

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação



editora



rede unida

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

**Micropolítica e saúde: produção
do cuidado, gestão e formação**

1ª Edição
Porto Alegre, 2014
Editora Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

João José Batista de Campos

João Henrique Lara do Amaral

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Ricardo Burg Ceccim

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte Gráfica - Capa

É Feitos

Kathleen Tereza da Cruz

Blog: <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br>

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M626 Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

Bibliografia

ISBN 978-85-66659-19-1

1. Saúde Pública 2. Educação Permanente em Saúde 3. Capacitação profissional 4. Gestão em saúde I. Feuerwerker, Laura Camargo Macruz II. Título III. Série

NLM W81

Catálogo na fonte: Rubens da Costa Silva Filho CRB10/1761

Todos os direitos desta edição reservados à

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA REDE UNIDA

Rua São Manoel, nº 498 - 90620-110 – Porto Alegre – RS

Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Uma nota inicial

Este texto foi produzido para obtenção do título de livre-docência em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. Nele, revisito minha produção acadêmica à luz de leituras de Foucault, Deleuze e Guattari e trago o tema da micropolítica, entendida como o processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder, como decisivo para se pensar a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde. O trabalho foi feito retomando e ampliando o debate teórico-conceitual suscitado por materiais anteriormente produzidos, explicitamente referenciados e aqui ampliados e modificados.

No descomeço era o verbo.
Só depois é que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava lá no começo, lá onde
a criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não funciona
para cor, mas para som.
Então se a criança muda a função de um verbo, ele delira.
E pois.
Em poesia que é voz de poeta, que é voz de fazer
nascimentos-
O verbo tem que pegar delírio.

...

As coisas não querem mais ser vistas por pessoas
razoáveis.
Elas desejam ser olhadas de azul –
Que nem uma criança olha você de ave.

...

Poesia é voar fora da asa.

Manoel de Barros
Uma didática da invenção (trechos)
(O livro das ignoranças, 1993).

Agradecimentos

Ao Emerson e à Mina, grandes companheiros e inventores de vida.

Aos grandes amigos da Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, pelo privilégio de fabricarmos um coletivo solidário e muito produtivo. Sempre dispostos a nos virarmos do avesso.

A todos os amigos e companheiros de jornada - na área da saúde e na vida - pela luta que lutamos sempre.

A todos os colegas e companheiros de trabalho pela compreensão durante a produção deste material.

Índice

1. Por onde vou andar neste material.....	13
2. Ressonâncias de Foucault, Deleuze e Guattari em meu pensamento.....	17
3. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde.....	35
4. Micropolítica e a política e a gestão em saúde.....	63
4.1. <i>Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.....</i>	<i>69</i>
4.2 <i>Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado.....</i>	<i>89</i>
4.3 <i>A construção de redes de atenção à saúde numa perspectiva cuidadora e com a integralidade como referência.....</i>	<i>105</i>
5. Micropolítica e a formação de profissionais de saúde.....	119
5.1. <i>A complexidade de mudar a formação - algumas lições aprendidas.....</i>	<i>120</i>
5.2 <i>As políticas para mudar a formação.....</i>	<i>133</i>
5.3 <i>Qual é e como tem sido fabricada a agenda das mudanças na formação.....</i>	<i>145</i>
6. Para seguir adiante.....	161
7. Bibliografia.....	163

1. Por onde vou andar neste material

Neste texto revisito minha produção acadêmica à luz de algumas leituras fundamentais, de uma importante parceria intelectual e de experiências marcantes de trabalho, todas efetivadas nos últimos dez anos.

As leituras: Foucault, Deleuze, Guattari, entre outros (Espinoza, Nietzsche, Bergson).

A parceria intelectual: a produção conjunta com Emerson Merhy e a participação na Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde da pós-graduação em Clínica Médica da UFRJ.

As experiências marcantes de trabalho: a passagem pela Coordenação Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde; o apoio à gestão municipal de saúde, particularmente em João Pessoa e São Bernardo e o apoio a experiências de mudanças na graduação (diretamente ao curso de Fonoaudiologia da UFRJ e aos cursos de Medicina e Enfermagem da FESO) e o acompanhamento mais tangencial dos cursos da área da

saúde da Unifesp Baixada Santista.

A revisita à produção foi feita retomando e ampliando o debate sobre alguns de meus objetos de estudo, partindo de materiais anteriormente produzidos, que serão explicitamente referenciados, ampliados, modificados.

Como não poderia deixar de ser, minha formação (incluindo aí a militância política) e as vivências profissionais foram decisivas para a produção de perguntas e problemas que me instigaram a seguir estudando.

Não podia deixar de ser porque, como diz Suely Rolnik, o que nos força ao pensamento “é o mal-estar que nos invade quando forças do ambiente em que vivemos (e que são a própria consistência de nossa subjetividade), formam novas combinações, promovendo diferenças de estado sensível em relação aos estados que conhecíamos e nos quais nos situávamos”. É como se estivéssemos fora de foco e o trabalho do pensamento venha para reconquistar um foco. “Com ele fazemos a travessia destes estados sensíveis, que embora reais são invisíveis e indizíveis, para o visível e o dizível. O pensamento, neste sentido, está a serviço da vida em sua potência criadora” (ROLNIK, 1995).
Dá língua e visibilidade aos afetos.

A vivência da formação médica, incluindo a residência em Clínica Médica, os 10 anos em que estive mergulhada como clínica na prática do cuidado em saúde e a experiência como gestora de serviços de saúde - me inundaram de perguntas, espantos, indagações, estranhamentos e também de entusiasmo pela oportunidade de produzir inovações.

Foi no calor dessas inquietações que comecei estudar outras coisas que não a medicina ou os materiais e textos e livros marxistas da minha formação política de militante.

A Revista Saúde em Debate e vários livros no campo da saúde coletiva foram minhas primeiras aproximações. Logo depois, uma volta aos processos formais de educação. Inicialmente uma nova especialização - desta vez na área da gestão em saúde - e depois mestrado e doutorado. Eram tantas as questões, os impasses, os incômodos movendo minha curiosidade intelectual que me foi muito difícil, por exemplo, eleger o tema da minha pesquisa de mestrado.

Curiosamente, apesar da intensa experiência de vivenciar o SUS na gestão de uma UBS e a construção de um distrito de saúde no governo de Luiza Eerundina em São Paulo, terminei, no mestrado, analisando a residência médica e suas conexões com a educação médica. Provavelmente isso teve a ver com a noção do fortíssimo impacto que a Residência teve em meus processos de subjetivação (apesar da formação política e da militância) e o intenso trabalho que foi necessário para desconstruir-me desse lugar médico (duro) no encontro com as equipes de saúde e com os usuários. A produção que resultou desse mergulho na Residência Médica desencadeou um torvelinho: na sequência recebi um convite para trabalhar como pesquisadora nessa área e logo depois fui chamada a coordenar o apoio a processos de mudança na formação de graduação de profissionais de saúde.

Mas o tema do mestrado poderia ter sido outro - a gestão em saúde, a produção do trabalho em equipe, as políticas, a produção do cuidado - pois todas essas eram temáticas para mim instigantes.

O fato é que iniciei minhas reflexões e produções acadêmicas tendo como principal objeto de investigação e trabalho a formação dos profissionais de saúde. Foi a Medicina em mim que produziu desconfortos e perguntas, que me mobilizou a percorrer outros caminhos, buscar

outras respostas nesse campo da formação. Sempre pensei nesses problemas (*da formação*) em conexão com a construção do SUS, com os dilemas da saúde coletiva e com uma militância política na área.

Pois então, é aí no campo da formação que se concentra a maior parte dos artigos, capítulos e livros que escrevi em minha vida acadêmica. Continuo pensando sobre formação, sou convidada a falar sobre isso e tenho trabalhado apoiando processos de mudança em várias instituições. Entretanto, a partir de meu encontro com Emerson Merhy e a Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde e de alguns dissabores em outros espaços de convívio político, ativamente busquei colocar meu principal interesse em outro lugar. A partir do debate da micropolítica, a análise das políticas de saúde, da gestão e da produção do cuidado a partir das práticas cotidianas ganhou grande relevância. E tem sido nesses territórios minha produção mais intensa nos últimos anos.

Por isso é que começo o debate sobre minha produção pelo mais recente (que considero mais relevante e instigante): a lente da micropolítica para analisar a produção do cuidado, a gestão e as políticas e só no final é que volto ao tema da formação. Em cada um dos três campos, compilei trechos de minha produção e ampliei as reflexões neles contidas com base na minha, sempre móvel e em fabricação, caixa de ferramentas.

2. Ressonâncias de Foucault, Deleuze e Guattari em meu pensamento

As considerações aqui apresentadas foram elaboradas a partir do diálogo com esses autores em diversos textos: Deleuze (com Guattari em *Mil Platôs*, volumes 1, 3 e 5 principalmente; com Claire Parnet em *Diálogos*; em *Conversações*; em *Foucault* e em *Espinoza - Filosofia Prática*); Foucault (*Microfísica do Poder*; *Nascimento da Biopolítica*; *Nascimento da Clínica*, *Ditos e escritos volume VII*; *História da Sexualidade* volumes 1 e 3; *Hermenêutica do Sujeito*; *Em defesa da sociedade*). E também alguns outros autores que discutem os primeiros, como Roberto Machado (*Foucault: a ciência e o saber*), Peter Pal Pelbart (*Vida Capital: ensaios sobre biopolítica*), Sueli Rolnik (*Cartografia Sentimental; Ninguém é deleuziano; Resistência e Criação: um triste divórcio*; com Guattari - *Micropolítica: cartografias do desejo*), Eduardo Viveiros de Castro (*Encontros*, organizado por Renato Sztutman), Antonio Negri e Michael Hardt (*A Multidão*), entre outros referidos ao longo do texto.

Apresento sinteticamente alguns temas que são fundamentais para situar meu pensamento no campo da

filosofia e da produção dos saberes, que contribuem para produzir meu modo de ver o mundo. Mais adiante, ao longo do trabalho, esses conceitos emergirão atualizados nas análises e discussões que produzi.

De saída, declaro que meu diálogo com esses autores se fez e faz por ampliação da caixa de ferramentas conceituais. Pois, a entrada de novos conceitos-ferramentas e a visibilização de novos problemas e formulações não me levou a jogar fora acumulações anteriores. Sigo, como de resto o fazemos na Linha da Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde, uma recomendação de Deleuze: não mais adotar o pensamento de um filósofo e/ou cientista como doutrina, mas tomá-lo como uma máquina conceitual construída para resolver problemas - que eles enfrentaram e que também fazem sentido para a mim.

Quero sublinhar que as análises desses autores dissecam teoricamente os processos de produção do mundo como um instrumento de luta, buscando possibilidades para a resistência aos modos de subjetivação e de fabricação do mundo que o capitalismo mundial agencia. Abrem a perspectiva de reinvenção da vida. Abrem a perspectiva de pensar e operar as relações de poder, a produção do saber, a fabricação das relações com o outro, enfim, pensar e operar os processos de subjetivação em defesa da vida. Essa perspectiva para mim é preciosa.

Minhas primeiras inquietações a partir da prática política e profissional tinham a ver com a produção de práticas democráticas, de sujeitos coletivos, com a complexidade da produção de mudanças, inclusive em relação ao que seriam efetivamente mudanças ou não, a convivência com as divergências e diferenças no interior de processos de luta política, as dinâmicas institucionais, a margem de liberdade e produção de governabilidade nos

processos sociais.

O contato com a obra desses autores abriu para mim outras possibilidades, mais densas e críticas, dando um outro sentido a percepções, desconfortos e elaborações que a vida me propiciava. Pude assim fabricar um certo modo de encarar o mundo e o homem, reconhecendo-os em permanente produção a partir de diferentes planos e linhas.

Planos, linhas, segmentos. A noção de segmentaridade foi construída pelos etnólogos para dar conta das relações nas sociedades primitivas, em que não havia um aparelho de estado central fixo e em que se reconheciam segmentos articulados de organização da vida, de efetivação de relações de poder.

No entanto, o homem é um animal segmentário - a segmentaridade pertence a todos os estratos que nos compõem, desde o biológico, afetivo ao social e ao político. Somos segmentarizados a partir de linhas de diversas naturezas, que podem ser agrupadas em três tipos: linhas de segmentaridade dura, de segmentaridade flexível e as linhas de fuga. Esses três conjuntos de linhas são imanentes, imbricados uns nos outros, coexistem e se transformam; umas linhas se configurando a partir das outras, criando uma complexa relação entre elas na produção dos seres, pessoas, grupos, sociedades.

As linhas de segmentaridade dura configuram-se binariamente. Essa binaridade é dicotômica, fabrica muitas máquinas binárias: homem-mulher, criança-adulto, negro-branco, público-privado, que se chocam e se atravessam o tempo todo. Cortam-nos em todos os sentidos. Sendo dicotômicas podem operar diacronicamente. Produzem assim um complexo processo de escolhas sucessivas, mas que vão além das opções binárias colocadas inicialmente. É

nessas linhas que se revela o instituído¹. Aqui os segmentos que implicam dispositivos de poder operam os enunciados dominantes e a ordem estabelecida de uma sociedade. Localiza-se aqui também a máquina abstrata que regula essas relações, organiza a ordem estabelecida de uma sociedade e o aparelho de Estado, que é um agenciamento que põe essa máquina para funcionar. Neste grupo de linhas de segmentaridade opera o molar, o instituído, em que as re-territorializações² se acumulam para dar vida a uma máquina de sobrecodificação³.

As linhas mais flexíveis têm um estatuto completamente diferente; nelas os segmentos procedem por limiares, constituindo devires e blocos de devir, são muito mais medidos em fluxos, em intensidades. São linhas moleculares, que vão além das grandes oposições molares, fazem passar fluxos de desterritorialização e deslocam os sujeitos para outro lugar, em movimentos compensados pelas re-territorializações.

Exatamente aí nesse encontro entre as duas primeiras

1 O instituinte é um processo produtivo-desejante, de característica dinâmica enquanto o instituído é o resultado desse processo e que tem característica estática e estável. O instituído é o existente e o instituinte é o crítico do existente. Para o bem e para o mal como veremos adiante.

2 A noção de território tem um sentido amplo, segundo esses autores. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e articulam a outros seres existentes e aos fluxos cósmicos. Território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. É o conjunto dos projetos e representações nos quais desembocam toda uma série de comportamentos, investimentos nos tempos e espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. Desterritorialização é o movimento de abertura de um território em linhas de fuga. A reterritorialização é uma tentativa de recomposição de um território envolvido em um processo de desterritorialização.

