas, flutuantes e marombas.

Outra característica do interior da Amazônia é a distância que separa os moradores entre si e desses para a sede dos municípios. Na comunidade ficam geralmente os serviços de saúde, a escola, a igreja, polícia, o comércio. A comunidade é a referência das pessoas, e a distância é medida pelo tempo de deslocamento. Assim, as horas são a medida de distância, e não os quilômetros, o que também depende se o deslocamento acontece no remo, na rabeta⁴ ou em motor de popa. Quanto maior a potência do motor, menor é a distância de um lugar ao outro, que é proporcional ao custo, pois maior potência, mais gasto de combustível. Por isso, a rabeta é o meio de transporte mais utilizado na Amazônia, pela sua economia. O tempo e o espaço são relativizados pelo conjunto de variáveis, sendo tudo isso incorporado pela cultura regional quando o tempo passa a ser outra coisa que não seja pela medida do dinheiro e os ganhos, mas medida pelas condições do ambiente, que não é somente uma variável determinante, mas está incorporada ao modo de vida.

Fraxe (2000) caracteriza o homem-anfíbio com as seguintes peculiaridades:

⁴ A rabeta é um motor de 5,5 HP que utiliza uma hélice presa em um ferro longo, permitindo navegar em pequenos igarapés.

- a) dependência e simbiose com a natureza, por meio dos ciclos naturais renováveis, a partir dos quais se reconstrói um modo de vida;
- b) conhecimento aprofundado da natureza e dos ciclos, que se reflete na elaboração de estratégias de uso e manejo dos recursos naturais. Esse conhecimento é transferido de geração em geração por via oral;
- c) noção de território ou de espaço – o grupo social se reproduz econômica e socialmente;
- d) moradia e ocupação desse território por várias gerações, ainda que alguns desses membros possam ter migrado para centros urbanos e voltado para a terra dos seus antepassados;
- e) importância das atividades de subsistência, ou seja, produção de valores de uso para si e valores para uso para outros (mercadoria);
- f) reduzida acumulação de capital;
- g) importância das simbologias, mitos e rituais associados à caça, à pesca e às atividades extrativistas;
- h) a tecnologia utilizada é relativamente simples, de impacto limitado sobre o meio ambiente;
- i) fraco poder político que, em geral, reside nos grupos de poder dos centros urbanos;
- j) trabalho com a terra é de policultivo de subsistência em sistemas agroflorestais;
- k) utilizam a técnica do pousio para a retroalimentação de seus solos;
- l) mão de obra utilizada nas diversas atividades do mundo econômico é quase exclusivamente familiar;

- m) há extensa e intensa divisão sexual e social do trabalho na família;
- n) o trabalho artesanal é dominado pelo camponês e por sua família até o produto final;
- o) os meios de produção fundamentais são a terra e a água;
- p) a religião é um fator preponderante para as divisões sociais, políticas e econômicas, além de contribuir para a cidadania (o batizado é a certidão de nascimento, o casamento católico, na grande maioria das vezes, substitui o civil);
- q) a palavra estabelecida através das relações de compadrio transforma-se, em geral, em *estado de direito e de fato*.

(FRAXE, 2000, p.64, grifos do autor)

As características acima mostram a necessidade de se conhecer esse ribeirão e as nuances dessas questões gerais. Uma das novidades decorrentes das políticas de inclusão social e distribuição de renda é a “Bolsa Família”, a “Bolsa Floresta” e outros benefícios sociais. Isso tem impactado sob os modos de vida da população do interior, principalmente na questão da produção. Há a necessidade de estudos avaliativos desses benefícios sobre os modos de vida dessa população, que, em certa medida, nos leva a pensar sobre o modelo de atenção apropriado para atender às necessidades de saúde dessa população.

O cuidado à saúde na “canoa grande”: o caso da UBS Fluvial Igaraçu

Nesta seção, abordaremos um cenário específico no que tange ao modo de fazer saúde nos leitos do rio Madeira. Trata-se de um modelo de atenção à saúde que vai além do prescrito e incorpora, em certa medida, o modo de vida do ribeirinho. Partimos do pressuposto de que o território na Amazônia, enquanto um espaço de produção da gestão e das práticas sociais, também é um *território líquido*. Se território, na sua origem etimológica, vem do latim *territorium*, “área delimitada de terra, área sob determinada jurisdição”, de *terra*, “terra”, é importante destacar que na Amazônia o território enquanto área sob determinada jurisdição só é possível ser pensado a partir das malhas e comunicações por meio dos rios, que por sua vez não são como estradas, mas secam ou enchem, seguem ritmos da natureza para além dos homens, que devem também se adaptar.

Compreendemos que os territórios devem ser compreendidos como amálgamas entre as ações humanas (determinantes e condicionantes) e os ecossistemas preexistentes (situação ambiental), resultando daí as condições de vida e saúde. Sendo assim, não podemos compreender esse território sem localizá-lo como integrante do ecossistema de várzea, enquanto potência para mudanças/adaptações ao modelo de saúde na Amazônia. Entendemos que a categoria “território” consiste no analisador qualitativo dos cenários de atenção à saúde, presente na organização e no processo de trabalho adaptados à realidade amazônica. Nesse sentido, o território é o campo ou o espaço da micropolítica do cuidado. Acomodaremos o nosso olhar sobre o campo relacional do trabalho em saúde, que envolve os cuidadores e a população em geral, a partir da experiência da equipe

da Estratégia Saúde da Família que viaja na bacia do Rio Madeira.

Borba é um município brasileiro pertencente ao estado do Amazonas, à chamada Mesorregião do sul do Amazonas (englobando 10 municípios distribuídos em três microrregiões) e Microrregião do Madeira na qual o município está incluído juntamente com outros cinco (Apuí, Humaitá, Manicoré e Novo Aripuanã), localizados a 215 quilômetros em linha reta de Manaus. De acordo com dados estimados do IBGE, 2012, a população de Borba é de cerca de 35.919 habitantes, sendo o 14º município mais populoso do estado do Amazonas, com densidade demográfica de 0,80 hab./km². A maioria da população (cerca de 60%) se encontra na zona rural, que foi contemplada com a primeira unidade de saúde básica fluvial do Brasil, com fins a assistir a população ribeirinha com ações e estratégias preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica.

Observamos que há alguns pontos que contrastam entre o que é prescrito pela legislação e o que rege as condutas de assistência em saúde (o território idealizado pelas políticas de saúde ou pela gestão do território) e o real (o território vivido pelas pessoas), ou o formato apropriado e realizado pelas equipes de saúde; ou seja, o território idealizado pelas políticas adaptado ao território real vivido pelas pessoas por meio de uma UBS móvel nos territórios e não fixa no território – ou, para pensar de outro modo, a territorialização do território vivido pelas pessoas, que envolvem a gestão deste território. O modelo tradicional pautado na ESF comporta profissionais específicos de saúde, podendo ser incorporados outros profissionais. No caso da equipe da UBS Fluvial *Igaraçu*, além dos tradicionais profissionais ditos de saúde, há outros como cozinheiro, comandante, marinheiro fluvial, auxiliar de convés (auxiliar do comandante), um arrais (responsável pelas máquinas

e que possui a função de buscar os pacientes de outros lugares até a UBS Fluvial com uma lancha). Isso ficou explícito na fala do médico quando este informa que “aqui somos todos atores sociais de um processo de cuidado e que em determinado momento exercemos um papel técnico específico... aqui reconhecemos todos como uma só equipe de saúde.”⁵ Em outras palavras, ainda que formalmente a equipe assuma características peculiares, as relações profissionais ocorrem no sentido da horizontalidade, evidenciando a multidisciplinaridade tão necessária no processo de trabalho com equipes no modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família.

Um ponto a considerar é a frequência das ações. As ações de saúde no município de Borba na área rural são desenvolvidas por uma equipe de saúde que desenvolve suas atividades no âmbito de uma embarcação denominada *Igaracu*, traduzida como “Canoa grande”, objeto da presente prospecção. Esses profissionais saem em viagem por 38 comunidades espalhadas no rio, fazendo atendimento junto à população, a cada 45 dias. Muito embora preconizado pela legislação, o prazo de 45 dias é considerado regulamentar; entretanto, para a execução de novas viagens, faz-se necessário integrar novas equipes de saúde para diminuir o tempo ocioso, sem assistência. Inclusive essa é uma das reivindicações dos usuários.

Na relação com os usuários, os profissionais demonstraram conhecimento técnico aliado ao saber cultural, respeitando os modos de vida do lugar. Por exemplo, citamos um atendimento médico, que buscava fechar um diagnóstico de otite, indagando à criança: “caía n’água muitas vezes”, e a criança respondeu negativamente. Vendo que ela não tinha entendido, o médico sabiamente

⁵ Informação verbal obtida em entrevista com médico da equipe multidisciplinar de saúde da família realizado na viagem da UBS Fluvial no Rio Madeira, registrado em diários pessoais.

pergunta novamente de forma diferente “se tomava muito banho de rio”; e a criança, logo em seguida, demonstrando entendimento sobre a pergunta, respondeu que sim. O linguajar é um aspecto a ser considerado no processo de cuidado, uma vez que somente se estabelece vínculo profissional-paciente, na medida em que há entendimento entre ambos.

O funcionamento da Estratégia Saúde da Família é amparado por normativas regidas pela Política Nacional de Atenção Básica. Porém a estratégia que acontece em uma unidade flutuante segue os fluxos e correntezas de rios e das pessoas. Nesta perspectiva, encontramos evidências do processo de trabalho realizado pela equipe em contexto itinerante. Em situação de urgência e emergência, observamos que os profissionais de saúde prestavam atendimento no período noturno. Aliado a isso, a demanda de trabalho é do tipo espontâneo, em que a maioria dos atendimentos acontece sem agendamento prévio. Ainda que organizada, o tempo de trabalho é determinado pelo quantitativo de pacientes e o tipo de cuidado prestado. Assim, a qualquer hora, os pacientes buscavam assistência, o que ultrapassa o tempo de cuidado, preconizado pela prescrição da política.

Além disso, os papéis desempenhados pela equipe se interagem e produzem dinâmicas de ação diferenciadas. O profissional que cuida das pessoas assumiu funções que ultrapassam o nível técnico e que beiram às atividades caseiras. O médico que auxilia o almirante nas práticas de conserto e manutenção na casa de máquina, a enfermeira que coordena o horário de almoço e descanso. O operador de máquinas que atua como apoio aos agentes comunitários de saúde na busca ativa de pacientes; a cozinheira que auxilia no agendamento dos pacientes do dia na sala de espera. Estes espaços de diálogo permitiram a construção

de vínculos e respeito entre a equipe. Assim, a interação diária entre pessoas durante longos períodos de viagem produz arranjos nas relações pessoais e profissionais que se sobrepõem às relações técnicas, ajustadas à regra do bem-viver e da sobrevivência adaptada.

Quanto à produção de atendimentos, a equipe da UBS-F se sente prejudicada com relação à inflexibilidade dos prazos que alimentam o sistema de informação. Levando em consideração o registro, em tempo hábil, da produção no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e fichas dos pacientes, o fator “tempo de viagem” deve ser considerado pelos coordenadores da equipe e da atenção básica. A viagem dura em torno de 24 dias e, sendo assim, não necessariamente cumpre os prazos determinados pelo Ministério da Saúde para a submissão da produção mês a mês. Assim, o fator “tempo amazônico” deve ser levado em consideração, uma vez que as datas de viagem são alteradas mediante mudanças de planejamento e disponibilidade de recursos, bem como intempéries climáticas e condições de navegação dos rios.

Com relação à realização dos programas de saúde inerentes à ESF, a equipe itinerante possui a mesma demanda, emergindo pontos a serem considerados. Todos os sete programas da atenção básica contemplados na Política Nacional de Atenção Básica são executados e com suporte de material, equipamentos e insumos. A observação ainda percebeu situações extremas para o enfrentamento de desigualdades sociais e promoção do capital social. Uma das problemáticas sociais que refletem no setor saúde a ser considerada é o saneamento básico nas comunidades ribeirinhas do rio Madeira. Mesmo que haja um apoio total da saúde onde a população estiver, ainda há uma prevalência muito alta de doenças infecto-parasitárias, oriundas da água de consumo, o que permite observar que

as ações de cuidado sejam pontuais e de cunho individual. Reservatórios de água foram encontrados ao lado de sumidouros e nos barrancos ao longo do rio, que alteram a qualidade da água e são considerados fatores de risco para o consumo humano, principalmente em períodos de fins de seca e início de cheias, onde o volume das águas traz maior quantitativo de dejetos naturais. Tal problemática foi observada pelos profissionais de saúde e que se sentiram sem poder de resolver o problema.

Por outro lado, a presença da saúde em regiões de difícil acesso estimula a corresponsabilidade por parte dos ribeirinhos. O trato e cuidado com os pacientes de forma mais frequente e presente determina, em grande medida, a autonomia das pessoas. Foi percebido nos diálogos com os pacientes: “... agora eu tenho um médico pra mim [...] falo tudo e faço tudo que ele me pedir”⁶. Estas expressões registraram o vínculo entre profissional e paciente, que reverbera nas conduções do tratamento, anunciando a responsabilidade da saúde por parte do paciente. Aliado a isso, a presença de uma equipe de saúde fluvial estimula as práticas coletivas de promoção da saúde. Em casas e escolas, são abordados assuntos de saúde, educação com a presença de líderes comunitários. Esses cenários encontrados na prospecção apontam para espaços de diálogo e construção coletiva que induzem o empoderamento das pessoas e autonomia de pessoas. O fortalecimento de redes entre pessoas e comunidades promove o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de problemas sociais.

Destes aspectos supracitados, destacamos a questão da comunicação como um marco importante da práxis em saúde que a UBS Fluvial desenvolve. Para uma ação coordenada da equipe na embarcação no momento da assistência, a inovação está no processo de comunicação

⁶ Informação verbal de paciente obtida em atendimento médico, realizado na viagem da UBS Fluvial, registrado em diários pessoais.

entre equipe e comunidade. Foi observada uma mobilização da equipe para realizar o atendimento/produzir saúde para a população, que não envolve os métodos tradicionais de tecnologias porque não estão disponíveis. As comunidades são distantes do município de referência, Borba, ficando isoladas; por isso há uma “rede de oralidade”, que funciona quando a embarcação está na água ou em movimento.

A rede se inicia com a comunicação entre a coordenadora da equipe e os agentes comunitários de saúde, estes que, de posse da programação da viagem, possuem papel fundamental na garantia do vínculo com a comunidade e acesso aos serviços de saúde. Em uma segunda instância, a rede se propaga de forma presencial, quando os ACSs se comunicam com os líderes comunitários dessas comunidades. Em um terceiro nível, as pessoas esperam nas datas acordadas a chegada da UBS Fluvial, estando amparadas para isso em um planejamento prévio das datas de saída e chegada em cada comunidade ao longo do rio Madeira. Neste momento, a comunicação é auxiliada pela assessoria técnica do Comandante e do Marinheiro Fluvial Auxiliar de Convés. Com estes, programam-se com antecedência as datas de saída, o tempo de viagem entre uma comunidade e outra, bem como o cálculo de suprimento de água e combustível da embarcação e da lancha de apoio. Em seguida a rede de oralidade se estabelece localmente entre comunitários e parte da tripulação. Com a ajuda do ACS, o arrais (responsável pelas máquinas da UBS e piloto de lanchas) logo cedo convida os comunitários mais distantes daquele ponto de atendimento da comunidade. Aguarda as mães e crianças com seus documentos e exames de saúde para a vinda até a UBS Fluvial. A maioria dos pacientes chega em *rabetas*. Em um quarto momento, a consulta propriamente dita determina a etapa profissional e paciente que compreende o encontro dos saberes, em que a relação do cuidado acontece. Ainda

temos a comunicação intraequipe, em que os profissionais e apoiadores estabelecem comunicação por meio de *walkie-talkie*, otimizando o serviço e garantindo a assistência. Observamos que esse tipo de contato foi utilizado entre o médico e a enfermeira para esclarecimentos de condutas do tratamento, para chamada de novos pacientes e para solicitar a ajuda de alguém do apoio.

Foi observado ainda que, para promover saúde, a oralidade tem vez e voz no mundo pós-moderno. Representa um recurso natural que se sobressai no modo de produção em saúde nessa região. É o contato entre os atores que fazem o processo acontecer. Não há internet, telefone e celular. A comunicação é feita de “boca a boca”, por meio do contato entre as pessoas. A tecnologia leve se conforma nas relações pessoais. No caso do Igarçu, é altamente tecnológico as pessoas calcularem quando a UBS Fluvial chegará à sua comunidade, na medida em que são avisados por outros. A percepção do ribeirinho é a seguinte: se o Igarçu saiu no dia 22 de maio e está na comunidade X, então faltam três comunidades para chegar até a nossa. Portanto, o barco chegará no dia Y. Esse dia é um acontecimento, pois na hora que o Igarçu chega, os ribeirinhos estão simplesmente preparados para buscar a assistência em saúde. Isso foi estranho aos nossos olhos, mas extremamente comum para eles. Não obstante, o contato se dá ainda de noite. Foi observado que encomendas e material da Secretaria de Saúde (caixa de vacinas) chegaram de lancha, enquanto estávamos ancorados em um lugar qualquer nas margens do rio. Por intermédio de sinal de luz, houve comunicação para aproximação entre as embarcações e logo o contato se deu. Nesse tipo de relação, há sempre uma forma de agradecimento. Em geral, há troca de mantimentos como forma de agradecer a presteza em ajudar. Presenciamos comunitários deixando frutos, frutas para a equipe; em contrapartida, presenciamos também a

doação de mantimentos como frango, carne da equipe para os ACS, uma vez que estávamos chegando ao ponto final da viagem.

Percebe-se que as relações sociais sobrepujam o prescrito em um território específico. Nesse contexto, o território se torna líquido e ultrapassa as amarras de um território adscrito previsto pela política. O *líquido* a que nos referimos é diferente ao conceito proposto por Zygmunt Bauman (SILVA, 2006), que trata o *locus* sociológico da sociedade líquida, caracterizada pela velocidade, pelo hibridismo e a imaterialidade de uma sociedade moderna. Entende-se ainda que o líquido se refere ao físico, ao movimento, à energia produzida pelo movimento das águas. Aqui fica expressa a imagem-símbolo do banheiro⁷ que qualifica adequadamente o território líquido.

Assim, a UBS Fluvial Igaraçu, tomado como exemplo das andanças da pesquisas, pôde expressar quanto um modelo de atenção à saúde deve se adequar ao mundo real dos banheiros dos rios. Modifica, assim, a forma de fazer saúde, bem como o cotidiano de trabalho e a rotina das populações ribeirinhas. Mas, se é diferente assim, produzir saúde na Amazônia representa dizer que as pessoas fazem a diferença na seara dos fluxos. E como uma UBS Fluvial consegue produzir saúde em sua concepção de serviço de saúde para essas pessoas? A resposta está no vínculo, na responsabilização, no comprometimento com a vida, por meio da simples conversa de beira de rio.

⁷ “Banheiro” é um termo amazônico para descrever o movimento das águas dos rios provocado pelas embarcações e pelo movimento natural das águas.

Dialogando com a noção de território

Vimos que o território é, antes de tudo, uma relação de poder. É também o espaço onde se projeta o trabalho, como fruto de uma construção social, tecida por diferentes malhas e diferentes caminhos. O território é, ainda, o lugar da gestão e da realização do pensado. Ao final, o território é também o lugar onde se constrói a territorialidade, constituindo-se como um espaço de prática e de produção de vida. Nesse sentido, a experiência da UBS-F apresenta esses componentes, primeiramente porque é um espaço de gestão e informação, ou seja, é o projeto em que se projeta uma ação de uma política pública.

A UBS-F é a prática da política no território, portanto é tanto o símbolo do poder como a concretização de uma prática de poder, que, no nosso caso, é a política de saúde. O poder está na dimensão do Estado: municipal porque é aquele que operacionaliza a política e articula com os diversos atores políticos locais; estadual porque dialoga com os níveis de política da região; federal porque cria a política e os mecanismos de financiamento. No entanto, o poder não está somente no Estado, porque a gestão se faz em um território vivo, com outros atores ativos, como é o caso da população, dos ACS, dos profissionais de saúde, dos gestores de saúde, os conselhos locais de saúde, outras instituições. Na dimensão local que o território se distribui em uma rede de diversas microarenas de poder, ou seja, cada ação pode ser entendida como uma ação de poder. Portanto, a gestão do território não se faz unilateralmente, mas nesse jogo entre a macro e a micropolítica.

A UBS-F se move em um território da atenção, conectando diversas comunidades como fruto de uma ação planejada e coordenada. No contato com as comunidades, a oralidade e as malhas e os caminhos das redes internas

(de cada comunidade entre si) e externas (cada comunidade com as outras e com a gestão por meio da própria UBS-F) se fazem presentes, inclusive como um modo de conceber a gestão. Retomando a perspectiva de Becker, de um território como lugar de práticas e de apropriação do espaço vivido, observamos que os diferentes atores fazem a territorialidade, por meio dessas malhas e caminhos, demonstrando que as fronteiras de um território são simultaneamente fluidas e concretas. A construção do território não pode ser compreendida somente por meio das ações dos atores no nível local, pois desde o início envolve malhas e caminhos que conectam este território e atores a outros. Nesta perspectiva, a territorialização se dá por meio da gestão do território, em que a UBS-F constitui um dos instrumentos que conectam locais, pessoas e processos de gestão.

O território, para além de ser um espaço de gestão, é um lugar dos modos de vida, condição de existência para as populações que compartilham histórias. É espaço de produção, de relação com a natureza, lugar em que a simbologia e as coisas fazem sentido. (PACHECO, 2005-2006 apud ESTERCI; SCHWEICKARDT, 2010) Essa noção de território valoriza os modos como os grupos sociais organizam e modelam o seu espaço, dando significado às suas práticas sociais e aos símbolos compartilhados pela coletividade. Assim, temos uma territorialidade que é significada e interpretada por sujeitos e grupos sociais que demarcam um determinado espaço. Não podemos negar que as práticas aconteçam em uma determinada área geográfica, mas não pode ser reduzida pelo geográfico porque são os seres humanos que dão sentido ao lugar.

Ab'Saber (2005) afirma que os usos corporativos do território representam uma situação geográfica expressiva na Amazônia Legal, caracterizada pela conformação de

idades funcionais à produção modernizada, que se tornam polos regionais. O resultado da expansão dessa situação é o uso seletivo do território, acompanhado de geração de riqueza concentrada e pobreza difundida (crescimento das desigualdades), gerando um espaço corporativo e fragmentado. A existência de densidade técnica, científica e informacional favorece os serviços de saúde, no que diz respeito aos investimentos, infraestrutura e atração de profissionais. Os municípios se colocam nessa situação, pois atraem população em busca de tratamento de saúde por terem um sistema de saúde mais consolidado, diversificado e privilegiado pelos recursos disponíveis. Neste sentido, o território é um condicionante importante para o sistema de saúde apropriado para a Amazônia. Os serviços de saúde são sempre pensados, pela política e pelos gestores, em termos de territórios fixos; mas, para responder às necessidades e os problemas de saúde na Amazônia, é necessária uma densidade e materialidade que é móvel, que segue o fluxo dos rios. Não podemos esquecer que as malhas e os caminhos são de águas e de pessoas, que se modificam com o ciclo das águas, entre a cheia e a seca, moldando o acesso móvel e os próprios profissionais de saúde nestes territórios.

Considerações finais

Voltando aos criadores do imaginário sobre a Amazônia, retomamos uma passagem de Euclides da Cunha quando viajava pelo rio Amazonas, subindo de Belém para Manaus:

A volubilidade do rio contagia o homem. No Amazonas, em geral sucede isto: o observador errante que lhe percorre a bacia em busca de variados aspectos, sente, ao cabo de centenas de milhas, a impressão de circular num itinerário fechado, onde se lhe deparam as mesmas praias ou barreiras ou ilhas, e as mesmas florestas e igapós estirando-se a perder de vista pelos horizontes vazios; o observador imóvel que lhe estacione às margens sobressalta-se, intermitentemente, diante de transfigurações inopinadas. Os cenários, invariáveis no espaço, transmutam-se no tempo. Diante do homem errante, a natureza é estável; e aos olhos do homem sedentário que planeie submetê-la à estabilidade das culturas, aparece espantosamente revolta e volúvel, surpreendendo-o, assaltando-o por vezes, quase sempre afugentando-o e espavorindo-o. (CUNHA, 2003, p.29)

Os dois observadores, o errante e o imóvel, não estão equivocados, mas a questão aqui é de perspectiva. Digamos que do ponto de vista de quem vive no território a vida está sempre em movimento; enquanto que aquele que simplesmente passa e olha de modo distante vê tudo como uma natureza fixa. O ideal talvez fosse a possibilidade de nos aproximarmos da perspectiva do observador imóvel, mas com a capacidade do errante para fazer comparações

e estabelecer relações, ou melhor, o errante como aquele que contrabandeia os saberes para poder tirar melhor proveito das experiências locais do imóvel. Em todos os casos, o exercício de possibilidade de nos aproximarmos da vista do ponto do outro é conseguirmos encostar-se à margem e subir no barranco do rio para vivenciarmos as experiências do outro.

Retornando à ideia de território líquido, entendemos que, enquanto agenciador dos encontros e energias das relações ribeirinhas, o espaço é considerado o meio e o modelador das práticas de atenção à saúde na Amazônia. Compreendemos ainda que o território amazônico é um lugar vivo, dinâmico, repleto de atores sociais com interesses diversificados (ribeirinhos, quilombolas, indígenas, seringueiros, garimpeiros, empresários, agricultores, pecuaristas e outros), regido pelo tempo diferente, singular e único e pelos ritmos dos banzeiros dos rios. A água comanda a vida nesse território, e os pacientes e equipe de saúde são entes integrantes e transeuntes do território.

O território é constituído por sistemas de tessituras, nós e redes organizadas hierarquicamente, ou seja, há uma intencionalidade de poder e controle sobre as experiências de vida no lugar. A saúde – ou o sistema de saúde ou, como desejamos, a rede de saúde – tem essas características de controle e hierarquia, explicitamente uma lógica de poder. Aí fica o desafio de considerar a malha/rede da saúde como uma possível e que dialoga com outras malhas/redes que coexistem em um mesmo território. O território é esse jogo de poder e de existências, de experiência e de significado, de determinantes e de variações. Como fazer a gestão dos territórios diversos e heterogêneos da Amazônia? Como incorporar ou dialogar com as diferentes territorialidades construídas por atores diversos em condições relacionais?

Amazônia equidistante é uma invenção, uma construção e uma representação que quer chamar a atenção para as singularidades e as especificidades dos locais com uma visão do todo. A visão e a perspectiva equidistante significam que a cada contexto se criam as possibilidades nas formas de olhar e de intervir. Na Amazônia a categoria de distância não é uma questão de pensamento, mas uma realidade vivenciada e experimentada; no entanto, as distâncias vão se tornando relativas quanto mais tempo percorremos o espaço. As distâncias podem se encurtar ou se alongar com o ciclo das águas, mas que sempre são distâncias quando se percorre ou quando a necessidade exige. Para o olhar errante, a distância é abstrata e imaginativa, mas não deixa de ser real. Por isso, o equidistante é uma forma de dizer que estamos sempre a meio caminho do entendimento do que é vivencial e o que é imaginário, pois ambos habitam esse espaço. Estamos perto-longe nas políticas públicas; perto-longe do modo de vida dos amazônidas; perto-longe das diferentes realidades da Amazônia e do país. Estamos a meio caminho da política de saúde, com acertos e enganos, mas sempre vai faltar algo que não temos, que é a perspectiva e o ponto de vista de quem vive no lugar.

Referências

- AB'SABER, A. Problemas da Amazônia brasileira. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 7-35, 2005.
- BECKER, B. Geopolítica da Amazônia. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 71-86, 2005.
- _____. Novas territorialidades na Amazônia: desafio às políticas públicas. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, Belém, v. 5, n. 1, p. 17-23, 2010.
- CUNHA, E. **Amazônia: um paraíso perdido**. 1. ed. Manaus: Valer, 2003.
- ESTERCI, N.; SCHWEICKARDT, K. Territórios amazônicos de reforma agrária e de conservação da natureza. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, Belém, v. 5, n. 1, p. 59-77, 2010.
- FRAXE, T.J.P. **Homens anfíbios: etnografia de um campesinato das águas**. São Paulo: Annablume, 2000.
- GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.898-906, maio/jun. 2005.
- MORAES, D.E.; CANÔAS, S.S. O conceito de "território" e seu significado no campo da atenção primária à saúde. **Revista desenvolvimento social**, Montes Claros, v. 1, n. 9, p.49-57, 2013.
- OLIVEIRA, J.A. **Cidades na selva**. Manaus: Valer, 2000.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

SILVA, F.C. Recensão a Zygmunt Bauman. **Análise social**, v. 42, p. 647-651, 2006.

SCHWEICKARDT, J. **Ciência, nação e região**: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SCHWEICKARDT, J.; LIMA, N.T. Do “inferno florido” à esperança do saneamento: ciência, natureza e saúde no estado do Amazonas durante a Primeira República (1890-1930). **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, Belém, v. 5, n. 2, p. 399-415, 2010.

VIANA, A.L. Á. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Sup. 2, p. S117-S131, 2007.

WITKOSKI, A.C. **Terras, florestas e águas de trabalho**: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais. 2 ed. São Paulo: Annablume, 2010.

A ATENÇÃO BÁSICA DO FORA: construção do consultório na rua

*Erick Luiz Araujo de Assumpção
Valeska Holst Antunes
Carla Luciana Cardoso de Lima
Daniele Lopes Gaudard de Freitas
Marcelo Soares Costa
Anderson de Araujo Costa
Rejane Maria de Melo
Jose Dellaney da Silveira Lima
Sandra Figueira
Túlio Batista Franco*

O cotidiano de um consultório na rua em foco¹

Saímos da Clínica de Saúde da Família Victor Valla com nossas mochilas de insumos, remédios e material para curativo para procurar um rapaz que estava com um corte no pé. Um de nós, um dos três agentes comunitários de saúde (ACS) da equipe do consultório na rua (CR) de Manguinhos, o conheceu no dia anterior, mas o rapaz não quis acompanhá-lo até a clínica para fazer o curativo. Ficou combinado que o agente levaria alguém da equipe para fazê-lo. Caminhamos pela calçada embaixo da linha de

¹ Narrativa extraída de diário de campo.

trem em direção à estação do bairro/favela, e foi nela que se deu o encontro entre o agente e o rapaz. Essa calçada fica entre a Rua Leopoldo Bulhões e uma rua sem asfalto, esta margeia os destroços de diversos imóveis demolidos ou parcialmente demolidos – o interior de alguns imóveis de dois e três andares fica exposto devido à demolição de parte das paredes. Seguimos por essa calçada, desviamos de uma corrente de água no chão que saía do cano de um banheiro, suas portas estavam trancadas e continham algumas emendas feitas com pedaços de madeira. Alguém da equipe disse que desde que foi inaugurado, o banheiro nunca foi aberto. Desviamos também de alguns quiosques instalados no centro da calçada, poucos em funcionamento. Continuamos a caminhar e encontramos um grupo de pessoas. Estavam ao redor de uma das pilastras que suportavam os trilhos do trem acima de nós, postada em frente a um caminho reto que cruzava os escombros e levava para os imóveis ainda preservados dessa região de Manguinhos. Eram por volta de dez pessoas. Quando chegamos, algumas delas guardaram seus copos de água mineral utilizados para o uso do crack, outras continuavam a atividade. Havia aquelas que não estavam fazendo uso da droga e concentravam-se em conversar ou organizar o material garimpado para reciclagem. Logo que cumprimentamos a todos e distribuimos alguns preservativos, um de nós (ACS) iniciou uma conversa com uma pessoa sentada e encostada na pilastra.

Há 11 meses encontramos essa mesma pessoa, uma mulher, na Maré com o braço quebrado. Ela nos contou que foi acordada a pancadas de taco de beisebol dadas por um segurança² enquanto dormia à frente da lateral de um hotel. Em uma dessas pancadas, seu braço foi quebrado. A fratura era visível, um grande relevo marcava o local fraturado,

² Esse serviço de segurança muitas vezes é prestado por membros de milícias locais para estabelecimentos comerciais.

praticamente dividindo o osso (úmero) entre o ombro e o cotovelo. Conversamos muito com ela sobre a necessidade de sua ida à clínica para radiografar o braço e estipular o melhor tratamento. Ela quase não respondia, apenas falava que não iria – o que de fato ocorreu. Era possível ver as lágrimas correndo pelo seu rosto. Parecia que apesar de saber da necessidade de tratamento, uma mistura de medo e impossibilidade de confiar na equipe a impedia de ir. Alguns dias depois soubemos que ela havia voltado para sua casa. Onze meses depois e em Manguinhos, ela estava muito diferente: sorrindo e conversando. A relação com a equipe se transformou, ou melhor, agora era possível uma relação na qual ela se sentia segura e bem para sorrir e conversar. Ou seja, a conversa se deu a partir de algo estabelecido naquele encontro da Maré, um vínculo. Perguntamos para ela se sabia de um rapaz com um corte no pé, disse que não, mas logo outras pessoas nos informaram que ele podia estar mais à frente e que era chamado de Barba. Despedimo-nos e seguimos.

Ao chegarmos bem próximo à ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública), encontramos algumas pessoas conversando e cozinhando em uma panela sobre uma grelha apoiada em tijolos. Para chegar até elas foi necessário subir três degraus, como aqueles de arquibancada, que levavam a essa superfície onde estavam. Cumprimentamos todas as pessoas e perguntamos se conheciam Barba e se ele estava por ali, responderam afirmativamente e nos apontaram onde estava.

Barba estava deitado entre uma pilastra e uma mureta. Chegamos devagar, nos apresentando e ele logo se posicionou para fazer o curativo. Ao passo que um de nós circulava pela área distribuindo insumos e oferecendo o serviço, dois se envolveram no curativo: a médica, enquanto colocava uma das mochilas no chão encostada na

mureta, abaixava-se para analisar o ferimento; o ACS, com a mochila contendo o material para o procedimento em um dos ombros, buscava os materiais necessários para fazê-lo. Durante esse processo, Barba nos contou que havia ido mais cedo à UPA (Unidade de Pronto Atendimento), no entanto não foi atendido “por ser de rua”. Falou que não queria confusão, então, apesar de saber que devia ser atendido, não insistiu para ser. Enquanto era feito o curativo, outra pessoa se aproximou solicitando atendimento na clínica. Pedimos para aguardar, que assim que acabássemos o curativo em Barba iríamos para a clínica.

Ao acabar, lembramos ao Barba da necessidade de trocar o curativo e que ele poderia se dirigir à clínica para isso. Despedimo-nos dele e das demais pessoas. Fomos para a clínica na companhia de Leo. Durante essa volta, ele contou que estava tranquilo ficar por aquela área de Manguinhos, apesar de algumas vezes a polícia passar batendo. Quando passamos pelo primeiro grupo que havíamos encontrado, ele nos informou que havia um rapaz que ficava por ali com o dedo muito machucado (“Feião”) e que seria bom darmos uma olhada. Ao chegarmos na clínica, fomos para a sala de curativo, e Leo estava com um ferimento em sua mão. Ele perguntou se tínhamos alguma camisa para dar a ele, respondemos que sim e o entregamos uma antes de iniciar o procedimento, logo a vestiu. Leo, apesar de não estar em uma cena que apresentava uso de crack, informou-nos, enquanto era feito, que usava tanto essa substância quanto maconha.

Apontamentos iniciais

A equipe de Consultório na Rua (CR) de Manguinhos, com base na Clínica da Família Victor Valla (CFVV), atua no atendimento à população em situação de rua na área de planejamento (AP) 3.1 da cidade do Rio de Janeiro, da qual fazem parte, dentre outros bairros/favelas, Manguinhos e Maré. Fazem parte da equipe: uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma psicóloga, uma assistente social, um dentista, uma técnica em saúde bucal e três agentes comunitários de saúde.

O CR Manguinhos surgiu a partir de uma proposta levantada na 1ª Conferência Local de Saúde de Manguinhos que aconteceu no dia 16 de julho de 2011, com a participação de moradores, entidades e movimentos sociais, trabalhadores e gestores da região³. Tal proposta⁴

³ Lista de participantes da conferência: CSEGSF/Ensp/Fiocruz, Centro de Desenvolvimento Comunitário Compartilhar, Clínica da Família Victor Valla, Teias-Manguinhos, Fórum do Movimento Social de Manguinhos, Projeto Mulheres da Paz, Associação de Moradores Nelson Mandela, Instituto Aprender para Viver, Coordenadoria de Cooperação Social da Presidência/Fiocruz, ENSP, Movimento Estudantil, Missionário Esportivo no S. Carlos, Unegro/UBM/Mulheres Negras, CRTR, UPA Manguinhos, CMS Manguinhos, Rede CCAP/Casa Viva, Pastorais – Capela São Daniel, Bazar da Solidariedade, Conselho Comunitário de Manguinhos, Comitê Sub-Bacia Canal do Cunha, Usina da Cidadania/Refinaria de Manguinhos, Projeto Rio 2016, Fábrica de Talentos Furacão, ONG Isaaque, Centro de Formação Ser Alazira de Aleluia-OS, Canteiro Social PAC, Projeto Economia Solidária, Associação de Moradores de Vila União/Ex-Combatente, Igreja Evangélica Metodista Wesleyana, Igreja Evangélica, Fam-Rio, OMA-Organização Mulheres de Atitude, CEBES-RJ, IPEC/Fiocruz, Universidade de Columbia/EUA, Fórum Nacional de Residentes em Saúde da Família, Hospital Federal de Bonsucesso, Inst. Saúde da Comunidade – UFF, SMADC e CPS Abrigo Cristo Redentor. (1ª CONFERÊNCIA..., 2012)

⁴ Proposta 23 do Relatório Final da Conferência: “implantar o ‘Projeto Consultório de Rua’” (1ª CONFERÊNCIA..., 2012, p.06); ainda sobre o serviço, a proposta 38: “criar estratégias para oferecer cuidados à saúde e também oferecer métodos contraceptivos às usuárias de drogas, por

articula-se com os apontamentos relativos a uma das “especificidades do território”: “pontos de uso intensivo de crack e outras drogas.” (1ª CONFERÊNCIA..., 2012, p.05-06) Dessa maneira, segundo a percepção de quem ali vive (mora, milita, trabalha), Manguinhos apresenta uma especificidade: a “situação de rua” parece intimamente ligada à experiência com drogas, especificamente com o crack⁵.

Em outubro de 2011, inaugurou-se o serviço de Consultório na Rua em Manguinhos – constituindo assim a sétima equipe da Clínica da Família Victor Valla –com o objetivo de oferecer e facilitar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. (ANTUNES, 2013) Para tanto, inicia-se o mapeamento do território por meio da identificação dos locais de maior concentração de pessoas em situação de rua, que, na maior parte das vezes, no caso de Manguinhos, caracterizam-se como cenas de uso de drogas. Chegou-se ao número de 16 cenas em Manguinhos, uma delas – a de maior concentração – apresentava uma variação de 150 até 300 pessoas presentes. Nesta cena, a prática de uso do crack compartilhava o espaço com a venda de copos de água mineral (utilizados também como cachimbo para o uso da substância), áreas de repouso e conversa, separação de material para reciclagem (garimpo), venda da substância, entre outras. A partir desse mapeamento e do encontro com as cenas e com as pessoas que as constituem, iniciou-se o processo de criação do trabalho em campo da equipe.

meio das ações do projeto *consultório de rua*.” (1ª CONFERÊNCIA..., 2012, p.07)

⁵ A partir dos cadastros de pessoas usuárias do CR, produziu-se o dado segundo o qual 99% das pessoas em situação de rua em Manguinhos atendidas pelo serviço relatam o uso de drogas. (SAMPAIO, 2012)

Encontros, fluxos e bloqueios

Em grande parte, a equipe foi composta por remanejamento interno à CFVV. Sendo assim, anterior ao trabalho no CR, muitas das pessoas que integram a equipe trabalhavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tradicional, isto é, com pessoas domiciliadas. A equipe foi formada, então, por quem se afetou positivamente pela abertura da possibilidade de trabalhar com população em situação de rua, e no caso de Manguinhos, com cenas de uso de crack. Abriu-se, assim, um fluxo das equipes de (ESF) para a nova equipe, e em concomitante, bloqueios emergiram.

Nesse sentido, pode-se partir do enunciado frequente neste início: *vocês são loucos em lidar com esse tipo de gente*⁶. Não se trata apenas de uma opinião ou de um conselho, mas esse enunciado intervém de forma direta sobre a equipe. Isto quer dizer que o exemplo acima não é um mero enunciado mas um ato⁷ que transforma a equipe em “loucos”, e as pessoas usuárias do serviço, em “esse tipo de gente”. As consequências práticas dessas atribuições relacionam-se com um campo social no qual, por exemplo, ao “louco” estipula-se certa maneira específica de se lidar,

⁶ Esse é um dos enunciados dentre muitos dos presentes nessa formação da equipe: “vocês tão colocando a vida de vocês em risco”; “vão roubar vocês”; “vocês vão lidar com gente fedorenta”.

⁷ Cabe ver os apontamentos de Deleuze e Guattari sobre as palavras de ordem: “Chamamos *palavras de ordem* não uma categoria particular de enunciados explícitos (por exemplo, no imperativo), mas a relação de qualquer palavra ou de qualquer enunciado com pressupostos implícitos, ou seja, com atos de fala que se realizam no enunciado, e que podem se realizar apenas nele. As palavras de ordem não remetem, então, somente aos comandos, mas a todos os atos ligados aos enunciados por uma obrigação social.” (DELEUZE; GUATTARI, 2008, p.16) As palavras de ordem são atos que têm como consequências transformações instantâneas, como por exemplo, a transformação, pela palavra do juiz, do acusado em condenado.

da mesma maneira a “esse tipo de gente”. Nesse sentido, a equipe conheceu na rua um rapaz com um sério problema de consolidação de uma fratura da perna que o impedia de andar livremente. Foi feita, então, a marcação para o atendimento em um instituto de traumatologia e ortopedia seguindo todos os trâmites formais, no entanto, mesmo com o acompanhamento da equipe ao local, o usuário não foi atendido devido à falta de documento de identificação. Materializam-se, assim, bloqueios institucionais a certo “tipo de gente” (e, em outro grau, ao próprio serviço do consultório na rua – “você são loucos” –, sendo ele porta de entrada para os serviços de saúde) por meio de protocolos de atendimento, ou mesmo por meio da negação explícita como no caso de Barba, descrito na introdução⁸. Dessa forma, o enunciado em questão se mantém operante permanentemente, desde a formação da equipe até o cotidiano do serviço e do atendimento às pessoas usuárias.

Furando as operações e os bloqueios desses enunciados e práticas, a equipe utilizou a distribuição de insumos (em geral, camisinhas e informativos) como prática inicial de apresentação e aproximação às pessoas em situação de rua, muitas delas em cenas de uso de crack e outras drogas. Isso quer dizer que, além de suas funções originais (camisinhas: prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada; informativos: transmitir informações relativas aos cuidados com a saúde e redução de danos), a distribuição de insumos funcionava (e funciona) como prática a partir da qual se apresentava

⁸ Talvez caiba a descrição de outro caso, mais extremo: em uma segunda-feira, um rapaz chega na clínica para atendimento junto à médica do CR. Ele estava com um ferimento na cabeça com miíase, infestação de larva de moscas. Contou que levou uma coronhada da polícia, por duas vezes tentou ser atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo que, na última vez, no sábado, informaram-lhe que a “equipe de rua” não estava, logo ele precisava esperar até segunda-feira. A médica iniciou o processo de retirada de todas as larvas e de curativo.

o serviço ao mesmo tempo em que esse se diferenciava das outras formas de intervenção institucional, como as ações de recolhimento forçado. Talvez caibam aqui algumas palavras sobre essa ação.

Por diversas vezes ouviram-se relatos das pessoas usuárias em relação à ação dos agentes da assistência social. Relatam-se espancamentos nas vans utilizadas no transporte para os abrigos, maus tratos na abordagem e no abrigamento e destruição dos pertences. Em um desses relatos, um usuário, durante uma abordagem do CR, contou que deu seu consentimento para ser levado ao abrigo, no entanto, durante sua estadia, ao questionar o modo agressivo com o qual o agente do abrigo se dirigia a ele, teve como resposta o seu prato de comida cheio jogado no lixo. Logo após o ocorrido, o usuário disse, antes de sair do abrigo: “a porta está ali. *A casa é sua, mas a rua é minha*”. Tendo em vista que o abrigo não pode manter a pessoa sem o seu consentimento, muitas delas buscam voltar para as áreas que frequentam e vivem. Parece que o recolhimento constitui-se por meio do estabelecimento de um fluxo de punição no qual a abordagem, o transporte, o abrigamento e a volta aos locais nas ruas bloqueiam momentaneamente a vida na rua e criam um novo fluxo para os abrigos. Mesmo a volta às ruas constitui esse novo fluxo, tendo em vista a distância do abrigo aos locais nos quais há maior concentração de pessoas em situação de rua (Zona Norte, Sul e Centro do município).

Devido às ações institucionais relativas a essas cenas se restringirem, na maior parte das vezes, a esse modo de operar, a distribuição de insumos possibilitou a aproximação da equipe em relação às pessoas usuárias. Quando se fala *aproximação*, fala-se em aproximação física mesmo, tendo em vista que as pessoas fugiam das ações de recolhimento. Ao ser confundida com uma equipe da Assistência Social

(atualmente, Desenvolvimento Social), a equipe do CR também presenciava alguns ensaios de fugas: ao chegar em uma das cenas com um novo colete azul de Agente Comunitário de Saúde, um dos integrantes da equipe presenciou o ensaio de uma fuga em massa, o que não aconteceu devido ao reconhecimento, por parte das pessoas na cena, de seu rosto: “pensei que era o recolhimento” lhe falaram. O uniforme utilizado pelas equipes da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, responsável pela gestão da assistência social, é, também, um colete azul. Depois desse fato, o colete não foi mais utilizado pelo ACS.

A partir da prática de distribuição de insumos, o CR estabeleceu um fluxo de visitas às cenas, tendo como um dos objetivos encaminhar à clínica quem necessitava de cuidados. Apesar de bem recebidos nas cenas, rejeitavam-se a ida à clínica. Viu-se que mesmo com ferimentos, as pessoas preferiam não sair de sua rotina para ir à clínica. Por vezes, as pessoas usuárias relatavam um uso anestésico do crack (“uso o crack para parar a dor”), o que confere um outro *status* tanto ao uso do crack⁹ quanto à rejeição

⁹ A cocaína, princípio ativo presente no crack, está na origem de anestésicos locais. (DAGOGNET; PIGNARRE, 2005) A partir da síntese química da cocaína produzida pelos laboratórios *Merck*, torna-se possível a modificação da molécula e a produção de anestésicos como a novocaína e procaína. A lidocaína e a procainamida são utilizadas, também, “para estabilizar o ritmo anormal do coração.” (DAGOGNET; PIGNARRE, 2005, p. 91, tradução nossa) Ainda a partir da cocaína desenvolvem-se neurolépticos e substâncias para o “tratamento das ondas de calor” (DAGOGNET; PIGNARRE, 2005, p. 91, tradução nossa) da menopausa. Tal fato, menos do que se articular com uma essência farmacológica da substância, pode ajudar as pessoas interessadas nos problemas relativos ao uso do crack e de outras substâncias vislumbrar outras relações nas quais as práticas de uso são múltiplas. Nesse sentido, as relações de diversos grupos indígenas com as folhas de coca (BEYSEN, 2008), como também com o *Piarentsi* (COLARES, 2014), bebida fermentada produzida com mandioca, podem ajudar nesse sentido, já que apresentam também as relações pedagógicas – ou o que as plantas podem ensinar (HENMAN, 2008) – possíveis por meio do uso dessas substâncias.

da ida à clínica, que apressadamente poderia ser entendida como ato irracional derivado do uso da substância. Dessa maneira, menos do que buscar uma justificativa, era importante que a equipe se mantivesse aberta às possíveis consequências da não realização de tais procedimentos e a necessidade de ofertas de serviços em outros formatos, menos dependentes do deslocamento das pessoas até a unidade de saúde. A partir disso iniciou-se outra prática: os curativos em campo.

Tal prática não se caracterizava apenas por uma mudança do espaço no qual se dá o curativo (antes na unidade de saúde, agora no campo), mas uma mudança territorial, ou melhor, uma desterritorialização. Fala-se em território no sentido dado por Guattari,

[...] eu pensei que poderia ser útil distinguir, não opor, as noções de espaço e de território. Os territórios estariam ligados a uma ordem de subjetivação individual e coletiva e o espaço estando ligado mais às relações funcionais de toda espécie. O espaço funciona como uma referência extrínseca em relação aos objetos que ele contém. Ao passo que o território funciona em uma relação intrínseca com a subjetividade que o delimita. (GUATTARI, 1985, p.110)

Portanto, quebrar os protocolos relativos ao procedimento padrão de curativo não era apenas uma medida tomada em relação a um código extrínseco, mas uma mudança subjetiva na qual o modo de ser enfermeira(o) ou médica se desterritorializa. Não se está mais em um espaço limpo, fechado, com o material distribuído de forma organizada e as demandas controladas, assim como não se pode lidar apenas com os protocolos relativos aos procedimentos próprios a esse espaço. Nesse sentido,

não se pode ser mais a/o mesma/o enfermeira/o nem a/o mesma/o médica/o que constitui e é constituída por esse território que é a clínica. “Mas todo processo de desterritorialização, próprio de um território, coexiste com uma reterritorialização” (RIBEIRO, 2014, p.77-78), ou seja, a desterritorialização produzida por meio da abertura da equipe relativa ao encontro com as cenas e as pessoas nelas presentes, produz novas práticas, códigos e subjetividades, produz uma nova equipe no campo, uma reterritorialização. Nesse processo, somam-se às mochilas de insumos aquelas de materiais para curativos e remédios analgésicos e anti-inflamatórios. Com os curativos em campo, soma-se à apresentação e à aproximação, o vínculo – abertura para os fluxos de demandas das pessoas em relação ao serviço.

Além de sua função básica (facilitar o processo de cicatrização e impedir processos infecciosos), os curativos funcionavam (e funcionam) também no estabelecimento de vínculos entre a assistente social, a psicóloga e as pessoas usuárias do serviço, além daqueles estabelecidos entre estas últimas e a/o enfermeira/o e a/o médica/o por meio do procedimento em questão. A apresentação e a aproximação possibilitadas pela distribuição de insumos ainda não permitiam um contato mais duradouro por meio de uma conversa e/ou uma escuta mais qualificada. No momento em que as pessoas paravam para o procedimento de curativo, este funcionava como uma porta para a escuta da assistência social e da psicóloga. As formas de cuidar se entrelaçavam por meio da prática do curativo. Este vínculo possibilitou a multiplicação das demandas das pessoas usuárias do serviço e do estabelecimento de uma resolutividade particular à equipe de CR no campo¹⁰, assim

¹⁰ Resolutividade relacionada, por exemplo, à raridade dos casos de miíase (muito frequentes nesse início de trabalho) e das altas por cura nos tratamentos de tuberculose. Entende-se que, em relação a esse tratamento e seu fechamento, a redução de danos é uma chave. Os discursos do tipo: “a gente vai te ajudar, mas você tem que parar de

como estabeleceu um novo fluxo das pessoas usuárias para a clínica.¹¹

Um novo bloqueio se estabeleceu com a ação do Batalhão de Operações Policiais Especiais (BOPE), em outubro de 2012, e com a implementação da Unidade de Polícia Pacificadora em Manguinhos, inaugurada em janeiro de 2013¹². As cenas se pulverizam por diversos bairros/favelas. Tendo Manguinhos como território de atuação, a equipe ficou “sem chão”, literalmente.

Sendo as cenas próximas à clínica, era possível caminhar até elas e delas até a clínica. O que facilitava o tratamento de tuberculose, por exemplo, já que este é longo e com muita medicação. Essa pulverização deu início a um novo processo de desterritorialização-reterritorialização, compartilhado entre a equipe e as pessoas usuárias do serviço. O serviço passou a englobar toda a A.P. 3.1 e iniciou-se com o auxílio de um carro e a integração de um

usar drogas”, mais do que gerar um processo de abstinência, geram o abandono do tratamento. Há muitos relatos no quais, tendo sido informadas por médicas(os) que era necessário parar de usar crack para fazer o tratamento, as pessoas paravam de tomar o medicamento para fazer uso da substância, ou seja, seguiam a recomendação de não utilizar concomitantemente as substâncias. Ao informar que o importante é a manutenção do tratamento, sendo ideal a diminuição do uso da substância com o objetivo de se ter maior controle sobre a ingestão do medicamento, amplia-se a possibilidade de altas por cura.

¹¹ Importante ressaltar o fluxo de grávidas que são acompanhadas até a clínica ou por si só a visitam. Elas relatam que tinham receio de a equipe estar associada às ações do conselho tutelar, ou seja: “não estar ali para ajudar, mas para pegar os bebês e levar para o conselho tutelar”.

¹² São vários os relatos de abuso de autoridade da polícia em relação às pessoas usuárias do serviço. Cabe, em específico, expor o caso no qual, ao chegar em uma cena de atuação da equipe, esta foi surpreendida com uma ação da polícia que consistia em jogar spray de pimenta e destruir as estruturas feitas com tapumes, barbantes e sacos de plástico. Ao se aproximar, a equipe foi afastada com baforadas de spray de pimenta em sua direção, posteriores ao ato de um policial apontar o fuzil na direção do carro da equipe. Muitos dos ferimentos das pessoas atendidas pelo serviço provêm de ações da polícia, do tráfico ou de milícias.

motorista à equipe, um novo mapeamento: quatro áreas de concentração permaneceram em Manguinhos; seis novas áreas surgiram em Parque União e Nova Holanda; duas no Engenho da Rainha; e uma na Favela do Metrô-Mangueira. (ANTUNES, 2013)

A partir dessa modificação territorial, emergiram concentrações de pessoas em situação de rua caracterizadas como áreas de repouso e descanso sem ou com pouco uso de crack e outras substâncias, e formou-se uma grande cena de uso de crack e outras substâncias em Nova Holanda. A dois quarteirões de distância da Av. Brasil, essa cena compartilha com a de Manguinhos a média de pessoas, de 150 até 300, mas se diferenciava pelo fato de não contar com a venda da substância na própria cena, possuindo uma maior organização relativa aos espaços de repouso (“quartinhos”) e a inclusão de visitas a um restaurante popular próximo no cotidiano de algumas pessoas da cena. Como estavam presentes pessoas que já conheciam o trabalho da equipe, percebeu-se uma nova prática: a solicitação, por parte destas, para o atendimento de outras presentes na cena. Calculou-se que, em uma manhã de oito atendimentos em Nova Holanda, quatro ocorreram a partir desse tipo de solicitação. Um deles destacou-se entre os outros: Óclinho, que já conhecia o trabalho da equipe, direcionou-se a um agente comunitário de saúde e informou que “vários companheiros” tinham ataques epiléticos ali. Explicou que as pessoas sempre buscavam ajudar mas não sabiam como, contou que certas vezes colocavam álcool no rosto de quem estava sofrendo o ataque como forma de fazê-lo parar. Pediu, então, que alguém da equipe explicasse o que fazer nesses casos. Sugeriu que poderia falar com dona Vera, senhora com certa autoridade na cena, para chamar a atenção das pessoas para “a palestra”. O ACS informou a demanda à médica e à técnica de enfermagem, que logo se

prontificaram a atendê-la com a ajuda de Óclinho e dona Vera.

Estabeleceram-se, também, novos fluxos para a clínica: um relativo às pessoas usuárias que solicitam ou consentem a ida à clínica, sendo levadas e retornadas de carro à cena ou à concentração onde se encontravam; outro estabelecido pelos abrigos aos quais são encaminhadas as pessoas que solicitam à equipe do CR tal serviço. Além desses, os vínculos estabelecidos em campo ampliam o fluxo das visitas espontâneas à clínica por parte das pessoas usuárias.¹³ Esses fluxos fazem com que – de maneira diferente ao que ocorre na relação entre usuárias e outros serviços da ESF, no qual as primeiras devem se adaptar aos segundos –, quando uma pessoa usuária do CR chegue à clínica, o serviço que se adapte à pessoa usuária. Toda visita é um acontecimento singular que não se articula com um estado de coisas prévio, mas faz emergir uma nova forma de agir.¹⁴ Nesse sentido, a criação do trabalho do CR é permanente, processual. Talvez o que caracterize esse serviço seja o fato de que, para existir como tal, ele enfrente processos permanentes tanto de destruição de como se concebia quanto de criação de como se concebe.

¹³ Contabiliza-se, somando esses fluxos, de quinze a vinte atendimentos diários feitos pela equipe na clínica.

¹⁴ “O acontecimento não é de maneira nenhuma o estado de coisas, ele se atualiza num estado de coisas, num corpo, num vivido, mas ele tem uma parte sombria e secreta que não para de se subtrair ou de se acrescentar à sua atualização: contrariamente ao estado de coisas, ele não começa nem acaba, mas ganhou ou guardou o movimento infinito ao qual dá consistência.” (DELEUZE; GUATTARI, 2007, p.202)

O território e a rede

O CR lida com uma rede de serviços e circunscrições territoriais abstratas e normativas. Isto quer dizer que se estipula um organograma no qual o CR está posicionado em relação a outros serviços, posição esta que organiza o encaminhamento das pessoas usuárias pelos serviços de saúde. Por sua vez, o CR, assim como os serviços da ESF, tem sua atuação normal circunscrita a um território específico, nesse caso à Área Programática 3.1, que corresponde a uma das regiões administrativas do sistema de saúde do município do Rio de Janeiro. No entanto, muitas vezes, essas abstrações normativas não funcionam, tendo em vista que o CR lida com redes e territórios concretos.

Os vínculos estabelecidos entre equipe e pessoa usuária não se restringem ao pertencimento dessa última a um território específico. Mesmo que existam aquelas pessoas em situação de rua que mantêm uma relação territorial mais fixa, muitas daquelas atendidas pelo CR mantêm uma circulação muito intensa pela cidade. No caso do consultório na rua de Manguinhos, uma avenida separa seu território formal de atuação do território de outra equipe (CR Jacarezinho). Cabe um exemplo: diversos tratamentos de tuberculose se iniciaram em Nova Holanda, no entanto, a implementação da Unidade de Polícia Pacificadora na Maré modificou a configuração das cenas, fazendo com que muitas das pessoas que ainda faziam uso da medicação voltassem para as cenas de Manguinhos e do Jacarezinho, mantendo uma circulação intensa entre elas. Sendo assim, para se ater a certa norma abstrata, deve-se ignorar os vínculos concretos estabelecidos? Tende-se a uma resposta negativa a essa questão, já que o funcionamento do serviço se constitui por meio dos vínculos estabelecidos com as pessoas usuárias, e estes não

se desfazem com o rompimento das fronteiras territoriais abstratas. Essa tensão, mais do que constituir uma crise entre os serviços, pode ter como consequência novas estratégias de compartilhamento de casos e ações coletivas nas cenas e concentrações nos territórios.¹⁵

Por sua vez, a rede de serviços compartilha com o território essa tensão entre abstrato e concreto. Muitos bloqueios institucionais e/ou subjetivos impedem que essa rede abstrata de serviços funcione de forma ideal, como nos casos apresentados anteriormente.¹⁶ Sendo assim, se estabelece também uma rede humana entre as pessoas que trabalham nos serviços. Por exemplo: ao iniciar o uso da rede formal de serviços, o CR iniciou um fluxo de encaminhamento para um abrigo. Ao estarem abrigadas, essas pessoas deveriam ser atendidas pelo centro de saúde responsável pela área, o que não ocorreu. Dessa maneira, o CR manteve o atendimento às pessoas por ele encaminhadas ao abrigo. Posteriormente, além dessas, o serviço de abrigamento estabeleceu um novo fluxo para o atendimento pelo CR de pessoas a ele encaminhadas por outros serviços. Parece, então, que se tem uma rede pautada em dívidas, ou seja, em um processo de estabelecimento de dívidas por meio dos encaminhamentos atendidos (CR - Abrigo), uma dívida finita sanada com a restituição do atendimento a um encaminhamento (Abrigo - CR).¹⁷

¹⁵ Cabe pensar também acerca dos casos de pessoas anteriormente em situação de rua que se tornam domiciliadas.

¹⁶ Da rede formal, o Centro de Atendimento Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) da A.P. 3.1, recentemente inaugurado (11 de abril de 2014), era uma antiga demanda e uma importante inclusão nessa rede. A ausência desse serviço fomentou a criação de duas oficinas pela equipe do CR Manguinhos.