3 Código também é empregado segundo uma noção ampla, que pode dizer respeito aos sistemas semióticos, aos fluxos sociais e aos fluxos materiais. Sobrecodificação é uma codificação de segundo grau.

linhas é que se configura o terceiro conjunto de linhas (que precede as outras e ao mesmo tempo sai delas), composto pelas linhas de fuga, que produzem uma máquina mutante, fabricante de todos os movimentos de desterritorialização. Esse é o plano do instituinte, da invenção.

A saída do dualismo é produzida quando achamos outra passagem que não é a escolha entre um lado ou outro, quando nos reconectamos com a sensibilidade que nos permite reconhecer as causas do mal-estar, quando achamos uma fronteira que põe em conversa as muitas partes e faz do conjunto uma multiplicidade e desta forma o “agenciamento é precisamente uma multiplicidade”.

O agenciamento é uma noção mais ampla dos que as de estrutura, sistema, forma, processo. Ele comporta componentes heterogêneos de várias ordens: biológica, social, imaginária etc. Comporta as linhas duras e as moleculares num movimento permanente, que vai produzindo processos de desterritorialização e reterritorialização, produzindo muitos devires⁴, não sendo possível prever nesses processos o que vai funcionar como linha de fuga ou foco de resistência.

Existe, então, uma segmentaridade dura (molar) e uma segmentaridade flexível (molecular). Estes dois tipos de segmentaridade se misturam e convivem. Toda sociedade (em seus múltiplos planos de produção) e todo indivíduo (também em seus múltiplos planos de produção) são atravessados pelas duas segmentaridades.

Desde as sociedades primitivas até as sociedades modernas somos segmentares. O que varia é a flexibilidade

4 Devir diz respeito à economia do desejo. Os fluxos de desejo procedem por afetos e devires - sobre pessoas, imagens, identificações. Um indivíduo etiquetado como masculino pode ser atravessado por devires múltiplos: feminino, criança, animal, etc.

dos segmentos e o modo como eles se articulam. A flexibilidade tem a ver com o ajustamento de um segmento ao outro - quanto mais flexível, mais múltiplas as possibilidades de ajustamento; quanto menos flexível, mais fixos são os modos de ajustamento (de encaixe).

Esses autores, então, pensam o mundo, a vida, os indivíduos e os grupos de uma forma bastante diferente das escolas filosóficas tradicionais que serviram de matriz para o pensamento ocidental. Segundo eles, o mundo é movido pela produção desejante, ou seja, consideram que a vida é puro desejo de produção, de intensidades que buscam sobretudo criar e fazer surgir o absolutamente novo. A razão é apenas um desses planos de produção.

Importa principalmente destacar aqui o tema da múltipla e permanente produção. Para tentar deixar um pouco mais claro de que falamos, tomemos o plano da percepção. Sua organização molar, sua segmentaridade dura – historicamente produzida – que efetivamente opera e informa os diferentes sujeitos - não impede todo um mundo de micropercepções inconscientes, de afetos inconscientes, de segmentações finas que não captam ou não sentem as mesmas coisas, que se distribuem de outro modo, que operam de outro modo.

Como outro exemplo, vale o caso da burocracia. Não basta que ela seja definida como uma segmentaridade dura, com divisão entre repartições contíguas, chefes de repartição em cada segmento e a centralização correspondente. Pois, ao mesmo tempo em que esses elementos operam, há toda uma segmentação burocrática, uma flexibilidade e uma comunicação entre repartições, uma perversidade e uma inventividade permanentes que se exercem inclusive contra os regulamentos da própria burocracia.

As duas segmentaridades - molar e molecular -

distinguem-se porque não tem os mesmos termos, as mesmas correlações e a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas não se distinguem pelas dimensões (uma grande a outra pequena), nem se pode pensar que o molecular pertença ao domínio da imaginação ou que remeta somente ao individual ou interindividual. O molecular opera no detalhe e passa por pequenos grupos, mas também é co-extensivo a todo campo social enquanto organização molar. Tampouco se deve colocar a conhecida máquina da binaridade para operar sobre esses conceitos. Um não é do bem e o outro do mal.

Por exemplo, o que confere especificidade ao fascismo em relação a outros Estados totalitários - já que se configuram todos, na macropolítica, por um modo especial de totalização e centralização - são exatamente os focos moleculares que se multiplicam e saltam em interação (e o fizeram na Alemanha antes de ressoarem todos juntos no Estado nacional-socialista). Portanto, a molecularidade é constitutiva do fascismo.

Toda a produção dos homens no mundo é política. E toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica, fabricada por ambas as segmentaridades entrelaçadas. Interessa-me (interessa-nos) profundamente o estudo desse plano micropolítico de produção do mundo. É porque é aí que se fabricam os territórios existenciais. É aí que ocorrem os processos de subjetivação. Para nos aproximarmos desse plano de produção, entre outras, lançamos mão de elementos da esquizoanálise. Ela nos ajuda a dar visibilidade, no campo da micropolítica, ao modo como essas diversas linhas, nas suas diferentes intensidades e fluxos, nos movimentos de desterritorialização e re-territorialização, vão atravessando e conformando as relações. Em cada um - no e em cada - território de análise. Cada um atravessado de forma diferente, por diferentes velocidades, que variam

no tempo com os diferentes agenciamentos.

O mais importante de toda essa discussão, como já disse, é o reconhecimento de que o mundo está em permanente produção, fabricado por linhas e fluxos de diferentes sentidos e intensidades, que há molaridades e molecularidades operando macro e micropoliticamente. Então, apesar de identificar a força da molaridade operando na reprodução do instituído, identificamos também a produção ativa e inventiva do mundo. Molecularmente, a partir das linhas de fuga, dos movimentos de territorialização e reterritorialização.

Importante dizer que quanto mais forte a organização molar, mais ela suscita a molecularização de seus elementos, relações e aparelhos. No nosso caso, no mundo contemporâneo, em que opera uma máquina planetária (a do capitalismo globalizado), os agenciamentos têm a tendência de se miniaturizar, de tornar-se microagenciamentos, operantes em todos os espaços.

Deleuze, na esteira de Foucault, já havia identificado a nossa época como a da sociedade de controle. Além dos espaços disciplinares (tão bem estudados e explicitados por Foucault), que continuam operando, a sociedade de controle funciona por meio de mecanismos de monitoramento difusos, flexíveis, móveis, molecularizados, incidindo diretamente sobre os corpos e as mentes, no conjunto da vida social, produzindo subjetividades, ao mesmo tempo serializadas e múltiplas. É o biopolítico levado ao extremo, pois internalizado.

É o próprio processo de produção e reprodução da vida que é agora alvo de controle. E a vida agora não mais limitada aos processos biológicos, mas incluindo inteligência, afeto, cooperação, desejo. E é exatamente esse descolamento do plano biológico que faz a vida ganhar uma

amplitude inesperada, como diz Pelbart, sendo redefinida como o poder de afetar e ser afetado (Espinosa já entendia a vida desse modo... quando fala dos bons e maus encontros entre os corpos e da possibilidade de se potencializar ou despotencializar a vida a partir deles). E daí, mais que biopoder - poder sobre a vida - se evidencia a potência da vida. É nessa potência que está ancorada a possibilidade de resistência ao poder, numa reviravolta incontrolável - fabricada a partir de uma pluralidade e singularização não domesticáveis. Negri e Hardt chamam esse corpo biopolítico coletivo, cheio de potência, de multidão.

Entendem também - Foucault, Deleuze e Guattari - que o poder, fundamental na produção desses desenhos, não é fixo, não é uma coisa, não é algo que se detém. É uma prática social que se efetiva em múltiplas relações, dispersas em diferentes segmentos, em diferentes espaços sociais. Não deriva unilateralmente do Estado, por exemplo, em direção aos demais espaços. O Estado também é uma produção; às vezes constitutivamente produzido e viabilizado por determinados segmentos e compartimentos combinados.

Esse é o caso, por exemplo, da constituição da saúde e da medicina em relação à configuração do Estado e dos modos de governar no capitalismo - por meio de distintos movimentos - ao longo dos séculos XVI ao XIX.

Nesse período houve sucessivos movimentos de fabricação de novos modos de governar (novas governamentalidades fabricadas a partir de novas exigências postas pelos novos arranjos econômicos e sociais). A partir do mercantilismo e, depois, do liberalismo, houve reconfiguração do próprio Estado, que assumiu novos papéis. Se antes, na ordem da política interna, o Estado servia para salvar as almas dos súditos no outro

mundo, nesse novo cenário, ampliou-se muito seu papel de controle e ele passou a ocupar-se das atividades dos indivíduos neste mundo até o mais mínimo detalhe.

Isso incluía (e inclui) a regulação sobre o corpo coletivo, social e sobre os corpos dos indivíduos que se fez (e faz), entre outros, por meio da medicalização das sociedades e da população. A medicina é uma tecnologia do corpo social e desenvolveu-se, primeiro, como medicina do Estado (particularmente na Alemanha), depois como medicina urbana (particularmente na França) e depois como medicina da força de trabalho (particularmente na Inglaterra).

Claro que, historicamente, não há sociedade que não empregue alguma “nosopolítica”, mas , particularmente o século XVIII criou para ela novas regras e um nível de análise e explicitação inéditas. Cabe salientar que o aparelho de Estado não foi o único pólo de iniciativa nesse campo.

Existiram múltiplas políticas de saúde e diversos meios de ocupar-se dos problemas médicos nesse período: grupos religiosos, associações de socorro, sociedades científicas, entre outros. Algumas se ocupando da assistência, outras da produção de saberes e técnicas relacionados ao controle das doenças, umas de ação mais individual, outras de ação mais coletiva.

Então, saúde e doença, como tema de grupo e de população, foram problematizadas no século XVIII a partir de múltiplas instâncias, dentre as quais o Estado, que também cumpriu diferentes papéis, conforme mencionado. Saúde Pública e Medicina - como as entendemos hoje - nasceram, então, ambas a partir de um mesmo tipo de movimento, que tem a ver com a organização da sociedade e do Estado necessárias para o funcionamento do capitalismo, que operam inicialmente a disciplinarização e depois o controle

sobre a vida.

No século XIX ocorre ainda outro movimento, que tem a ver com a produção da Ciência Oficial, que é importante situar. Até então, nesse movimento de múltiplas iniciativas ocupando-se da saúde e da doença, conviviam diferentes ideias de saúde, de doença e de práticas assistenciais. Até então, coexistiam diferentes tipos de cuidadores, respondendo também a diferentes expressões do que se compreendiam como necessidades de saúde, relacionadas aos “modos de andar a vida” de cada tempo e de cada sociedade, como define Canguilhem (1990).

Ou seja, as práticas cuidadoras respondiam a necessidades de saúde que variavam conforme as diferentes compreensões sobre o aparecimento e desaparecimento das doenças, sua maior ou menor intensidade e a maior ou menor importância que adquiriam em diferentes formas de organização social. Quer dizer, então que, muito antes de se correlacionarem doenças com alterações morfofuncionais dos corpos, já se identificavam doenças, dotadas de realidade própria e externas aos corpos (pois somente assim se poderiam explicar suas variações). A essas concepções sobre o que seriam as enfermidades correspondiam comportamentos coletivos designados como desejáveis ou não desejáveis, que expressavam um padrão geral de normatividade, que correspondia a estruturas culturais amplas, mas que variavam também de acordo a diferentes estratos sociais (GONÇALVES, 1994).

A partir do desenvolvimento das ciências básicas positivas, sobre as quais a medicina se estruturou, as determinações extrabiológicas das necessidades passaram a ser abstraídas e a medicina transformou-se na única prática capaz de definir por meio de seu saber - científico - o que é ou não legítimo enquanto normal e patológico.

O corpo biológico tornou-se o campo no qual é possível explicar a ocorrência do normal e do patológico em qualquer circunstância. E esse objeto apreendido pelas ciências básicas e, por extensão, o objeto de trabalho apreendido na prática médica, passou a ser compreendido como o verdadeiro e único objeto, deslegitimando todos os outros saberes e práticas em saúde por lidarem com objetos não verdadeiros.

Quando vemos um sofrimento como resultado de uma doença que atinge humanos e a clínica como um saber que nos permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, passamos a olhar qualquer fenômeno de sofrimento como doença e, mais ainda, passamos a ver qualquer adoecimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença. O olhar está dirigido à doença (disfunção do corpo biológico em suas regularidades) e não ao sujeito individual (em suas singularidades) (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Vale ressaltar que mesmo na perspectiva mais ampla que a saúde coletiva tem sobre esse processo, quando remete o olhar sobre a doença para o processo (histórico e social) saúde - doença, há uma aposta de que esse olhar é armado cientificamente. A apreensão desse processo só será possível mediante a posse de novas ciências, para além da clínica e da epidemiologia. Por exemplo, outras ciências mais amplas que produzem saberes sobre a sociedade, a história e os coletivos humanos. Mas ainda aí não saímos do terreno de que somente a produção da ciência confere competência para compreender e agir no campo de práticas - o da saúde - e qualquer fenômeno que ocorra nesse campo será sempre um caso particular de um fenômeno geral (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Essa é outra marcação importante para um olhar

crítico sobre a produção da saúde hoje, que exige reposicionamentos não somente no campo da Medicina, mas também no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Pública. Reposicionamento de restrição, resistência à biopolítica, e em defesa da vida.

Aliás, exige também uma crítica acerca da Ciência Oficial e de suas definições sobre o que são os saberes e os modos legítimos de produzi-los. Em boa companhia, considero que todos produzem saber e que todo modo de produção de saber é legítimo. Maturana (2006) diz que todos aprendem a partir da vida e, portanto, produzem saber, inclusive os seres unicelulares, como as amebas, que somente sobrevivem porque aprendem e mudam. Viveiros de Castro (2007), a partir das reflexões suscitadas por seus encontros com grupos indígenas brasileiros, diz que todos podem ocupar o lugar de sujeitos; todos fabricam teorias sobre si e os outros, e propõe o perspectivismo como atitude científica - a partir de uma igualdade epistemológica e da afirmação da verdade do relativo (e não da relatividade do verdadeiro).