¹⁷ A esse respeito, cabem algumas palavras de Deleuze em diálogo com Claire Parnet: “[...] os etnólogos deveriam ler Nietzsche. Eles descobriram bem depois de Nietzsche que, nas sociedades primitivas, havia permutas de dívidas. Não funcionava tanto pela troca, como se pensava, mas por partes de dívidas: uma tribo tinha uma dívida para

Apontamentos finais

A existência dos CR tem o objetivo de facilitar o acesso ao serviço de saúde das pessoas em sabida situação de exclusão. (ANTUNES, 2013) Por vezes, corre-se o risco dessa existência servir como justificativa para outros serviços não atenderem certas pessoas que, para eles, se enquadram no perfil de usuárias do CR: pessoas em situação de rua e/ou que fazem uso de crack e outras substâncias. A ação de negar o atendimento por meio de bloqueios institucionais (“você precisa de carteira de identidade para ser atendido”) ou mesmo subjetivos (“você é de rua, não tenho a obrigação de lhe atender”, “você é usuária(o) de crack, não tenho a obrigação de lhe atender”), caracteriza-se como implicação direta de danos a essas vidas já atingidas negativamente de diferentes modos por diferentes agentes. Soma-se, assim, às ações da polícia, do tráfico e das milícias, essas daquelas(es) que negam atender ou atendem mal essas pessoas.

No entanto, cabe ressaltar que, restringi-las ao mero papel de vítimas é, por um lado, prestar uma homenagem indevida ao poder desses diferentes agentes e, por outro, negar os saberes, as práticas e as produções, ou seja, a vida dessas pessoas que habitam as ruas da cidade. (HOOKS, 1996) As situações de vitimização existem e precisam ser expostas, mas também é necessário conhecer a produção de vida que existe nesses territórios, por vezes, devastados.

com outra tribo, etc. Eram blocos de dívidas finitas: eles recebiam e devolviam. A diferença com a troca é que havia a realidade do tempo. Era uma restituição diferida. É importante! A dívida precede a troca. São questões filosóficas: a permuta, a dívida, a dívida que precede a troca. É um grande conceito filosófico. Digo filosófico porque Nietzsche disse antes dos etnólogos. Mas enquanto as dívidas têm este regime finito, o homem pode se libertar.” (DELEUZE, [1994?], p.42)

A criação do Consultório na Rua de Manguinhos não se restringe a certa data e local. Constitui-se como uma criação permanente que se dá a partir do encontro com essas vidas, encontro que só é possível quando, não apenas se busca afetar positivamente essas vidas, mas quando se deixa, também, por elas afetar.

Referências

1ª CONFERÊNCIA local de Saúde de Manguinhos: relatório final. Rio de Janeiro: [s.n], 2012. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_437045372.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2014.

ANTUNES, V.H. **Consultório na rua de Manguinhos: compartilhando experiências**. Brasília, 24 jul. 2013. Palestra ministrada no I SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE CONSULTÓRIOS NA RUA E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Rio_de_Janeiro_Valeska_Antunes.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2014.

BEYSEN, P.M.I.B. **Kitarentse**: pessoa, arte e estilo de vida Ashaninka do oeste amazônico. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp066203.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

COLARES, P. M. **Os Ashaninka do Rio Amônia e a Educação Diferenciada**: questões sobre o “resgate cultural” e a domesticação do mundo ocidental. 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

DAGOGNET, F.; PIGNARRE, P. **100 mots pour comprendre les médicaments**: comment on vous soigne. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, 2005.

DELEUZE, G. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Entrevistadora: Claire Parnet. [1994?]. Transcrição integral do vídeo. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 2008. v.2.

_____. **O que é a filosofia?**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2007.

GUATTARI, F. Espaço e poder: a criação de territórios na cidade. **Espaço & Debates**, São Paulo, v. 5, n. 16, p. 109-120, 1985.

HENMAN, A.R. A coca como planta mestra: reforma e nova ética. In: LABATE, B. C. et al. (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 369-381.

HOOKS, B. **Killing rage**: ending racism. New York: Henry Holt and Company, 1996.

RIBEIRO, V.M.L. **Deleuze-Guattari e a ressonância mútua entre filosofia e política**. 2014. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SAMPAIO, C. **Promoção da saúde**: a experiência da Equipe do Consultório na Rua CFVV – Clínica da Família Vitor Valla, Teias-Escola Manguinhos. In: SEMINÁRIO INOVAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM BALANÇO DO PROGRAMA TERRITÓRIO-ESCOLA MANGUINHOS, 2012, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_861901304.pptx>. Acesso em: 27 ago. 2014.



PARTE 2

APOIO E FORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A APOSTA NA FUNÇÃO APOIO FRENTE AOS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma quimera?

*Gustavo Tenório Cunha
Cristiane Pereira de Castro
Mônica Martins de Oliveira*

A gestão, as práticas clínicas e os desafios do SUS

O Sistema Único de Saúde é uma política pública e foi construída, em seu arcabouço jurídico, a partir da força de movimentos sociais dentro do processo de luta pela democratização do país. As definições presentes na Carta Magna e nas leis complementares (8.080/90 e 8.142/90) refletiram as correlações de forças e concepções dominantes no momento de cada formulação. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990a; 1990b) A realização (ou não) das aspirações do marco jurídico do SUS tem sido resultantes da atualização dos embates das forças sociais a cada instante, inclusive entre o sistema público e os diversos interesses privados da área de saúde.

Se muitas conquistas são inegáveis, como o direito à saúde, inscrito na Carta Magna, a ampliação do acesso ao atendimento, o aumento da rede assistencial, entre

outras, é preciso reconhecer que ainda temos grandes dificuldades. Entre os principais entraves destacam-se: o financiamento inadequado (MARQUES; MENDES, 2009, 2005) com privilégios para o setor privado (ABRASCO et al., 2014; BAHIA, 1999); as dificuldades com a qualidade e com a garantia do acesso na Atenção Primária; a baixa capacidade de articulação da gestão entre os entes federativos e; a constituição de redes assistenciais, entre outras. (CAMPOS, 2007b)

Na década de 1990, a partir das possibilidades apontadas no plano jurídico para o SUS, desenvolveu-se no campo da saúde coletiva uma produção teórica voltada para o campo da gestão e das práticas no SUS. A preocupação em articular a Atenção e a Gestão resultou em propostas como a Programação em Saúde (SCHRAIBER, 1993), a Vigilância à Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998) e a Defesa da Vida (CARVALHO, 2005; 2004; CAMPOS, 1991), com respectivos desdobramentos no cotidiano dos serviços de saúde até os dias de hoje.

O investimento teórico e prático no plano micropolítico, com enfoque nas relações de saber/poder – tanto dos profissionais de saúde com os usuários quanto dos profissionais de saúde entre si – caracterizou parte desta produção da saúde coletiva e do SUS. As propostas de Educação Permanente em Saúde, Educação Popular em Saúde, Cogestão, Clínica Ampliada e Compartilhada, Equipe de Referência, Apoio Matricial e Acolhimento são alguns exemplos deste esforço de pensar as possibilidades de transformação atreladas à construção do SUS. De uma forma geral, todas elas são propostas que dialogam com os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade, a participação social e a equidade. A Política Nacional de Humanização, que se inicia a partir do Ministério da Saúde, é um exemplo de política pública que

busca agregar parte desses esforços ao mesmo tempo em que se propõe a estar também fora do Estado, valorizando a ativação de movimentos sociais. (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

Podemos observar, portanto, uma dimensão da produção da saúde coletiva que busca a democratização das políticas de saúde (das práticas de saúde coletiva e individual) focalizando a relação entre Estado e serviços de saúde com os indivíduos. É outra dimensão dessa produção que busca a democratização das relações de trabalho nas organizações de saúde como condição e caminho para a qualificação das práticas. Neste sentido, podemos dizer que existe uma conexão entre essas produções e o que Foucault chama de lutas transversais. (FOUCAULT, 1995) Foucault formula uma tipologia para classificar os tipos de lutas que ele identifica: (1) lutas contra as várias formas de dominação (étnica, religiosa e social), (2) lutas contra a exploração que separa os indivíduos daquilo que eles produzem (“a mais valia”) e as lutas “transversais” ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, desse modo, aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão). Para Foucault, estas lutas sempre existiram e se interpenetram. Porém a mudança da sociedade de soberania para a sociedade disciplinar e agora para a sociedade de controle possibilita frequentemente uma relevância inusitada às lutas transversais:

[...] lutas que questionam o estatuto do indivíduo: por um lado valorizam o direito de ser diferente [...] e por outro lado, atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, quebra sua relação com os outros [...] e o liga a sua própria identidade de modo coercitivo. (FOUCAULT, 1995, p.234)

Na história do SUS podemos perceber a importância formuladora e aglutinadora de alguns movimentos como a Luta Antimanicomial, luta contra a Aids, a luta pela Humanização do Parto, entre outras. Quando a Saúde Coletiva aponta as relações de poder/saber nas práticas clínicas, na produção de conhecimento e na formação profissional, evidenciam-se as lutas transversais: homem x mulher, pai x filho, administrador x trabalhador, instituições de saúde mental x sociedade. Tudo isso misturado com a exploração do trabalho e as dominações religiosas. Essas lutas por democracia organizacional e por práticas de saúde menos coercitivas, que aproximam saúde e cidadania, resultam em um enfrentamento da sociedade disciplinar, com suas tecnologias de confinamento e exclusão. No entanto, o ponto central para o SUS na atualidade é que este enfrentamento tanto é feito por movimentos sociais como por forças produtivas do capitalismo, que vão se beneficiar de novas formas de exercício de poder. Nesta perspectiva, remete a uma situação comparável àquela vivida no século XVIII, em que a Revolução Industrial e as mudanças no capitalismo alimentavam transformações nas sociedades de soberania, engendrando o seu desaparecimento.

No Brasil, a Inglaterra, primeira potência industrial que tanto promovera e se beneficiara da escravidão dos povos negros, era “aliada” das lutas contra a escravidão. O Brasil foi pressionado pelo império britânico a abolir a escravidão e os vários movimentos de luta contra a escravidão se aproveitaram dessas forças (são desse tempo as famosas leis para “inglês ver”). No entanto, esta “aliança” sutil entre os atores sociais interessados em outro tipo de exploração do trabalho (assalariado) e, conseqüentemente, outro tipo de mercado consumidor com atores sociais interessados em outros mundos possíveis (ao menos sem escravidão dos povos negros), era pontual e de projetos extremamente diferentes. De fato, a libertação dos escravos não significou

a garantia de direitos sociais e tampouco inclusão social, assim como não impediu políticas declaradamente de extermínio dos povos negros (por exemplo, estímulo à imigração europeia para ocupar os postos de trabalho).

Na atualidade, da mesma forma, vivemos um momento de transformação nos modos de produção do capitalismo e nas formas de dominação e exploração. As mudanças no mundo do trabalho e das condições “necessárias” para maximização da exploração do trabalho no capitalismo mundial integrado abrem tanto novas possibilidades de luta quanto também novos riscos. (SOUZA; CUNHA, 2013)

Gilles Deleuze, comentando sobre a obra de Michel Foucault, observa que existe uma transição da sociedade disciplinar, com seus equipamentos de confinamento (prisão, fábrica, hospital, hospício e escola) para a sociedade de controle:

O que está sendo implantado às cegas são novos tipos de sanções, de educação e de tratamento. [...] Pode-se prever que a educação será cada vez menos um meio fechado, distinto do meio profissional – um outro meio fechado –, mas que os dois desaparecerão em favor de uma terrível formação permanente, de um controle contínuo se exercendo sobre o operário aluno, ou sobre o executivo universitário. [...] Na crise do Hospital, como meio de confinamento, é possível que a setorização, os hospitais dia, a atenção domiciliar puderam marcar, de início, novas liberdades. Mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não há lugar para o temor nem para a esperança, mas para buscar novas armas. (DELEUZE, 1992, p.216)

A progressiva diminuição das formas de controle das sociedades disciplinares não garante a superação de novas formas de controle, inclusive mais adequadas à exploração do trabalho no capitalismo, como aponta Cocco:

Por um lado, a execução virtuosa aparece como o máximo de atividade livre e criativa; por outro, temos uma prestação pessoal que indica os termos de uma nova escravidão. A clivagem entre estes dois polos não é sempre nítida. (COCCO, 2009, p.91)

Mesmo a relativa autonomia no trabalho e o investimento na capacidade criadora do *homem empresa de si mesmo* pode acirrar a exploração, parte do movimento capitalista compartilha da intenção de produzir *autonomia* e um tipo delimitado de *protagonismo empresarial*. Parte do movimento capitalista de acirrar a exploração do trabalho compartilha da intenção de produzir *autonomia* e um tipo delimitado de *protagonismo empresarial*.

Os limites estruturais do SUS e as transformações profundas tanto no capitalismo como nas condições ambientais configuram-se um desafio altamente complexo. Lutar contra a *escravidão* e garantir um SUS comprometido com as lutas transversais são ações tão importantes quanto lutar contra a exploração do trabalho e seus desdobramentos de estrangulamento dos direitos sociais e dos investimentos em políticas públicas sociais. Para que se possam inventar possibilidades de lutas combinadas em vários planos, é importante exercitar o olhar sobre os riscos e/ou limitações das propostas de atuação. Em relação às transformações nas práticas clínicas e gerenciais, podemos destacar dois pontos que consideramos fundamentais:

Primeiro: Existe o risco de abordar *apenas* individualmente (ou na pequena rede social do indivíduo)

problemas que têm determinantes sociais coletivos importantes. Se por um lado nos parece bastante óbvio que o cuidado das pessoas de uma comunidade frequentemente acometida por surtos de diarreia, causado pela inexistência de saneamento básico, não pode estar dissociado da abordagem dos determinantes sociais deste surto – inclusive sendo razoavelmente aceitável que o serviço de saúde deva informar a população e estimulá-la a compreender as causas, assim como lutar politicamente para eliminá-las –, não podemos dizer o mesmo das doenças crônicas e outros agravos de saúde.¹

Ocorre um processo de individualização e culpabilização das pessoas, quando se desconsidera, na prática clínica individual e coletiva, até mesmo o direito à informação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Por exemplo, ações de proteção e cuidado individual para uma pessoa vítima de ferimento por arma de fogo, por mais fundamental que seja – e por muito que tenham que ser melhoradas essas práticas – não poderia estar isolado de outras práticas que aumentassem a compreensão coletiva da gênese deste fenômeno, aumentando a chance de mudança ou criação de políticas públicas adequadas. Da mesma forma, os principais agravos de saúde e as causas de mortalidade que têm forte relação com as desigualdades sociais (UNICAMP, 2009) precisariam desdobrar-se em práticas de informação e articulação política que conectassem ações individuais e coletivas.²

¹ A despeito de estar presente na lei 8.080/90, Capítulo I, Artigo 5º, que trata dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS, a seguinte finalidade: “I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990a)

² É importante reafirmar que o contrário, ou seja, reconhecer e atuar apenas em função das possibilidades de luta por transformação dos determinantes sociais e estruturais, pode significar o abandono do compromisso com a defesa da vida real, em nome de uma vontade de ideal. Além disso, também significa tomar organizações e pessoas de

Em relação às práticas gerenciais, podemos perceber que o desejado protagonismo e engajamento dos profissionais também são capazes de produzir a legitimação da precariedade e do desinvestimento no SUS. É comum, por exemplo, que gestores busquem na estratégia do Acolhimento uma forma de aumentar o atendimento à demanda sem resolver problemas estruturais básicos das condições de trabalho (como o número de profissionais inadequados, retaguarda da rede assistencial deficiente, privilégios para corporações profissionais, entre outros). Não é incomum também que o apelo moral pela “defesa da vida dos usuários” (que pode levar a uma confusão entre direito e caridade, trabalho profissional com trabalho religioso) busque convocar os profissionais a ampliar seu atendimento de forma insustentável.³

Esta situação, quando se agrava de forma silenciosa, dificulta a luta política em defesa do SUS, na medida em que, ao não explicitar deficiências estruturais e suas causas, permite uma compreensão equivocada da população sobre a eficácia e qualidade daquele serviço de saúde, ou seja, um serviço de saúde cronicamente ruim costuma ter mais dificuldade para convocar defensores, mais ainda em um contexto de disputa com o setor privado. Também não

forma instrumental, desconsiderando a democracia organizacional e as lutas transversais de uma forma geral.

³ Evidentemente, consideramos que uma equipe mais resolutiva, mais protagonista e mais criativa tem melhores condições de *sobreviver* e de compreender seus problemas e determinantes, para se articular politicamente em busca de um apoio político. Uma equipe ou um serviço submetido a uma lógica de trabalho mais taylorista tem certamente muito menos possibilidades de lutar por transformações nas suas condições de trabalho, inclusive pela falta de legitimidade social que este tipo de trabalho produz. Mas este movimento de qualificação e posterior ampliação da compreensão e atuação política não são obrigatórios. Mais do que isso: certamente é o único caminho. Porém, desde que situações inaceitáveis nas condições de trabalho e na inadequação das ofertas do serviço por problemas estruturais sejam naturalizadas.

podemos desconsiderar o fato de que as dificuldades decorrentes de sobrecarga costumam jogar sobre os profissionais a responsabilidade, produzindo conflitos e reatividades, e isso dificulta a visualização dos interesses comuns que são fundamentais para instituir as parcerias políticas.

Segundo: Outro tipo de risco diz respeito à negação, mais ou menos inconsciente, da necessidade de enfrentamento dos limites estruturais do SUS. Como trata-se de problemas geralmente fora do alcance de cada um dos atores sociais (do movimento sanitário) e que requerem articulação macropolítica, é tendencialmente mais recompensador conformar-se com as condições estruturais e abordar problemas sobre os quais se tem mais poder de ação direta.

Sendo assim, temos um grande número de profissionais de saúde no SUS em contato direto e contínuo com uma parte significativa da população brasileira, mas não temos conseguido disputar a agenda política em direção a conquistas e transformações necessárias ao SUS. Da mesma forma, temos vivenciado dificuldades para formular e atuar no enfrentamento de forças sociais organizadas, como os grupos empresariais de medicamentos, equipamentos e serviços assistenciais privados de saúde. Somam-se a estes os grupos profissionais organizados em torno de interesses corporativos. Eles fazem lobby e atuam diretamente sobre os governos, sobre o poder legislativo, sobre os setores formadores de opinião (como a mídia e os “pesquisadores”), e também diretamente sobre os profissionais. Por outro lado, os gestores do sistema (dramaticamente rodziados nas três esferas de governo) são rotineiramente pautados pelo calendário eleitoral, o que tem induzido um foco prioritário sobre problemas mais imediatos. Frente a esse contexto, podemos considerar que seria estratégico

reconhecemos a conexão produtiva entre as duas faces, a do “macropolítico” e a do “micropolítico”, pois existe, teoricamente, uma complementaridade e sinergia entre as diversas abordagens políticas engajadas na defesa e construção do SUS.

Reflexões sobre a aposta na função Apoio e sua proposta de trabalho para o fortalecimento do SUS

Temos, em relação ao Apoio, um exemplo característico de uma proposta engajada na qualificação da gestão e das práticas clínicas que, no entanto, requer transformações mais estruturais para se efetivar de acordo com os objetivos para os quais foi formulado. O desafio, portanto, é conciliar a qualificação no uso micropolítico dessa proposta, com movimentos de transformação mais estrutural.

Trata-se de uma proposta formulada em íntima conexão com o Método Paidéia de cogestão. (CAMPOS, 2000) Ou seja, formulado em sintonia com a busca de uma sociedade mais democrática desde as suas organizações, que busca modificar as relações de poder/saber entre os profissionais e destes com os usuários, assim como permitir uma articulação da rede assistencial a partir de novos tipos de contratos e responsabilizações entre os profissionais dos serviços.

No entanto, o Apoio Institucional e Matricial tem sido incorporado em boa parte do país de forma mais funcionalista, dentro de organizações com práticas gerenciais prioritariamente nas lógicas burocrático-tayloristas e/ou gerencialistas, em um contexto que reforça a fragmentação da atenção e da gestão em vários níveis do SUS. Resulta daí que, em alguns casos, o Apoiador tem sido acusado pelas equipes de se restringir ao papel de ser um

“vendedor” de políticas ministeriais-estaduais-municipais e não como um articulador de redes/equipes que produzam aumento da capacidade de análise e intervenção. Todavia, se retomarmos o processo de concepção teórica do Apoio, veremos que a proposta sugere uma ação do Apoiador em diferentes esferas de maneira a articular política, gestão, pedagogia, saúde coletiva e clínica. Suas estratégias metodológicas buscam compreender e lidar com afetos, conhecimento e relações de poder. Da mesma forma, propõe a reforma das organizações de saúde com base na cogestão, ou seja, no estabelecimento deliberado de relações mais democráticas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder.

Dada essa contradição entre a proposta inicial do Apoio e a forma funcionalista e burocrática como tem sido aplicada nesses contextos em que reinam a lógica taylorista, emergem algumas questões: devemos desistir do Apoio? Devemos assumir o Apoio enquanto um termo esvaziado de sentido mesmo quando nem foi possível começar a implantá-lo devido a conjunturas pouco favoráveis? Insistimos que não. Continuamos a apostar no Apoio e em sua possibilidade de fomentar relações mais democráticas, desde que possa empreender uma autocrítica construtiva contínua que permita ao Apoiador lidar da melhor maneira com a organização burocrático-taylorista.

Indo além, apostamos no Apoio porque entendemos que seu principal objetivo é a indissociabilidade entre práticas de cuidados e gestão, e, sendo assim, apresenta grande potência de contribuir na construção de estratégias que aproximam as práticas às exigências das necessidades de saúde da população, além de auxiliar no processo de gestão e planejamento dos órgãos competentes com dados consistentes para a tomada de decisão no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para isso, não há formulas prontas

e estáticas. Apoio é uma Práxis⁴. É Práxis e não somente uma tecnologia ou uma ferramenta. É um método, com uma constelação de conceitos que podem ser combinados de várias maneiras conforme o objetivo e a especificidade do caso e/ou da situação. (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013) Entretanto, sua plasticidade não deve ser confundida com um *laissez faire*. Alguns compromissos devem ser mantidos: o compromisso com a construção de instituições e de relações de trabalho democráticas; o compromisso em colaborar para a distribuição do poder entre os diferentes atores envolvidos; o compromisso de aumentar o coeficiente de autonomia dos profissionais e dos usuários; o compromisso de lutar pelo fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS; o compromisso de romper com a fragmentação do cuidado; o compromisso de construir espaços para que se efetive o trabalho em cogestão e; o compromisso de se conectar/produzir movimentos sociais de luta aliados no enfrentamento dos desafios que estão além de cada equipe, de cada organização de saúde e mesmo além das políticas de saúde.

Esses compromissos servem como diretrizes, mas são bastantes gerais e podemos até dizer que são passíveis de serem sintetizados em uma recomendação: trabalhar com Rodas! No entanto, sabemos que essa não tem sido

uma tarefa muito fácil de ser realizada e a complexidade aumenta na medida em que sabemos que ela, via de regra, vem acompanhada de algumas questões importantes, tais como: “mas o que eu ponho nessa roda? Como fazê-la girar? O que devo fazer?” Também aqui certamente não cabem respostas prontas, mas não se trata de aprender a fazer mágica. Existem alguns referenciais e algumas perguntas-chave que apontam para núcleos de análise que podem ser bastante úteis.

Segundo Campos (2003), o termo Apoio procura não apenas comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos profissionais e usuários. Tampouco se aposta apenas nos recursos internos de cada equipe. O termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia, sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo.

Dito de outra forma, o Apoio pressupõe que se assuma uma postura interativa, tanto analítica quanto operacional. Sendo assim, queremos dizer que primeiramente o Apoiador precisa ousar estar na roda por inteiro, mesmo com medo, mas junto com os outros e não em oposição a eles. Trata-se aqui de poder construir empatia e poder se “mover internamente” entre se colocar no lugar do outro e se afastar o suficiente para poder vê-lo de outras perspectivas. Importante lembrar também que o Apoio não é uma proposta que busca suprimir outras funções gerenciais como a de coordenação, planejamento, direção; na verdade, ele busca um modo complementar para realizar estas funções, em particular altera a maneira de se realizar coordenação, planificação, supervisão e avaliação

⁴ O conceito de *práxis* adotado é baseado no texto de Campos (2011, p.3037) no qual o autor assume a posição sustentada por Marx na Ideologia Alemã e depois reelaborada por Castoriadis, quando este afirma: “Chamamos de práxis este fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos [...]. Existe na práxis um “por fazer”, mas esse por fazer é específico: é precisamente o desenvolvimento da autonomia [...]. A práxis não pode ser reduzida a um esquema de fins e de meios [...] a práxis jamais pode reduzir a escolha de sua maneira de operar a um simples cálculo [...] a práxis é, por certo, uma atividade consciente, só podendo existir na lucidez; mas ela é diferente da aplicação de um saber preliminar (não podendo justificar-se pela invocação de tal saber – o que não significa que ela não possa justificar-se)”. (CASTORIADIS, 1986, p.95)

do trabalho. Em geral, essas funções são exercidas com um importante grau de distância entre os responsáveis pela gestão e os operadores de atividades finais.

O Apoio pressupõe cogestão, isto é, negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos, planos, mas pressupõe também ajuda para que os agentes consigam cumprir os vários compromissos. Para isso, deve operar de modo a ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão organizando e gerindo os processos de trabalho, cumprindo tarefas. Implica pensar a constituição de redes de relações e de serviços de saúde, de organizações, de processos de trabalho interdisciplinares que operem em espaços dialógicos e participativos, ou seja, radicalizar a construção de cidadania e de sociedades democráticas.

Naqueles territórios em que o Apoio se caracteriza enquanto arranjos organizacionais, ou seja, enquanto lugares estruturais, que é quando a metodologia (função Apoio) é condensada e representada com cargos específicos, muitas vezes temos a figura do Apoiador Matricial e do Apoiador Institucional. Por isso, pode ser importante, em alguma medida, empreender uma análise sobre em que medida o Apoio Matricial e o Apoio Institucional convergem e em que medida se singularizam. Para isso, trazemos como possibilidade a utilização do referencial de campo e núcleo de conhecimento. O núcleo representa a face mais estruturada do conhecimento e dos papéis e é constituído pelo conjunto de conhecimentos e atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão, enquanto o campo possui configuração mutante e remete à interdisciplinaridade e a um conjunto eventual de conhecimentos e tarefas na qual uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência em determinados contextos. (CUNHA; CAMPOS, 2011; CAMPOS, 2007a; 2000)

Assim, poder-se-ia dizer que o núcleo do Apoio Matricial refere-se à clínica, e o do Apoio Institucional, à gestão. Isso não retira a clínica e a saúde coletiva da responsabilidade do Apoio Institucional e vice-versa, tampouco elimina a política e a gestão do Apoio Matricial. Um psicólogo que trabalha com o Apoio Matricial tem como núcleo a psicologia e as relações subjetivas, contribuindo para ampliar a abordagem, particularmente, na dimensão psicossocial de equipes com outra formação. Para que esse psicólogo consiga este objetivo, não há como desconhecer a discussão sobre modelo de atenção, gestão e política em saúde; ainda que esses temas não façam parte de seu campo de tarefas diretamente, já que não trabalha como as várias funções de gestão. Se este psicólogo estivesse em um cargo de Apoio Institucional, também continuaria com o núcleo da psicologia, mas assumiria em primazia o núcleo da gestão e da política.

Desse modo, é indispensável que o Apoio Matricial contribua de maneira incisiva na clínica, e o Apoio Institucional, na gestão. Obviamente, o escopo desses profissionais não deve se limitar ao núcleo do Apoio a que está associado, mas não pode se eximir deste que seria seu papel por excelência. Mas, independente do fato de se tratar do trabalho em Apoio Matricial ou do trabalho em Apoio Institucional, existem algumas questões-chave que suscitam núcleos de análise fundamentais para orientar o trabalho em Apoio, de um modo geral:

- a) Como se dá o trabalho em equipe?
- b) Há compartilhamento de objetivos?
- c) Como se lida com os conflitos que emergem?
- d) Todos os atores conseguem explicitar suas críticas? Como isso costuma ser feito? Como as críticas costumam ser recebidas?

- e) Como se dão as tomadas de decisão? Como são definidas as pautas?
- f) Quem participa das tomadas de decisão e da construção dos encaminhamentos/propostas?
- g) Como se dá a construção do vínculo entre Apoio/equipe de referência/usuários?
- h) Com quem se negocia? Como se dão as negociações?
- i) Como é pactuada a agenda do Apoio?
- j) Quais atividades junto à equipe e à população são propostas?
- k) Que relação existe entre as equipes de saúde e os outros equipamentos sociais – intersectorialidade?
- l) Como se está avaliando as ações realizadas?
- m) Costuma elaborar projetos terapêuticos? Em que situações? Quem os elabora? Como ele é construído? Como a equipe costuma acompanhar seu andamento? São reavaliados? Quando? Por quem?
- n) Como são realizadas as atividades em grupo?
- o) Há circulação da palavra? Há circulação de poder?
- p) Como se dá o processo de referência e contra-referência? Há articulação de rede?
- q) Que significado/sentido tem o seu trabalho para você? O que te levou a este trabalho? O que te mantém nele?
- r) O que te gera prazer/satisfação?
- s) O que te gera incômodo/sofrimento? Como você lida com isso?

E, nesse processo, é importante que o Apoiador possa refletir em que medida está contribuindo para o estabelecimento dos seguintes recursos:

- a) ampliar capacidade de lidar com o poder, com o saber e com o afeto;
- b) construir rodas para a análise do contexto e tomada de decisões;
- c) incluir relações de poder, saber e afeto, analisando-se como Apoiador e seu processo de Apoio;
- d) trazer a lógica da tríplice finalidade do trabalho (qualificar a ação institucional para o cumprimento de finalidades externas ao grupo – produzir valores de uso para os outros – para a defesa e reconstrução da própria organização e para assegurar o desenvolvimento e a realização pessoal e profissional do grupo apoiado);
- e) trabalhar com uma metodologia dialética que traga *ofertas externas* e que ao mesmo tempo valorize as *demandas do grupo*;
- f) ajudar a construir *objetos de investimento* e a compor compromissos e contratos;
- g) pensar e fazer junto, e não pelo outro;
- h) ampliar os espaços onde se aplica o Método Paidéia;
- i) autorizar os grupos a exercer a crítica generosa e a desejar mudanças;
- j) autorizar-se a ser agente direto e não somente Apoiador de equipes.

Assim, com base nas questões-chave e nos recursos que o Apoiador deve buscar desenvolver na sua prática junto às equipes, vale compartilhar alguns pontos essenciais que qualificam o desempenho da função Apoio. Claro que são apenas algumas reflexões que emergiram da vivência e das experimentações do “ser Apoiador” e não pretendemos sistematizá-las como único caminho possível, mas como um caminho que pode complementar novos aprendizados.

Alguns pontos essenciais para o Apoio não se transformar em quimera: ponto de partida

Para o Apoio acontecer, deve existir minimamente algum grau de investimento e de vontade institucional que proporcionem alguma abertura a mudanças, mesmo dentro de contextos diversos e complexos. No entanto, compreendemos que não existe momento certo para a entrada do Apoiador junto às equipes e que por isso não podemos esperar que todas as condições ideais sejam atingidas para implantarmos o Apoio a equipes. Claro que reconhecemos que a potência da instituição do Apoio dentro de uma equipe completa, sem falta de profissionais, traz maiores possibilidades e avanços mais rápidos. Contudo, não podemos limitar a presença do Apoiador apenas em equipes como essas. O desafio que envolve a fixação de profissionais, a alta rotatividade e a falta crônica de pessoal no SUS é um dado de conjuntura que o Apoio deve levar em consideração em seu trabalho e que pode ser empregado enquanto um importante analisador, sem perder de vista a luta para garantir a infraestrutura e o pessoal necessários.

Dito de outra forma, o Apoio deve levar em consideração a importância de fortalecer a micropolítica e as relações que decorrem disso, mas é essencial não desempenhar o Apoio apenas com foco nisso. É preciso trazer dados que envolvam a macropolítica – os desafios estruturais – pois isso qualifica sua atuação e torna possível a construção de contratos, sem deixar de levar em consideração o contexto. Quando analisamos o contexto e resolvemos apostar no Apoio, um bom ponto de partida é se (re)aproximar da teoria, conversar com colegas que já haviam estado em algum momento nessa função e analisar seus próprios desejos e interesses relacionados ao “estar” nesta função. Outro ponto importante é, nos primeiros contatos do Apoio junto às equipes de profissionais,

assumir uma postura mais observadora que pode facilitar a compreensão da ideia principal de cada profissional e usuário, intercalando-as, sempre que necessário, com suas próprias impressões e percepções.

Com o passar do tempo, o Apoiador pode se permitir arriscar, questionar, pontuar temas e estimular a fala dos diferentes profissionais da equipe, sempre atento para as reações do grupo às intervenções feitas: Quais foram as reações da equipe à intervenção oferecida pelo Apoiador? Vale lembrar também que desempenhar a função de Apoio é algo intenso, prazeroso, mas algumas vezes cansativo. A sensação de cansaço pode ser tão forte a ponto de gerar certa desmotivação. Tal desmotivação pode ser explicada pelo fato de que em algum grau esta função nos consome. Compreende-se que isso não é algo que se pode afirmar como bom ou ruim, pelo contrário, é apenas uma constatação que merece ser analisada sob vários ângulos.

Como primeiro ângulo de análise, ressalta-se que é extremamente desgastante desempenhar esta função sozinho. Deve-se considerar a possibilidade de trabalhar, sempre que possível, em dupla, compondo parceria com outro Apoiador para que haja corresponsabilização. Além de dividir a responsabilidade com outro Apoiador, não se pode perder de vista a necessidade do espaço de supervisão externa para a formação dos Apoiadores. Espaços para refletir sobre a prática, as angústias, tensões e demais temas emergentes no cotidiano de apoiar equipes de saúde fortalecendo seus processos de trabalho.

O Apoio e sua relação com as equipes

É de grande relevância compreender como se estabelece a relação entre Apoiador e equipe apoiada. O vínculo é um tema central quando se trata do Apoio.

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. Assim, a prática do Apoio à constituição de vínculo depende de movimentos tanto do Apoiador quanto da equipe. Do lado da equipe, somente constituir-se-á vínculo quando ela acreditar que o Apoiador poderá contribuir, de algum modo, para qualificar seu processo de trabalho. O vínculo começa quando dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando destes pedidos de socorro. (CAMPOS, 2003, p.53)

Algumas estratégias que podem ser utilizadas no cotidiano para facilitar o desenvolvimento de um bom vínculo são: definir claramente quantas equipes cada Apoiador irá se responsabilizar; ouvir as demandas da equipe em vez de chegar com ofertas prontas; combinar coletivamente as formas de acionar o Apoio e com quais finalidades; ter claro quais espaços da equipe serão compartilhados com o Apoiador e quais não serão. Da mesma forma, é importante garantir à equipe apoiada o direito de não querer⁵ a presença do Apoio constantemente, evitando impor o Apoio, mas ao contrário, construir o significado do Apoio a ser desenvolvido. Isso leva tempo, testa vários limites, porém nos permite construir ofertas singulares de Apoio.

⁵ A explicitação de expectativas e negativas de Apoio obviamente precisa ser tomada como um analisador das equipes, do Apoiador e das relações que estabelecem.

Outra questão que merece a atenção do Apoiador é o exercício de compreender a instituição onde está alocada a equipe apoiada em sua totalidade: seus rótulos, suas marcas históricas, os profissionais que trabalham nela. Mediante esta análise, deve-se procurar manter a capacidade crítica sem perder de vista a postura que a metodologia do Apoio nos aponta. Assim, um instrumento interessante que o Apoiador pode utilizar é a organização de um “prontuário” das equipes que apoia. Este documento deve conter uma introdução com a história daquela equipe enquanto grupo e sua inserção na rede de serviços do município, ou seja, há quanto tempo trabalham juntos, quais fragilidades apontam como principais, que trajetória essa equipe constitui dentro da rede, se sua atuação é mais protagonista ou mais resistente às mudanças, entre outros.

Posteriormente, o Apoiador poderá utilizar esse instrumento como uma oferta, uma forma de a equipe se reconhecer e também de reconhecer o Apoiador, podendo até mesmo se configurar enquanto um dispositivo para sistematizar a história já construída pelos profissionais e apontar quais novos rumos estão dispostos a trilhar. Igualmente, exercitar com o grupo a liberdade de criticar utilizando maneiras construtivas, bem como a sua capacidade de induzir mudanças nas práticas clínicas e de gestão, devem se configurar em uma prioridade porque podem apontar caminhos sobre como aprender a lidar com as divergências sem ter como foco a destruição do outro, ou seja, possibilita a vivência de espaços de cogerência e posturas mais democráticas. Outro conhecimento essencial no processo de “estar apoiando” uma equipe é desenhar com clareza o que se configura objeto de trabalho e investimento das equipes apoiadas. Ao contrário do que se imagina, o investimento não deve ser apenas o de sintetizar as diferentes ideias e conceitos, pois abriga em

si a complexidade, o que demanda atenção para que sejam mantidas as diferenciações dos sujeitos e instituições sem perder de vista que os espaços coletivos se organizam segundo a lógica da integração.

O que esperar quando a prática do Apoio às equipes começa a operar como dispositivo transformador

A experiência de desenvolver Apoio com equipes, adotando o Método Paidéia como referencial, tem como objetivo disparar transformações nas pessoas e nas instituições. Por isso, quando o Apoio consegue operar nesse sentido, é possível observarmos momentos de mudança (modificação de uma situação) e de ruptura (introdução de uma nova situação). Esses processos envolvem quatro movimentos básicos, que também podem servir como subsídios para balizar a prática do Apoio.

O primeiro é perceber que todos os profissionais enfrentam dificuldade para se abrir e sair da sua zona de conforto. Portanto, ao apostar na metodologia do Apoio, não se pode perder de vista que a mudança não é uma finalidade, mas um meio de efetivar novas práticas de saúde. Sendo assim, cabe aos Apoiadores orientá-los neste percurso, pois é difícil para os profissionais construírem uma nova lógica de trabalho, visto que isso está diretamente ligado à sua identidade.

Já o segundo movimento pode ser descrito da seguinte forma: toda e qualquer mudança, por menor que for, gera reações positivas e negativas. Assim, mais uma vez, cabe ao Apoiador compreender, experimentar e compartilhar com os profissionais cada novo posicionamento, visto que, segundo o Método Paidéia, sem Apoio é difícil para o coletivo avançar. O terceiro remete ao fato de cada equipe

apresentar funcionamentos conscientes e inconscientes, além de necessidades bastante singulares. Por isso, a flexibilidade é característica fundamental para o Apoiador, pois, dessa maneira, torna-se mais fácil identificar a demanda, a encomenda e o pedido que os profissionais sinalizam.

Por fim, o último movimento sinaliza que cabe ao Apoiador a responsabilidade de sempre buscar a autonomia do grupo apoiado. Para o método do Apoio, a autonomia não significa independência ou descompromisso absoluto; pelo contrário, a ampliação da autonomia depende da capacidade do sujeito em reconhecer e lidar com a rede de dependência na qual estão todos inevitavelmente mergulhados. (CAMPOS, 2010)

Uma estratégia interessante para suscitar os processos transformadores e emancipadores é, sempre que possível, problematizar questões práticas que envolvam o conceito de autonomia dos usuários e da própria equipe, pois dessa forma fica mais fácil avançar na reflexão sobre a concepção que cada um dos profissionais têm sobre autonomia. Segundo Onocko e Campos (2007), as práticas de saúde podem ser desenvolvidas sobre as pessoas e comunidades ou junto com as pessoas e comunidades. É necessário criar um movimento para escapar das receitas prontas e, assim, interromper essa visão estereotipada sobre nós e os outros, e que tendemos a reproduzir quando pensamos sobre o Apoio e a Equipe de Referência, na qual sempre são os outros que têm de mudar, aprender ou incorporar.

Portanto, o Apoio precisa se situar enquanto um fio condutor e não como professores, buscando sempre contribuir para a reflexão sobre como desenvolver maiores coeficientes de autonomia para os profissionais e usuários. Importa também buscar estimular um movimento que coloque o grupo no trilho de suas próprias mudanças,

partindo do princípio de que, para mudar, deve-se estar aberto a todas as perguntas, a sonhar, a apostar e a fazer diferente, criando novas possibilidades e desenhando uma função de Clínica Ampliada que pode ser compreendida como uma função ética e articuladora.

Por fim, vale destacar que, ao se assumir o papel de apoiar um coletivo organizado, buscando ampliar a capacidade de compreensão, reflexão e intervenção do grupo, deve-se sempre ser precedido por uma escolha, que geralmente é permeada por duas questões: A primeira é que se deve ter em mente que o Apoio é uma prática que inevitavelmente deve trabalhar para revelar aspectos muitas vezes pouco claros para as equipes e isso implicará lidar com gradientes diferentes de poder, uma multiplicidade de afetos e saberes.

A segunda questão, ligada à primeira, diz respeito à importância de vivenciar um processo de abertura para a mudança de si mesmo, visto que sem isso não é possível apoiar, entender e incentivar a mudança do outro. É claro que é inviável apagar nossa história, vivência e conhecimento, mas faz-se necessário um exercício constante de experimentar as novidades que se abrem ao adentrar no universo do “Apoiador”.

Dito de outra forma, assumir a função de Apoio significa escolher ativamente repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho em saúde, sobre como afetamos o outro e como somos afetados. Fazer apoio significa escolher viver em um constante movimento de aprender e desaprender, avançar e recuar. Ou seja, significa escolher entrar em um processo de mudança interativo e singular. E, neste sentido, importa menos saber se a mudança foi eficaz ou nociva, pois o que realmente torna o processo relevante é o fato de poder assumir uma nova

postura e consequentemente nos reposicionarmos perante os outros e nós mesmos, ao mesmo tempo em que co-construímos novas práticas para enfrentar os desafios do SUS.

Considerações finais

O presente texto buscou registrar algumas reflexões sobre o Apoio e os motivos que nos levam apostar nele enquanto algo potente na lógica de fortalecimento do SUS. Compreendemos que os desafios do SUS não são poucos e devem ser enfrentados no cotidiano de forma coletiva por meio de lutas sociais. Dessa forma, este texto foi construído buscando conectar a teoria e a prática do Apoio propondo construir algum conhecimento, partindo da história vivenciada pelo SUS e por profissionais de saúde que estão apostando no Apoio. Profissionais sujeitos, imersos em seu contexto de vida. Motivados pelo desejo de mudanças ou frustrados por aquelas que não acontecem. Comprometidos com diferentes tipos de interesses, a partir de projetos pessoais ou coletivos. Crentes em saberes e valores, ou carregados de dúvidas e inseguros a respeito do futuro.

Todas as discussões aqui apresentadas não têm o objetivo de polarizar o Apoio em relação a outros dispositivos que têm sido criados no ensejo da busca pelo fortalecimento do SUS e tampouco pretendeu tolher os diferentes modos como o Apoio tem conseguido ser implantado em todo o território nacional. Toda construção local remete às possibilidades do Apoio de se transformar para se adequar à realidade local e merecem ser respeitadas. O que pretendemos foi apresentar alguns dos “problemas da solução” Apoio. Compreendemos que

parte desses problemas são comuns a outros arranjos e dispositivos, e parte são específicos à proposta. Também buscamos destacar que a proposta de Apoio surgiu a partir de uma crítica do modo de gestão predominante (ou racionalidade gerencial hegemônica), o que significa dizer que a potencialidade do Apoio é muito menor quando se configura um distanciamento dessa dimensão crítica. Por isso buscamos destacar quais singularidades e diretrizes da proposta podem ser utilizadas para situar o “Apoiador” em seu trabalho. Da mesma forma, buscamos discorrer sobre os motivos que nos levam a acreditar efetivamente no Apoio enquanto uma aposta possível e útil para o SUS e não apenas uma quimera que se tornou um mantra. Entretanto, sabemos que não é possível mudar os rumos do SUS municipal, estadual ou nacional somente pela proposta do Apoio. É preciso construir uma agenda do SUS nas discussões das políticas públicas. Para isso, precisamos compor projetos comuns na diferença; criar possibilidades para além dos limites administrativo-financeiros; abrir rodas de discussão com os sindicatos, trabalhadores, movimentos sociais, usuários, gestores, universidades e construir um movimento ético-político para produção de uma saúde melhor para toda a sociedade.

Referências

ABRASCO et al. **Considerações realizadas pelas entidades integrantes do movimento da reforma sanitária brasileira ao Seminário de Saúde do Brasil da Folha de São Paulo realizado em 26 e 27 de março de 2014**. [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/consideracoes-realizadas-pelas-entidades-integrantes-do-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-ao>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1999.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.561-571, 2005.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990a.

_____. Lei n. 8.142 de 27 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 28 dez. 1990b.

CAMPOS, G.W.S. Campo e núcleo de conhecimentos e de responsabilidade. In: _____. **Memórias de um médico sanitário que virou professor enquanto escrevia sobre**. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 117–118.

_____. Efeito paidéia e humanização em Saúde: cogestão e não violência como postura existencial e política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília: Ministério da Saúde. 2010. v.2. p.129-141.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007b.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e formação Paidéia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

ONOCKO, R.T.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.669-688.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.669-678, 2004.

_____. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.

COCCO, G. **Mundo Braz**: o devir-Brasil do mundo, e o devir-mundo do Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2009.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde & sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, out./dez. 2011.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992. p. 216-226.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-278.

MARQUES, R.M., MENDES, Á. O SUS *versus* as diretrizes da política econômica. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 55-81, jul./dez. 2009.

_____. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1 (24), p. 159-175, jan./jun.2005.

SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SOUZA, T.P.; CUNHA, G.T. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, dez. 2013.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, 1998.

UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde. Tendência da desigualdade social na mortalidade. **Mortalidade em Campinas**. Campinas, Boletim n. 44, jan./jul. 2009. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/boletim_mortalidade_44.pdf>. Acesso em: 08 set. 2014.

DO CÍRCULO DE CONVERSA À REDE DE CONVERSÇÕES: a articulação de coletivos organizados para a produção em saúde

Ana Paula de Lima

Introdução

Com o presente texto, buscamos construir narratividade para a experimentação de um coletivo de trabalhadores da saúde, sobre sua aposta em operar na dimensão de análise do processo de trabalho e de suas ações no plano micropolítico. Teixeira (2004) destaca que projetos políticos só ganham plenamente sentido quando se atualizam no plano micropolítico, plano onde efetivamente se realizam as formas de vida concreta das pessoas, aquele em que se forjam suas expectativas e seus valores. É nesse plano que, em última instância, são conformadas escolhas e adesões voluntárias de trabalhadores a projetos políticos do trabalho. (TEIXEIRA, 2004)

Tomamos como central o “Método da Roda”¹, que

¹ O método da roda adota como diretriz metodológica a instalação de espaços coletivos, entendendo-os como arranjos concretos em determinado espaço-tempo nas organizações, em que se analisam problemas e se tomam posições frente a estes.

busca a ampliação da democracia institucional sustentada na concepção de gestão como tarefa coletiva. Onde a organização dos processos de trabalho para produção de valores de uso é ampliada a uma nova função nomeada como Paidéia que incorpora a constituição de indivíduos e coletivos em coprodução de si e do seu trabalho. Para o autor, “coletivos organizados para a produção”, que pode ser “todos os agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas.” (CAMPOS, 2000, p.35-36)

Ativar coletivos organizados para a produção é ativar “rodas que giram vida, políticas e existências”, como dizia a chamada do 11º Congresso Internacional da Rede Unida²: análise do fazer em saúde e nossas práticas, encontros, singularização e produção de *comum*³. Roda como movimento, reconhecimento de que o mundo está em constante transformação, onde a reprodução do instituído co-habita com a produção do inédito. A aposta na constituição de Coletivos Organizados para a Produção requer e constitui capacidade de análise sobre processos de trabalho, nós mesmos e a política em que nos inserimos, assim como a gestão do coletivo que produzimos – é lançá-los no olho do furacão – movimento de desterritorialização e reterritorialização. Ceccim (2005) chega a sugerir que “onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde”, desafiando às práticas formativas e de educação permanente que abandonem a versão “RH” para tomar a produção de coletivos e a

² O título do 11º Congresso Internacional da Rede Unida, realizado em Fortaleza de 10 à 13 de abril de 2014, foi *Rodas que Giram Vida, Políticas e Existências*.

³ A produção de comum se refere à constituição de uma “zona de comunidade”, convergência de interesses e sua ativação de pensamento, ponto em que ativa novidades sobre pensamentos prévios e mobiliza “singularizações” inéditas.

produção de subjetividade como processos abertos na constituição ativa do trabalho.

Gestão e formação para produção do cuidado; um arranjo desafiador

A narratividade anunciada porta a trajetória de um coletivo organizado para produção instituído inicialmente como Comissão de Implantação de Apoio Matricial e Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (NASF), na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre (SMS). É importante destacar que o início desse processo está na mobilização de um grupo de trabalhadores conformado como Grupo de Trabalho (GT) de Matriciamento⁴ na Secretaria e que vinha discutindo as práticas de apoio matricial existentes na rede de saúde. Essa discussão culminou na realização de um Seminário de Apoio Matricial e Atenção Primária em novembro de 2010. A partir desse momento, iniciou-se a constituição da Comissão de Implantação de Apoio Matricial e Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica. O acúmulo de dois anos de trabalho desse grupo se destinava à área de saúde mental e apontou para a necessidade de ampliar essa discussão dentro da Secretaria, para além da saúde mental, produzindo experiências com a rede de atenção primária em diferentes territórios da cidade. Avaliou-se como essencial

⁴ Em 2009, a partir de uma discussão sobre o plano de saúde mental vigente e da ausência de fóruns de participação dos trabalhadores dessa área, a coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde propôs a criação de quatro Grupos de Trabalho, constituídos por trabalhadores (representantes dos diferentes Distritos de Saúde da cidade), com objetivo de realizar uma análise de situação a partir das práticas, a fim de auxiliar na produção de proposições nas temáticas de Infância e Adolescência; Álcool e Drogas; Adulto; e Formação e Interconsulta (que evoluiu para o GT de Matriciamento). Cada um desses Grupos teve diferentes evoluções e contribuições.

envolver a Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde (CGRAPS), para intensificar os acúmulos desse trabalho e as vivências desenvolvidas, fortalecendo sua dimensão nas diretrizes de gestão e, também, nas metas do Plano Municipal de Saúde 2010/2013 de ampliação do apoio matricial e criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica (NASF) para a cidade. Em 2011, a partir desse compromisso, apostou-se num arranjo que tivesse legitimidade institucional necessária para desencadear o processo de colocar na agenda da política de saúde o apoio matricial como diretriz de gestão. Esse coletivo foi nomeado como Comissão de Apoio Matricial e NASF e resultou na composição de um grupo ampliado, constituído por três trabalhadores das redes de saúde de cada Gerência Distrital, indicados pelas mesmas como representantes da rede especializada (saúde mental), atenção básica e gestão local, representante do Conselho Municipal de Saúde e representante da Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária, com uma coordenação colegiada⁵. Os objetivos visavam à construção de diretrizes para a implantação e acompanhamento do apoio matricial e à formação dos NASF, tomando como estratégia o próprio Apoio como dispositivo de ativação de processos em seus territórios.

Para dar conta dessa tarefa, a Comissão buscou parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (Professora Simone Mainieri Paulon), e em Educação (Professor Ricardo Burg Ceccim), criando um projeto de coordenação conjunta⁶, que

⁵ Coordenação colegiada composta por dois representantes dos trabalhadores e dois da gestão, (respectivamente: Adriane Silva, psicóloga; Ana Paula de Lima, psicóloga; Christiane Nunes de Freitas, coordenadora da CGRAPs e Marisa Martins Altamirano, assessora da Gerência Leste/Nordeste).

⁶ Coordenação conjunta dos Professores Ricardo Burg Ceccim e Simone

iniciou como uma atividade de extensão que buscava dar conta de ampliar a caixa de ferramentas desse grupo, bem como construir um plano comum teórico que sustentasse o desencadeamento dessas tarefas a partir da construção de uma análise de cenário dos distritos e da cidade. A partir dessa aposta, fomos inventando coletivamente um desenho, onde a articulação teórico-prática operasse conceitos-força, como gestão do trabalho, formação, micropolítica do cuidado, trabalho vivo, campo e núcleo de conhecimentos e práticas, modelagens tecnoassistenciais, educação permanente em saúde e redes de atenção/linhas de cuidado, na indissociabilidade entre atenção e gestão. Esta era nossa Caixa de Ferramentas⁷ para colocar em análise os processos de trabalho e as ações no plano micropolítico, em articulação com as necessidades sociais dos usuários.

Constituiu-se um processo de formação-intervenção: um processo de apoio institucional da Universidade, construindo e envolvendo profissionais como atores sociais de condução de uma política de saúde, tomando em consideração as contribuições da pesquisa-ação crítico-colaborativa e da análise institucional, sob o constructo teórico da Educação Permanente em Saúde. Esse espaço coletivo possibilitou ao grupo colocar em análise o papel do apoio, o/s modelo/s tecnoassistencial/ais levado/s a efeito na saúde municipal e o desenho das demandas e encomendas que podiam advir da construção do apoio matricial. Identificou-se, a partir dessa análise, entraves e lacunas para a efetiva implantação de uma atuação em rede, orientada pela construção de respostas qualificadas e comprometidas com as necessidades sociais em saúde.

Mainieri Paulon com Adriane Silva, Ana Paula de Lima e Marisa Martins Altamirano.

⁷ A “Caixa de Ferramentas” é uma metáfora elucidativa da reunião de saberes que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam na operação de práticas de transformação nas realidades. Não se trata do conceito “caixa de ferramentas” em Foucault, Deleuze e Guattari.

Apontamos que a corroboração de elementos comuns dessa análise com as proposições da Conferência Municipal de Saúde legitimava e validava esse processo nos diferentes territórios e na cidade, culminando com a indicação da implantação da diretriz de apoio matricial e dos NASF como uma das prioridades, dentro do eixo Acesso e Acolhimento com Qualidade. Elaboramos uma matriz de análise de cenário que indicasse caminhos de superação dos desafios encontrados, apontando as potencialidades existentes e recomendações. Num primeiro momento, partiu-se de uma análise de contexto local-regional de saúde, com foco inicial em cada uma das Gerências Distritais⁸, desenvolvida a partir dos apoiadores e gestores locais, e ampliada por meio do compartilhamento das diferentes realidades distritais, resultando na construção coletiva de uma “Matriz Ampliada” de análise de cenário de saúde da cidade. O compartilhamento em rodas nos territórios, na discussão sobre a matriz ampliada e indicação das prioridades a partir das necessidades de saúde locais desses atores, para a composição e organização de NASF e do apoio matricial, foi um exercício complexo e potente de envolvimento e responsabilização de formação e gestão do trabalho⁹. As respostas a esses desafios ficaram vinculadas à capacidade de mobilização coletiva e envolvimento dos trabalhadores e gestores no encontro com os usuários, a partir da (re)criação de modelagens de cuidado que se aproximassem dos territórios vivos em saúde.

Em 2012, desencadeamos a ampliação desse processo de formação-intervenção buscando envolver diretamente

⁸ Porto Alegre contava, na época, com oito Gerências Distritais, cada qual representando Dois Distritos de Saúde, conforme a organização geográfica e política da cidade.

⁹ Seminários nas oito gerências distritais de saúde da cidade envolvendo representantes de todas as unidades de saúde de atenção primária (USF e UBS) da gerência, apoiadores do território (da comissão) e conselhos distritais de saúde.

na discussão do apoio, os trabalhadores das redes territoriais por Distrito de Saúde, com o objetivo de interferir e ativar um campo comunicacional dos serviços especializados com aqueles de atenção primária. O desafio era trazer para a roda os atores envolvidos com o cuidado, não só a gestão, para colocarmos em análise os processos de trabalho e as práticas, que apareceram como fragmentárias - com uma lógica do encaminhamento e da desresponsabilização -, onde os encontros são pautados centralmente em dar lugar às demandas tidas como complexas pelas unidades de saúde dos territórios (que se viam como sobrecarregadas e sem apoio), expressando um movimento de apoio e restauração de laços sociais em uma “rede de trabalho afetivo”, como colocado por Teixeira (2004). A ideia era colocar na roda os encontros entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e usuários, ativando mecanismos de formação em ato (educação permanente em saúde), intercessora e instituinte de trabalho vivo na produção do cuidado. (MERHY, 2002)

Entendemos que aí se colocava uma demanda a ser trabalhada a partir do apoio, mas nos deparamos com uma questão que sempre esteve presente nesse processo: até onde poderíamos ativar os coletivos em relação à discussão dos modos de atenção/gestão vigentes e sustentar o processo, sem ter conseguido constituir claramente um espaço colegiado gestor? Entendíamos que a Comissão, muitas vezes, ocupava esse lugar, que recorrentemente gerava impasses acerca do lugar do Apoio. Buscávamos recolocar na roda o campo de lutas da saúde coletiva em defesa do SUS, explicitando os impasses de diferentes ordens - financiamento, modelo gerencial, organização e constituição das redes entre outros - como analisadores que atravessam todo o cenário do campo das Políticas em Saúde em disputa, para ampliar a capacidade de autoanálise e autogestão na medida em que pudessem produzir interferência nos sujeitos e coletivos organizados.

Sem desconsiderar a complexidade desse “campo de lutas” mas, ao contrário, tomando-o como essência que habita o trabalho em saúde, produzir visibilidade, dar voz a esse contexto e enfrentar as armadilhas de sujeição e subjetivação que sustentam as formas de dominação disciplinares e de controle da vida. Nesse paradoxo entre o movimento de contágio e resistência, apostamos em ocupar os espaços-brecha, assumindo o reencantamento do concreto e o reencantamento pelos ideários do SUS, como desafio de transformação de nós mesmos na criação de espaços coletivos – habitando o cotidiano das tensões. Esse período também era um tempo em que boa parte da rede de atenção primária da cidade passava por um momento significativo de desestabilização, em função da precariedade dos vínculos de contratação. Depois de várias mudanças no decorrer dos últimos oito anos, em 2011, o Gestor apresentara, como resposta a essa instabilidade, a criação de uma fundação pública de direito privado, denominada Instituto Municipal da Estratégia Saúde da Família¹⁰ (IMESF), o que gerou um processo de tensionamento e disputa entre os trabalhadores, gestão e controle social, pois, apesar da posição contrária à criação do Instituto pelo Conselho Municipal de Saúde, este foi levado a cabo pela gestão com apoio político da Câmara de Vereadores.

As equipes de saúde da família estavam em pleno processo de mudança, se desconstituindo e recompondo em função das saídas e entradas de trabalhadores a partir de processo seletivo para regularização da situação de contratação. O espaço criado para constituir essas rodas de conversa e possibilitar a ampliação comunicacional por meio da experimentação do apoio à rede de conversações

¹⁰ Fundação Pública de direito privado criado a partir de Lei Municipal nº 11.062, de 6 de abril de 2011 e regulamentado através de Decreto 17.131 de 1 de julho de 2011.

provocaram deslocamentos e aproximações, produzindo ativos encontros entre atores. A partir dos indicativos da matriz construída como “situação-figura” da rede própria do Município (não incluindo os componentes conveniados), estes elementos serviram como guias de navegação para desdobrar outras conversas sobre os fazeres em saúde daqueles sujeitos, de suas equipes e das redes que habitavam.

Na experiência de apoio com a atenção primária desses distritos, buscamos um esforço em colocar em análise nossos processos de trabalho vigentes e problematizá-los, buscando romper com a lógica dos *especialismos*, que coloca no profissional especialista um conhecimento “superior” ao da atenção primária, como se a complexidade das situações de saúde-doença estivessem atreladas à organização dos serviços de saúde, ainda organizados na lógica hierarquizada, sustentando o modelo da clínica médica moderna. Pensado inicialmente com um formato semelhante à formação-intervenção, iniciamos com a identificação de trabalhadores que tivessem interesse na discussão do apoio como tecnologia de cuidado e outros que já participassem no seu processo de trabalho de alguma ação de apoio identificada no território no qual estivessem vinculados. Nessas rodas participariam trabalhadores de todos os Distritos de Saúde da cidade, numa aproximação e conexão pela diferença para a produção de um comum, redes afetivas de trabalho como propõe Teixeira (2003). Colocávamos em análise permanente nesse percurso coletivo o movimento não só de inclusão dos sujeitos, mas também das equipes operando na negociação entre os fixos como componentes da rede, dando passagem aos fluxos que se produziam a partir dos encontros.

A formação para a área da saúde, como colocam Ceccim e Feuerwerker (2004) “deveria ter como objetivos

a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho”, esse era um suposto da formação-intervenção. Os autores sugerem a necessidade de estruturar a formação “a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.43)

A experimentação nos colocou num campo de tensão, um lugar “entre” ou um “não-lugar”, estávamos realizando a gestão, sem representar o gestor municipal, realizávamos a gestão como coletivo organizado de produção apoiador de coletivos organizados de produção. Colocávamos em questão nossos especialismos para produzir linhas de fuga e produzir trabalho vivo, simultaneamente conectados com nossos lugares institucionais no trabalho, mas experimentando outras possibilidades. Trilhamos o caminho da intervenção/interferência, do transformar para conhecer. Esse seria um deslocamento essencial do método que incluía os desvios, as perturbações, os conflitos, num investimento de produção de “comum” entre os diferentes. Estávamos operando a gestão do nosso trabalho, tornando o fazer um ato coletivo e implicado. Assim, ao discutir o coletivo e o trabalho em saúde, nos propúnhamos a pensar os dispositivos produtores de uma rede de cuidados, na perspectiva da autonomia e protagonismo dos atores envolvidos, reposicionando os lugares instituídos. Ao colocar os usuários, representados pelo Conselho Municipal de Saúde, os trabalhadores e os gestores como mediadores desse processo de formação-intervenção, vivenciamos os impasses e potências do exercício da inclusão. Seguimos o percurso durante o ano de 2012 tomando como tarefa desse grupo de apoio ampliar a compreensão desse cenário¹¹, colocando como plano de análise os processos

¹¹ A estratégia utilizada foi replicar a formação-intervenção da comissão

de subjetivação a partir das relações de poder e o plano da micropolítica.