Esse tema da produção do saber a partir do vivido tem sido uma constante no debate da saúde pública /coletiva, tanto na relação entre universidade e sistemas/ serviços de saúde no que diz respeito à produção de conhecimento a partir das inúmeras experiências aí desenvolvidas, como também porque inúmeros são os trabalhadores/ militantes dos serviços de saúde que - em seus estudos de especialização/mestrado/doutorado-analisam experiências de que foram/são parte ativa. Os saberes produzidos a partir dessas experiências seriam legítimos somente a partir de um recorte feito pela academia a partir do método científico? Ou seria possível produzir conhecimento válido a partir de uma sistematização / reflexão analítica do que cada um apreendeu/aprendeu no processo? Como isso

poderia ser feito? Teriam os pesquisadores/militantes “distância” (para não dizer neutralidade) suficiente para analisarem experiências de que são/foram parte? Como fabricar alteridade e reflexão autoanalítica nesses casos?

Sobre essa questão, vale trazer uma reflexão de Merhy (2004) a respeito do “saber militante”, quando diz que a situação da ação não promete a priori a produção do conhecimento, pois está comprometida com a produção de resposta a determinados problemas. Ou seja, não há precedência epistêmica. Mas, nesse movimento - o da ação -, o sujeito opera como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros.

A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação como protagonista pode gerar como acontecimento, mobilizando as várias dimensões do sujeito de modo que interajam para conduzir a um saber militante, que lhe permite compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo.

Como diz Merhy (2004), neste tipo de processo a implicação é estruturante, pois coloca análise a si mesmo em ação e intenção. Ou seja, esse processo é obrigatoriamente autoanalítico. E também é

inacabado e desejante, a relação sujeito e objeto é sempre um acontecendo. O incômodo que mobiliza é também material da análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante. Sempre se repondo, como instituído e instituinte. O saber operado e produzido como um misto permanente de conhecimento sobre e conhecimento para. (MERHY, 2004)

Aliás, como até mesmo a Ciência Oficial reconhece, todo saber é limitado, datado, posicionado e provisório.

A diferença é reconhecer o posicionamento, conviver e dialogar com outros regimes de produção de verdades/saberes ou ter a pretensão da verdade absoluta (a partir da verificação propiciada pelo método de produção do conhecimento).

Esses saberes produzidos a partir da ação requerem alteridade, diálogo coletivo. Como diz Merhy (2004), deve ser produzida uma cartografia “aberta por cada um e por todos, em situação comunicativa” que gera muitas possibilidades de mapeamento.

Aliás, um exercício importante, no caso dos serviços de saúde, é, nesse processo analítico, problematizar o próprio posicionamento/reflexão dos trabalhadores a partir do ponto de vista dos usuários.

Mapear territórios e desterritorializações, que se interrogam, interrogando os sujeitos em suas várias formas de existência é a sua intenção, permitindo-nos analisar estas relações de muitas maneiras. Por exemplo, sob a ótica das situações de potências que identificamos em cada recorte, o jogo de governabilidade em que estamos. A identificação de situações problemas ou positivas que mapeamos em cada situação. As disputas e tensões que as operam. Os modos como os sujeitos se encontram e se validam. As suas implicações em ato, consigo e com os outros. (MERHY, 2004)

Trago de novo para a cena a produção de Deleuze e Guattari e a perspectiva da cartografia como possibilidade de aproximação analítica aos espaços concretos de produção. Isso se faz a partir de um trabalho cartógrafo, que busca produzir mapas, busca seguir as linhas e as conexões, para permitir ampliar a visibilização dos territórios existentes, procurando ao mesmo tempo escapar deles. Os mapas

que o cartógrafo rabisca nesse caso pretendem produzir visibilidade às expressões de ações e manifestações da subjetividade interrogada.

No contexto do trabalho em saúde, as cartografias do processo de trabalho buscam visibilizar por meio das relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de “não cuidado”, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, que traduzem o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus distintos cenários.

A aproximação proposta para possibilitar avaliação/ análise em um mundo tão rico como é o processo de trabalho, complexo e dependente dos sujeitos reais - que, ao mesmo tempo produzem e são produzidos - se faz por meio de uma investigação que convoca como investigadores os próprios sujeitos do trabalho. Isso porque somente eles poderão dar voz ao mundo em que está imersa sua práxis produtiva; os atravessamentos e as transversalidades que vão dando o compasso tenso do estruturado e da Babel, que é a dos processos de trabalho em saúde; a potência das relações entre sujeitos, seus processos de subjetivação como produtores de novas potências do viver, na produção dos modos de caminhar a vida.

E aí volto a conversar com Viveiros de Castro (2007), que propõe para a antropologia (e para a ciência em geral) que, ao tomarmos o outro como objeto de estudo, devemos buscar a sua reflexão sobre o mundo - para dialogar com ela - antes do que refletir sobre o outro - a partir de nossa lógica e referências.

Essas considerações a respeito da produção do saber têm consequências para as atividades de pesquisa, mas também tem consequência sobre o agir de gestores e

Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação
profissionais de saúde em seus encontros com os usuários
- no âmbito da clínica e da saúde coletiva. Esse será um dos
temas discutido adiante.

Aliás, a partir de todas as considerações acima, lanço-
me à reflexão sobre alguns de meus objetos de estudo.

3. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde

Parto aqui de algumas das reflexões mais recentes de minha produção conjunta com Emerson Merhy. Um capítulo de livro sobre as tecnologias em saúde: *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*; outro sobre a repetição e a diferença no cuidado em saúde: *Da repetição à diferença: construindo sentidos como o outro no mundo cuidado* - , dois artigos a partir de nossas pesquisas sobre Atenção Domiciliar: *A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas* e *Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade*; e outros dois artigos sobre as abordagens metodológicas que utilizamos em nossas pesquisas no campo da política de saúde - na atenção domiciliar e na saúde mental - *Como temos armado nossas pesquisas que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?*¹ (A pesquisa sobre atenção domiciliar) e ² (*A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental*).

É muito interessante analisar na produção de Merhy,

Campos, Cecilio e outros autores importantes da saúde coletiva brasileira, o impacto que as práticas concretas de gestão e de produção do cuidado no esforço de produzir o SUS produziram sobre seu pensamento. Esse exercício pode ser feito, por exemplo, tomando suas produções, tomando como marcos os livros *Inventando a Mudança na Saúde* e *Agir em Saúde*, ambos da década dos 1990.

No primeiro, já se fazia visível que, partindo de uma proximidade teórica inicial (o marxismo no caso dos três) e de uma radicalidade política (que os colocava em intensa defesa da democratização dos processos políticos), cada qual experimentava caminhos e autores a partir das interrogações que a vida lhes produziu.

Compartilhei diferentemente com cada um deles modos de refletir e referências teóricas ao longo do tempo. Claro, de novo foram minhas escolhas a partir da relevância que suas perguntas, inquietações e produção fizeram sentido para mim - num momento em que também eu estava mergulhada no processo de construção do SUS e no cotidiano das unidades de saúde.

No percurso inicial, juntos formularam a ideia de tomar como centrais - na produção do SUS - a defesa da vida, a participação ativa de trabalhadores e usuários, a necessidade de inovar no olhar e nas ferramentas para produzir não somente intervenções no coletivo, mas também no cuidado individual, tomando as necessidades de saúde como referência.

Já no processo de diferenciação entre esses autores, que já se evidencia no livro *Agir em Saúde: um desafio para o público* (1997), produziu grande efeito em mim o texto de Emerson Merhy - *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*.

É nesse momento que ele propõe a análise da micropolítica, utilizando a esquizoanálise e a cartografia, para dar visibilidade ao desenho e a dinâmica em ato do emaranhado de linhas e planos que configuram o real social em determinado momento e sob certos pontos de vista. Não seria na estrutura e na superestrutura da sociedade que encontraríamos as respostas para as dificuldades de transformação das práticas.

A micropolítica, entendida como o plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder, seria o plano a ser analisado. Por isso mesmo estudar o cotidiano da produção do mundo é uma opção forte - que possibilita ir para o campo mais em aberto, com menos a priori, mapeando a quente como, em cada território, vão se fabricando as relações, seus limites, suas possibilidades. Esse olhar investigativo aplica-se a todas as áreas. No campo da saúde, por ser este um processo que se produz em ato, essa opção torna-se mais importante ainda.

As práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. ASSIM, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir de sua finalidade social, que é historicamente construída.

Ou seja, o trabalho em saúde tem compromisso com necessidades sociais (relacionadas à estrutura produtiva da sociedade) (GONÇALVES, 1994) e com as necessidades de seu usuário direto (que são também atravessadas pelas molaridades que, por exemplo, a sociedade capitalista fabrica, mas também dizem respeito à sua singular produção no mundo, digo eu). Esse usuário direto busca o consumo de ações de saúde, que lhe proporcionam algo com valor

de uso fundamental: mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida (CANGUILHEM, 1990; CAMPOS, 1991 e 1992).

Além disso, nos serviços de saúde, os atos da produção e do consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo - como na produção de serviços em geral - mas com a singularidade que o produto oferecido varia de acordo com a singularidade da relação usuário-trabalhador, configurando uma relação “interseçora” (de interseção, de afetamento mútuo).

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas - conhecimentos, equipamentos - e concepções) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e concepções). Desse modo, o agente consumidor é, em parte, objeto daquele ato produtivo, mas também é um agente ativo, que interfere no processo.

Nessa situação, a ação intencional do trabalho realiza-se num processo em que o trabalhador, por meio do trabalho vivo em ato, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos. O trabalho em si é o trabalho vivo; os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, estão ali para serem usados ou interferindo no modo como o processo ocorrerá, mas são produto de um trabalho vivo anterior).

O trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando

a produção do cuidado (MERHY, 1998). É um processo de produção que opera com altos graus de incerteza porque apesar de haver regularidades na produção social e biológica dos adoecimentos, agravos e desconfortos, existe também uma importante singularidade (que é também biológica, social, cultural) do usuário (os diagnósticos em saúde são aproximações, quase nenhum caso “é de livro”; as reações dos corpos às intervenções terapêuticas também são extremamente variadas, inclusive farmacologicamente falando). Além disso, esse encontro é marcado pela ação territorial dos atores em cena, já que o usuário afeta o trabalhador e também é afetado por este. Existem mil variáveis que interferem na disponibilidade, atenção, consideração de um para o outro - reciprocamente - no ato intercessor do agir em saúde (MERHY, 1997; FEUERWERKER, 2011).

Analisando o trabalho do profissional médico, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves considerava que esse trabalhador opera com um saber que lhe possibilita apreender “seu objeto”, quais sejam as manifestações patológicas (medicamente definidas) instaladas no corpo biológico. Essa apreensão não seria um processo puramente intelectual, mas se desdobraria em técnicas materiais e não materiais. Assim, os instrumentos de trabalho deveriam ser compreendidos como um momento de operação do saber no trabalho médico. É essa dimensão tecnológica do trabalho médico que lhe permitiria responder às especificidades de cada situação, reinterpretar a ciência e articular o social concreto nas possibilidades científicas. Segundo ele, então, tecnologias materiais seriam os instrumentos de trabalho e as tecnologias imateriais seriam os saberes (GONÇALVES, 1994).

Partindo desta análise, com Merhy (2009), vamos além. Consideramos que, no encontro entre o médico

e o usuário, este profissional de saúde utiliza “caixas de ferramentas tecnológicas” para agir nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja.

Seriam três tipos de caixas de ferramentas: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), outra aos saberes e outra às relações entre trabalhador-usuário, cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos.

A primeira caixa de ferramentas é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas, equipamentos, regulamentos, protocolos) e trabalho vivo de seus operadores. A essas chamamos tecnologias duras.

A segunda caixa de ferramentas permite processar o olhar do trabalhador de saúde sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista.

Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica (de cada profissão), a epidemiologia (ambas trabalho morto, pois produzido anteriormente), mas no momento concreto do agir do trabalhador, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (imprevisto, singular), há uma mediação imposta - pela

incerteza e pela situação específica – ao raciocínio clínico do médico e de outros trabalhadores da saúde.

Esse é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis). Às tecnologias operantes nesse território chamamos tecnologias leve-duras.

A terceira caixa de ferramentas é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança. É a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do trabalhador de saúde.

Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador de saúde - usuário adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do profissional nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves.

Dependendo de como se combinam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde. Por exemplo, na medicina tecnológica há um empobrecimento da caixa de ferramentas das

tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras, a ponto de o médico /enfermeiro /técnico de enfermagem/ fisioterapeuta/ odontólogo (etc.) reduzirem-se a unidades de produção de procedimentos, que passam a ser o ato de saúde pretendido (movidos por *a priori*s e sem necessariamente ter compromisso com os resultados).

No cotidiano do trabalho em saúde, há múltiplos encontros operados com essas tecnologias. Pode haver um trabalhador ou uma equipe de um lado, um usuário ou um coletivo de usuários do outro. No momento do encontro, os trabalhadores operam uma negociação entre o que está instituído e o que eles consideram que deve ser operado naquele momento. Assim como os professores em uma sala de aula relacionam-se com os estudantes conforme lhes pareça mais adequado (apesar das grades curriculares, das orientações pedagógicas etc).

Composição tecnológica do trabalho em saúde e produção do cuidado

No campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos esperados. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção.

Apesar de todo o progresso tecnológico, do ponto de vista dos usuários, há insatisfação. Os estudos e reportagens revelam que, em geral, eles reclamam da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seus problemas. Os usuários se sentem inseguros, desamparados, desinformados, desrespeitados,

desprezados (MERHY, 1998).

Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é essa? Atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico? Ou é uma crise global do setor? É possível, a partir desta crise identificada em torno do usuário, propor um modo diferente de produzir ações de saúde?

Um profissional de saúde quando vai atuar mobiliza ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber geral (campo da saúde) sobre o problema que vai enfrentar, ao qual se superpõe um saber territorializado de seu campo profissional de ação, ambos sobrepostos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Na produção de um ato de saúde sempre coexistem os três núcleos, mas podemos dizer que o modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos (do saber específico) e em que se relega a um plano irrelevante a dimensão cuidadora. Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando todas também orientadas à produção de procedimentos.

Ora, a conformação tecnológica concreta operada pelos modelos de atenção é produto de um processo de disputas entre os vários atores interessados neste lócus de ação social. Esses processos de definição em torno do “para que” se organizam os modos tecnológicos de atuar em saúde são sempre implicados social e politicamente por agrupamentos de forças que têm interesses no que se está produzindo, impondo suas finalidades neste processo de

produção.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, os núcleos vinculados às tecnologias duras e leve-duras encontram terreno favorável para se imporem sobre os outros núcleos. Superar esta conformação exige operar com dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando a missão dos estabelecimentos de saúde, ampliando os modos de produzir atos de saúde. Novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central.

Vários aspectos podem ser discutidos a partir destas ideias.