Apoiando as práticas na micropolítica do cuidado

No caso de Porto Alegre, vimos um esforço em articular componentes estratégicos da Política Nacional de Humanização com a gestão da atenção primária da cidade, aproximação que colocava em disputa os modos de gestão e atenção, num esforço de negociação e mediação que buscava a ampliação da democracia por meio da cogestão. Apostamos no componente de transversalidade da Política Nacional de Humanização para apoiar a Política Nacional de Atenção Básica no enfrentamento de um compartilhado - a produção de mudanças nos modos de gerir e de cuidar em saúde.

Tomando o Apoio como dispositivo de ampliação do cuidado em saúde e como método para colocar em análise os processos de trabalho, proponho fazer uma aproximação entre este conceito com o de tecnologia em saúde (MERHY, 2002), como aposta na produção de processos de subjetivação que potencializem o trabalho vivo em linhas de produção de cuidado. Campos (1998), em *O Anti-Taylor*, inaugura o conceito embrionário de apoio e propõe um novo arranjo na reorganização dos processos de trabalho em saúde por Unidades de Produção e coletivos organizados para a produção, como aposta na superação da lógica gerencialista hegemônica, buscando ampliar a democracia institucional. O desafio posto à problemática do lugar do apoio vai além da definição de um arranjo organizacional

para a rede tomando como eixo um curso coordenado em parceria como extensão com a UFRGS (EduSaúde), nomeado como *O Apoio como dispositivo de cuidado em saúde*, focando nas equipes de referência da Atenção Primária e equipes de apoio matricial.

para a sua prática. Trata-se da constituição de um processo permanente de sustentação de posicionamentos institucionais que articulem práticas, valores e princípios coerentes com processos de democratização institucional. Também vínhamos lançando mão dessa articulação entre apoio matricial como tecnologia de cuidado a partir das pistas no percurso da nossa experiência de Apoio com esses Coletivos - equipes de referência da Atenção Primária da cidade.

Na discussão trazida por Penido et al. (2010), a autora propõe uma sistematização do apoio matricial a partir do conceito de tecnologia em saúde, sustentado-se nas contribuições de Merhy (1997). Este conceito de tecnologia em saúde, proveniente da Saúde Coletiva e exposto por Merhy (1997), traz uma contribuição importante, propondo uma tipologia das tecnologias em saúde e caracterizando-as como três: duras, leve-duras e leves, questionando a hierarquização de saberes, métodos e densidades tecnológicas na conformação do sucesso da clínica e dos modos de organização do trabalho em saúde. Aqui nos interessa essa discussão porque vem aparecendo recorrentemente nos encontros com outros trabalhadores o apoio institucional como arranjo de gestão e o apoio matricial como tecnologia/dispositivo de cuidado. Esse aparente paradoxo é instigante porque nos coloca na contramão do que viemos sustentando em relação à própria Política Nacional de Humanização (PNH). Essa Política é criada a partir de algumas orientações metodológicas, sustentada a partir de três princípios fundamentadores: Indissociabilidade entre atenção e gestão, Protagonismo e Transversalidade na comunicação.

O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve

estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.53)

É importante destacar a preocupação da PNH em ofertar o apoio comprometido com estes princípios e diretrizes. Portanto, a experimentação do apoio deve colocar em análise o próprio método na perspectiva da proximidade/afastamento com os princípios propostos, assim explicitando a busca de rigor metodológico. Reforço aqui o caráter instituinte do apoio, que toma como desafio certa capacidade de operar na estrutura organizacional, sem ser engolido pela mesma. Esse efeito-resistência recoloca a dimensão ético-política em relação ao exercício da inclusão. Ao propor certo modo de operar o apoio, essa Política apresenta alguns substantivos que sustentam a proposta de uma inversão – desconstrução do fazer protocolar, rompendo com a verticalidade que tem como característica a extensividade, propondo a ação do apoio como uma experiência intensiva, sustentada na produção de experiências coletivas. O contágio se dá no encontro, na implicação, no fazer com, no caminho a ser construído, dando espaço ao que escapa como potência criadora e acontecimento onde se produz o cuidado, afetação em mim e no outro e produção de um devir, ao contrário da ação programática que traz consigo um ideal homogeneizante a ser atingido.

Por último, o apoio como um espaço de referência para a emergência de um coletivo e organização orientada à emergência de coletivos, se exerce com a função mediadora de convivência, apoio mútuo e relação afetiva no interior das equipes e dessas com os usuários. O recurso à PNH colabora na oposição às perspectivas tradicionais em políticas de saúde, criticando o seu caráter verticalizado e prescritor de um *dever ser*, ativando sempre o habitar do campo das tensões e paradoxos.

Considerações sobre a experimentação

A Comissão de Apoio Matricial e NASF, como tal, teve findados seus trabalhos. Criada num contexto temporal de vigência de 2011/2012, tomou como tarefa inicial colocar o Apoio matricial na pauta dos modos atenção/gestão. Percebemos que a experimentação descrita ampliou as fronteiras do debate, trazendo a discussão de temas desafiadores ao SUS envolvendo diferentes atores, trabalhadores, gestores, usuários e Universidade. Destacamos que esse processo foi um marcador importante na história da rede de saúde da Cidade, pelo seu caráter coletivo e inovador de um (re)inventar e resistir concretos de uma experiência de educação permanente em saúde potente e que (re)singularizou sujeitos e coletivo em torno das questões emergentes que foram sendo produzidas por rodas da formação-intervenção.

Tivemos vários desdobramentos que se produziram em meio a esse processo: esse coletivo funcionou como apoio à gestão da coordenação da rede no desencadeamento de mudanças institucionais de deslocamento do próprio lugar da atenção primária na Secretaria, com a unificação dos serviços especializados e substitutivos, sob a mesma

Coordenação; também houve um reordenamento das antigas áreas de programação em saúde, que eram vinculadas à área de planejamento e que passaram a compor áreas técnicas dessa nova estrutura; a criação de equipes de apoio matricial nos territórios e dos primeiros NASF e, ainda, a vinculação de apoiadores institucionais em substituição aos antigos supervisores da Saúde da Família em todas as Gerências Distritais de saúde da cidade.

Durante todo esse percurso trabalhamos intensivamente, ocupando um entre lugares, um devir Apoio, implicados de diferentes formas com os trabalhadores vinculados diretamente ao cuidado, gestores do trabalho e apoiadores, num movimento sobre intervir e reinventar no SUS.¹² Entretanto, ficaram muitas questões em torno desse processo de Apoio, o tema da cogestão esteve permanentemente em cena, mas não conseguimos tomá-lo em análise com sua merecida relevância. Vários dos componentes da comissão e dos trabalhadores que participaram desse processo seguiram nos seus territórios, operando diretamente o Apoio em equipes de apoio matricial, NASF ou como apoiadores institucionais na atenção primária.

Até que ponto um arranjo de gestão instituído é condição para operar o apoio? Quais os efeitos desse processo de formação-intervenção nos processos de trabalho em saúde? Quais as condições para que o apoio continue produzindo intensidades a partir do contágio-reverberação da vida? Qual a percepção do apoio entre os trabalhadores, gestores e usuários que experimentaram esse processo? Até que ponto a mobilização-militante

¹² Culau (2013), em sua dissertação de Mestrado, sob o título *Da Arte do Apoio ao (Re)Existir Estético: sobre intervir e reinventar no SUS*, explora o tema do apoio na Atenção Básica e traça uma cartografia do acompanhamento desse processo de formação-intervenção, a partir do assessoramento da UFRGS (já descrito anteriormente).

conseguiu fazer compreender mais sobre o contexto e as ações e produzir novas ofertas? Muitas perguntas e alguns guias de percurso para ampliar a roda com outros atores que, como nós, estão cotidianamente (re)inventando o SUS, no fio da navalha...

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos, a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 161-181.

CULAU, F.S. **Da arte do apoio ao (re)existir estético**: sobre intervir e reinventar no SUS. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DELEUZE, G. **Conversações**. 2ª ed. São Paulo: Ed. 34, 2000.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1977.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PENIDO, M.F. et al. Apoio Matricial como tecnologia em saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 467-474, jul./set. 2010.

TEIXEIRA, R.R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 49-61.

TEIXEIRA, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: RESEARCH CONFERENCE: RETHINKING “THE PUBLIC” IN PUBLIC HEALTH: NEOLIBERALISM, STRUCTURAL VIOLENCE, AND EPIDEMICS OF INEQUALITY. 2004, San Diego. **Working-paper...** San Diego, 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

DAS POSSIBILIDADES EXPERIENCIADAS À POTÊNCIA DE FORMAR EM SAÚDE

José Ivo dos Santos Pedrosa

Introdução

O texto a seguir traz uma grande contribuição ao aprofundamento necessário à questão da intersubjetividade e dos saberes compartilhados na formação e no ensino na saúde. Contribui principalmente porque apresenta sínteses conceituais que são fundamentais para se entender porque estas dimensões – intersubjetividade e saberes compartilhados – aparecem para nós como desejo, miragem, delírio, ou seja, algo que ainda se encontra em um estágio em que parece obviamente necessário ao pensamento contemporâneo para nós, porém inexistente para muitos.¹

É nesse espaço que situo algumas reflexões conduzidas pelo texto: no espaço entre o que parece óbvio e, portanto, tem existência real e sobre o qual concordamos; e o espaço

¹ Referência à fala de Emerson Merhy na Mesa Redonda sobre Análise institucional no VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas e Saúde, Rio de Janeiro, em novembro de 2013, em que a existência depende da concordância de pontos de vista sobre a existência.

ainda nebuloso do desconhecido, do ainda não ou pouco experienciado, cuja existência duvidamos. Fazendo uma comparação quase grosseira, é como se o SUS, as redes de atenção, o trabalho em saúde e a organização dos serviços fossem a expressão real dessa nossa conversa, consensuada e consentida por nós e os processos de formação e ensino necessários para esta realidade fossem a zona desconhecida, de incerteza, sobre a qual existem muitas interrogações e nenhuma verdade. Exatamente por tais características é que a discussão é profunda. Tão profunda e ampla que o texto pontua três aspectos com base na observação e análise de experiências inovadoras: os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) orientadores dos cursos de formação, a promoção da autonomia existente nesses processos e o compartilhamento de saberes na produção da saúde.

Ao ler a discussão a respeito do PPC e o que significa no processo de formação, tive uma sensação de *déjà vu*, pois tenho me deparado com cursos cujos PPCs são documentos de intenções primorosas, porém não se mostram suficientes para organizar os processos formativos segundo seus princípios enunciados. Mas a sensação não decorre do fato desta discussão ser repetitiva e desnecessária, decorre da vivência que estou tendo como responsável pela implantação de um Curso de Medicina em área estratégica do Brasil (Norte do Piauí), que é orientado para a atenção básica e a formação de médicos generalistas para o SUS.

Nesta vivência, a visão instituída do processo de formação de médicos é tão forte que transforma o PPC em documento de intenções. Documento de intenções que, mesmo nesse plano, encontra obstáculos para sua visibilidade e existência real. O mundo disciplinar é tão territorializado que é bastante difícil que o PPC consiga sistematizar os elementos das perguntas: quais saberes

são necessários para formar um profissional que seja sujeito de boas práticas de saúde? Quais saberes são necessários para entender os processos que integram o viver humano e intervir nesses processos na perspectiva da produção da saúde? Ao imaginar que a vida humana contempla processos de produção e reprodução biológica, mecanismos de proteção e defesa, processos sociais e históricos, processos patológicos e processos de conhecimento e intervenção; e, diante desse pensamento, construir articulação entre as disciplinas que têm como núcleos de saber elementos constituintes desses processos, fica evidente que a mera junção das disciplinas em eixos ou blocos não consegue recriar esses objetos agora como processos, como movimentos, permanecendo a ideia de um corpo-organismo.

Na experiência é muito bem aplicada a citação trazida pelo texto de Nóvoa (1999), o qual versa sobre a distância entre a riqueza do discurso que fundamenta as intenções e a pobreza das “práticas pedagógicas”. O PPC formalizado no interior e segundo as normas da Universidade, espaço conservador do instituído, tende a reproduzir as dicotomias com que a ciência dita normal apreende o mundo: corpo X mente, pensar X fazer, individual X coletivo e assim tende a se mostrar como um documento ornamental que não dialoga com o mundo da vida onde circulam as pessoas com seus pensamentos afetos e fazeres, e o mundo organizacional das normas e dos créditos acadêmicos.

Cada campo disciplinar que se junta a outro campo disciplinar, sem a construção prévia e articulada de um novo objeto resultado do saber agora compartilhado, gera uma zona enevoadada na qual elementos de uma e outra disciplina que conseguem escapar começam a buscar sentido para conectividades possíveis. Esses espaços, que alguns chamam de *entre lugares*, outros de *não lugares*, são

preenchidos pelo vácuo. Lembro que vácuo não significa que está vazio, mas encontra-se cheio de fragmentos dos saberes prévios que ainda não se institucionalizaram como novas disciplinas. Chico Buarque canta que “[...] um copo vazio está cheio de ar.” (BUARQUE, 1974) Neste vácuo existem fragmentos de saberes que se cruzam, se interpenetram e se conectam gerando potência que pode vir a ser uma força, tal como na física newtoniana.

Gauthier (2012), discutindo a metodologia da pesquisa sociopoética e estudos transculturais, chama atenção para a *epistemologia da vacuidade*, ou seja, este saber que se constrói tendo como base outros saberes, porém sempre inéditos, pois a cada conexão um novo aspecto do real é revelado. Mas agora já distante da sensação inicial, o texto faz refletir e lembra que toda intenção é instituinte e cita Carlos Brandão quando afirma que a educação não cria habilidades, mas conectividades. Conectividades são instáveis, com diversas intensidades e múltiplas possibilidades e o PPC pode ser um dispositivo repleto de conexões possíveis para que os processos de formação sejam desenvolvidos com metodologias problematizadoras que possibilitem o diálogo, a criatividade, a subjetividade presente nos atos de cuidados e a vivência do protagonismo de ser sujeito do pensar e do fazer.

Para o Ministério da Educação,

[...] a aposta desta formulação para a educação integral está na construção de um instrumento capaz de lidar com saberes oriundos de distintas experiências e avançar na direção da escuta mútua e das trocas capazes de constituir um saber diferenciado. Se o homem é o sujeito de sua própria educação, não é somente objeto dela; como ser inacabado não deve

render-se, mas interrogar e questionar. Escola e comunidade estão convidadas a fazer este exercício. (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009, p.15)

Todo saber existe no contexto da instituição que o produziu e das relações de poder que atuam nessa instituição. Com isso, é possível resgatar o sentido político do PPC como projeto que intenciona uma redistribuição do poder institucional. De acordo com Testa (1992), não existem os *sem poder*, mas diferentes recursos de poder: técnico, administrativo e político.

Com isso tudo, pergunta-se: em relação à formação em saúde, precisamos de novos modelos? Precisamos modelizar a formação e serializar os formados? A Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, em sua concepção original, apresentava uma configuração que ficou conhecida como quadrilátero das mudanças das práticas de saúde. Tal configuração indicava que o processo de formação deveria dialogar e ser orientado pelas necessidades apresentadas pela gestão, instituições formadoras, trabalhadores e usuários. Distante da discussão sobre os modelos atuais de formação e de organização de serviços que ficam centrados na evidência das diferenças e no fortalecimento da oposição entre eles, o desenho do quadrilátero rompe os limites e territórios da formação e torna patente a formação e o ensino na saúde como campos de disputa de poder institucional. A ideia de quadrilátero descentra o processo de formação de seus domínios imutáveis e introduz “novos personagens” como os movimentos sociais e os gestores, demarcando novos cenários: os serviços e a comunidade como espaços de aprendizagem e sujeitos da formação.

Nesse contexto favorável, diálogos foram produzidos e novas experiências foram acontecendo apesar da disputa

pelos recursos de poder institucional: técnico (novos cursos, novos atores – ativadores, facilitadores, tutores, preceptores), administrativo (recursos, financiamento) e institucional (poder político). Para Freire (1971), disputa e diálogo são opostos considerando que o diálogo emerge da vontade “de estar com”, da intencionalidade da construção compartilhada. No vácuo ocupado pelas conexões que escapavam da disputa de poder, foram sendo evidenciadas dobras antes invisíveis, acontecimentos analisadores de potências e afetos foram expressos e sujeitos se constituíram tendo como referência a mestiçagem da concepção de Educação Permanente que, segundo Ceccim (2004), tem como bases o diálogo entre a análise institucional, a educação popular freiriana e a Educação em serviços.

Sem necessariamente seguir modelos, focos (rizomas) se esparramaram por vários espaços e dimensões e se encontram presentes nas mudanças na formação, no ensino e na relação com os serviços de saúde, e isso não tem afetado o PPC no que ele tem de vivo: a possibilidade de orientar a formação segundo as necessidades da sociedade, considerando que os modelos são cristalizações e as necessidades da humanidade têm seus *satisfatores* (NIEF, 1998) definidos pelas máquinas de agenciamento capitalísticas e, portanto, continuamente mutantes.

Os pensamentos modelizantes tendem a capturar as inovações e pulsões subversivas e cristalizam-nas em padrões, normas e regras que domesticam sua potência instituinte. O PPC, para escapar dessa armadilha, deve ser participativo, ser aberto a outros sujeitos e se desterritorializar do espaço acadêmico, deixando-se colonizar pelo mundo da vida e das organizações que, em última análise, guardam a possibilidade de institucionalizar os desejos. Nesta perspectiva, o PPC tem que refletir a vontade da sociedade e expressar o contexto no qual

emerge. Mas, para tanto, a sociedade deve reconhecer que a formação atual e a relação da formação com os serviços de saúde é um problema que afeta o presente e o futuro e que deve ser enfrentado.

Articulado com a sociedade e guardando sempre sua potência instituinte, o PPC contempla metodologias problematizadoras que ganham sentido e deixam de ser meras tecnologias didáticas. Não é necessariamente definir as regras de como problematizar a realidade, mas de que forma os problemas da realidade são construídos como determinantes de uma situação e quais possíveis enfrentamentos. Por que é assim? Poderia ser diferente? Perguntava Paulo Freire ao problematizar as situações-limite. Mas as dobras e brechas que se abriram na concepção de formação e produção de conhecimentos neste campo, na constituição de atores e na publicização da questão não cabiam mais nos limites do quadrilátero. Estes sujeitos, constituídos na reflexão crítica sobre seu trabalho, trouxeram questões desconhecidas ao mundo do trabalho que o diálogo entre profissionais, usuários, gestores e formadores não poderia ficar circunscrito. E o quadrilátero virou uma mandala!

A mandala é o símbolo da totalidade e representa a integração entre o homem e a natureza. Retrata as condições nas quais construímos nossa experiência humana entre o interior (pensamento, sentimento, intuição e sensação) e o exterior (a natureza, o espaço e o cosmo). Para o EducaSaúde,

o poder de dobra, proveniente do uso dessa imagem como *escuta pedagógica*, [...] põe a Educação como composição permanente de novidades de aprendizagem, não como simples transmissão; construção de coletivos de aprendizagem, e não como

apenas a construção do conhecimento; invenção de mundos, invenção dos entornos, invenção de si, e não como a simples reprodução. [...] prática cognitiva como aquisição e criação, estranhamento dos mundos dados, encontros por afecção e experimentação, atitude inventiva de lugares onde viver intensamente. (EDUCASAÚDE, [2013?])

O PPC pode ser expressão da mandala de saberes necessários para a formação de um profissional que seja sujeito de boas práticas de saúde. As práticas de saúde se concretizam em ato permitindo aos envolvidos a expressão subjetiva a respeito do seu significado: para os profissionais, que a partir do arsenal de conhecimentos, habilidades e competências esperam realizar o que consideram uma boa prática, e para os usuários, que esperam que essa prática satisfaça sua necessidade. Nesse espaço, a integralidade é possível com base no diálogo e na construção do consenso do que sejam boas práticas de saúde para ambos.

Para Ayres (2008), a racionalidade prática das ações de saúde pode ser dimensionada a partir da sensibilidade de capacidade de respostas dos profissionais, serviços, programas e políticas em relação ao êxito de suas ações, entendendo-se como tal o melhor uso dos conhecimentos técnicos possibilitados pela tecnociência da saúde diante dos projetos de felicidade de seus destinatários. Os projetos de felicidade têm expressões singulares, particulares e universais a um só tempo, e, para incluir os saberes que fazem sentido nesses projetos, a mandala da formação e do ensino em saúde deve ser capaz de livrar-se da “maldição do círculo” e produzir novas mandalas em planos mais superiores nas quais sempre surgirão desafios inusitados. Gauthier (2012, p.47), em suas vivências transculturais, lembra que “[...] se mudarmos a nossa mandala e

enxergarmos os conhecimentos como impermanentes, fluídos e interdependentes, podemos, em certas regiões do real, metodicamente investigadas, descrever as interações entre esses conhecimentos.”

Aprendizagem como mandala, a intersubjetividade como horizonte normativo de boas práticas de saúde construídas por saberes compartilhados

Frank et al. (2011) consideram a aprendizagem um processo que contempla três níveis sucessivos: informativo, formativo e transformador. A aprendizagem informativa se refere à aquisição de conhecimentos e habilidades, e seu objetivo é produzir especialistas; a aprendizagem formativa diz respeito à socialização dos educandos em torno de determinados valores, e seu objetivo é produzir profissionais; a aprendizagem transformadora, o mais alto dos três níveis, tem relação com o desenvolvimento de atributos de liderança e seu objetivo é a produção de agentes de mudança conscientes e comprometidos. Colocar tais objetivos no processo de formação é constituir processos de promoção da autonomia dos sujeitos além da autonomia universitária institucionalizada, para que tais sujeitos tenham capacidade de decidir qual seu compromisso social e sua implicação com a mudança. Autonomia significa o processo de decisão e humanização que vamos construindo historicamente a partir de várias e inúmeras decisões que tomamos ao longo da nossa existência. A autonomia se constrói na experiência – ninguém é autônomo primeiro para decidir depois.

A decisão inicial em direção à autonomia é a decisão sobre ser sujeito, ter consciência de sua existência, tornar-se visível para si e para os outros. No campo da saúde, por

exemplo, os serviços de saúde são lugares onde ocorre uma relação entre fantasmas, entes invisíveis que só ganham forma e cor nos momentos em que são conectados, isto é, no momento de fazer o prontuário, no momento de dizer o nome para a prescrição da receita, nos dados da história da moléstia atual e no momento em que diz a queixa. Aqui existem duas invisibilidades: a) dos profissionais que se tornam invisíveis pelo “saber/fazer serializado”, ou seja, nada de projeto terapêutico singular, nada de considerar a vivência do outro; profissionais tornados invisíveis pelas barreiras que se colocam entre eles e seus interlocutores (parâmetros, dosagens, exames complementares, falas cifradas entre outros), as quais impedem a escuta da história do outro, levando à reprodução do monólogo prescritivo e normatizador; b) dos usuários dos serviços que se tornam invisíveis pela dor, pela necessidade de calar a dor, pelo sofrimento, pela alienação e pela impotência. Onde circulam fantasmas não existe diálogo, pois não existem sujeitos, ou melhor, existem sujeitos sujeitados às normas de conhecimento técnico-científico no caso do profissional, às normas burocrático-administrativas no caso dos gestores e administradores, e às normas de comportamento/conduita por parte do usuário.

É possível construir novas conexões? Este sentido de autonomia imbricado no processo de formação de profissionais de saúde advém da implicação com a educação popular em saúde, pedagogia construtiva, reflexiva e criativa, que contribui para a constituição de sujeitos com capacidade de fortalecer sua autonomia em virtude da leitura crítica de sua inserção no mundo, podendo desencadear movimentos que possibilitem sua emancipação no sentido de superar situações que mantenham ou reproduzam a ideia de causalidade natural e determinística dos fenômenos envolvidos na saúde e na doença. É uma

educação voltada para a transformação da sociedade, que toma como referência inicial a realidade vivenciada pelos educandos para construir, de forma coletiva, respostas às indagações sobre o mundo, cuja busca tem como base a curiosidade epistemológica, a problematização dos fatos, o diálogo e o protagonismo dos sujeitos. Guattari (1987) discute que a autonomia possível é uma construção que nega superinstâncias unificadoras modeladoras, estados-maiores estratégicos, programas e teorias, tendo a vocação de responder pelo conjunto de situações e multiplicidades dos pontos de vista em presença. Diante disso, surge a questão básica da possibilidade de resgatar a autonomia das pessoas em relação aos seus movimentos na vida, se a afirmação da vida ocorre assujeitando essas pessoas ao espaço da regularidade e das leis gerais que ordenam o saber médico e à lógica produtiva das organizações do setor saúde.

Uma outra questão, mais grave e sutil que a primeira, diz respeito à possibilidade de potencializar a autonomia possível diante de contínuos e sucessivos agenciamentos por meio dos quais são produzidas subjetividades que afirmam a superação da doença e da morte por meio de tecnologias duras, externas ao indivíduo e ao corpo, em que a saúde é a expressão do consumo de atos, serviços, medicamentos, receitas, etc.

Aqui entra outra contribuição do texto, que é a intersubjetividade considerada estruturante e instituinte de qualquer processo formativo. É por meio dos fluxos comunicativos que emanam dos acontecimentos que colocam dois sujeitos em ato mediado por uma ação prática consciente e considerada adequada, o que se poderia chamar de *práxis*, que a intersubjetividade pode promover a autonomia de cada sujeito e do grupo. São as relações intersubjetivas que dão sentido ao conhecimento

acumulado e às tecnologias disponíveis. Caso tais relações sejam reprimidas, a ação a ser realizada ganha uma bipolaridade em que um dos polos é sujeito e o outro é meramente um objeto técnico, uma junção de órgãos sem corpo, sem história, sobre o qual testamos as manobras apreendidas no plano da teoria. Lembro que, quando estudante de medicina, era uma verdadeira alegria quando outro aluno chegava anunciando: “pessoal! Venham que chegou agora um fígado beleza!” e a beleza do fígado que parecia flutuar era porque permitia ao tato sentir o que as aulas teóricas diziam: as bordas do órgão, a textura ao toque etc. O mais triste de tudo era que nós, os estudantes, levados pela vontade e pela curiosidade, também eliminávamos o sujeito de seu fígado e isso nos bastava. Não interessava quem era o dono do fígado pronto a ser apalpado, sua história, sua vida e muito menos se vários alunos a lhe apalparem lhe acalmava a dor, a tristeza e a incerteza.

A objetividade do corpo como máquina, do trabalho em saúde como mecânico, regulado, racionalizado (e racionado), das unidades de saúde como impérios da impessoalidade é o que o estudante de saúde leva ao ser iniciado e continua por toda a vida profissional, fortalecendo a afirmação de que boa prática de saúde é aquela que não se contamina com o saber vulgar. Boa prática de saúde é a prática asséptica, pura ao ponto de ter como metáfora para lugar de excelência para sua produção o laboratório em que tudo é controlado e a vida não entra. É esse saber construído entre pares e em cenários completamente distantes do real que se reproduz hierarquizando o saber produzido em outros espaços como os serviços de saúde contaminados pelos problemas mundanos. O saber que se produz nesse lugar é um quase saber que orienta práticas impuras realizadas por profissionais de outra estirpe. Para

a academia, os serviços de saúde são locais onde se testa o conhecimento verdadeiro discutido na sala de aula e qualquer distanciamento do esperado é porque o real não se adaptou ao modelo teórico.

Daí surge o desafio de transformar os serviços de saúde em espaços de aprendizagem, de experimentação, de produção e circulação de saberes. Mas, para tanto, é preciso desconstruir os significados que os serviços de saúde suscitam nas pessoas. De local para o qual as pessoas iam em busca da boa morte à concepção de lugar no qual se reconstitui a saúde – os serviços de saúde sempre foram distantes, temerosos e ameaçadores. Por um lado, não se toma como objeto de estudo o que se faz nas unidades de saúde, por outro lado, as unidades de saúde e as equipes do serviço não se identificam com as práticas acadêmicas. Será necessário outro lugar (ou um *entre lugares* ou um *não lugar*) para acontecer a produção do diálogo que permita o aflorar e a expressão das relações subjetivas que perpassam os sujeitos e suas práticas? Em que espaços as subjetividades (mestiças, híbridas, diversas) podem se expressar e circular como matéria-prima para a construção de novos saberes? De quando essas preocupações iniciaram até o momento, vivenciamos algumas mudanças: canais de interlocução foram abertos entre instituições públicas formadoras e governo; experiências têm sido realizadas e o compartilhamento de saberes tem sido entendido como uma necessidade para responder à complexidade dos problemas de saúde.

Dois importantes dispositivos foram colocados em disponibilidade: a concepção de saúde como produção social e o cuidado em saúde. A saúde como produção social, abre a perspectiva de todos os cidadãos e cidadãs se sentirem responsáveis e protagonista. O cuidado, que já se encontra amparado pela concepção de trabalho em

equipe, representa a possibilidade de articular saberes e fazeres acadêmicos e populares. No cuidado à saúde, a relação entre os profissionais e usuários se faz em uma continuidade e longitudinalidade bastante diferente da relação pontual que acontece no momento da doença; o diálogo não é disputa de conhecimento e autoridade, mas gira em torno da construção de uma boa prática que satisfaça aos envolvidos e o resultado desta interação é a produção de um modo de viver pautado no desejo de felicidade e construído a partir da autonomia dos sujeitos em autorizarem a si mesmos a construção do *dever*. Para continuar a conversa, penso que a construção de novos modelos poderia ser precedida pela troca das experiências a respeito das trilhas que temos percorrido com um olhar mais atento, um passo mais firme e uma imensa vontade de continuar aprendendo.

Referências

AYRES, J.R.C.M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenêutica filosófica. **Salud colectiva**, Lanús, v. 4, n. 2, p.159-172, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Redes de saberes**: pressupostos para projetos pedagógicos de educação integral. Brasília: Ministério da Educação, 2009.

BUARQUE, C. **Sinal fechado**. Nova Iorque: Island Def Jam Music Group, 1974. 1 CD. Gravação de som. Faixa 2.

EDUCASAÚDE. **O que é e de onde vem a mandala**. Porto Alegre, [2013?]. Disponível em: <<http://www.educasaude.org/quem-somos/a-imagem-da-mandala>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1971.

GAUTHIER, J. **O oco do vento**: metodologia da pesquisa sociopoética e estudos transculturais. Curitiba: CRV, 2012.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.

FORMAÇÃO EM SAÚDE: nova política. Novas modelagens?

*Antonia de Jesus Angulo-Tuesta
Clélia Maria de Sousa F. Parreira
Cristiane Castro
Elizabeth Queiroz
Karina de Jesus
Michele Rocha Kadri
Rafael Morganti Pinheiro*

Introdução

A imensidão do Brasil não se mede apenas pela dimensão territorial do espaço geográfico, mas ainda pela diversidade cultural de seu povo. As interpretações sobre cada região são muitas e moldadas sob o olhar dos sujeitos atuantes na realidade, influenciando e sendo influenciados por estes cenários. É desafiante fazer saúde considerando as peculiaridades de cada região, submetendo múltiplas realidades a um único sistema nacional de saúde. Acompanhando as práticas de saúde em diversos locais no país, comuns são as queixas de que os processos de trabalho adotados respondem a modelos centrais de monitoramento e gestão e ignoram a demanda dos atores, a cultura e as estruturas de poder das instituições locais. A prática de saúde é viva, é dinâmica, é mutável.

Tendo como ponto de partida a busca por distintos desenhos e práticas de saúde no âmbito da atenção básica, o texto privilegia uma reflexão sobre a formação em saúde e resulta das questões que emergiram durante a realização de um trabalho cartográfico realizado por pesquisadores de diferentes instituições formadoras em variadas realidades e unidades da federação, oportunizado pelo *Projeto de Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica*. Na identificação de práticas inovadoras na atenção básica, um ponto sensível nessa prospecção foi o processo de trabalho adotado nos serviços de saúde, entendidos como resultado de políticas e práticas de formação acadêmica, e experimentação do próprio cuidado em saúde exercida no encontro entre o trabalhador e os usuários nas redes de serviços, que habilitam o profissional a exercer certa função. E foi esse o ponto de partida para a construção desse texto.

Longe de contemplar todos os aspectos possíveis nessa discussão, pontuamos algumas reflexões pertinentes a partir das experiências observadas e enriquecidas em função de questões surgidas durante a realização da oficina *Intersubjetividades e fazeres compartilhados na formação e no ensino em saúde*, ocorrida durante a *Jornada de Intensidades: In-formes da atenção básica em saúde, prospecção de devires*, realizada na cidade de Porto Alegre em dezembro de 2013. Na ocasião, alguns aspectos estruturantes do texto foram colocados em discussão e o texto foi revisado a partir da reação dos participantes, enriquecendo a produção. O primeiro ponto apresentado traz uma discussão a respeito dos projetos políticos-pedagógicos, currículos e metodologia de formação de profissionais de saúde.

Considerando que a formação não se coloca como um produto acabado, mas sem dúvidas como um processo de aprendizagem, é importante que nela haja espaço para o

exercício da autonomia dos sujeitos e para a reflexão sobre o contexto social no qual a saúde (ou a ausência dela) se produz. Nesse sentido, o primeiro ponto abordado no texto aponta a necessidade de repensar currículos e metodologias que respondam a tal necessidade de formação. A promoção da autonomia pressupõe a existência de um espaço onde valores, conhecimentos e emoções dos sujeitos implicados no processo de formação são compartilhados e respeitados. Assim, o segundo ponto trazido à discussão enfoca como o individual se articula com o coletivo em um espaço intersubjetivo. No último ponto de análise, discute-se o compartilhamento de saberes como prática possível e desejada no processo de produção de saúde e como o trabalho em equipe multiprofissional é enriquecedor e valiosa fonte para formação profissional.

Devido à complexidade dos problemas de organizar um serviço de saúde que se proponha universal e integral, é preciso considerar que a solução dos problemas passe também por uma multiplicidade de saberes. Assim, o ponto central para a reflexão é sobre alguns fundamentos nos quais a formação de profissionais de saúde deve estar alicerçada. Só a partir de uma formação também baseada na integralidade e equidade será possível contar com profissionais que adotem uma nova prática de cuidado capaz de superar as iniquidades regionais, consequentemente construindo um Sistema Único de Saúde capaz de reduzir a vulnerabilidade social e sanitária das populações.

Projeto pedagógico, currículos e metodologias

Um dos aspectos importantes acerca do processo de trabalho que remete à necessidade de revisão da formação, conforme destacado por Hübner e Franco (2007), diz respeito à necessidade de criação de intercâmbio de experiências capaz de operar uma educação *no* e *para* o trabalho. Afinal, é na reflexão e na discussão da produção do processo saúde-doença que se espera impactar o profissional de saúde no seu modo de conceber o mundo da saúde, com implicações na ressignificação de valores e na cultura em relação às práticas assistenciais. Consequentemente, é no processo de produção do cuidado que se produz também outro modelo de atenção e outro profissional. Nesse sentido, parece pertinente discutir o projeto pedagógico, o currículo e as metodologias praticadas na formação em saúde.

Falar de projeto pedagógico, no entanto, não significa afirmar a sua potencialidade transformadora exclusivamente. Para Veiga (2003), existem propostas assentadas em uma inovação regulatória ou técnica, caracterizada, sobretudo, pela:

[...] observação descomprometida, pela certeza ordenada e pela quantificação dos fenômenos atrelados a um processo de mudança fragmentado, limitado e autoritário [...], considerado pela autora como expressão do “[...] não desenvolvimento de uma articulação potencializadora de novas relações entre o ser, o saber e o agir. (VEIGA, 2003, p.269)

Para que um projeto pedagógico se volte à inovação emancipatória ou edificante, deve enunciar seus princípios e sua declarada natureza ético-social. Assim, para atender às necessidades da formação em saúde, há que se solidificar

um projeto pedagógico que não esteja voltado à reprodução acrítica dos conhecimentos acumulados historicamente e dos fazeres consolidados no campo de ação profissional. Para avançar na discussão sobre projeto pedagógico, é estratégico considerar que ele lida, simultaneamente, com o que é instituído e o que será instituinte, posto que não nega as orientações e as diretrizes existentes para a formação, os consensos ao redor dos currículos e dos métodos, sequer o conjunto de saberes acumulados, mas reconhece tratar-se de um projeto inconcluso. (GADOTTI, 2008) Tal *inconclusão* permite aos diferentes atores implicados na formação de profissionais de saúde, a despeito de sua forma e seu tempo de inserção no campo do ensino, trabalharem na perspectiva de algo que transforma o processo formativo ou transforma o formador.

No caso específico da área de saúde, a formação deve ser capaz de desencadear uma visão da totalidade, com a expansão da consciência individual e coletiva, influenciando em transformações das práticas sociais coerentes com as demandas dos atuais usuários dos serviços de saúde. (MITRE et al., 2008) As diretrizes curriculares para os cursos de graduação explicitam a importância de:

Levar os estudantes de saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001, p.4)

Em face do desafio de integrar aspectos técnicos com questões interpessoais e intersubjetivas do cuidado, iniciativas de transformação nos processos de formação profissional em saúde, principalmente fundamentadas nas metodologias ativas, surgem em contraposição às metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem. Os aspectos metodológicos e as abordagens problematizadoras têm se apresentado como resposta inovadora e sido indicadas como importantes na reestruturação curricular. Experiências inspiradas nos pressupostos problematizadores viabilizam a produção de conhecimento, que fortalece a transformação das práticas educativas em saúde nos termos requeridos em tempos atuais (BERBEL, 2012; BATISTA, 2005; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004) e podem contribuir fortemente para a incorporação de outros modos de apropriação e de construção de conhecimentos, ganhando visibilidade nas estruturas dos currículos de formação em saúde.

As abordagens problematizadoras guardam coerência com os princípios do trabalho em saúde como uma prática social na qual os sujeitos se constituem e transformam a sociedade na qual vivem. Com elas se valoriza o conhecimento prévio dos sujeitos, o favorecimento do pensamento crítico, reflexivo e contextualizado, o fortalecimento da participação, do diálogo e da contextualização do saber-fazer vividos tanto por profissionais de saúde quanto pelas populações com as quais convivem e trabalham.

Tais abordagens estão imbricadas nos processos educativos que lidam – ou pretendem lidar – com questões que guardam estreita relação com a vida das pessoas e suas coletividades. Elas têm sido consideradas capazes de redirecionar o olhar dos sujeitos de forma a permitir a sensibilização daquele que olha, passando a perceber ou captar de forma mais significativa as incoerências, as necessidades, as iniquidades e a fragmentação do cuidado,

cujas explicações precisam ser reconhecidas, analisadas, desconstruídas ou compreendidas. Se um problema ou um fenômeno se expressa de determinada forma e assume tal proporção ou produz dada situação, é possível, a partir de sua problematização, desvelá-lo. Trata-se de criar oportunidades para operar transformações nos processos de trabalho, construir consensos, em um movimento e um agir consciente e intencional sobre a realidade que se busca mudar. Isso porque características pessoais e variáveis psicossociais dos pacientes exercem na relação com os profissionais de saúde grande influência nas atitudes, percepções e, principalmente, na comunicação necessária para interação da díade profissional-paciente. (DIAS, 2011)

Qualquer que seja a compreensão que se tenha a respeito da produção do cuidado em saúde, a formação em saúde desafia o cotidiano do trabalho a se constituir também como espaço formativo e o serviço como *locus* privilegiado de aprendizagem. Nesse movimento se exercitam diferentes formas de pensar, como enfatizado por Paulo Freire:

O exercício de pensar o tempo, de pensar a técnica, de pensar o conhecimento enquanto se conhece, de pensar o quê das coisas, o para quê, o como, o em favor de quê, de quem, o contra quê, o contra quem são exigências fundamentais de uma educação democrática à altura dos desafios do nosso tempo. (FREIRE, 2000, p.102)

A incorporação de novas tecnologias de ensino-aprendizagem aos processos formativos, os conhecimentos produzidos sobre os modos de educar e a complexidade do(s) jeito(s) de aprender próprio(s) dos sujeitos reconhecidos como aprendentes têm imposto alguns desses exercícios

sinalizados por Freire (2000) e permitido outros olhares sobre a docência e sobre os aspectos pedagógicos da ação educativa em saúde, uma vez que lidamos com a atividade e a interatividade nas formas de apropriação e de construção de conhecimentos que se reconhecem como sendo de natureza coletiva e cooperada. Segundo enfatiza Brandão (2003, p.21),

A educação é uma experiência socialmente perene e pessoalmente permanente – novamente no singular e no plural – de cada um de seus sujeitos: pessoas e povos. Sendo assim, seu sentido é mais o de recriar continuamente comunidades aprendentes geradoras de saberes e, de maneira crescente e sem limites, abertas ao diálogo e à intercomunicação. A educação não gera habilidades, ela cria conectividades, e o que há nelas de instrumental e utilitário é apenas a sua dimensão mais elementar. Um alicerce, um chão sobre o qual se pisa ao andar e acima do qual resta construir toda a casa do ser.

Essa natureza e os elementos estruturantes da educação em saúde se concretizam na formação e nos processos de trabalho em saúde. A formação requer qualificação docente e passa por uma crise que Nóvoa (1999) classifica como sendo do excesso à pobreza: a) do excesso da retórica política e da *mass-media* à pobreza das políticas educativas; b) do excesso das linguagens dos especialistas internacionais à pobreza dos programas de formação de professores; c) do excesso do discurso científico-educacional à pobreza das práticas pedagógicas, bem como; d) do excesso das vozes dos professores à pobreza das práticas associativas docentes. Embora faça referência à realidade portuguesa quando denomina a predominância da *retórica*

de inovação, de mudança e de professor reflexivo nos documentos e políticas de formação, o autor problematiza o fato de essa exigência ser posta para as universidades que são instituições conservadoras e produtoras de dicotomias (teoria/prática, conhecimento/ação), sendo elas próprias as principais responsáveis pela produção dessa pobreza das práticas pedagógicas referidas. Para ele, as universidades, se valendo frequentemente do discurso da autonomia, têm fechado os olhos para as reais necessidades da população, alinhando-se a interesses corporativos muito mais do que os coletivos, empobrecendo a prática educativa tanto no aspecto técnico quanto no político.

Este é um campo fértil para profunda reflexão sobre legitimidade dos Projetos Pedagógicos das instituições de formação. Como assegurar que os currículos efetivamente respondem às demandas da população a quem ele se pretende servir, uma vez que, no processo de sua elaboração, não há espaço para ouvir as vozes de usuários, autoridades locais e discentes em potencial? Assim, os Projetos acabam por refletir invariavelmente a visão de um pequeno grupo de docentes que se propõe a construí-lo. Convidar os interessados para esse diálogo e construção é compreender o significado pleno da educação e se afastar da concepção de uma educação meramente instrumental e adaptativa, nos aproximando de uma educação que produz outro homem que produz, por sua vez, outra(s) realidade(s) que expressam o sujeito e suas circunstâncias. A formação em saúde, com base em uma concepção de educação transformadora, tem sido reconhecida como espaço propício para a construção de projetos pedagógicos, currículos e abordagens metodológicas sintonizados com o trabalho em saúde.

Intersubjetividades e compartilhamento de saberes na formação em saúde

O ensino, a formação e o trabalho em saúde se materializam no espaço convergente e fronteiro no qual operam os sujeitos e as relações intersubjetivas. É nesse espaço, marcadamente dialógico, que os diferentes saberes e as distintas formas de produção e apropriação de conhecimentos ganham expressão. Esse diálogo ocorre entre sujeitos que, nos processos formativos, podem não estar nos mesmos lugares de fala, mas ocupam ou assumem posição para uma efetiva troca de saberes e vontades. São essas especificidades que fazem com que os sujeitos se distingam uns dos outros e que, conforme González Rey (2007; 2004), produzam sentidos inseparáveis do contexto, dos modos de vida e da organização social na qual os sujeitos estão imersos. A compreensão da subjetividade nessa perspectiva requer uma nova visão do social, que supera a dicotomia coletivo *versus* individual, e a compreensão de que o homem e a sociedade resultam de condições objetivas que sinalizam – tanto nos sistemas subjetivos quanto nos sociais – para a afirmação da nossa intrigante capacidade de auto-organização e marcada tendência à reorganização. Nesse sentido, as categorias de sujeito e de subjetividade são indissociáveis: o sujeito é produtor de sentidos e a subjetividade pode ser entendida como sistema de configurações dessas produções em associação com as distintas formas em que se constitui a história desses sujeitos.

A trajetória individual e os percursos que são sugeridos ou impostos socialmente definem o modo como o individual se articula com o coletivo. Conforme preconiza Mitjáns Martínez (2005), isto se dá de formas singulares e que fogem a qualquer compreensão determinista tanto de sujeito quanto de sociedade. Tais formas distintas, ou

possibilidades de constituição dos sujeitos, explicam a contradição inerente a eles, o que leva à percepção da simultaneidade de processos e de dinâmicas consideradas antagônicas ou incompatíveis, embora autênticos, afinal os sujeitos e os sentidos que produzem podem ser, como bem enfatiza a autora, ao mesmo tempo moral e imoral, agressivo e sensível, forte e fraco, sem que signifique distorção.

A intersubjetividade trata de formas de expressão e de comunicação interpessoal nas quais circulam valores intercambiáveis que se concretizam no exercício do diálogo, perpassando e superando nossas diferenças. Essa comunicação que nos é inerente é, também, um poderoso instrumento de aprendizagem e de transformação. Por essa razão é possível entender a intersubjetividade como estruturante e constituinte de quaisquer processos formativos no campo da saúde. Tal diálogo é histórico e situa o sujeito do ponto de vista social. (DONATO, 2009) A saúde, assim como a educação, lida e toca diferentes dimensões da vida humana e se vincula aos distintos percursos de produção de sentidos subjetivos. Por serem singulares, consequentemente mutáveis, é importante considerar que as ações educativas em saúde ou os processos formativos propiciam o intercâmbio e a transformação dos sujeitos e de suas coletividades. Se entendermos, em consonância com Guattari (1992), que a subjetividade diz respeito ao conjunto de condições que torna possível a imersão em um *território existencial* autorreferencial, é fundamental levar em conta que essa subjetividade se singulariza e se socializa, daí a importância de tratarmos a intersubjetividade e o compartilhamento de saberes como definidores de quaisquer processos formativos em saúde.

A intersubjetividade, do ponto de vista conceitual, responde à noção de sistemas de significação que integram

emoções, elementos culturais, mediações de signos e sentidos. (GONZÁLEZ REY, 2004) Tal concepção nos remete a um dos princípios postulados por Briceño-León (1996), o qual afirma que, somente conhecendo os sujeitos e suas circunstâncias, é possível uma ação eficiente e permanente em saúde. Para isso, destaca a necessidade de conhecermos: a) suas crenças, especialmente acerca dos modos de transmissão, controle e cura de doenças; b) seus hábitos e papéis, sobretudo com relação às formas como desenvolvem suas ações, principalmente aquelas que ocorrem de forma habitual; c) suas circunstâncias, para conhecer como vivem esses sujeitos. Tais circunstâncias podem ser consideradas do ponto de vista social e individual, já que a educação/formação deve fomentar, nos termos defendidos por este autor, a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

É importante enfatizar que estamos diante da construção de outra perspectiva que no Brasil tem orientado o debate acerca do ensino e da formação em saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004) indicam que a formação em saúde requer a interação entre os elementos do ensino, da atenção à saúde, da gestão e do controle social. Nessa direção, são necessárias algumas mudanças: da concepção hegemônica tradicional para uma concepção problematizadora das práticas e dos saberes; e da concepção que vincula a produção de conhecimento à perspectiva tecnicista, exclusiva dos centros de pesquisa, para a que fomenta a produção de conhecimento dos serviços. Como resultado dessas transformações, os autores sugerem a construção de novas práticas de saúde com foco na integralidade e na humanização, a configuração de modos criativos e originais de redes de atenção, a incorporação das lutas por saúde nas agendas estratégicas e políticas e a organização de serviços com base nas necessidades sociais e de saúde.

Estas mudanças implicam transformação, na mesma medida, dos papéis dos que estão implicados no ensino e na formação. Caberá ao mediador dos processos de ensino-aprendizagem, ou do docente, reconhecer que o saber não se constrói ou fundamenta exclusivamente na dimensão cognitiva, racional e sequer se centra nos conteúdos ou nas informações que são trocadas. A formação em saúde mobiliza, acima de tudo, capacidades e saberes tanto quanto possível do aprendiz. Dessa forma, são estabelecidas relações mais horizontais e contínuas, fortemente vinculadas às realidades, que passam a ser problematizadas coletivamente na intenção de sua transformação.

Tal condição torna-se ainda mais complexa quando somos confrontados com o desafio de proporcionar atenção integral à pessoa. Com base nos princípios do Sistema Único de Saúde, o trabalho em equipe tem sido reconhecido como fator importante na qualidade dos serviços prestados pelas diferentes categorias profissionais e nos diversos níveis de atenção que caracterizam o cuidado em saúde. É necessário salientar que a transição em curso do modelo biomédico para o biopsicossocial implica uma abordagem que leva em conta as qualidades humanas (SHERIDAN; RADMACHER, 1992), o que reforça a importância de que aspectos interpessoais sejam alvo da formação tanto quanto os aspectos técnicos específicos de cada área. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; 2003)

A formação dos profissionais de saúde e o processo de trabalho em equipe multiprofissional

A formação em saúde, a despeito das especificidades da qualificação técnica e da natureza do trabalho exigido pelas diferentes profissões, deve ser capaz de contribuir para o desenvolvimento de condições para a circulação e a troca dos diversos saberes implicados nos processos de trabalho, marcadamente interdisciplinares. Uma análise inicial do processo de formação instituído nos cursos de saúde revela que, desde o início do século XX, embasado no paradigma flexneriano, a educação em saúde se subjugou à lógica de produção, entendida como um produto e orientada para o lucro, sendo que os profissionais da área são elementos no processo de produção de assistência.

Nessa lógica de produção, a saúde também é entendida como um produto a ser fabricado e a assistência deveria dar vazão às necessidades da indústria médico-hospitalar. Esse modelo fragmentador, biologicista e hospitalocêntrico guarda relação com o modelo de atenção à saúde vigente que pretende oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde centrados na consulta médica, voltada a tratar as enfermidades por meio da clínica e com a intermediação crescente de *tecnologias duras* (MERHY; FRANCO, 2003) e intervenções medicamentosas e por vezes desnecessárias. (MENDES, 1996) O hospital se torna o centro de referência para o cuidado, território onde todas as práticas de saúde deveriam operar. Em uma análise pedagógica, este domínio biomédico acaba por criar uma *superespecialização* da saúde como forma de garantir domínio prático-teórico de um determinado campo de atuação. A única prática legítima de intervenção em saúde seria aquela feita no espaço hospitalar. Este modelo não contempla o conceito ampliado de saúde e seus determinantes sociais.

A partir da década de 1970, começa a ficar em evidência a inadequação desse modelo, surgindo críticas às instituições educacionais que preparavam profissionais para atuar no campo da saúde. A concepção do processo de saúde-doença, tendo como referência os determinantes sociais da saúde, aponta para o desafio em estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. Para dar conta desse pressuposto, há que se buscar o aporte dos diferentes saberes e das diferentes disciplinas e o pressuposto do reconhecimento dos múltiplos saberes. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Para a superação desse modelo que está na raiz da saúde, em crise, Mendes (1996) propõe a transição do paradigma flexneriano (saúde como produto) para outro denominado paradigma da produção social da saúde. Esse novo paradigma busca romper com a setorialização da realidade, dessa forma, a produção social da saúde, além de responder por um estado de saúde em permanente transformação, rompe também com a ideia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. Trata-se de nova forma de resposta social organizada em relação aos nós críticos dos problemas de saúde, orientada pelo conceito positivo de saúde baseado em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial. Suas estratégias resultam da combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa. (MENDES, 1996)

A literatura assinala a importância da interação de diversos campos de conhecimento na produção de atos em

equipes multiprofissionais para a produção do cuidado. Na área da saúde, a integração de conhecimento partilhado tem criado modelos pedagógicos múltiplos para a formação profissional integradora de vários saberes com o intuito de oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde com qualidade e inovações tecnológicas. Essas transformações vêm acontecendo devido a uma série de mudanças ocorridas no mundo do trabalho, nas relações entre as pessoas, nas maneiras de organizar a produção do cuidado. Tais mudanças têm apontado para a necessária reorientação da formação em saúde e para a produção de conhecimentos sobre processos de ensino em saúde que produzam inovações na gestão da educação, tendo o próprio trabalho em saúde como *locus* de aprendizagem e espaço de formação. A interdisciplinaridade permite uma ação conjunta para construção e reconstrução do saber, possibilitando mais desenvoltura de integração dos especialistas com capacidade de solucionar problemas considerados complexos. (VILELA; MENDES, 2003)

A interdisciplinaridade apresenta-se como uma prática complexa, pois pauta-se no compartilhamento de saberes, mas ainda esbarra na visão reducionista do conhecimento técnico e biológico de cada disciplina e área de formação. O trabalho interdisciplinar propõe o desprendimento do *locus* dos saberes específicos para a construção de um saber coletivo que possa contribuir somatoriamente para uma comunidade, uma família ou um indivíduo. Nesse sentido, os profissionais partiriam do núcleo para o campo, definidos por Campos como sendo o campo de competência, o espaço onde “[...] teria limites e contornos menos precisos, e o núcleo, ao contrário, teria definições mais delineadas.” (CAMPOS, 1997, p.143)

Vilela e Mendes (2003) apontam que as maiores dificuldades encontradas na área da educação dos

profissionais da saúde são: a rotina dos docentes, suas experiências anteriores, formação e a tendência à privatização. Isso afeta o princípio da responsabilidade social, bem como os conceitos de equidade, o acesso universal e a qualidade do atendimento à comunidade. O trabalho baseado na interdisciplinaridade, além de favorecer espaços para expressão das subjetividades, supõe novas formas de relações tanto na hierarquia institucional, na gestão, na divisão e na organização do trabalho, quanto no que diz respeito ao relacionamento dos trabalhadores entre si e com os usuários do serviço. (MATTOS, 2009)

O cuidado em saúde envolve múltiplos saberes e fazeres que necessitam dos conhecimentos e práticas de diversos profissionais. Assim sendo, as ações interdisciplinares colocam-se como potencializadoras da integração, o que permite uma compreensão ampliada do trabalho em saúde como resultado da interação entre os profissionais e a articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde, produzindo outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos no processo (MATTOS, 2009) para, dessa maneira, proporcionar atenção integral assegurada na Constituição Federal de 1988.

A interdisciplinaridade exige um novo olhar para as ações de saúde, no qual as relações verticais devem ser substituídas pelas horizontais, priorizando decisões coletivas ao invés de individuais. A horizontalização de todos os sujeitos envolvidos na construção do cuidado em saúde permite potencializar a composição do cuidado, enquanto a verticalização das relações potencializa a decomposição da potência no trabalho em saúde. A saúde com seus complexos determinantes requer esforços permanentes de diversos setores. Para manter a saúde da população, faz-se necessário um trabalho em equipe efetivo e integrado. São considerados obstáculos à interdisciplinaridade no

campo da Saúde Coletiva: a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, os espaços de poder que a disciplinarização traz, a estrutura das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes sem nenhuma comunicação entre si, e as dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas. (MENDES, 1996)

Levando em conta a perspectiva interdisciplinar e os desafios que ela traz à formação em saúde, tem-se destacado a necessária articulação entre os saberes. No entanto, além do predomínio e da forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde (MENDES, 1996), a própria fragmentação verificada nas estruturas organizacionais e administrativas das instituições formadoras e universitárias, com sua lógica departamental, assim como o pouco espaço propício ao diálogo entre disciplinas, têm sido apontados como obstáculos à implementação. Os contextos e as realidades nas quais se produzem a saúde de sujeitos e coletividades são de natureza multidimensional, por isso os conhecimentos disciplinares isoladamente não são capazes ou suficientes para promover a saúde de sujeitos e segmentos populacionais.

Um pouco mais da realidade: o fazer coletivo das equipes

Uma remodelação do fazer saúde tem ponto de partida na reforma do ensino em saúde sob um olhar que conteste o trabalho profissional pautado no modelo biomédico. Isso não é tarefa fácil, pois tal modelo estabelece indicadores para avaliar tanto a qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde quanto serve de parâmetro para que a própria população entenda uma prática como resolutive

ou não. O resultado de anos dentro dessa concepção quantitativa e/ou mensurável está longe de se esgotar.

Contribuições foram trazidas pelas ciências humanas e sociais para as ciências da saúde, com implicações importantes para a melhor compreensão das formas de funcionamento e organização tanto do sistema quanto da atenção e do cuidado em saúde, com destaque para os aportes da Filosofia, Psicologia, Sociologia, Antropologia, Pedagogia e do Serviço Social, facilitando a estruturação de um serviço de saúde mais eficiente e acolhedor do ponto de vista do usuário. No atendimento centrado no sujeito, questionar-se e refletir rotineiramente sobre o próprio fazer profissional é essencial, uma vez que, como é próprio das ciências humanas e sociais, as respostas não estão dadas porque as perguntas não são determinadas. Sem esse olhar sobre o contexto e a realidade física e virtual do usuário, corre-se o risco de adotar práticas de saúde estéreis que não extrapolam o ato prescritivo. Na experiência de observação prática durante o processo de prospecção, exemplifica-se a atuação do profissional que, ignorando por completo a realidade do usuário, permanece firme no intento de explicar a necessidade da ingestão correta de medicamento sem atentar que seu interlocutor de origem indígena sequer domina o código linguístico no qual a comunicação se estabelece. Sem reflexão sobre a prática profissional não se supera o ato prescrito exclusivamente.

Essa abertura para perceber o universo de existência do sujeito-usuário permite que o profissional questione permanentemente sua prática de assistência, saindo da condição de meramente um recurso humano para posição de produtor de saúde. Quando a atuação é centrada no usuário, acima da hegemonia da técnica e dos procedimentos, o trabalho torna-se vivo e dinâmico.

Romper essa barreira é um processo lento e percebido como desconfortável para muitos profissionais, docentes e instituições de formação. Felizmente o processo foi iniciado, forçado muito mais pela mudança no perfil do usuário (demanda social) do que pela sensibilidade dos profissionais de saúde e das instituições de formação. Alguns profissionais e instituições até mesmo recusam-se em perceber tais mudanças, permanecendo fortemente apegados a ultrapassadas práticas e velhos padrões hegemônicos. O resultado de anos dentro dessa concepção está longe de se esgotar. Por ser uma área essencial para a sociedade, saúde é fonte de um intenso debate político que por vezes se acalora, por outras arrefece, sem nunca deixar de estar presente.

Hoje, e ainda por algum tempo, grande parte dos usuários ainda espera passivamente de seus cuidadores o atendimento exclusivamente dos sintomas imediatos. Situações de emergência e doenças agudas permanecerão exigindo profissionais tecnicamente bem preparados e capazes de responder rapidamente a tais circunstâncias. No entanto, com avanços médico-tecnológicos, melhora da condição sanitária em geral e aumento do acesso à educação e serviços de saúde, o acompanhamento de doenças crônicas de longo curso é o tipo de atendimento a ser prestado. E, no curso de doença crônica, tratar o sujeito que adoece é fundamental, o que necessariamente passa a desenvolver uma relação com ele. Raramente uma nova prática profissional surge por geração espontânea ou simplesmente por demanda técnica, mas sim de novas formas de conceber o humano em sua relação com o mundo e na vida em sociedade. Novamente se apresenta a contribuição que áreas humanas podem dar no processo de produção de saúde, ponto que discutiremos a seguir.

A resolutividade na assistência

Destacamos que a opção pelo termo *produção de saúde* marca propositadamente o antagonismo com a expressão *assistência à saúde*, esta voltada ao tecnicismo hospitalar. Como marca Ceccim (2004), produzir é *inventar*.