Primeiro, o tema das tecnologias, da compreensão do que seja saúde e mesmo da própria noção de corpo em nossos dias. Uma perspectiva crítica a respeito da fabricação das tecnologias duras e leve-duras na era do capitalismo mundial, em que os entrelaçamentos dos interesses de mercado com a ciência oficial são mais intensos que nunca na produção do cotidiano.

Na perspectiva, que compartilho, de Foucault, Deleuze, Guattari e outros, há um confronto explícito de Campos de saberes no entendimento do que seja o corpo e a própria saúde. Confronto entre a compreensão do corpo biológico fabricado pela Ciência Oficial e os saberes que negam a existência do corpo biológico como foi construído, imaginária e simbolicamente, e que afirmam que o corpo é subjetivação e não biológico, que ele é potencialidade e representação de modos de existências, que por diferentes modos serão qualificadas como normais ou não.

Essa qualificação como normal é sempre uma imposição de uns sobre outros, pois modos de existências tomados como anormais sempre são produtos da construção de relações de poder, entre distintos poderosos (já diziam Canguilhem e Foucault).

Nesse movimento, a disputa é claramente definida por visões bem distintas. Disputa-se não só o modo de se construir socialmente o que é um problema para as práticas de saúde, mas como fazê-lo, disputando contra quem e para que. Construções essas que atravessam molarmente a todos - trabalhadores e usuários. Abre-se também uma disputa pelo saber fazer e pelo fundamento da ciência que dá substância ao campo da saúde - tanto na medicina como na saúde coletiva (MERHY, 2008).

Resultam daí imensos problemas, tais como a incorporação tecnológica sem benefícios aos usuários, a medicalização ainda mais intensa da vida pela fabricação de novos diagnósticos (importantíssimos no campo da saúde mental, em relação à depressão, à hiperatividade entre muitos outros problemas), pela mudança dos critérios diagnósticos que jogam para o mundo da doença milhões de pessoas da noite para o dia (como no caso da hipertensão e do diabetes), pela promessa de uma vida sem dores, sofrimentos ou envelhecimento - por meio do consumo intensivo de remédios, cosméticos, de uma alimentação “saudável” etc.

Essa formulação nos convida a olhar para os processos não-hegemônicos (contra ou anti-hegemônicos) que podem se constituir na vigência das práticas hegemônicas e, com isso - e Donnangelo (1979) e Luz (2004) já o faziam - indica-nos a noção da existência de modelagens de outras práticas de saúde no “mesmo” campo histórico e social, que apontem para outros sentidos e significações

desses fenômenos da existência humana, necessariamente enquanto processos constituídos historicamente.

Desse modo, estamos autorizados a pensar nos processos não-hegemônicos em relação às práticas da medicina e correlatos, que nascem para se contrapor a ela. Ou até que nascem vindas de outro lugar, marcadas por outros sentidos. Autoriza-nos, também, a pensar na construção de redes de serviços que possam não ser simples extensão de coberturas das práticas médicas, mas substitutivas a estas. Substitutivas porque são práticas que visam outros tipos de objetos e formas de cuidar, bem como são operadoras de outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias (MERHY e FEUERWERKER, 2007).

Em decorrência, há também toda uma discussão a fazer em torno do tema diagnóstico. De saída, o tema do normal e do patológico, produzidos social e historicamente, já explorado anteriormente. Muito grave, pois tem sido a possibilidade de rotular como “doentes” os diferentes, que organizam suas vidas com lógicas distintas das majoritárias e, em nome disso, desqualificá-los para a vida e até restringir sua liberdade por meio de internações compulsórias e outros modos de confinamento.

Depois, há também a possibilidade de ao invés de servir para ajudar a “organizar o raciocínio e sistematizar as condutas”, melhorando as possibilidades de o usuário aceder aos cuidados de que necessita, o diagnóstico servir para reduzir o usuário à sua dimensão biológica (o “hipertenso”, o “diabético”, o renal crônico”, “o portador de Down”), eliminando-se das considerações terapêuticas todos os seus demais planos constitutivos e, portanto, seus modos de andar a vida e sua autonomia.

Isso significa também tomar todo um grupo de

peças somente por um aspecto que tem em comum (sua “doença”), eliminando todas as diferenças e singularidades que também as constituem. Ou pior, que o diagnóstico sirva para diminuir as chances de o usuário receber cuidados ou atenção que o coloquem em melhor posição diante dos desafios da vida. Caso do etilismo, do autismo, das psicoses etc., diagnósticos que sistematicamente fecham portas ao cuidado necessário - até o cuidado a outros problemas clínicos com que se defrontam ao longo da vida lhes é frequentemente negado.

Nesse sentido, vale discutir um texto sobre detecção precoce da esquizofrenia (LOUZÃ NETO, 2006). Numa experiência australiana de detecção precoce de sinais e sintomas prodrômicos de esquizofrenia em um grupo de adultos jovens, no seguimento (do grupo identificado como de risco), havia 40% a 60% de conversão para quadros típicos de esquizofrenias. Mesmo que para esse grupo fosse importante e válido antecipar a doença e atenuar sua manifestação adiante, esse tipo de conduta produz um grave dilema. O que fazer com aqueles que são falsos positivos? Ou seja, têm os sinais e sintomas prodrômicos, mas não se convertem em esquizofrênicos e podem ter como consequência o estigma de terem tido a suspeita de serem esquizofrênicos.

Que dizer sobre esse “efeito colateral”? A vantagem de ter um saber que se imponha sobre a diferença de cada um torna válido esse caminho? Certamente não. Vale a mesma consideração para a saúde pública, quando defende a ideia de um modelo de atenção baseado na cobertura dos expostos a riscos, defendendo a ideia de que cobrindo os mais graves, evitaremos as piores complicações e obteremos melhoria nos indicadores de morbimortalidade.

De um modo bem rápido vale perguntar a quem

interessa esse tipo de custo e benefício? Com certeza não interessa aos que ficam de fora e aos que viraram falsos positivos. Mas, podemos também dizer que nem para aqueles incluídos pela lógica do marcador prodromico e nem para os que compõem o grupo de cobertos, como veremos adiante.

Pois, fixar-nos na repetição que nos permite um agir protocolado, que põe em evidência a repetição e anula a diferença, sem sermos tocados por ela, que pode ter como consequência simplesmente a morte do outro. Produzir a morte do outro como um ser portador de vários sentidos em si e em produção prospectiva no seu viver - ao condená-lo a viver só o sentido dessa doença que a ciência ou portadores da verdade científica representam nele e impõem a ele.

Esse modo de produzir o encontro, de se posicionar para o encontro, anulando o “saber-se” (saber sobre essa doença nele, saber sobre si mesmo, sobre suas questões, seus desejos, seus medos, sobre seus limites e possibilidades), diminui significativamente a possibilidade de o outro, que procura o cuidado, usufruir dos benefícios que o saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer. Porque sem a possibilidade de dialogar, sem a possibilidade de colocar a doença no lugar que lhe interessa (geralmente a que menos atrapalhe seus múltiplos planos de produzir o viver), o usuário termina por fazer opções unilaterais - como unilateral é esse agir do profissional - não necessariamente tirando o melhor proveito de várias opções que poderiam ter sido construídas.

Já entramos assim no segundo aspecto que gostaria de destacar, o tema da construção do encontro entre trabalhadores de saúde e usuários, que para mim apareceu com grande intensidade a partir de nossas pesquisas sobre Atenção Domiciliar.

Por um lado, com já dito, é importante considerar como entram as partes nesse encontro: como cada um considera o outro – sujeito ou objeto –; como são encarados seus saberes e aspirações – legítimos ou ilegítimos; se se abre a possibilidade de mútua interação ou se os fluxos são unidirecionais – sempre do trabalhador/instituição para o usuário. Então, esse é um território em que pode haver muita e mútua produção ou interdição do outro em nome dos saberes legítimos da ciência oficial.

Por outro lado, já rapidamente mencionado, pode haver também o desencontro de expectativas. O que um (uns) considera(m) problemas e necessidades não necessariamente coincide com o que o(s) outro(s) considera(m). Um sabe de seus desconfortos e também de suas escolhas; os outros olham para os usuários utilizando diferentes filtros (risco, vulnerabilidades, prioridades etc.). Muitas vezes o usuário deseja a contribuição dos trabalhadores de saúde para que o problema com que se defronta incomode o menos possível os modos como organiza sua vida. Já os trabalhadores de saúde muitas vezes esperam que o usuário reorganize sua vida, à Luz do saber técnico-científico, em função dos agravos com que tem que conviver.

O usuário se orienta a partir de diferentes planos: seus saberes (produzidos a partir da vivência e também de distintas fontes, ainda mais num mundo em que a circulação de informações é ampla e quebra muitíssimas barreiras), história de vida, valores, religião, trabalho, suas possibilidades, desejos, dificuldades, fantasias, medos, momento. Os trabalhadores de saúde, dependendo do modo e do recorte que utilizam em sua aproximação, nem sequer vislumbram “essa vida” que vem junto a “queixa” - e que certamente é fundamental para muitas das apreciações, considerações, definições, decisões etc. a serem tomadas.

Dependendo do cenário, do grau de sofrimento, da instabilidade clínica, do risco de morte, as relações entre usuário(s) e trabalhador(es) de saúde se produzem de modos muito diferentes. Com disposição e possibilidades muito distintas de fazer valer a autonomia (pelo lado do usuário) ou de fazer valer a autoridade (pelo lado dos trabalhadores). Lugares de máxima autonomia do usuário e de baixa instabilidade clínica (vida em evidência) - como na atenção básica e na atenção domiciliar - e lugares de mínima autonomia do usuário e alta instabilidade clínica (problema orgânico em evidência) - como no hospital e na UTI (FEUERWERKER, 2011).

De todo modo, há todo um território de produção que faz todo o sentido e é indispensável para os usuários: há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador/equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com ele (usuário), pela construção de um plano de cuidados. Esse é um plano crítico (no sentido de muito importante), no qual se constroem as relações de confiança e que interfere de modo significativo na efetividade do encontro, nas possibilidades de haver benefício para o usuário em relação à sua saúde.

Nas pesquisas sobre atenção domiciliar, ficou evidente que existe sempre uma disputa entre trabalhadores e usuários em relação ao projeto terapêutico, exatamente considerando todas as questões acima mencionadas. Qualquer processo de cuidado, por ser intercessor e trabalho vivo em ato, é território permanente dessas disputas, que não devem ser anuladas, mas sim explicitadas como intenção da própria composição do “projeto terapêutico clínico”/proposta de organização da vida a ser

produzido em conjunto, no interior da equipe e desta com o usuário/família/cuidador. Então, essa disputa existe em todos os cenários (porque os usuários sempre disputam, sempre fazem valer seu ponto de vista, ainda que seja desobedecendo em silêncio e buscando outras alternativas àquelas oferecidas pelo trabalhador ou serviço X), mas na atenção domiciliar ela é explicitada por ambas as partes.

Por um lado, os trabalhadores (desinstitucionalizados por estarem atuando fora dos domínios das instituições e suas regras protetoras, somente dispendo de seus corpinhos) e compartilhando a responsabilidade do que consideram cuidados em saúde com a família/cuidador; de outro a família/cuidador operando na casa, campo do próprio usuário. Daí, dessa conjuntura específica, o enfrentamento de imaginários e de modos de agir ficar muito explícito e produzir uma postura biunívoca de disputa aberta e desconforto.

Por isso, um elemento que as pesquisas possibilitaram foi interrogar as equipes queixosas/autoritárias (que declaram que os usuários resistem, não aderem às propostas terapêuticas, não estão interessados em cuidar de sua saúde, precisam ser educados ou que ameaçam os usuários rebeldes com o desligamento dos programas etc.). Foi possível colocá-las para pensar sobre seus papéis enquanto analisadoras e problematizadoras desses processos de disputa de cuidados, procurando evidenciar o que se está disputando em termos de cuidado, e dando pistas sobre como agir nessa situação, posicionando-se inclusive como um aprendiz, de um mundo do trabalho, que é uma escola em si (como propõe a educação permanente em saúde).

Por outro lado, as pesquisas deixaram claro que as investigações, que procuram tomar como objeto a produção do cuidado em saúde, não podem desconsiderar

que estão diante de um objeto movediço, não dado, sempre em produção, pois constituído pelo agir em ato dos seus protagonistas, trazendo para a cena da investigação de modo ativo também o pesquisador com sua implicação e lugar de olhar (mais uma vez o tema do perspectivismo).

Nos casos estudados, encontramos todas as possibilidades: desde equipes que constroem o plano de cuidado em conjunto com os cuidadores, havendo a possibilidade de singularização do cuidado de acordo com necessidades identificadas e recursos disponibilizados pela família até equipes que procuram simplesmente transferir o hospital para dentro da casa, tentando enquadrar o cuidador como um simples executor de um plano terapêutico construído exclusivamente de acordo com a racionalidade técnico-científica.

A disputa se faz então entre a “institucionalização” da casa como um espaço de cuidado dominado pela racionalidade técnica (e pelo predomínio das tecnologias duras e leve-duras na produção do cuidado) e a “desinstitucionalização” do cuidado em saúde, havendo construção compartilhada do projeto terapêutico, ampliação da autonomia do cuidador/família/usuário, ampliação da dimensão cuidadora no trabalho da equipe (e o predomínio das tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado).

Na mesma linha, não foram poucos os relatos de algumas equipes muito envolvidas com usuários graves, ou mesmo terminais, de como no espaço da vida domiciliar e na dinâmica do grupo de moradores há um patrimônio de modos de cuidar, que não estão inscritos nos territórios dos profissionais de saúde. Entretanto, também houve situações nas quais os relatos apontavam o oposto: como atrapalhavam as “crenças”, segundo falas desses outros

trabalhadores, dos cuidadores e das redes domésticas de cuidado.

Desse modo, encontramos movimentos de vários trabalhadores que se deixavam afetar pelas relações e saberes com “os da casa ou da família”, recebendo de volta como aprendizagem a relação que realizavam a partir do seu próprio trabalho tecnológico (efeito pororoca do trabalho, na lógica da educação permanente). Mas também, de outro lado, havia trabalhadores que se posicionavam como um arco que lança uma flecha - isto é, o seu agir só vai em uma direção: deles para o outro que é tomado como seu objeto -, e com isso, negavam o agir do outro e seu saber (apontando-o como “crença”), por ser de menor valor científico e não alçar à posição de um saber tecnológico produtor de cuidado e, então, legítimo.

Nos locais em que os trabalhadores se colocam como produtores de alternativas inovadoras no cuidado em saúde, as equipes de atenção domiciliar tornam-se lugares de manifestação de grandes conflitos e desafios.