Ao tomar como objeto de atuação profissional não o corpo onde adoecimentos acontecem, mas sim ambiente onde a saúde se produz, profissionais comprometidos com o produzir saúde acabam por adaptar os protocolos de assistência à realidade e necessidade do serviço, sem que tais *invenções* sejam devidamente captadas, registradas e retroalimentem o sistema nacional de forma mais ampliada, para que se construa uma proposta que dê conta de realidades tão distintas em toda extensão do território brasileiro. Daí porque um projeto que descreve e analisa as estratégias em atenção básica à saúde em todas as regiões do país pode fortalecer a discussão sobre superação das iniquidades regionais, construindo um Sistema Único de Saúde (SUS) capaz de reduzir vulnerabilidade social e sanitária. Como já discutido no primeiro tópico, reitera-se que a formação de um profissional não é resultado exclusivamente de aquisições cognitivas, mas é resultado também do modelo educacional e da política de ensino da instituição formadora. Dentro da lógica atual que estrutura a formação em saúde, a resolutividade dos tratamentos médicos baseados em exames e prescrição de medicamentos, garante ao médico o papel de mediador entre a indústria e a necessidade da população, em detrimento da prática de qualquer outro profissional.

Aqui apontamos novo confronto entre realidade e modelo hegemônico. A Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de operacionalização da Atenção Básica traz obrigatoriedade do trabalho de caráter multiprofissional

da equipe. Assim sendo, além de ser uma mudança na organização do modelo de assistência, Ceccim (2004) aponta que a multiprofissionalidade é uma imposição social, não cabendo mais discurso ou apelo contrário a esta realidade. O trabalho em equipe em saúde é um fato. E não se aprende a interagir em um espaço multiprofissional comunicando-se apenas com seus próprios pares. Aí outro ponto no qual as instituições formadoras podem atuar no sentido de promover um ambiente de interação entre os cursos que possuem a saúde como um campo possível de atuação. Assim, a produção de cuidado desenvolvida pelas equipes multiprofissionais que compõem a ESF reflete as necessidades de saúde da população de cada território. A vantagem de ter uma equipe multiprofissional está contida na possibilidade plural de fazer saúde, pois os sujeitos que atuam nesta construção (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, odontólogo, técnicos em enfermagem, usuários, gestores) contribuem de diversas maneiras. Somente em um espaço de trabalho multiprofissional a resolutividade das intervenções pode acontecer. Quando a resolutividade é compromisso assumido pelos profissionais coletivamente, criam-se espontaneamente mecanismos de interação entre a equipe, tendo o usuário como centro da intervenção. Aliás, em um espaço de intervenção coletiva, a interdisciplinaridade ocorre naturalmente, contribuindo na promoção de um ambiente mais favorável para a prática da integralidade.

A capacidade de questionar e refletir sobre a atuação laboral aliada à postura dos profissionais é fundamental para que se crie esse espaço de interação e prática criativa de produção de saúde. Exemplos não faltam da peregrinação a qual o usuário é submetido em busca de atendimento de um setor a outro, de uma unidade a outra, levando dias para alcançar solução satisfatória para sua

demanda (quando consegue!). Em parte, essa peregrinação pode ser explicada por certa ineficiência de processos de trabalho ou no sistema de referência e contra-referência, mas é resultado também da falta de comprometimento dos profissionais com a solução das demandas. Uma formação que privilegie *cada um no seu quadrado* impede que se adotem processos mais eficazes em benefício do usuário.

Para Batista (2012), uma das discussões que tem provocado reflexão a esse respeito é aquela trazida pela perspectiva da educação interprofissional (EIP), na qual se privilegia o:

[...] trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão [...] e se baseia na [...] valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade [...]. (BATISTA, 2012, p.26)

Conforme já discutido, a interação de subjetividades desses sujeitos, quando respeitadas e incorporadas no processo de planejamento da produção de cuidado no território, cria uma realidade de trabalho singular. Dessa maneira, a atenção à saúde deixa de ser reflexo unicamente de protocolos estabelecidos para ser uma interação entre a técnica necessária e os encontros terapêuticos. Naturalmente, aspectos como acolhimento, vínculo, humanização, atenção, cuidado e saúde aparecem no cotidiano de trabalho da equipe *entredisciplinar*. Sendo importante retomar a discussão proposta por Ceccim

(2004) sobre o termo *entredisciplinaridade*, que deve estar compreendida sempre que afirmamos o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar,

[...] um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a ressingularização permanente. (CECCIM, 2004, p.05)

Caberia ao desempenho das profissões de saúde atuar segundo sua circunscrição de saberes, mas orientando-se pelo conhecimento que o excede e sob o risco da sobrevivência em uma zona de fronteira, uma margem virtual no entre sítio de tensão e de indiscernimento, mas de aprendizagem e de invenção. Ter disposição para reinventar os modos de fazer saúde deve ser característica presente nas pessoas que trabalham na equipe multiprofissional, pois atuar na saúde, e em especial na Atenção Básica, é ter compreensão ampliada do processo de trabalho, das condições socioeconômicas, das rede de educação, das culturas locais e do desejo coletivo de produzir um ambiente saudável. Além disso, para a produção do cuidado em saúde, de sujeitos e coletividades, convergem distintas ciências, práticas e saberes. Tais convergências têm produzido tensões, movimentos e dinâmicas que operam, na prática, aspectos multirreferenciados e dimensões multifacetadas que têm resultado na criação de uma nova perspectiva para a formação e para o ensino em saúde, na qual se pode relacionar o caráter interdependente das realidades e situações de saúde, a aprendizagem mútua, o imperativo de fazeres e saberes compartilhados e os contextos do trabalho em saúde como *locus* de ensino-aprendizagem. Da mesma forma, tendo como centralidade a singularidade

do cuidado em saúde, a intersubjetividade e a perspectiva do compartilhamento colaborativo, torna-se imperativo discutir em que medida tais aspectos têm interferido na formação e no ensino em saúde e têm contribuído para a reconfiguração de saberes que trazem o vigor conclamado pela Reforma Sanitária Brasileira.

Referências

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p.24-28, Jan. 2012. Disponível em: <http://fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2014.

BATISTA, N.A. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, abr. 2005.

BERBEL, N.A.N. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Diálogo educacional**, Curitiba, v. 12, n. 35, p. 101-118, 2012.

BRANDÃO, C.R. **A pergunta a várias mãos**: a experiência da partilha através da pesquisa em educação. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001. Diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2001, Seção 1E, p. 131.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da Formação em Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.780-788, mai./jun. 2004.

DIAS, C.V. **Percepções de estudantes sobre comunicação em saúde: implicações para a atuação profissional**. 2011. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

DONATO, A.F. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 48, p. 5-14, nov. 2009. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ses-15948>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000.

GADOTTI, M. **Boniteza de um sonho: ensinar-e-aprender com sentido**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2008.

GONZÁLEZ REY, F. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Thomson, 2004.

_____. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson, 2007.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.173-191, abr. 2007.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-80, 2009.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MITJÁNS MARTÍNEZ, A. (Org.). **Psicologia escolar e compromisso social**: novos discursos, novas práticas. Campinas: Alínea, 2005.

MITRE, S.M. et al. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: Debates atuais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.

NÓVOA, A. Os professores na virada do milênio: do excesso dos discursos à pobreza das práticas. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, jan./jun. 1999.

SHERIDAN, C.L., RADMACHER, S.A. **Health psychology**: challenging the biomedical model. New York: John Wiley & Sons, 1992.

VEIGA, I.P.A. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? **Caderno Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, dezembro, 2003.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

TENSÕES, PARADOXOS E POTÊNCIAS DE PRÁTICAS COM “PROJETO DE FUTURO” NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

*Ricardo Burg Ceccim
Jaqueline Dinorá Paiva de Campos
Fernanda Steffen Culau
Laura Anelise Faccio Wottrich*

Introdução

O campo formativo vem sendo continuamente chamado à experimentação no esforço de ensinar e aprender saúde “em meio à vida”. Para algumas políticas de saúde, essa condição é particularmente candente devido à sua destinação aos “territórios de acolhimento” dos pacientes ou demais usuários das ações e serviços do setor, aquilo que também chamamos de “porta de entrada”. Constituir uma porta de entrada é constituir um “território de acolhimento”, o que serve para qualquer condição em que recebemos pessoas em atenção de saúde e devemos projetar um plano terapêutico, um plano de cuidados ou um plano de acompanhamento ao sentir-se ou ficar bem. Dizemos “território de acolhimento” por projetar aí uma “zona” (ambiente) onde recebemos pessoas

que experimentam “necessidades de atenção à saúde” oferecendo nosso modo de escutar, atender, tratar e cuidar.

Dentre as políticas de saúde em que a constituição de territórios de acolhimento é uma condição candente, está a política de atenção básica. Na atenção básica, temos a maior porta de entrada, não de um serviço, mas de todo o sistema de saúde: é o âmbito do “acolhimento indiscriminado”, aquele a que se chega ou se deve chegar por qualquer motivo de saúde, aquele ao qual compete o sistema de saúde gerar/mostrar sua zona (ambiente) de guarida a todos, não porque experimentam uma situação de risco de morte ou urgência, como ocorre nas unidades de pronto-socorro, ou porque experimentam uma situação de adoecimento que exige procedimentos cirúrgicos ou contínuos, como ocorre nas unidades de internação hospitalar, ou, ainda, porque experimentam a vivência intensiva do sofrimento ou do transtorno psíquico, como acontece em unidades de intervenção psicossocial, mas porque temos (devemos ter) aí “todos os motivos”, sejam eles quais forem, bastando que tenham sido traduzidos como “necessidade de atenção”, nos termos que a área da saúde seja (ou deva ser) capaz de prestar resposta (atender/resolver). Temos aí aquilo que faz vir alguém ao serviço de saúde, aquilo que faz o serviço de saúde ir até alguém e aquilo que faz serem organizadas ações de proteção da saúde, incluindo a promoção do ser saudável, a prevenção de doenças e a ação intersetorial em territórios de vida cotidiana.

Falamos da “atenção básica” como quem fala da “educação básica” (que abrange ensino *fundamental* e *médio*, articulada com a *educação infantil* e com a *educação de jovens e adultos* em aprendizagem do ensino fundamental e médio), isto é, atender às necessidades de saúde, quer no âmbito da promoção de estados saudáveis, quer no âmbito da assistência (para colocar as pessoas mais

fortes em meio à vida, no enfrentamento das condições que a vida ou os riscos de viver nos colocam) ou, ainda, na recuperação das condições de bem-estar para o viver de cada dia. No caso da atenção básica, a clínica acontece “em meio à vida”, não se podendo minimizar a escuta e a compreensão das necessidades e, ainda, em contrapartida, deve organizar modos de acolher, atender, tratar e cuidar, de maneira particular (cada caso, cada grupo, cada pessoa, cada coletivo) e prioritária (inclusive produzindo os coletivos de que se precise, incentivando práticas participativas e envolvendo-se em medidas sociais de qualidade da vida), em especial, em sistemas de saúde de acesso universal. Tanto mais se falamos em integralidade, participação e descentralização, como ocorre no texto (princípios e diretrizes) e respectivo contexto (história de reforma e de luta social) do Sistema Único de Saúde, o caso brasileiro.

Sabemos que o país ainda é jovem no entendimento desses termos, mas sabemos que a ciência e a formação em saúde, no tocante a esses termos, ainda guardam distância, restando à Saúde Coletiva ou à Educação em Saúde Coletiva, como produção de conhecimento e formação, trabalhar *nisso* e *com isso* todo dia, inventando práticas, formulando conceitos, ressignificando a Saúde Pública, a Medicina Preventiva e a Saúde da Comunidade, conceitos e práticas que a antecederam. Para que assim funcione, a atenção básica requer acolhimento, tratamento, escuta, prestação de cuidados e inclusão em um sistema sanitário de portas abertas e sob forte acolhimento de pessoas e suas histórias de “vida e saúde”. Entretanto, não estamos, como país, imersos nessa linguagem de formação profissional ou prontos para isso. A atenção básica ainda não se universalizou, ainda não é capaz de dizer que todos são bem vindos e que todos obtêm “encontros de saúde” nesse lugar. Ainda são citadas as fichas, a fila, a porta fechada nos horários mais contundentes, a prescrição exacerbada

de hábitos, a prescrição desmedida de medicamentos, a solicitação desnecessária de exames, a educação vertical e higienista da saúde, a vigilância de indicadores conforme definidos por mecanismos centrais de “governo da vida”.

Muitas “necessidades” de saúde não são percebidas como prioridade, sequer como necessidade, pois é baixa a proximidade com cotidianos vivos (produtores dos modos e estilos de viver singulares, originais, aprendidos com o mundo que nos toca viver) e é reduzida a sensibilidade às “demandas” (ficando na queixa de sintomas o mais rapidamente vertidos em diagnóstico e prescrição: queixa-conduta). “Mudar” tudo isso passa por “formar”, podemos dizer. Ouvimos isso todo dia em todos os lugares! Formar para mudar ou formar para a mudança? Formar para saber quais mudanças estão ou estariam em causa? Formar como prescrição de novas práticas ou formar como prática do pensar? Pensar como ato individual ou como produção de coletivos. Faz-se necessário inventar as formas de ensinar e de permitir o aprender (forçar o pensar), inventar e produzir coletivos, colocar em ato formas de ensinar e aprender não somente nas instituições de ensino, mas nas instâncias de serviço, de gestão e de formulação de políticas e programas. Também tomar o trabalho *pela* ou *em meio* à formação.

Atenção Básica prospectada pela Educação em Saúde Coletiva

Da noção de Atenção Básica igual a Estratégia Saúde da Família ou igual a Atenção Primária à Saúde, à noção de Atenção Básica como rede de conhecimentos e práticas de base à saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, unidades de promoção da atividade física e recreativa e de suporte terapêutico

por meio de práticas corporais, como as Academias da Saúde; inclusão de “pessoas da rua” (não só populações em situação de rua, mas pessoas cuja história cultural ou subjetiva se desenha sem os vínculos de domicílio e família construídos desde a modernidade) e a decorrente criação de unidades de trabalho como Consultórios na Rua; sistemas de atenção domiciliar com programas de Agentes Comunitários de Saúde; sistemas de cuidado e terapêutica em casa com programas de atenção e internação domiciliar; programas de saúde na escola em parceria da saúde e educação; cuidado ambulatorial em saúde bucal, inclusive especialidades odontológicas; estratégias de tele-educação, teleconsultoria, segunda opinião formativa e consultoria com o sistemas de telessaúde; organização de grupos de aprendizagem social e interação comunicativa sistematizados em Comunidades de Prática; integração das ações e serviços de saúde com núcleos de ação do setor da cultura (rádios, teatros, circos, oficinas e Pontos de Cultura), como a *palhaçaria*, as *rádios de saúde mental* ou a *saúde no ponto* (projetos culturais orientados à saúde e realizados nos bairros); consultório de barco, não apenas como ambulatório fluvial, mas como linha de rede entre serviços, práticas populares e singular regionalização do sistema de saúde; variações em programas de redutores de danos e de atenção psicossocial; introdução do protocolo de expansão da atuação de enfermagem em saúde pública; programas de formação e incorporação de quadros profissionais em territórios de baixo provimento e baixa fixação de trabalhadores de saúde, programas de avaliação como acompanhamento e investimento em melhoria da qualidade, entre outros componentes de composição da integralidade da atenção discrepantes da atenção e internação hospitalar ou médico-centrada.

Ao final do projeto de Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais em Atenção Básica, aprendemos sobre o **“acolhimento indiscriminado”**, acolher a todos, reconhecer-se como lugar de todos, colocar-se em renovação para incluir a todos; sobre a **“formação situada”**, aprendizagem mais profundamente qualificada e dispersa pelas instituições de serviço, de formulação, de gestão e de controle social (cenários focais de aprendizado, mas, também, redes de estudo e diálogo entre atores sociais das práticas); sobre **“atenção e exercício profissional em borramento de fronteiras”**, clínica implementada e revisitada pelos trabalhadores e serviços como clínica de território, interdisciplinar e intersetorial, não mais o modelo queixa-conduta/diagnóstico-prescrição; sobre a exigência de uma perspectiva de ação em **“pesquisa-formação-intervenção”**, educação permanente em saúde mediante a interrogação permanente das práticas, escuta ativa de usuários dos serviços de saúde e de movimentos sociais e avaliação contínua de resultados e desempenhos locais, inclusive pelo uso do diálogo aberto pelos sistemas digitais, interativos e educativos do sistema de saúde); sobre a **“interação universidade-serviços-território”**, participação e interação da universidade com a rede de saúde, por meio de seus grupos e núcleos de pesquisa e extensão com presença ativa junto aos mais diversos cenários de trabalho e movimentos sociais (do movimento nacional de moradores de rua à organização sindical dos Agentes Comunitários de Saúde); e, ainda, sobre a **“subversão poética do cotidiano”**, burla permanente de regras e protocolos pela assunção de compromisso com a melhor prática em cada hora e lugar, assegurando a atenção essencial, o cuidado fundamental, a terapêutica mais justa. Por fim, o **“analisador carimbo”** e o **“analisador número”**, o primeiro por tudo que permite desalojar de normas antecedentes, regimes de verdade e linguagem totalitária (quem e porque pode carimbar

receitas, encaminhamentos, laudos, atestados, normas técnicas e rotinas; quem e porque pode avaliar e monitorar; quem e porque dá a última palavra; quem e porque classifica e hierarquiza risco etc.), já o segundo pelo exercício da numeramentalização¹ do trabalho de assistir, educar e gerenciar, a conversão do fazer em quantidades do feito, a reconversão permanente da informação em dado (dado primário que vira informação, informação que vira banco de dados).

Um “projeto de futuro” da atenção básica, vindo de sua prospecção, fala do reconhecimento de um lugar de inclusividade: atender a todos em sua diversidade; resolutividade: expansão, subsidiada tecnicamente, absorvendo desenhos inovadores; campo formativo e da invenção de saberes: encontros de saúde capazes de relacionar atenção, gestão, formulação, participação, estudo e práticas de apoio. Um potencial em saúde próprio da atenção básica está na condição de *ser e propor* territórios de acolhimento, ocupar-se em *ser e fazer ocorrer* zonas de acolhimento do/ao sistema de saúde. As demandas para a clínica que chegam à atenção básica são histórias de vida e saúde. Nosso percurso no projeto *Prospecção* teve por base uma diversidade de experiências do fazer em saúde, trazidas de diversas regiões do país, tendo em comum a ampliação e a inovação no fazer saúde. Verificou-se a busca por transcender a fragmentação; articular saberes; borrar fronteiras profissionais; integrar universidade, serviços e território; dar lugar ao saber popular; acolher a alteridade em estranhamento e vida.

¹ Sobre a “numeramentalização”, é fundamental ler a dissertação de Juliano André Kreutz: *Quem conta um ponto, inventa um conto: sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades*. (KREUTZ, 2012)

Conclusão

Com o procedimento metodológico dos círculos em rede, foi possível acompanhar possibilidades inventivas no contorno peculiar das práticas, nos deu a possibilidade de colocar em questão discursos legitimados e fazer oposição às regulações e prescrições sobre as ações em saúde. Um diálogo transversal, nacional e regional traduziu, a partir da prática, a capacidade inovadora de coletivos em ação. Diálogo que instigou inquietações: o que é fundamental para um usuário? O que é fundamental para o trabalhador? O que é fundamental para um sistema de acesso universal? Quais as formas transgressão do trabalho prescrito? A oposição aos modelos é saudável quando em compromisso público e ético com os usuários.

O conceito de autogestão foi inspirador, ao lado do conceito de autoanálise, como acontece na proposta do Institucionalismo. (CECCIM, 2005) Autogestão e autoanálise na construção de instituições vivas: o processo organizativo como processo instituinte, não apenas reprodutivo, a recuperação do poder de organização e autogerenciamento do processo produtivo, elidindo a burocracia e a hierarquização. As práticas de apoio observadas na Atenção Básica serviram para problematizar os diferentes tempos exigidos no trabalho: tempo do fazer, tempo do aprender, tempo das narratividades, tempo das invenções, tempo da escuta, tempo da composição de coletivos, tempo da composição de práticas etc. Experiências como a do Consultório de Rua e a do Consultório de Barco (Unidade Básica Fluvial), com territórios peculiares, pouco geograficamente inscritos, descritos, adscritos, cheios de microáreas, com uma dimensão de inclusão singular, tanto de usuários como de temporalidades distintas da vida. Processos autogestionários, mediante a burla em carimbos

e números, sinalizaram possibilidades, transformação dos modos de trabalhar, transformação dos modos de cuidar.

A “transformação” nos veio como na proposta de uma revolução molecular (GUATTARI, 1987), movimento de grupos que tencionam as formas impostas de vida e elevam esse questionamento à dimensão de produção de subjetividade, potência política e exercício democrático. Pensamos os processos autogestionários em uma perspectiva de devir, devir-criança, tempo de infância. Trouxemos, de início, a ideia de infância como um tempo de invenção, em que, como no brincar, não se fica preso às urgências e demandas do presente. Trazemos agora como “ética do brincar”, em sintonia com a formulação de Noal-Gai (2015). Uma ética do brincar se interessa por coisas pequenas (pedrinhas, furinho, pontinha do dedo, alcinha, tons de verde), coisas de criança, de alunos, de pacientes, de loucos, de retardados, de autistas, de moradores de rua. Apresenta-se como uma pedagogia generalista, uma potência pedagógica; um apoio para rodas e círculos e redes e tramados e bordados de saberes, de fazeres, de conversares; é gostar de ver vida uns nos outros (procurar territórios de educação e de saúde para encontrar a vida das forças alegres, a vida dos trocinhos, das miudezas, das palavras baixinhas, a vida das pedras, das coisas molhadas)².

Encontramos ressonância dessas ideias nos artigos de Kohan (2004) e Ceccim e Palombini (2009), ambos assimiladores do conceito deleuziano de devir-criança. Kohan (2004) afirma a possibilidade de existência de duas infâncias: uma majoritária, associada à passagem do tempo cronológico e às etapas do desenvolvimento humano; e outra minoritária, habitante de uma temporalidade distinta e vivida como experiência, acontecimento, ruptura e

² O trecho citado pertence ao posfácio, escritura de Daniele Noal-Gai com Ricardo Burg Ceccim, orientador na tese de doutorado “Ética do brincar”. (NOAL-GAI, 2015)

criação, devir-criança. Ceccim e Palombini (2009) elaboram uma distinção entre a criança cronológica, aquela que cresce, torna-se adulta, aceita os agenciamentos de subjetividade que a sociedade faz, que as instituições impõem, que os pais acham belos, bons, honrados e o devir-criança, experimentado como resistência a esses agenciamentos da temporalidade dominante e como produtor de vida. A lógica dessa outra temporalidade difere da lógica cronológica tomada em referência na nossa cultura ocidental. Kohan (2004) nos lembra que, na língua grega, existiam outras palavras para designar o tempo. Além de *chrónos*, que corresponde à continuidade de um tempo sucessivo, *kairós*, o tempo como momento crítico, oportunidade, e *aión*, uma temporalidade não numerável nem sucessiva, mas intensiva: “o intrigante fragmento 52 de Heráclito conecta esta palavra temporal ao poder e à infância”. Para Heráclito “aión é uma criança que brinca, seu reino é o de uma criança” (a criança “criançando”). Haveria uma dupla relação afirmada: tempo-infância (aión – país) e poder-infância (basileie – país). Neste fragmento, a indicação, “entre outras coisas, de que o tempo da vida não é apenas questão de movimento numerado e que esse outro modo de ser do temporal parece com o que uma criança faz.” Enfim, para Kohan, “se uma lógica temporal segue os números, outra brinca com os números.” (KOHAN, 2004, n.p.)

A essa temporalidade associamos o devir e, por isso, designamos nossa investigação como prospecção de devires, articulação à lógica dos processos autogestionários, lugar às intensidades, invenção de sentidos no cotidiano. Do imperativo da forma prescrita pelos modelos e protocolos ao fazer mais inventivo, plástico, informe, nascente. O que pareceu mais importante não foi chegar a um lugar, uma proposta, mas passar pelos lugares e propostas, reconhecer tensões e, sobretudo, paradoxos. A potência das práticas

está em seus projetos de futuro, nos desafios que recolhe em sua formulação: mantendo-se inquieta, mantém-se atenta; parecendo contínua, permite-se inventiva.

Referências

- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005.
- CECCIM, R.B.; PALOMBINI, A.L. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia e Sociedade** (Impresso), Porto Alegre, v. 21, p. 301-312, 2009.
- GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- KOHAN, W.O. A infância da educação: o conceito devir-criança. In: KOHAN, Walter Omar (Org.). **Lugares da infância: filosofia**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- KREUTZ, J.A. **Quem conta um ponto, inventa um conto**: sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1970.
- NOAL-GAI, D. **Ética do brincar**. 2015. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.



TEMA DE DOBRADIÇA

PESQUISA-INTERVENÇÃO EM FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ardigò Martino

Introdução

O presente texto se desdobra do debate apresentado por ocasião da *Jornada de Intensidades: in-formes da atenção básica em saúde, prospecção de devires*, realizada em 13 e 14 de dezembro de 2013, em Porto Alegre. Tratava-se da apresentação e do debate de uma pesquisa-formação-intervenção multissituada e multilocal observada no Brasil. A pesquisa-formação-intervenção, entre outros cenários de debate, interação e interlocução tomou a confronto o olhar “estrangeiro”, no caso, o do Sistema Sanitário Italiano. Foi possível analisar o processo de educação em saúde e as metodologias de formação nos contextos brasileiro e italiano. A metodologia de pesquisa-intervenção, também designada como projeto de desenvolvimento tecnológico, envolveu estudantes de graduação e de pós-graduação que acompanharam *círculos de cultura e conversa* e *redes de*

interação científica e conversação, diferindo dos métodos tradicionais de pesquisa, mesclando projetos de extensão, investigação e formação participativa em serviço, com a finalidade de identificar, valorizar e promover a integralidade do cuidado e a qualidade e efetividade da atenção básica. Efetivamente, a respeito dos processos de formação relacionados com a atenção básica deve-se considerar os espaços de sala de aula, mas necessariamente os espaços dos serviços socio sanitários e os da comunidade, de modo que as interações ensino-serviço-território ofereçam saberes novos ao pensar, formar e intervir na saúde.

Os objetivos envolveram tomar em consideração, debater e confrontar os contextos da atenção básica nos cenários locais de diversos pontos do Brasil, assim como, na medida do possível, os cenários de formação e pesquisa, por meio das percepções dos atores envolvidos, da observação participante e da produção e composição de sentidos (mais que explicações, as situações de engajamento, envolvimento e motivação). Pode-se dizer que, desse modo emergiram avaliações da produção simbólica ao redor das práticas profissionais em diferentes realidades, tendo em conta produtos e produções individuais e coletivas. Puderam ser descritos processos micropolíticos envolvidos na formação dos profissionais da área da saúde e estimulada a construção de redes de formação-intervenção entre trabalhadores de distintas inserções e entre estudantes e profissionais, por meio de processos participativos.

A construção de redes de pesquisa-intervenção entre acadêmicos e profissionais envolveu projetos conjuntos de pesquisa-formação em saúde, efetivando ações de *knowledge transfer* e *knowledge translation* por meio do envolvimento direto de pesquisadores, profissionais, gestores e acadêmicos nas atividades de *prospecção de devires*: exploração de futuros, rastreamento de

pistas, conversa sobre potencialidades, esconderijos e visibilidades. Observou-se a realização de visitas técnicas de reconhecimento no lugar de produção do trabalho, seja no contexto do serviço ou da formação; participação em reuniões; organização de seminários em diversos pontos do país; participação em eventos com os temas da atenção básica, da educação em saúde coletiva e da formação em saúde, apresentando o processo e os resultados do trabalho conjunto.

Atividades interpretadas

Conforme o observado, as atividades desenvolvidas se referiam a uma pesquisa-intervenção participativa que, resgatando a tradição da pesquisa-ação (FALS-BORDA; ANISUR-RAHMAN, 1991), afirmava, no campo da saúde, a impossibilidade de uma pesquisa neutra e descritiva, utilizando, ainda, a pesquisa como estratégia direta de intervenção no campo e na recomposição do cotidiano (quando os atores envolvidos sabem mais sobre si e suas relações como efeito da produção de conhecimento gerada nos instrumentos e processos de pesquisa). A pesquisa-intervenção não somente reflete sobre as relações de poder, mas, a partir do quadro da teoria ecossocial (KRIEGER, 2011), por exemplo, juntando processos históricos de grande porte, história dos indivíduos e dos grupos sociais, processos em ato no campo micro das relações locais e análise do campo macro das relações globalizadas. Uma pesquisa-intervenção se funda na práxis (LATHER, 1986; MORLEY, 1991) e reconhece a horizontalidade das relações participativas.

Ontologicamente, uma pesquisa situada não se preocupa com a descoberta de conhecimento objetivo, que

depois possa ser utilizado como ferramenta educativa na comunidade, ela se preocupa com a produção de saberes, em que os maiores interessados imediatamente possam se beneficiar do conhecimento produzido e qualificar a vida, a saúde, a sociedade. A partir das teorias sociológicas de Thomas e Thomas (1928), sabemos que, se as pessoas definem como real uma situação, ela se torna real nas consequências, assim, devemos, mesmo, valorizar, com base no rigor metodológico, ações coletivas conjuntas e equivalentes entre universidade e comunidade. Essa atitude da pesquisa tem no foco de análises as relações de poder e falta de equidade (McLAREN; KINCHELOE, 2002; FREIRE, 1983; FREIRE, 2011), abordando os temas da justiça social, da emancipação e das desiguais distribuições de poder e recursos, resgatando o pensamento filosófico e o posicionamento crítico de Gramsci (1975; 1985) e de Freire (1983; 2011) quanto aos valores de uma democracia forte e de intelectuais orgânicos às causas populares. Enfim, as relações entre global e local foram abordadas a partir de uma visão de pesquisa transdisciplinar (ALMEIDA FILHO, 1997), multissituada (MARCUS, 1995) e que considera múltiplos loci de pesquisa, não somente os espaços geográficos, mas também os loci definidos pela geografia social. (BOROFSKY, 2000; SANTOS, 1988)

O campo da prospecção foi delineado/coordenado no âmbito das atividades de formação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mas envolvendo várias outras instituições de pesquisa e ensino brasileiras, tais como Universidades Estaduais e Federais, Institutos de Pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e uma Fundação Estatal, como a do Estado da Bahia, aproveitando diversas ferramentas de investigação qualitativas e semiquantitativas que permitiram analisar as experiências em curso na atenção básica brasileira como formação-intervenção. (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; THIOLENT, 1985; GARRIDO-

GARCÍA, 2007) A diversidade de instrumentos possibilitou uma maior e melhor compreensão dos processos em ato nas diferentes realidades. Sendo o processo de pesquisa-intervenção incremental, algumas atividades surgiram ao longo do processo, desencadeadas pelas ações da própria “prospecção”.