Conflitos em relação à autoria do plano de cuidados, ao papel de cada profissional e dos usuários/cuidadores na produção do cuidado num espaço que é privado, mas invadido pelo público; conflitos diante da convivência íntima dos profissionais com necessidades, sofrimentos, valores culturais e religiosos antes apenas vislumbrados.

Desafios diante da necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; desafios de construir outro equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidos no trabalho em saúde; desafio de construir equipe com um trabalho efetivamente orientado e mobilizado pelas necessidades de saúde não somente do usuário, mas do coletivo familiar em questão; desafio de superar a fragmentação do sistema de saúde e de produzir

continuidade de atenção no interior de uma linha de cuidado que é produzida em ato para cada situação.

Para almejar e conseguir tanto, este trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e antiprodutivos e tem que permitir que vida produza vida. Sua “alma”, portanto, tem que ser a produção de um cuidado em saúde dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional. E, como veremos adiante, requer gestão compartilhada.

Outro aspecto a ser discutido é o da desinstitucionalização e da substitutividade como potencialidades para a produção de inovações na produção do cuidado.

Nos casos analisados, de acordo com os próprios sujeitos dos processos, o trabalho desinstitucionalizado, realizado nas casas das pessoas, deixa os trabalhadores mais desprotegidos, expostos, mas oferece-lhes mais liberdade de criação na condução das suas atividades (inclusive nos aspectos clínicos), permite-lhes relacionar-se diretamente com as pessoas (sem intermediários), possibilita-lhes conhecer e vivenciar seus contextos de vida e essa vivência mobiliza sua capacidade de produzir alternativas coletivas, criativas e apropriadas para o cuidado e a produção da autonomia.

Tudo isso lhes possibilita construir vínculos mais fortes, permite-lhes resgatar de maneira intensiva a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, operando como um trabalhador coletivo. Além disso - e essa é uma consideração nossa - convivem e são desafiados por um grau inusitado de autonomia das famílias na produção dos projetos de cuidado implementados.

Parece, então, que o fato de o cuidado em saúde ser produzido num território não institucional - o domicílio - e de se propor a produzir alternativas substitutivas à organização do cuidado coloca os atores de outro modo em cena e abre novos espaços para a inovação.

Assim como acontece na saúde mental e no trabalho dos agentes comunitários de saúde, a tensão é constitutiva desse novo espaço institucional de cuidado. Tensão essa que pode ser produtiva, convertendo-se em fator favorável à atenção domiciliar como espaço de “desinstitucionalização”, potencialmente produtora de inovações. Ou pode ser uma tensão que se resolva por meio da subjugação da família e da reprodução. O projeto ético-político das equipes é decisivo na definição desse jogo.

A substitutividade e a desinstitucionalização seriam então elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes.

Ou seja, quando a atenção domiciliar, um CAPS ou o trabalho do agente comunitário de saúde se configuram como modalidades substitutivas de organização da atenção, com intenção desinstitucionalizadora, como dispositivos para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos segundo o modelo hegemônico dentro do hospital, do ambulatório ou do manicômio, eles se configuram como um terreno do trabalho vivo em ato instituinte de novidades; possibilitando a produção/invenção de práticas cuidadoras e implicado com um agir autopoietico na saúde (MERHY, 2005). Existe grande potência nesses arranjos. Precisamos aprender com eles. A ruptura do fazer parece ser uma condição fundamental para a invenção. Vale reafirmar, entretanto, que existe

essa potência, mas a disputa é constante e há sempre a possibilidade da captura.

Outro aspecto que as pesquisas sobre atenção domiciliar trouxeram à cena foi o tema da multiplicidade e dos agenciamentos mútuos entre equipes e usuários. A mesma equipe, dependendo do dia e do caso, produzia-se mais ou menos cuidadora, mais ou menos negociadora, mais ou menos produtora de vida e até produtora de morte. O mesmo caso era trazido de modos diferentes, dependendo da discussão ou dos modos como cada trabalhador se aproximava dele.

E esse tema da multiplicidade, já apontado no início do texto, é fundamental. Dá para expressar de modo mais concreto o que havia sido trazido conceitualmente.

Essa variabilidade nos interroga sobre a ideia confortável de que somos sempre os mesmos - individual ou coletivamente, atuando sempre do mesmo modo, coerentes e fieis aos nossos princípios. Nós e os outros. Binariamente divididos em torno de várias questões. No entanto, não há essa identidade individual fixa. Ela está sempre em produção e é dependente dos encontros e afecções, partindo de um território e abrindo-se para outros possíveis. Às vezes inovadores, inventivos, produzindo vida. Outras vezes, repetidores, instituídos, molares, produzindo morte.

Mas não somos “determinados”, nem vítimas das situações, apesar de reprodutores do instituído em determinadas situações. A possibilidade da autoanálise em espaços coletivos aparece como fundamental para a visibilização desses processos, para dar-mo-nos conta dos efeitos que nós produzimos em outros e que eles produzem em nós em diferentes situações. Tudo para sairmos ativamente à busca de produzir espinoseamente “bons

encontros”, que aumentem a potência de vida.

As pesquisas no campo da saúde mental trouxeram outros elementos fundamentais para pensarmos a produção do cuidado sob outros ângulos.

Em primeiro lugar, ampliando a ideia do protagonismo dos usuários na produção não somente de projetos terapêuticos, mas na produção de múltiplas redes de conexões, em sua busca por mais autonomia para andar a vida. Os serviços de saúde e suas equipes são somente alguns dos pontos desta rede múltipla que os usuários tecem de modo nômade. E geralmente nem nos damos conta disso.

Por outro lado, esse encontro com os serviços de saúde é bastante marcante na trajetória de vida dos usuários de saúde mental - tanto por abrir possibilidades a partir de encontros cuidadores, como por fechar outras sob o peso dos diagnósticos. Para as famílias e para os próprios usuários a produção como “doentes mentais” é bastante marcante em termos de despotencialização, desinvestimento etc.

Por outro lado, em uma das pesquisas, que era um estudo sobre acesso e barreira em saúde mental, realizado em Campinas – cidade em que existe uma ampla e rica rede de cuidados nesse campo -, fomos desafiados com o tema da construção de indicadores de avaliação do acesso ao cuidado.

Não são poucos os indicadores já propostos para avaliar acesso. Todos muito pertinentes. Mas todos com uma marca: o acesso ou barreira como um fenômeno quase material e físico de alguém - “de fora” de um certo cuidado/serviço - conseguir ou não entrar para dentro dele - seja um estabelecimento específico, como um CAPS, seja uma modalidade de cuidado, como a internação ou uma oficina

terapêutica.

Entretanto, medir e traduzir acesso e barreira por meio desse tipo de indicadores pode não revelar várias outras dimensões fundamentais da questão. Pois, muitas vezes “entrar” em uma certa rede de cuidado pode ser o melhor caminho para uma barreira, do ponto de vista da construção de um cuidado que produza “mais vida” nos modos de existir de alguém.

Assim apontamos para a possibilidade de construir um “algoritmo”, partindo de uma questão bem simples: alguém que está sendo cuidado está ampliando ou diminuindo suas redes de conexões existenciais? Se o acesso ao cuidado amplia as redes de conexão existenciais, então há produção de mais vida. Se não, então há que reconhecer que o acesso a esse cuidado está produzindo barreiras para um viver mais qualificado.

Ou seja, dependendo do caso e do modo, o cuidado acessado e estabelecido pode funcionar como barreira para produção da vida! Então esse algoritmo pode indicar, qualitativamente, com uma força que expressa a produção de modos de viver mais produtores de vida no campo existencial de alguém.

Obtivemos essa imagem a partir da pobreza, ou melhor, da miséria das opções que as internações em instituições fechadas produzem. Na forma manicomial de cuidar, elas têm grande capacidade de produzir mais morte do que redes de conexões de vida. E, portanto produzem barreiras ao cuidado- produção de vida!!

Do mesmo modo, em instituições não fechadas como os CAPS ou equivalentes, podemos perceber situações em que a própria condução clínica do cuidado pode constituir-se como uma barreira ou o contrário.

Olhar todo o processo de cuidado instituído nos estabelecimentos ou nos encontros em geral como geradores de efeitos terapêuticos, vistos do ângulo da produção desses ganhos de identidades e de contratualizações, abre outros universos na produção de conhecimento sobre esse eixo investigado.

Por isso tudo, imaginamos que essa construção pode ter a expressão de um indicador de novo tipo, para ser usado nas avaliações das redes de cuidado em geral e não só no campo da saúde mental.

Por último, para fechar essa reflexão sobre a produção do cuidado, retomando nossas considerações iniciais a respeito dos atos de saúde, lembramos que a produção de atos cuidadores diz respeito a todos os seres humanos. O modelo médico-hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde -sobretudo os que não tomem o corpo biológico como objeto e os que não se baseiem em conhecimentos ditos científicos sobre o tema.

Ora, o território das ações cuidadoras, informado pelas tecnologias relacionais, é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas também dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde determinados lugares, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde.

E como a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há, a priori, uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato, identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Aliás, em geral, de acordo com as circunstâncias, são diferentes os membros da equipe de saúde que cumprem um papel mais ativo nesse processo.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde.

Para começar, na definição/identificação do que sejam necessidades de saúde. O olhar cientificamente armado, tanto pela clínica como pela epidemiologia, tendem a definir tecnicamente o que são as necessidades de saúde legítimas, prioritárias, que devem ser objeto de ação dos serviços de saúde.

As necessidades sentidas pelos usuários são, então, a priori, julgadas e catalogadas como adequadas ou não ao tipo de serviço que se oferece. Assim é que os usuários “precisam ser educados” para “entender” qual será a porta certa para apresentarem suas queixas, independentemente de quais sejam as respostas disponíveis e as que ele imagine necessitar...

Assim é que, apesar da promessa de assumir a responsabilidade por um determinado território e de se apresentarem como “porta de entrada”, as equipes de saúde da família ficam extremamente tensionadas ao

se defrontarem com a demanda espontânea, que não se “encaixa” nas prioridades em torno das quais está organizada a oferta de ações programadas.

Assim é que as situações não reconhecidas como graves ou envolvendo risco de vida são sempre identificadas nos pronto-socorros e pronto-atendimentos como “demandas que deveriam ser atendidas nas unidades básicas de saúde”..., independentemente do tempo em que isso ocorreria e da sensação de urgência percebida pelo usuário (pelo tamanho ou significado do desconforto).

Mas como abrir-se às demandas espontâneas se já não há capacidade de absorver mais nada ou ninguém nas agendas sobrecarregadas? Será difícil sem reorganizar as ofertas, abrindo espaço para a produção de encontros autopoieticos, sem reconhecer potência para produção do cuidado nas redes de proteção social, sem reconhecer nos usuários parceiros na produção da saúde nos territórios, sem ter liberdade para propor novos arranjos organizativos para oferecer cuidados na intensividade necessária a cada situação... Novos arranjos tecnológicos fazem-se necessários!

Os arranjos hegemônicos são eficazes para a produção de respostas pontuais, necessárias e suficientes em certas situações (geralmente em situações agudas e centradas no biológico, como uma descompensação diabética, uma pneumonia, um infarto agudo do miocárdio, uma apendicite etc.) em que a gravidade do caso leva o usuário a abrir mão de graus da sua autonomia para submeter-se ao tratamento, em que o foco no problema biológico leva à oferta de medidas potentes para superar a situação de maior desequilíbrio em alguns dias. Mas são ineficazes quando, passado o momento de crise, o usuário reassume o comando da vida e a governabilidade dos profissionais de

saúde sobre sua condução é drasticamente reduzida. É que, então, a negociação se faz indispensável!

E é no território das ações cuidadoras que essa negociação pode acontecer. É esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde no sentido da ampliação de sua rede de conexões existenciais.

Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) - portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos. Podem ser ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição.

4. Micropolítica e a política e a gestão em saúde

Neste capítulo trabalho a partir de alguns artigos: *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS*; capítulos de livro: *Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado (este em parceria com Merhy e ainda inédito)*; *A cadeia do cuidado em saúde* e materiais que serviram de base para conferências e palestras, no debate sobre a gestão do trabalho em saúde, as políticas de saúde no Brasil e o processo de construção do SUS.

Conforme vimos discutindo, as unidades de saúde - como de resto, o mundo - são produzidas a partir de múltiplos planos. Como dizem Merhy e Franco (2007), num artigo que propõe estratégias analíticas para o trabalho em saúde, há o plano formal, definido a partir do lugar que as políticas e os organogramas preveem para elas. A maior parte das análises que informam a gestão e as políticas de saúde restringe-se a este plano para pensar e trabalhar as

unidades de saúde - não é a toa que são tão pouco efetivas ... vamos aprofundar esse debate adiante.

Mas há muitos outros planos operando na constituição das unidades. Há o plano do senso comum em nossa sociedade medicalizada (pergunte a qualquer um na rua o que é e para o que serve uma unidade de saúde e receberá respostas bastante precisas e regulares). Há o plano da subjetivação produzida pelas indústrias de equipamentos e medicamentos e a produção de necessidades em suas interfaces com as políticas. Há outro plano, que é o das corporações e suas disputas sobre o trabalho em saúde, profundamente imbricado com o anterior. Há um plano político conformado pelo que se pensa sobre o direito à saúde - na sociedade e entre trabalhadores, gestores e usuários das unidades de saúde. Há outro plano conformado pelas histórias de vida de cada um dos trabalhadores das unidades. Há o plano conformado pelos turbilhonamentos provocados pelo encontro entre as diferentes culturas e ciência oficial em relação à saúde. Outro, pelas religiões. Outro pelas condições materiais de trabalho e pelas possibilidades de conexão em rede das unidades. Todos esses planos operam em relação aos trabalhadores e também em relação aos usuários. Acrescente-se em relação aos últimos, a história da construção da saúde em seu território (físico, neste caso), se se trata de uma população com fortes conexões coletivas ou não, em situação de muitas necessidades insatisfeitas ou não, com alternativas de acesso a serviços ou não. E por aí afora.

A partir do cruzamento de todos esses planos que operam sobre gestores, trabalhadores e usuários, em seus múltiplos encontros e disputas, desenham-se as unidades de saúde. Por isso existem tantas “saúdes da família” quantas equipes de saúde de família, apesar de todas as definições políticas e programáticas e de todas as infinitas

capacitações a que são submetidos os trabalhadores. É por isso que dentro da mesma unidade, submetidos à mesma gestão e às mesmas condições materiais, duas equipes podem ter dinâmicas de funcionamento tão diferentes. É por isso que às vezes a troca de um trabalhador muda totalmente a dinâmica de uma equipe. É por isso que certas estratégias funcionam na produção de relações com certos grupos populacionais e com outros não. O mesmo em relação à gestão.

A realidade dentro de uma Unidade ou equipe de saúde, nos processos de trabalho, se produz por fluxos intensos de comunicação entre os diversos agentes do trabalho, da gestão ou usuários, que interagem entre si, não apenas no contato físico e comunicacional, mas em grande medida por meio de fluxos de conexão nesses diferentes planos.

Esses fluxos de conexão também se dão em nível simbólico e operam os processos produtivos, que se estruturam em um dado tipo de organização de redes, que têm como centro nevrálgico o trabalho vivo em ato, que é o substrato sobre o qual a produção dos atos de saúde acontece (MERHY e FRANCO, 2007).

Por outro lado, como já comentado, os processos de trabalho operam em relações intercessoras entre os trabalhadores e entre estes e os usuários, num encontro em que ambas as partes se colocam como atores / sujeitos para a produção do cuidado e ambas as partes são afetadas e modificadas. Assim, as relações ganham alta intensidade nos processos produtivos, sendo atravessadas por vetores de relações singulares e intensamente intersubjetivas.

Se pensarmos as organizações e os ambientes de produção do cuidado com esse foco, percebemos que os processos de trabalho não operam apenas em uma

plataforma estruturalmente organizada, mas os sujeitos e seus fluxos de conexão funcionam em plataformas que se superpõem às estruturas, expandindo em muito o instituído, organizado previamente para sua atuação.

No cotidiano do trabalho em saúde, na intimidade dos encontros, os trabalhadores transitam no processo de trabalho com grande liberdade de ação, pois criam “linhas de fuga” quando os sistemas produtivos não correspondem a suas expectativas. Linhas de fuga com diferentes sentidos e que podem levar tanto a movimentos cuidadores - quando o trabalhador percebe o aprisionamento dos protocolos ou das normas como um obstáculo às ações necessárias para atender as necessidades dos usuários. Ou o inverso, linhas de fuga que podem servir para produzir um agir automático, de queixa-conduta, quando se espera do trabalhador uma abertura para a singularidade dos casos e uma orientação à integralidade (MERHY e FRANCO, 2007).

Como já comentado, esse é um movimento incessante e variado, ativado por diferentes agenciamentos, num processo tensionado. Essas tensões se definem em ato, utilizando a potência “livre, inventiva e micropolítica” do trabalho vivo, provocando novos caminhos. É como se houvesse mundos em paralelo, ou em outros planos de atividade, instituintes, com possíveis percursos de outros modos de produzir vida.

Fica claro que “olhamos” o cotidiano do mundo do trabalho como uma micropolítica, na qual somos individual e coletivamente fabricantes e fabricados nos nossos modos de agir e nos nossos processos relacionais. Essa perspectiva analítica mostra certa radicalidade diferenciada em relação ao modo como muitos outros autores (e atores) olham o mundo do trabalho - que valorizam exclusivamente como um mundo em que o trabalhador não pode fazer nada, por

ser totalmente capturado pelas estruturas, que o definem e determinam (MERHY e FRANCO, 2007).

Os serviços de saúde, então, são uma arena em que diversos atores, que se produzem micropoliticamente e têm intencionalidades em suas ações, disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem múltiplas faces e está em permanente produção.

É fácil perceber, então, que, muito longe de serem “caixas vazias”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. Claro, essas ideias são fabricadas de modo complexo, atravessadas por mil planos - já mencionados - não são naturais, são fabricadas histórica e socialmente, marcadas também pela história de vida, cultura, religião, profissão etc. E todos os trabalhadores fazem uso de seus espaços de autonomia para agir como lhes parece correto ou apropriado segundo o contexto e de acordo com seus valores e/ou interesses e segundo as afecções que os encontros com os usuários lhes produzem. Todos são autores de seu próprio trabalho (negociando, é claro, com as normas, com as políticas, com as limitações das condições materiais, com dinâmica da equipe de trabalho). Mas tomam decisões, muitas decisões. Sempre poderiam fazer de outro modo – melhor ou pior, mas diferente, a partir de outras escolhas (FEUERWERKER, 2005).

Os gestores (federalis, estaduais e municipais do SUS e também os das operadoras na saúde suplementar) cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento, das condições materiais oferecidas aos trabalhadores para

sua ação etc., mas não governam sozinhos.

Apesar de haver uma direção – a dos gestores, a quem formalmente cabe governar - na verdade todos governam: gestores, trabalhadores e usuários. Matus (1987), desde o planejamento estratégico, já chamava atenção para o fato de que todos planejam (e governam), apesar de contarem com recursos de poder e governabilidade distintos.

Importante dizer, que do mesmo modo como ocorre com trabalhadores e usuários, os gestores em suas diferentes esferas de atuação são atravessados também por uma multiplicidade de planos, linhas, vetores, potencializados por alguns encontros, despotencializados por outros. A política, nos espaços de governo, também é fabricada micropoliticamente. E também é atravessada molarmente e molecularmente por diferentes linhas.

Daí que essa complexidade do mundo do cuidado tem consequências para o modo de se pensar a política e a gestão em saúde. Começando pela necessidade de ser muito crítico em relação ao que é saúde, seu objeto, seus propósitos e seus métodos, reconhecendo os múltiplos atravessamentos do campo e a necessidade de desconstruir/resistir à medicalização. Segundo, tendo clareza de que todos fabricam políticas em seu cotidiano de trabalho e que, portanto, uma postura radicalmente democrática de ampliação do debate para produzir políticas pode ser bem proveitosa (e produtiva). Não há os que formulam e os que implementam políticas. Todos os que implementam, também formulam e modificam a política (formulada pelos vários outros) no cotidiano de suas práticas. E ativamente disputam essa possibilidade. E que atitude adotar, do ponto de vista da gestão, em relação a esse grau de liberdade e essa disputa? Ampliar os mecanismos de controle? Ou reconhecer que a gestão é compartilhada na prática e abrir

espaços para a problematização, a negociação e a disputa explícitas?

4.1. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS

O Movimento da Reforma Sanitária foi ao mesmo tempo uma bandeira de luta específica e parte de um movimento mais amplo de mudanças (AROUCA, 1988), já que concretizava setorialmente (na saúde) os direitos democráticos pelos quais amplos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam. Um movimento múltiplo, que reunia diferentes segmentos e diferentes modos de pensar, mas capaz de se articular em torno de um comum, que era a defesa do direito à saúde e da vida.

Foi um movimento organizado que nos abriu uma perspectiva importante: realizarmos no agir diário, junto aos outros, dentro de nossos campos de responsabilidades e competências, processos relacionais comprometidos com a construção de sujeitos sociais ativos protagonistas da fabricação dos modos de caminhar na vida, individual e coletiva.

Abriu a possibilidade de sermos comprometidos com uma ótica de cuidar dos outros, das relações, de si e do mundo, como um conjunto de atos orgânicos. Foi um momento coletivo de andarmos na linha da produção da vida com o nosso ato vivo, constituindo militâncias autopoieticas (produtoras de vida). Além disso, o movimento pela reforma sanitária se estruturou de maneira democrática, diversa, capilar e inclusiva e adotou um estilo de militância coerente com suas proposições.

A potência do movimento da reforma sanitária no período final da ditadura e durante a Constituinte esteve exatamente baseada nessa sua capacidade de construir no coletivo, de modo diverso, a ideia do direito democrático de todos à saúde. Uma perspectiva de igualdade numa sociedade desigual, uma perspectiva antihegemônica de estar no mundo e de produzir política, de construir relações. (FLEURY, 1997)

O movimento da reforma sanitária brasileira trabalhava com algumas ideias fundamentais: um modelo de democracia com base na defesa da igualdade (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática; a reconceitualização da saúde, naquele momento com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população; a crítica às práticas hegemônicas de saúde com a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, com a valorização do trabalho em equipe e incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.

No processo de luta pela democracia, portanto, a saúde foi um campo em que os diferentes atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura foram capazes de fabricar um discurso alternativo ao hegemônico, com formulações e proposições (de saúde, de democracia) e de adotar modos de fazer política que foram compatíveis com a radicalidade da proposta em questão.

É possível que essa seja uma das explicações para a diferença significativa da capacidade de mobilização (e de conquista) do movimento da reforma sanitária quando comparado aos movimentos democráticos no campo da educação, por exemplo.

E provavelmente é essa ainda a explicação para a capacidade que o processo de construção do SUS tem tido de continuar apaixonando, mobilizando e conquistando militantes ao longo dos últimos 15 anos, apesar de todas as (enormes) dificuldades enfrentadas.

No entanto, o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa social em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e as maneiras de construí-la.

A ideia de saúde, o lugar dos direitos em nossa sociedade, a própria produção da política e dos modos de governar, o modelo tecnoassistencial e a organização da gestão são todos elementos críticos na fabricação do SUS, pois interferem na produção ou desprodução da resistência à medicalização e ao modelo hegemônico; contribuem ou obstaculizam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS.

Por essa razão esses são temas de relevância fundamental para os formuladores das políticas, para os gestores do SUS em todas as esferas e para todos os atores implicados com a construção democrática da saúde no país. E precisariam ocupar um lugar de destaque em sua agenda política, ao contrário do que vem ocorrendo.

A construção do SUS e a governamentalidade neoliberal

O século XX foi o século da fabricação do neoliberalismo. Não somente do neoliberalismo econômico. O neoliberalismo como modo de governar, que é o modo polimorfo de governar que vem sendo continuamente fabricado pelo capitalismo mundial.

Não é meu propósito aqui discutir em profundidade os temas do governo e do Estado. Mas, considerando o SUS como parte de uma política pública de saúde, é indispensável situar o processo de produção de políticas. Pensando políticas como um dos planos de institucionalização do político, que é o movimento incessante – mais ou menos organizado, mais ou menos coletivo – de construir relações, ou seja, de disputar (individual ou coletivamente) a fabricação de territórios existenciais e modos de vida.

Que significa querer fazer o SUS num país como o Brasil?

Tomo como principal referência para as considerações a este respeito as extensas reflexões de Foucault apresentadas no “Nascimento da Biopolítica”, quando ele desenvolveu o tema da governamentalidade no mundo ocidental.

Segundo ele, o neoliberalismo busca uma formalização geral dos poderes do Estado e da organização da sociedade a partir de uma economia de mercado. Ou seja, parte-se da economia de mercado para conformar o Estado e reformar a sociedade.

No neoliberalismo, diferentemente do liberalismo, o essencial do mercado está na concorrência – é ela a base da racionalidade econômica. E a concorrência é um princípio de formalização: tem sua lógica interna e sua estrutura

própria. Só funciona quando essa lógica é respeitada. E essa lógica não é natural, precisa ser preparada, produzida por uma governamentalidade ativa (a tal da lição de casa para a estabilidade e o crescimento que o Brasil teria feito).

Ou seja, no neoliberalismo a economia de mercado é o indexador geral sob o qual se produzem as regras que definem todas as ações governamentais. É necessário governar PARA o mercado e não por causa do mercado. E para isso é preciso produzir um Estado – não para interferir na economia, mas para fabricar certas dinâmicas sociais.

O mais importante para esse Estado em fabricação é intervir sobre a população no sentido de que ela esteja melhor preparada para o empreendedorismo, para integrar ativamente o jogo da produção e do consumo. E esse intervencionismo sobre a população é ativo, múltiplo, vigilante e onipresente.

A concorrência supõe desigualdade para funcionar. Tem que haver quem trabalhe e quem não trabalhe. Salários altos e salários baixos. Preços que subam e desçam. É na diferenciação e na multiplicidade das empresas que se obtém uma sociedade indexada pela economia de mercado (em que cada homem é uma empresa; no mínimo, o empresário de si mesmo).

Desse modo, no neoliberalismo, uma política social não deve nunca adotar a igualdade como objetivo. Deve deixar a desigualdade agir. Nada de transferência de renda, nada de seguro coletivo contra os riscos. A sociedade /o Estado deve assegurar o mínimo vital para que cada qual possa, por sua conta, garantir sua existência. Por isso é que, segundo o neoliberalismo, a melhor política social é o crescimento econômico, quando todos ganham. E, no sentido de assegurar as melhores condições para o empreendedorismo, para o

melhor rendimento do capital humano (outra invenção do neoliberalismo), o investimento em educação é reconhecido como fundamental. Aliás, a educação se torna uma exigência permanente para um contínuo processo de adaptação às necessidades/exigências do mercado. Os outros investimentos sociais são heterogêneos entre as diversas versões da governamentalidade neoliberal: política habitacional, cobertura de necessidades de saúde, auxílio aos desempregados etc. variam de país a país, tendo nos Estados Unidos sua versão mais crua e enxuta.

Foucault também diz que sociedade civil é uma tecnologia governamental (fabricada pelo neoliberalismo) que articula o sujeito de direito e o sujeito de interesses - que são duas faces dos agrupamentos sociais do nosso tempo. Possibilita ao governante governar sem infringir as leis da economia e os princípios do direito. Sociedade civil é uma tecnologia governamental, do mesmo modo que a loucura e a sexualidade são tecnologias governamentais, pois abrem a possibilidade de o governante governar partes da vida.

A questão que tem atormentado o pensamento político do final do século XVIII até os nossos dias é a das relações entre a sociedade civil e o Estado. E em cada país, de acordo com sua história, essas relações têm sido construídas de modo diferente. O (neo)liberalismo propõe a seguinte questão: como regular o governo (o exercício do poder na sociedade) fundando o princípio da racionalização da arte de governar no comportamento racional dos que são governados (e por isso a “irracionalidade” como manifestação individual ou social se torna um problema tão grave - irracionalidade do copyleft, dos que escolhem viver na rua ou usar drogas, dos territórios existenciais que não dialogam com a lógica do empreendedorismo).

E nessa busca de novas governamentalidades, a partir do século XIX, há toda uma série de racionalidades governamentais sendo produzidas, se amontoando, se apoiando, se contestando. A política no plano formal seria o jogo e o debate que essas diferentes artes de governar com seus diferentes indexadores suscitam - pois inauguram modos de produzir relações.

Para os governantes progressistas de nosso tempo, resta uma margem de manobra muito estreita: sem apostar e investir numa relação direta de produção cooperada com as múltiplas possibilidades de movimentos coletivos em defesa da vida, de favorecimento de (múltiplas) práticas sociais em defesa da vida, resta apenas tensionar certos aspectos da governamentalidade instituída - mais ou menos impostos, mais ou menos proteção, mais ou menos desigualdade. É a diferença entre democratas e republicanos; socialistas e social-democratas em relação à democracia cristã etc.