As “in-formações” apresentadas estavam fortemente marcadas pelos autores brasileiros da saúde coletiva (MERHY, 2003; 1987) e da educação (CECCIM; CARVALHO, 2006a, 2006b), mas não de todo estranhas à antropologia médica como a estudamos no contexto italiano, o que talvez possa servir aos estudos de profundidade:

- 1) antropologia interpretativa de Geertz, para analisar diferenças e similaridades nas percepções entre grupos geograficamente e socialmente diferenciados (GEERTZ, 2000);
- 2) antropologia pública de Borofsky, para analisar a produção política dos processos de formação (BOROFSKY, 2000);
- 3) teoria ecossocial de Krieger, para analisar as relações indivíduo-coletivo no espaço geográfico e sociopolítico. (KRIEGER, 2011)

O conjunto pesquisa-formação-intervenção parece ter proporcionado avanços muito interessantes. Em primeiro lugar, a atividade de pesquisa multissituada em atenção básica favorece e estimula a cooperação entre territórios, assim como a extensão comunitária universitária, que proporciona uma aproximação muito forte entre universidade e serviços de saúde, conferindo materialidade ao constructo da educação permanente em saúde (CECCIM, 2005), do modo como se faz no Brasil, e ao modelo brasileiro de pesquisa-ação-crítico-colaborativa. (CECCIM, 2014) Os serviços de saúde brasileiros parecem

bastante receptivos com as atividades de formação permanente e têm, atividades de pesquisa-formação-intervenção em várias linhas de cuidado, inclusive um emergente processo de atenção à saúde com populações em situação de rua.

Deve-se reconhecer como resultado preliminar que há relevância do próprio contexto quando se fala em atenção básica; que o encontro entre *locus* de construções diferentes, funcionam como disparadores de reflexão; e que a construção de redes multissituadas representam estratégia para enfrentar os processos globais que determinam a saúde.

O contexto como ator da atenção básica

A comunidade internacional tem abundantemente pesquisado o *hidden curriculum* (HAFFERTY, 1994; ANYON, 1980), entendendo os efeitos na formação, produzido pela informalidade, pela organização do curso, pelas relações entre estudantes e entre o corpo docente e os estudantes. A prospecção confirma a influência dos fatores estruturais na formação, acrescentando algumas considerações. O efeito do currículo oculto é claramente muito mais relevante nas atividades de formação fora de aula. As atividades de extensão comunitária universitária são muito influenciadas por fatores que podemos definir como extracurriculares, tais como a composição das equipes que recebem em estágio/vivência, a presença de profissionais e estudantes. A diversidade de atores presentes no cenário de práticas e o contexto social, cultural e político onde as atividades acontecem são elementos que fogem totalmente de controle, sendo grandemente imprevisíveis as invenções em território.

Durante a prospecção, foram acrescentados outros elementos úteis à reflexão, ampliando o olhar para os fatores externos que compõem o currículo oculto, isto é, as trajetórias de vida dos indivíduos e da comunidade. Existem fatores determinantes na vida das pessoas que não desaparecem no trabalho e na formação. Esses fatores são relativos às expectativas, às percepções e aos desejos das pessoas e dependem do ambiente ecológico cultural, social econômico e político onde elas vivem. Por exemplo, os estudantes do curso de Medicina na Itália são capturados por um forte desejo de serem especialistas, portanto, salvo exceções, resistentes às propostas de extensão comunitária universitária que os coloquem fora do hospital, em um contexto generalista e em oportunidades multiprofissionais integradas à formação de base. Os estudantes de medicina italianos, na maioria dos casos, são totalmente dedicados à faculdade, são mantidos economicamente pelas famílias que avaliam o seu melhor desempenho através do número de provas superadas por ano e por suas notas. Atividades como a extensão comunitária universitária não produzem notas e são desenvolvidas fora do hospital, produzindo preocupação nas famílias quanto à relevância para a formação dos estudantes. Essa preocupação é um elemento interessante que pode ser analisado, por exemplo, por meio da tríade habitus, campo e capital (cultural, simbólico e econômico), formulada por Bourdieu (2003) que nos dá pista para a pesquisa de profundidade sobre a relação entre desejos individuais e influência social nos desejos na formação na área da saúde, analisando o sujeito e o entorno social dele como um conjunto.

A abordagem metodológica utilizada resgata o plano das interações e das integrações micro - macro e das interações multissituadas e multilocais, proporcionando o confronto de experiências entre sujeitos que vivenciam o mesmo lugar geográfico, mas diferentes lugares sociais

(universidade, serviço de saúde e serviços sociais) ou o mesmo sistema de saúde, mas diferentes locus “existenciais” (diferentes atravessamentos do serviço o do sistema de saúde, por exemplo, nas perspectivas de usuário, profissional, gestor, acadêmico etc.), e atores que pertencem ao mesmo locus existencial em diferentes lugares geográficos (acadêmicos, profissionais, gestores, usuários). A prospecção não teve como objetivo comparar experiências ou estratégias de avaliação, mas evidenciou e problematizou similaridades e diferenças, continuidades e descontinuidades, entre os contextos geográficos e os loci existenciais. O processo tentou estimular a reflexividade, desnaturalizar culturas intelectuais e profissionais, extrair conhecimento a partir das práticas cotidianas e facilitar processos de autoaprendizagem. Nisso, as atividades de intercâmbio demonstram ser uma ótima ferramenta de problematização e desnaturalização, pela capacidade de mostrar que, mesmo pertencendo a um plano intelectual, profissional e social incorporados culturalmente, se colocados em confronto podem ativar rapidamente a ressocialização, por meio do “encontro”, não mais de constatação da diferença do outro, mas a elaboração de um processo de “mudanças”.

A construção de redes multissituadas como estratégia de enfrentamento aos processos que determinam a saúde

É interessante perceber como o encontro entre atores que pertencem a lugares diferentes, além de manifestar a diferença, tem potencial para manifestar o que é comum. Vivenciar a similaridade dos problemas que estudantes e profissionais de lugares geográficos diferentes têm em comum ajuda a compreender quais são os determinantes

que agem no local que têm raízes globais. Dessa forma os estudantes e os profissionais se interessam pelos saberes e soluções dos outros, percebendo como esses saberes e soluções podem ter valor em seu próprio cotidiano. Esse encontro entre cotidianos mobiliza os diferentes atores na produção de redes de trabalho, aprendizagem e vivência comum. As redes podem se beneficiar das novas tecnologias e proporcionar uma arena para a construção de espaços coletivos transversais.

O projeto de prospecção de modelos technoassistenciais em atenção básica conseguiu produzir várias repercussões nos campos perscrutados. Além das informações levantadas, estimulou o intercâmbio e colocou estudantes e profissionais diante da realidade do seu país e diante do universo da formação e do trabalho em atenção básica, demonstrando as influências culturais, sociais, econômicas e políticas que o setor da saúde sofre e que tem possibilitado vivenciar e desbravar as diversas características que compõem uma realidade plural. O projeto não apenas atendeu aos objetivos especificados, como foi ativador de mudança em processos, influenciando ações nos campos estudados e inspirando novos eixos de intervenção. Porém, a quantidade de material levantado e a variedade de temas faz com que seja ainda necessário um aprofundamento em estudos, especialmente a respeito do acolhimento, da intersectorialidade, das fronteiras profissionais e das tecnoburocracias e retornar ao campo para a discussão dos resultados da análise dos materiais.

Quanto aos potenciais identificados podemos listar:

- estimulou a construção de redes de formação-intervenção entre diferentes contextos e entre estudantes e profissionais por meio de projetos de formação participativos;

- estimulou a construção de redes de pesquisa-intervenção entre acadêmicos e profissionais de diferentes contextos desenvolvendo projetos conjuntos de pesquisa-intervenção em formação em saúde;

- efetivou ações de *knowledge transfer* e *knowledge translation*.

Conclusões

Devido à quantidade de atividades desenvolvidas, muitos dados podem ser tornados objetos de investigação e novas oportunidades de pesquisa serão aproveitadas, portanto, parece oportuna a continuidade das atividades desenvolvidas até o momento, acompanhando novas intervenções e estimulando novos eixos de prospecção. Mais especificamente, a prospecção desenvolvida até agora se caracteriza como uma estratégia fortemente inovadora, pois tem juntado quadros teórico-metodológicos que normalmente não são utilizados conjuntamente e os têm aplicado à pesquisa-formação-intervenção no campo da atenção básica.

Uma necessidade sugerida é a de focar em uma melhor definição do próprio quadro teórico-metodológico, porque as publicações inerentes a essa e a outras pesquisas desenvolvidas pela rede de parceiros necessitam de referências bibliográficas específicas para sua inclusão no cenário científico internacional. A grande transdisciplinaridade da abordagem usada fez com que diferentes quadros teórico-metodológicos venham a convergir. A partir dessa constatação, uma das atividades prioritárias seria desenvolver métodos de pesquisa-formação-intervenção e produzir contributos especificamente pensados para os serviços, gestores e profissionais da área da saúde, não só da atenção básica.

O tema da pesquisa-formação-intervenção multilocal e multissituada em saúde, utilizando de dinâmicas interativas, facilita a troca de experiência e a imersão nos pontos fortes e fracos. As oportunidades que o trabalho em redes multilocalis proporciona coloca em marcha desafios à cooperação e ao reconhecimento positivo da diversidade. A discussão, a troca e a construção conjunta de conhecimento e de redes de trabalho é estimulante e criativa. A dinâmica utilizada registrou responsabilização com a discussão e uma produção que fosse a expressão dos resultados do cotidiano tomados em debate crítico e sistemático.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-20, 1997.

ANYON, J. Social class and the hidden curriculum of work. **Journal of education**, v. 162, n. 1, p. 67-92, 1980.

BOROFKY, R. Public anthropology: where to? What next? **Anthropology news**, v. 45, n. 5, p. 9-10, 2000.

BOURDIEU, P. **Per una teoria della pratica: con tre studi di etnologia cabila**. Milano: Raffaello Cortina, 2003.

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, 2005.

CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006a. p. 69-92.

_____. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b. p. 149-182.

CECCIM, R.B. et al. Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Fórum sociológico [On-line]**, n. 24, 2014. Disponível em <<http://sociologico.revues.org/1111>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

FALS-BORDA, O.; ANISUR-RAHMAN, M. (Orgs.). **Action and knowledge: breaking the monopoly with participatory action-research**. New York: Apex Press, 1991.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GARRIDO-GARCÍA, F.J. Perspectiva y prácticas de educación-investigación participativa. **Política y sociedad**, v. 44, n. 1, p. 107-124, 2007.

GEERTZ, C. **Local knowledge: further essays in interpretative anthropology**. New York: Basic books, 2000.

GRAMSCI, A. **Lettere del carcere**. Roma: l'Unità, 1985.

_____. **Quaderni del carcere**. Torino: Einaudi, 1975.

HAFFERTY, F.W.; FRANKS, R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. **Academic Medicine**, v. 69, n. 11, p. 861-71, 1994.

KRIEGER, N. **Epidemiology and the people's health: theory and context**. New York: Oxford University Press, 2011.

LATHER, P. Research as praxis. **Harvard educational review**, v. 56, n. 3, p. 257-277, 1986.

MARCUS, G.E. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual review of anthropology**, n. 24, p. 95-117, 1995.

McLAREN, P.; KINCHELOE, J.L. Rethinking critical theory and qualitative research. In: ZOU, Y.; TRUEBA, E. T. (Eds.). **Ethnography and schools: qualitative approaches to the study of education**. Lanham: Rowman and Littlefield, 2002. p.87-138.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.71-112.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p.316-323, 2003.

MORLEY, D. Resource analysis as action-research. In: WILKIMSON, P. F.; WILLIAM, C. (Eds.). **Resource analysis research in developing countries**. Toronto: York University, 1991. p. 1-16.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

THIOLLENT, M. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

THOMAS, W.I.; THOMAS, D.S. **The child in America**: behavior problems and programs. New York: Knopf, 1928. p. 571-572.



SOBRE OS AUTORES

SOBRE OS AUTORES

Ana Paula de Lima: Psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS.

Ardigò Martino: Médico, doutor em Antropologia Médica, pesquisador do Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bolonha, Itália.

Anderson de Araújo Costa: Agente Comunitário de Saúde do Consultório na Rua de Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).

Antonia de Jesus Angulo-Tuesta: Enfermeira, mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Professora do curso de graduação em Saúde Coletiva da UnB Ceilândia.

Arlete Lima Simões: Advogada, mestre em Direito Ambiental e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM e da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.

Carla Luciana Cardoso de Lima: Assistente Social do Consultório na Rua Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).

Carlos Machado Freitas: Historiador, mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e pós-doutor pelo Programa de Ciências Ambientais da Universidade de São Paulo. Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira: Pedagoga, mestre em Educação e doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta do curso de graduação em Saúde Coletiva da UnB Ceilândia.

Cristiane Castro: Pedagoga, mestre em Educação e doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta do curso de graduação em Saúde Coletiva da UnB Ceilândia.

Cristiane Pereira de Castro: Enfermeira, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.

Daniele Lopes Gaudard de Freitas: Técnica em Enfermagem do Consultório na Rua de Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).

Elizabeth Queiroz: Psicóloga, mestre e doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora de Psicologia na Universidade de Brasília. Chefe do Setor de Gestão de Ensino do Hospital Universitário de Brasília.

Erick Luiz Araújo de Assumpção: Pedagogo, mestre e doutorando em bioética, ética aplicada e saúde coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Pesquisador junto à equipe de Consultório na Rua de Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).

Fernanda Steffen Culau: Psicóloga, mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde/UFRGS).

Gustavo Tenório Cunha: Médico, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professor de Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Jaqueline Dinorá Paiva de Campos: Bióloga, especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva e mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

José Dellaney da Silveira Lima: Odontólogo, especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Dentista do Consultório na Rua de Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).

José Ivo dos Santos Pedrosa: Médico, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professor de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Piauí.

Juliano André Kreutz: Enfermeiro, sanitarista, mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pesquisador no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde/UFRGS).

Júlio Cesar Schweickardt: Sociólogo, mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas e doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisador-chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz Amazonas.

Karina de Jesus: Graduanda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Laura Anelise Faccio Wottrich: Psicóloga, especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva e mestranda em Psicologia. Pesquisadora no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde/UFRGS).

Marcelo Soares Costa: Enfermeiro do Consultório na Rua de Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).

Michele Rocha Kadri: Psicóloga, mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas.

Mônica Martins de Oliveira: Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva e doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas.

Rafael Morganti Pinheiro: Enfermeiro, residente em Saúde Mental no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Rejane Maria de Melo: Agente Comunitária de Saúde do Consultório na Rua de Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).

Ricardo Burg Ceccim: Sanitarista, mestre em Educação, doutor em Psicologia e pós-doutor em Antropologia Médica pela Universitat Rovira i Virgili (Espanha). Professor titular de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pesquisador em Educação na Saúde, coordenador Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde/UFRGS).

Roberta Carvalho Romagnoli: Psicóloga, mestre em Psicologia Social, doutora em Psicologia Clínica e pós-doutora em Análise Institucional pela Université Cergy-Pontoise, (França). Professora de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Rodrigo Tobias Lima Sousa: Odontólogo, mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas, doutor em Ciências pelo Programa de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz Amazonas.

Sandra Figueira: Psicóloga do Consultório na Rua de Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).

Túlio Batista Franco: Sanitarista, mestre e doutor em Saúde Coletiva e pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha (Itália). Professor de Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense.

Valdelanda de Paula Alves: Enfermeira. Coordenadora da Unidade Básica de Saúde Fluvial da Secretaria Municipal de Saúde de Borba/AM.

Valeska Holst Antunes: Médica do Consultório na Rua de Manguinhos (Rio de Janeiro/RJ).



ANEXOS

Documentos da pesquisa em círculos e rede

DOCUMENTO INAUGURAL: prospecção de modelos tecnoassistenciais em atenção básica à saúde

Definições Estratégicas

- a busca e a detecção das fórmulas resolutivas e dos procedimentos de rede adotados por múltiplos locais submetidos ao mesmo sistema nacional de saúde;
- uma maneira de prover visibilidade para as estratégias em curso com “projeto de futuro”, captando as suas potências ou as possibilidades de que são portadoras para que se possam conduzir uma política desde seus atores estratégicos, tomados por seu valor protagonista de realidades, não a imposição de desenhos definidos *a priori* como ideais, posto que não há como prover controle sobre todos os fatores de determinação das práticas locais levadas a efeito (uma prática local não responde aos desenhos centrais de monitoramento e gestão, mas às configurações vivas de atores, instituições e culturas, jogos de força, apostas e disputas de interesse);
- providência de um “olhar adiante”, tanto sobre o que é mais visível ou mais importante quanto sobre o que pode vir a sobressair ou ser salientado como inovação, invenção e/ou design;

- captar o “algo de inovador” na conformação de desenhos, menos modelares, menos impositivos, aquilo que é “agenciador”, mobilizador, convocador;

- verificar as potências em abarcar gestores, trabalhadores, pesquisadores, formadores e usuários, verificar como se formam redes de conexão entre posturas comportamentais e formas de atuação;

- verificar influências do ambiente político, social e econômico no qual se encontram inseridas as práticas;

- colocar em foco, em problematização, a formulação de recomendações, o esperado em modelagens de acolhimento, cuidado e proteção da saúde, e apontar as preparações de futuro quanto às tecnologias, ao desempenho em saúde e ao protagonismo dos coletivos organizados de produção da saúde.

A prospecção gera localização/identificação de desenhos às práticas e organiza informação preliminar, funciona como uma cartografia, mas não como uma pesquisa científica, acumula evidências, mas não as converte em modelos de verdade, desafia percursos e itinerários, mas não confecciona diretrizes e protocolos.

Eixos prospectivos

- Tentativa deliberada de alargar as fronteiras da percepção.

- Expandir a capacidade de atenção em relação a temas e situações emergentes.

Oportunidades

- Detecção e análise de informações que precisam ser exploradas na ciência, no trabalho e na política.

- Geração de conhecimento prospectivo.

- Desenvolvimento de opções futuras.

Rede científica

- **Protocolo Interinstitucional de Educação em Saúde Coletiva:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Estadual de Campinas, Universidade de Brasília, Universidade Federal Fluminense, Fundação Estatal Saúde da Família/Bahia, Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Universidade Estadual do Amazonas.

- **Formato:** círculos em rede, comunidades de prática.

- **Metodologia:** construção referencial, círculos locais, círculos em redes, comunidade de práticas, textos referenciais, campo (narrativas locais), seminários de difusão/comunicação/dobradiça, livro.

JORNADA DE INTENSIDADES: In-formes da Atenção Básica em Saúde, Prospecção de Devires

O Evento

- O evento *Jornada de Intensidades: In-formes da Atenção Básica em Saúde, Prospecção de Devires* foi promovido pelo Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, tendo ocorrido nos dias 13 e 14 de dezembro de 2013, em Porto Alegre.

- O evento propôs a experimentação da metodologia utilizada no projeto, compondo-se por oficinas locais regionais, desenvolvidas por cada caldo de cultura, e oficinas transversais, contando com debatedores convidados, além de momentos de plenária livre e de falas de participantes do projeto.

Sobre o título da Jornada

• “In-formes”: informação para destituir a forma e enunciar saberes, nada de esclarecer ou ilustrar a boa ou a melhor forma. “Intensidades”: jornada de conhecimentos intensivos, não conhecimentos lógicos ou morais, intensidades que desafiem a lógica e a moral. “Prospecção dos devires”: das imanências, do que brota do chão, se destaca dos encontros, se desprende das rodas, redes e corpos de afeto.

Tessituras

• A tessitura da jornada promoveu a construção de outros nós na rede, como, por exemplo, o blog <<http://atenaobasicaemsaude.blogspot.com.br>>, que visou à publicização dos prospectos do projeto, a partir da divulgação da produção escrita a ser compartilhada posteriormente no formato de livros.

Sobre as oficinas “Experiências locorregionais”

Organizadas e coordenadas pelas equipes que compõem o projeto Prospecção de modelos tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde;

Relacionadas às práticas do cotidiano de experiências como: UBS fluvial, palhaçaria, apoio institucional e matricial, consultórios na rua, formação-intervenção, entre outras.

Sobre as oficinas “Transversalidades”

• Atravessaram temáticas como: território existencial, delicadezas da escuta, cuidado, autogestão, práticas de apoio, entre outras. Estas emergiram de uma vivência, em curso desde meados de 2012, que reuniu histórias e personagens de todas as regiões brasileiras, dispondo de rodas e redes como espaços marcados pela concentração nas práticas, pela circulação da palavra e pela “função analítica”;

• Constituíram-se como espaço de publicização e debate das produções escritas do projeto;

• Contaram com a participação de debatedores convidados.

Dobradiça de Fim

• Convidado comentador - Universidade de Bolonha (Itália).

JORNADA DE INTENSIDADES:

Programação

13 de dezembro de 2014	
Horário	Atividade
8h30 - 9h30	Inscrições nas oficinas
9h00 - 9h30	Imagens e histórias do cotidiano da Atenção Básica em Saúde
9h30 -11h00	In-formes da Atenção Básica em Saúde: prospecção de devires Convidados: Ministério da Saúde e UFRGS
11h00 - 12h00	Intervenções do público
12h00 - 13h00	Inscrições nas Oficinas
14h00 - 18h30	Oficinas - experiências de prospecção locorregionais (AM, BA, DF, RJ, SP e RS) Caldos de cultura: UBS fluvial, palhaçaria, apoio institucional e matricial, consultórios na rua, formação-intervenção, autogestão, entre outros.
14 de dezembro de 2014	
Horário	Atividade
8h30 - 12h30	Oficinas – Transversalidades da Atenção Básica em Saúde
14h00 - 16h30	Mesa Paradoxos e tensões na Atenção Básica em Saúde

OFICINAS DE “EXPERIÊNCIAS LOCORREGIONAIS”: Programação

(continua)

N	TÍTULO DA OFICINA	Equipe	COORDENAÇÃO DA OFICINA	DEBATEDOR
1	O apoio institucional e suas modelagens	BA	Alexandra Vasconcelos Aline Lima Luzia Delgado	Juliano Kreutz (UFRGS)
2	Experiências inovadoras na Atenção Básica	BA	Camila Aguiar Cristiane Castro Grasiela Damasceno	Heider Pinto (DAB/MS)
3	Amazônia Equi-Distante: discutindo possíveis modelos de Atenção Básica em Saúde.	AM	Júlio Cesar Schweickardt Rodrigo Tobias de Sousa Lima	Carlos Machado Freitas (Ensp/Fiocruz)
4	Saúde Indígena e Rede de Atenção Básica em Manaus: diálogos possíveis?	AM	Fabiane Vinente Paula Francinette de Azevedo Vanessa Miranda	Julio Schweickardt (Fiocruz/AM)

(continua)

N	TÍTULO DA OFICINA	Equipe	COORDENAÇÃO DA OFICINA	DEBATEDOR
5	Graduação em Saúde Coletiva: Atenção Básica como locus de aprendizagem e de formação do sanitarista	DF	Clélia Parreira Antonia Angulo Elizabeth Queiroz	Alcides Silva de Miranda (UFRGS)
6	Enfrentando a Medicalização da Infância	SP	Carmen Siqueira Ribeiro dos Santos	Juliana Luporini do Nascimento (Unicamp)
7	A Gestão e a Avaliação na Atenção Básica	SP	Gustavo Tenório Cunha Cristiane Castro Mônica Oliveira	Karime Porto
8	Cuidado e afecções no trabalho vivo em ato: Dispositivos e incômodos produzidos no encontro entre profissionais de saúde, alunos e usuários na inserção de acadêmicos na rotina dos serviços do SUS	RJ	Luiz Carlos Hubner Moreira Túlio Batista franco	Liane Righi (UFRGS)
9	Todo mundo faz cuidado, todo mundo faz gestão	RJ	Erick Araujo Rafael Morganti	Vitor Pordeus

(conclusão)

N	TÍTULO DA OFICINA	Equipe	COORDENAÇÃO DA OFICINA	DEBATEDOR
10	Da roda de conversa à rede de conversações	RS	Ana Paula Lima Marisa Martins Altamirano Adriane da Silva	Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)
11	Saúde e estigma: produção do cuidado junto à população em situação de rua	RS	Carla Félix dos Santos Milene Calderaro Martins	Lucenira Kessler (UFRGS)
12	As máscaras do Apoio	RS	Thaís Bennemann Lúcia Gimenes Passero Luciana Mattos Vívian Freitas	Túlio Batista Franco (UFF)

OFICINAS DE “TRANSVERSALIDADES”: Programação

(continua)

N	TÍTULO OFICINA	EIXOS	COORDENAÇÃO DA OFICINA	DEBATEDOR
1	Experimentação do apoio como dispositivo de cuidado e gestão compartilhada em saúde	Apoio	Ana Paula de Lima Luís Hubner	Liane Righi (UFRGS)
2	Experimentação do apoio como dispositivo de cuidado e gestão compartilhada em saúde	Apoio	Lúcia Gimenes Passero Thais Bennemann	Simone Paulon (UFRGS)
3	Da resolutividade à sensibilidade: invenção e autogestão no cotidiano do SUS	Autogestão	Fernanda Steffen Culau Laura A. F. Wottrich Ricardo B. Ceccim	Roberta Romagnoli (PUC/MG)
4	Interdisciplinaridade e as implicações na produção cotidiana do cuidado	Formação	Cristiane Castro Rafael Morganti Aline Lima	Túlio Batista Franco (UFF)

(conclusão)

N	TÍTULO OFICINA	EIXOS	COORDENAÇÃO DA OFICINA	DEBATEDOR
5	Intersubjetividades e fazeres compartilhados na formação e no ensino em saúde	Formação	Elisabebeth Queiroz Antonia de Jesus Angulo Testa Erika Lima Costa de Menezes Clélia Parreira Antonia Angulo Elizabeth Queiroz	José Ivo dos Santos Pedrosa (UFPI)
6	Vivências, jeitos e leituras do território	Território	Júlio César Schweickardt Rodrigo Tobias de Sousa Lima Fabiane Vinente	Carlos Machado Freitas (Ensp/Fiocruz)
7	Territórios (in) visíveis: fronteiras do cuidado	Território	Carmen Siqueira Juliano Kreutz Jaqueline Campos Milene Calderaro	José Cristiano Soster (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia)

EQUIPE DO PROJETO

Proponente

Ricardo Burg Ceccim

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Coordenação nacional

Fernanda Steffen Culau	Mestranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Jaqueline Dinorá Paiva de Campos	Mestranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Juliano André Kreutz	Pesquisador Mestre, EducaSaúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Laura Anelise Faccio Wottrich	Pesquisadora Especialista, EducaSaúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Lucenira Luciane Kessler	Doutoranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Ricardo Burg Ceccim	Professor Doutor, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Círculos em Rede – AMAZONAS

Arlete Lima Simões	Doutoranda, Fiocruz Amazonas
Cláudio Peixoto de Oliveira	Servidor, Fiocruz Amazonas
Fabiane Vinente	Doutoranda, Fiocruz Amazonas
Júlio César Schweickardt	Pesquisador Doutor, Fiocruz Amazonas
Michele Rocha Kadri	Mestranda, Fiocruz Amazonas
Nicolás Esteban Heufemann	Professor Mestre, Universidade do Estado do Amazonas
Paula Francinette de Azevedo	Coordenadora da Secretaria Especial de Saúde Indígena – Amazonas
Rodrigo Tobias de Sousa Lima	Doutorando, Fiocruz Amazonas
Vanessa Miranda	Mestranda, Fiocruz Amazonas

Círculos em Rede – BAHIA

Aline Lima Xavier	Mestranda, Fundação Estatal Saúde da Família – FESF
Camila Taise Lírio de Aguiar	Graduanda, IC, Fundação Estatal Saúde da Família – FESF
Cristiane Ribeiro da Silva Castro	Doutoranda, Fundação Estatal Saúde da Família – FESF
Grasiela Damasceno de Araújo	Mestranda, Fundação Estatal Saúde da Família – FESF
Karina Cordeiro de Jesus	Graduanda, IC, Fundação Estatal Saúde da Família – FESF
Ronaldo Cerqueira dos Santos	Graduando, IC, Fundação Estatal Saúde da Família – FESF

Círculos em Rede – DISTRITO FEDERAL

Antonia de Jesus Angulo Tuesta	Professora, Doutoranda, Universidade de Brasília – UnB
Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira	Professora Doutora, Universidade de Brasília – UnB
Elizabeth Queiroz	Professora Doutora, Universidade de Brasília – UnB
Erica Lima Costa de Menezes	Mestranda, Universidade de Brasília – UnB
Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos	Graduando, IC, Universidade de Brasília – UnB
Maira Catharina Ramos	Graduanda, IC, Universidade de Brasília – UnB

Círculos em Rede – RIO DE JANEIRO

Erick Luiz Araujo de Assumpção	Doutorando, Universidade Federal Fluminense – UFF
Lilian Machado de Souza Almeida	Mestranda, Universidade Federal Fluminense – UFF
Luiz Carlos Hubner Moreira	Doutorando, Universidade Federal Fluminense – UFF
Rafael Morganti Pinheiro	Graduando, IC, Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO
Túlio Batista Franco	Professor Doutor, Universidade Federal Fluminense – UFF

Círculos em Rede – RIO GRANDE DO SUL

Adriane Silva	Servidora, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS
Ana Paula de Lima	Servidora, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS
Bruna Mendes	Servidora, Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS
Carla Félix dos Santos	Servidora, Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição
Lúcia Gimenes Passero	Servidora, Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS
Marisa Martins Altamirano	Servidora, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS
Milene Calderaro	Servidora, Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição
Thais Bennemann	Servidora, Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS

Círculos em Rede - SÃO PAULO

Carmen Siqueira Ribeiro dos Santos	Doutoranda, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp
Cristiane Pereira de Castro	Doutoranda, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp
Gustavo Tenório Cunha	Professor Doutor, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp
Izabela Fabrini Rosa	Graduanda, IC, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp
Marina Cordeiro Rodrigues	Graduanda, IC, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp
Mônica Martins de Oliveira	Mestranda, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp



Os “círculos e redes” (círculos de cultura, círculos-dobradiça, redes multissituadas e redes de conversação) abarcam uma construção metodológica relativa à investigação em saúde como pesquisa-formação e como “intercessão” educação-saúde relativa à qualidade da atenção e dos processos interativos no setor da saúde. Admitindo que toda a produção de conhecimento caminha para uma “forma do conhecimento”, seu regime de verdades e seu domínio de visibilidades e enunciados, reconhecemos e destacamos a persistência / insistência de um “fora”, permanentemente interrogando, desacomodando, amassando a “forma” (um “fora da forma”). Tirando a prova do “formas fora”, o que a realidade nos indica?

Pensar a formação em saúde pelas noções de integralidade, escuta pedagógica, redes de atenção, alteridade com os usuários e construção do trabalho / dos trabalhadores diz respeito à produção de saúde, com adequado perfil de proteção e intervenção, conforme as necessidades da população..

Realização:**Apoio:**