Diria que o governo Lula andou exatamente nessa margem de manobra. Toda a política de combate à pobreza e de diminuição da desigualdade foi feita com base: a) no crescimento econômico; b) na ação governamental de estimular o desenvolvimento econômico nas áreas mais pobres do país; c) no aumento do salário mínimo (estas duas últimas trouxeram para o mercado consumidor amplos segmentos da população) e d) no Bolsa Família (que assegura à parte mais desfavorecida da população os recursos mínimos e oportunidades para o empreendedorismo, de modo que volte a entrar no jogo da produção e do consumo). Também houve extensão de cobertura - em relação à energia elétrica e à habitação, por exemplo.

Ou seja, não houve medidas compensatórias, nem transferência de recursos dos mais ricos para os mais pobres. Houve uma melhor distribuição do “a mais” que

estava sendo produzido com base no crescimento. É nessa mesma lógica que há ampliação do investimento na educação (melhor preparação da população para o jogo da produção e do consumo) e não há aumento do investimento em saúde. Na saúde, assegura-se o mínimo - o SUS - para os que não podem comprar atenção à saúde no mercado. Em relação aos movimentos sociais, captura e fabricação de relações orientadas pelas razões de mercado.

O início da implantação do SUS coincidiu com o governo Collor e depois com o governo Fernando Henrique. Dois momentos em que a lógica neoliberal - numa versão mais próxima da americana - foi levada ao extremo. Estado mínimo e privatização de todas as esferas da vida.

Apesar de um contexto desfavorável e do desfinanciamento, por meio de um esforço considerável de descentralização e investimento municipal, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país.

No entanto, ao mesmo tempo em que cresceu e avançou a organização do sistema público, também o subsistema privado, a Saúde Suplementar, designado constitucionalmente como complementar, avançou em sua organização e na conquista de legitimidade social.

Na saúde suplementar, o direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional é constitutiva em sua concepção (SANTOS, 2004). O setor suplementar toma o trabalho do médico como central, em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde, consome intensivamente tecnologias duras e apoia-se no hospital como instância

articuladora do sistema.

As forças construtoras do SUS lutam por assegurar saúde como direito, acesso universal e equidade, mas a lógica de mercado atravessa toda a produção do sistema. Não se consegue mais recursos e se consegue mudar muito pouco a lógica interna da distribuição de recursos, que seguem fortemente orientados à atenção terciária (chamada de alta complexidade), segmento em que estão concentrados os procedimentos e a utilização de tecnologia dura. Em geral, na vigência do SUS, a alta complexidade concentrou 3/4 dos gastos em saúde, embora seja responsável por 1/3 dos atendimentos. É a lógica de mercado que governa a incorporação tecnológica, havendo apenas interferência da ANVISA em relação a padrões mínimos de qualidade.

O SUS compra no mercado a preços de mercado. O único elemento que ficou fora dessa lógica foi o trabalho. É aí que o SUS economiza: nos salários, na proporção trabalhadores/habitantes - nas equipes de saúde da família, nas equipes de saúde bucal, nos Núcleos de Apoio `Saúde da Família (NASFs) etc. -, nas condições de trabalho. Há que se reconhecer que ultimamente, graças ao enorme poder da corporação médica, que conseguiu limitar o crescimento das escolas médicas e seguir no controle da residência médica, é o mercado (oferta e procura num regime de escassez) que regula os salários dos médicos – duramente disputados entre SUS e saúde suplementar.

Práticas sociais fabricam saberes e territórios existenciais. Sem apostar em outras práticas sociais, capazes de fabricar, na vida, outros saberes e outros territórios existenciais, o SUS não consegue se fabricar em seus princípios de equidade, universalidade e integralidade.

As ideias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são predominantes na sociedade. São

molaridades indexadoras de várias práticas e relações sociais na formação dos profissionais de saúde. Agenciam trabalhadores e usuários do SUS. Essas ideias e os interesses que as mobilizam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS. Sem ativamente desconstruir, ou ao menos, interferir nessa operação, não há SUS possível.

Vejamos, então, os movimentos de fabricação do SUS.

O SUS que fabricamos tem a ver com o SUS que dizemos querer?

Do ponto de vista da mobilização de diferentes movimentos e segmentos sociais, a situação piorou significativamente dos tempos do movimento da reforma sanitária para cá. Atualmente não se pode dizer que exista um movimento sanitário, organizado e militante. Alguns acreditam que não faria sentido um movimento assim, já que agora se trata de efetivar um sistema e não de conquistar um direito. Outros atribuem esse esvaziamento à concentração de esforços e energias na organização e gestão do sistema de saúde.

Nem uma coisa nem outra. Há modos de organizar o sistema, de fabricar políticas (ou seja, de fabricar relações e processos de subjetivação) que favorecem a mobilização. Há como ser governo sem se descolar da produção de dinâmicas sociais inventivas. Trata-se de efetivar um sistema, sim, mas em um movimento de confrontação permanente e isso exige, sim, movimento, luta, resistência, fabricação dos atores sociais que são necessários para efetivar o tal sistema.

Isso porque, é claro, não existem prontos os atores

portadores de futuro que um sistema como o SUS requer. Não existem os profissionais para produzir relações cuidadoras, para fabricar a integralidade – eles precisam ser produzidos. Não existem os secretários municipais de saúde com recursos para efetivar a gestão local de modo criativo e de acordo com os contextos locais. Eles precisam ser produzidos. Não existem os espaços regionais com potência solidária para produzir a governança regional. Eles precisam ser produzidos. Não existem as tecnologias para produzir redes de atenção à saúde. Elas precisam ser produzidas. Não existem os apoiadores para dar suporte a todos esses movimentos nos espaços locais. Eles precisam ser produzidos. Não existem as escolas para formar trabalhadores portadores de futuro. Elas precisam ser produzidas. Não existe o saber, nem as tecnologias para atender as necessidades dos usuários para a produção de territórios existenciais mais ricos. Eles precisam ser produzidos em interação com os usuários.

Existe, sim, um contingente expressivo de atores mobilizados por tentar construir um sistema de saúde que se aproxime das proposições originais do movimento. Mas eles não têm sido convidados a participar da festa, da fabricação do SUS. Existem experiências interessantes e invenções. Mas não existe mais, como nos tempos pré-conquista do SUS, o debate intenso, a circulação ampla de propostas, a mobilização contínua em torno de uma disputa política e da feroz resistência à máquina capitalística, que seriam indispensáveis.

Os modelos tecnoassistenciais e a disputa pelo conceito e práticas de saúde

A transformação dos modos de organizar a atenção à saúde vem sendo considerada indispensável para a consolidação do SUS por pelo menos dois grandes motivos. Em primeiro lugar pela necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, diversificação da utilização das tecnologias de saúde e articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência. Em segundo lugar pela necessidade de adotar maneiras mais eficientes para a utilização dos escassos recursos, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde - centrado na produção de procedimentos - implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população.

Nos dois casos, integralidade é um conceito chave. Integralidade, constitucionalmente definida como um dos princípios do Sistema Único de Saúde, é entendida de muitas maneiras, mas neste trabalho pode ser traduzida como o compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde de cada brasileiro.

Ao menos dois conjuntos de estratégias vêm sendo implementados para construir a integralidade. O primeiro baseia-se na proposta de mudar o modelo tecnoassistencial a partir da renovação da atenção básica por meio da saúde da família e da ampliação da ênfase sobre a promoção à saúde (I). A segunda proposta pretende mudar o modelo tecnoassistencial tomando as necessidades de saúde como foco para a construção de linhas de cuidado, que atravessem todos os níveis de atenção (básica, especializada, hospitalar

e de urgência) e assegurem acesso e continuidade do cuidado (II).

A experimentação da primeira alternativa (I) tem esbarrado em problemas recorrentes, tais como a persistente fragmentação do cuidado por níveis de atenção, havendo grandes dificuldades para articular cada um dos âmbitos da atenção à saúde com os demais (virtual impossibilidade de concretizar as relações de referência e contrarreferência). Além disso, apesar de se buscar fortalecer a programação em saúde como alternativa para qualificar a atenção, verifica-se amplamente a reprodução da prática clínica de pronto-atendimento na atenção básica, o que acarreta descontinuidade da atenção, dificuldade de adesão por parte dos usuários e limitado impacto especialmente no controle das doenças crônicas. Existe também significativa restrição de acesso a segmentos da atenção especializada e a métodos diagnósticos. Além disso, há dificuldades de efetivar o trabalho em equipe, persistindo a desresponsabilização em relação à saúde dos usuários como um todo e a perda da dimensão cuidadora dos atos de saúde. Sucessivas tentativas de “enquadramento” dos trabalhadores e usuários a propostas estruturadas de organização das práticas e das portas de entrada à atenção à saúde têm fracassado. Dispositivos (como o acolhimento) e estratégias de suposta democratização da gestão muitas vezes se burocratizam e perdem seu sentido e potência ao longo tempo.

Na segunda alternativa, implementada por um número limitado de municípios, têm-se procurado orientar a organização dos serviços pelas necessidades de saúde, produzindo linhas de cuidado que atravessam atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar. Nesses casos, tem sido necessário assegurar modalidades inovadoras de apoio e articulação entre trabalhadores e serviços (como

o apoio institucional, matricial e a educação permanente em saúde, por exemplo), para possibilitar permanente análise crítica sobre o processo de trabalho, bem como a constante renovação de pactos (entre trabalhadores de uma equipe e entre diferentes equipamentos de saúde) para assegurar o cuidado e a ampliação/renovação das tecnologias envolvidas na atenção. (MERHY e FRANCO, 2003; BERTUSSI, 2010; BADUY, 2010) Essas alternativas, mais ousadas e flexíveis, exigem estratégias mais complexas para sua gestão e implementação, que envolvem recursos de gestão do cuidado relativamente escassos no sistema, particularmente quando se pensa de maneira ampla em nosso país, com mais de 5500 municípios, 70% dos quais com menos de 20 mil habitantes.

A primeira alternativa tem sido majoritária e a segunda, antes mais vigorosa, vem escasseando, sucumbindo a movimentos cada vez mais vigorosos de racionalização – da gestão, dos gastos – e da falta de políticas que apostem, fortaleçam e apoiem a capacidade de invenção local.

Apesar das dificuldades evidentes – e da necessidade de problematizar o vivido para fabricar novas alternativas – tanto no campo da saúde coletiva, como no âmbito do SUS, a aposta no debate Franco e aberto como possibilidade de produzir alternativas, aprender das experiências vem escasseando e as agendas vem se empobrecendo. Ao contrário do que ocorreu nos tempos do movimento da reforma sanitária, a convivência com o diferente vem enfraquecendo. Não se produz vizinhança ou conversa com os pensamentos divergentes.

Os espaços acadêmicos e os movimentos produzidos no âmbito do SUS têm tendido a um fechamento, ocupados por grupos que excluem todos os diferentes – dos congressos, dos financiamentos, das publicações, do debate, enfim (os

números fechados das revistas acadêmicas, os congressos que excluem correntes inteiras de pensamento etc.).

Tem a ver com uma pretensão de verdade – que desqualifica todo o diferente - e com onipotência – são grupos que se consideram capazes de fazer tudo no lugar de todos; tem a ver com uma desconsideração da importância dos saberes e regimes de verdade operados pelos movimentos políticos, sociais ou simplesmente fabricados a partir de outras referências teóricas (CECILIO, 2007).

Desde os primeiros anos de organização do SUS, em suas instâncias de decisão, os principais debates e polêmicas giraram em torno dos mecanismos de financiamento e dos arranjos de gestão. Sem se conectarem ao cotidiano do mundo do trabalho e sem se colocar em diálogo com as disputas e singularidades ali presentes, os gestores incidem principalmente no plano da formalidade – das regras, normas, portarias - dirigidas a atores que não existem na prática. A relação intergestores fabricou assim um mundo paralelo – de planos, relatórios, indicadores (e até de pactos) – que pouco se alimenta e ou alimenta da vida que acontece no cotidiano das unidades de saúde – mas que consome uma parte considerável de sua energia.

Multiplicam-se as relações de subordinação do gestor federal sobre os estaduais e municipais, dos estaduais sobre os municipais, dos níveis centrais sobre os locais; das esferas gerenciais sobre os trabalhadores; dos trabalhadores sobre os usuários. Os tempos burocráticos (ditos políticos) nunca combinam com os tempos de processos mais democráticos e participativos. Lembremos que a política é uma máquina de fabricar relações, então cabe indagar que projeto democrático pode ser produzido a partir de tantas relações de assujeitamento?

A democratização, a diversidade do país, a necessidade

de construir respostas específicas e pertinentes, bem como a fabricação da responsabilidade local sobre a produção da saúde foram os argumentos para a descentralização. E a descentralização tem sido um dos elementos fundamentais para a vitalidade do SUS. No entanto ela é afrontada todo tempo pela persistência de um modo centralizado de fazer política (em que o gestor federal prevalece em função da concentração de poder técnico, político e financeiro). Os incentivos financeiros são utilizados como instrumento de subordinação. E a descentralização também é afrontada pela ausência de políticas efetivas para fortalecer o gestor local, ampliar sua capacidade de gestão - que seria o investimento efetivamente estratégico para viabilizar a produção e a invenção local de políticas e de gestão. No máximo são oferecidos cursos de capacitação. As iniciativas de apoio no máximo chegam até as regiões - os apoiadores do Ministério da Saúde cobrem estados, os apoiadores do COSEMS-SP apoiam regiões - ou atravessam a gestão municipal pouco contribuindo para construir de modo compartilhado sua capacidade de gestão - como os articuladores da atenção básica em São Paulo.

Ainda em relação à construção democrática do SUS, há o tema da participação de usuários, trabalhadores e outros segmentos sociais na produção das políticas de saúde.

Em primeiro lugar, o discutível movimento de se “reservar” determinados lugares para a participação política de usuários e trabalhadores - os conselhos e as conferências. Se a política é fabricada a cada dia nos bilhões de encontros entre gestores/trabalhadores/usuários que ocorrem no SUS, então todos esses encontros são profundamente políticos e a democracia do sistema é produzida (ou não) exatamente aí, na micropolítica dos encontros e por todos os envolvidos.

Qual é mesmo o papel do usuário na produção das políticas se na maior parte de seus encontros no sistema de saúde ele é colocado no lugar de “objeto” das intervenções? Qual seu papel se é sempre considerado “aquele que precisa ser educado?” para entender a lógica das intervenções propostas? Qual seu papel, se é aquele que tem suas necessidades “julgadas” como legítimas ou não, de acordo com critérios de racionalização da organização dos serviços e das práticas?

O mesmo ocorre em relação aos trabalhadores, que são lembrados - a cada nova política ou programa - como aqueles que precisarão ser “capacitados” para, então, aderirem “às melhores práticas” indicadas.

De modo geral, nos espaços formais de participação - conselhos e conferências - no máximo, ocorre a legitimação de políticas que foram produzidas em outro lugar (em geral nas áreas técnicas do ministério ou das secretarias e depois acordadas nas instâncias intergestores). Parece lógico, pois como é que se poderia considerar “capazes de contribuir na formulação de políticas” as representações de atores que, em todos os outros espaços, se supõe ser necessário capacitar? Restaria a eles apenas a alternativa de defender seus interesses específicos - ou seja, um dos poucos espaços abertos para participação democrática acaba operado pelo corporativismo e pelo clientelismo.

A ideia dos conselhos foi produzida a partir das experiências de mobilização popular em prol da conquista do direito à saúde na época da luta contra a ditadura. São organizados com base na democracia representativa. Se, naquele momento específico, a intensa mobilização de distintos segmentos em luta a favor da democratização do país autorizava essa proposição, na conjuntura que se seguiu ao final da ditadura, a situação mudou.

Não há organização e mobilização - entre trabalhadores e usuários - para assegurar representatividade aos representantes (com exceção dos que representam as corporações e talvez os usuários que representam portadores de doenças - mais um elemento em favor do corporativismo e do clientelismo).

A dinâmica da sociedade é outra: mais fragmentada e atravessada por ondas de mobilização específica, no melhor dos casos. No pior dos casos, em pleno processo de assujeitamento pela segmentaridade dura, pela medicalização e pela máquina de fabricação de desejos e necessidades do capitalismo mundial.

A desconstrução desses processos de subjetivação acontece por meio de processos de desassossego, de desterritorialização, que podem ser fabricados deliberadamente ou podem acontecer ao acaso dos encontros e afecções. Processos de reflexão e autoanálise em coletivos são possibilidades para deliberadamente fabricar desterritorialização. Assim poderiam ser as oficinas de preparação para uma conferência... ou assim poderiam ser preparadas as reuniões dos conselhos... disparadas a partir da produção coletiva de estranhamentos. Uma vez e outra e outra, já que esse movimento de desterritorializações e re-territorializações não tem fim.

Suely Rolnik relembra que Deleuze e Guattari dizem não haver ato de criação que não passe por uma linha deliberada. De diferentes modos é possível promover momentos “com uma atmosfera onde só a vida pode engendrar-se”. Suely diz isso a propósito de certas produções artísticas que, ainda que fugazmente, provocam deslocamentos críticos, problematizando o meio em que elas se fazem (ROLNIK, 2002).

Ao contrário de problematizar e produzir processos

de desterritorialização em defesa da vida, as práticas políticas correntes no SUS tendem a fabricar trabalhadores e usuários como consumidores e não como cidadãos. Consumidores não participam da fabricação dos produtos que consomem. Exigem a qualidade que lhes foi prometida no momento da venda. Ainda mais, as práticas políticas correntes no SUS tendem a reduzir trabalhadores e usuários a sua dimensão de homens econômicos quando se baseiam principalmente em estímulos financeiros ou materiais para conquistar sua “adesão” a determinados processos. Não estão convidados a serem fabricantes de um projeto ético-político compartilhado.

A mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial, no plano do discurso, são indicadas como fundamentais em diferentes âmbitos do SUS. Mas em termos de volume de recursos, o investimento para produzir a mudança é marginal. E como não se reconhece a dinâmica micropolítica de sua fabricação, as estratégias adotadas são em grande parte normativas, baseadas na transmissão de conhecimentos ou de estímulos materiais e financeiros. Ou seja, mesmo quando pretende mudar, as práticas políticas e de gestão adotadas majoritariamente no SUS fabricam a reprodução do instituído.

Então, ao não enfrentar a disputa de projetos de vida em todos os Campos da saúde e ao não buscar inovar as práticas de cuidado em saúde, o modelo tecnoassistencial implementado de maneira predominante no SUS vem propiciando a reafirmação dos conceitos e práticas hegemônicos em saúde e condenando a um gueto o espaço da atenção básica, onde se espera(?) estar havendo a produção de práticas de saúde inovadoras.

Ao SUS, de modo geral, tem escapado o plano da micropolítica, o processo molecular de produção de

territórios existenciais, decisivo na fabricação do mundo. Nas arenas de disputa em que as unidades de saúde se configuram, habitam as tensões e as possibilidades da produção do trabalho vivo em ato nos encontros dos trabalhadores entre si, com a gestão e com os usuários. Sem interagir com esse espaço, os gestores com G governam precariamente. Iludem-se com sua potência de produzir efeitos. Depois se espantam: por que as políticas nunca são implementadas como preconizadas? E respondem: porque falta capacitação aos responsáveis pela implementação...

Mas não basta reconhecer o espaço micropolítico de produção. Há quem o reconheça (mesmo que com outro nome), mas proponha a intervenção sobre ele por meio da ampliação dos controles - para aumentar a governabilidade do gestor - impactando os espaços de autonomia dos profissionais. Restringindo-os, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição vertical de programas e/ou protocolos, atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos. Esses tipos de intervenção estão orientados a matar o trabalho vivo – efeito fatal sobre a possibilidade de relações cooperativas e produtoras de vida com usuários e trabalhadores. É o caso do managed care. É o caso também de gestões que fabricam apoiadores e colegiados baseados principalmente em um devir controlador... (MERHY, 2002); (CECILIO, 2007)

No entanto, os espaços micropolíticos de encontro (e disputa) podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas

(MERHY, 2002).

Em função de tudo isso, o SUS é precário. É frágil e está em plena construção/desconstrução. Não há indícios claros de que será possível implantá-lo em sua profundidade básica, pois para tanto dependemos, decisivamente, da fabricação de atores para cumprir esses papéis em novos espaços de encontro e produção das práticas e políticas de saúde. Ao contrário, do modo como vem sendo fabricado, o SUS é que se está tornando complementar à Saúde Suplementar. Não do ponto de vista do número de pessoas atendidas, mas certamente do ponto de vista da disputa de ideias, da fabricação de atores e da mobilização de recursos – financeiros, simbólicos, etc. O SUS está se reduzindo ao que o neoliberalismo espera de uma política de saúde.

A construção dos espaços democráticos e dos atores necessários à construção do SUS não está plenamente contida na institucionalidade já produzida e consolidada no sistema. Novos arranjos políticos, de gestão e de participação são, portanto, indispensáveis (MERHY, 2005).

A desconstrução da medicalização nas políticas e no cotidiano das práticas de saúde é uma aposta fundamental para a produção de outros modos, mais autopoieticos e solidários, de fabricar a vida.

4.2 Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado

Os desafios acima discutidos têm sido parte das razões relevantes do quanto é chave se aprofundar o debate em torno da Educação Permanente em Saúde (EPS); e é disso

que tratarei aqui nesse trecho.

Uma de nossas pesquisas investigou práticas decorrentes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa investigação revelou a existência da convivência e conformação de múltiplas formulações e arranjos para efetivar o que se chama de EPS no SUS (MISHIMA *et al*, 2009).

Em vários lugares do SUS existem iniciativas de utilização da EPS como estratégia para implementar, de maneira participativa, determinadas linhas de ação, tais como trabalho sobre indicadores, humanização, implementação de ações programáticas e inclusive certas iniciativas de capacitação. Parte-se do pressuposto de que somente desde a realidade local e da singularidade dos atores é possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano. Cada local tem produzido certos movimentos a seu modo. Há movimentos interessantes de construção de processos formativos pelos próprios municípios (inclusive de pequeno porte), em que se forjam redes de sustentação com base nas experiências acumuladas.

Mas há também lugares operando a EPS como estratégia ou como objeto de ação da própria gestão do sistema e/ou das unidades de saúde, considerando sobretudo a multiplicidade de projetos em disputa, por meio de encontros, confrontos e negociações entre os vários atores/sujeitos do cotidiano do mundo do trabalho em saúde.

De certo modo, sempre há um processo de aprendizagem envolvido na produção de novos acordos e de novos arranjos, pois eles são constituídos a partir de uma resignificação do cotidiano vivenciado e analisado no

coletivo. Aqui a novidade é que o movimento acontece nos dois sentidos: a gestão pauta certos temas, mas as equipes pautam outros. E há trabalho organizado de reflexão e produção de alternativas nos dois casos.

São evidentes as tensões nesse processo: problematização sobre o processo de trabalho produz mobilização e questionamentos de várias ordens. Incômodo para gestão se esta não desejar democratizar processos de decisão ou não der conta de enfrentar os problemas identificados. Incômodo para os trabalhadores se usarem seu trabalho vivo em ato para “escapar” de iniciativas inovadoras que trazem desconforto (desconhecido, outra agenda etc), reproduzindo o modo hegemônico de agir em saúde. Potência para gestão se esta compreende ser esse o espaço privilegiado para problematizar, desterritorializar, disputar projetos, produzir novas negociações, construir equipes/coletivos: indispensável para os que desejam transformar o atual modo predominante de se produzir saúde. Potência para os trabalhadores se interessados em trabalhar sua autonomia para produzir melhores e mais potentes encontros - entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários.

Nas experiências identificadas pela pesquisa, há uma ausência evidente: o usuário. Educação Permanente em Saúde tem sido trabalhada prioritariamente no âmbito da relação gestão - trabalhadores, algumas vezes envolvendo também professores e estudantes. Algumas vezes usada como estratégia pedagógica na formação de conselheiros. Muito poucas vezes usada como estratégia para ampliar os encontros, “a superfície de contato” e de produção mútua entre trabalhadores e usuários, para aumentar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos compartilhados (não somente entre os profissionais, mas também entre profissionais e usuários), que levem em

conta a autonomia do usuário na condução de sua própria vida.

Educação Permanente em Saúde: de onde vem essa ideia

Sem a pretensão de esgotar o assunto, fazemos uma breve viagem a certos lugares de formulação do conceito de Educação Permanente em Saúde.

A ideia da educação permanente foi produzida na Europa no campo da educação, primeiramente nos anos 30 e, depois, com muito mais força nos anos 60, sempre associada a iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos em momentos de reestruturação produtiva e necessidade de reposicionar grandes contingentes de pessoas no mercado de trabalho em função da intensificação da industrialização e da urbanização.

Nos anos 60, Pierre Furter (1971 e 1994) foi um dos educadores a trabalhar fortemente na construção dessa ideia, reconhecendo que, já então, havia várias formulações em torno da educação permanente.

Ele destacava o seguinte, como ideias-força de um novo tempo: o homem está em permanente construção e em suas relações no cotidiano sempre produzem conhecimentos/sabedoria que interferem em suas possibilidades de conduzir a vida. O saber científico é somente uma parte desse universo de saberes possíveis e válidos. E a aprendizagem escolar é somente uma das possibilidades para a construção de saberes. Os adultos mobilizam-se por buscar novos saberes quando se deparam com problemas que consideram relevantes - para o trabalho ou para a vida. Qualquer processo educativo, dirigido a adultos, que se pretenda efetivo, deve ser desencadeado a

partir da identificação de necessidades de aprendizagem por parte dos “educandos” e precisa dialogar com seus saberes prévios, tenham sido eles adquiridos sistematicamente por meio de processos educativos formais ou por meio de sua experiência cotidiana.

Toda essa formulação dialoga com a produção de Paulo Freire (1975 e 1998) em relação à alfabetização de adultos, com as proposições da Escola Nova (DEWEY, 1971), do construtivismo e com a pedagogia institucional (LOURAU, 2003; LARROSA, 2003).

Educação Permanente em Saúde – as várias formulações

Pois bem, com base em algumas dessas formulações “educacionais”, a Organização Pan-americana da Saúde nos anos 1980 propôs a Educação Permanente em Saúde como estratégia para a organização de processos educativos dirigidos aos trabalhadores da saúde. Partiam da evidência de que as “capacitações” tradicionais, organizadas de modo vertical e dirigidas indistintamente a públicos diversos, tinham baixíssimo impacto, ou seja, produziam poucas modificações nas práticas dos trabalhadores de saúde. Reconheciam que ninguém muda porque o outro assim deseja e reconheciam, a partir de Matus, que todos governam em saúde, recomendando, então que os processos de qualificação partissem de necessidades identificadas pelos trabalhadores em seus diferentes contextos e dialogassem com seus conhecimentos prévios. Para identificação de necessidades recomendavam processos de planejamento participativo, que possibilitassem a reflexão sobre os contextos locais, com identificação de problemas e de prioridades. Essa, pode-se dizer, é a concepção da Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica (HADDAD *et al*, 1994).

O Departamento de Gestão da Educação do Ministério da Saúde do Brasil

Outro lócus de formulação em torno da Educação Permanente em Saúde no Brasil pode ser identificado na equipe que ocupou o Departamento de Gestão da Educação no Ministério da Saúde do Brasil, no período janeiro de 2003 - julho de 2005. Faziam parte do repertório desse grupo, pelo menos, as experiências da gestão estadual no campo da educação na saúde no Rio Grande do Sul, as experiências de construção de processos de mudanças no âmbito da formação e do trabalho em saúde reunidas em torno da Rede Unida e da Rede de Educação Popular em Saúde e as experiências de gestão e reorganização do trabalho em saúde desencadeadas a partir do campo da saúde coletiva, já referido aqui, como defesa da Vida.

Educação Permanente em Saúde, Micropolítica do trabalho vivo em ato e a produção do cuidado em saúde

Como já apresentado, o cotidiano do mundo do trabalho em saúde é habitado por vetores que se encontram e se tencionam a toda ação, a todo encontro. Os vetores do território do trabalho morto e os do trabalho vivo. As diferentes modalidades de produção do cuidado mobilizam tensões singulares entre eles, bem como as suas próprias composições tecnológicas.

No território do trabalho morto operam forças instituídas a partir da conformação como produtos de momentos anteriores de trabalho vivo. Esses produtos como regra se apresentam sob a forma de uma materialidade dura e são utilizados e consumidos nos processos de trabalho capitaneados pelo trabalho vivo, coletivamente operante.

E sob esse aspecto esse mundo do trabalho morto atua intervindo na própria forma do trabalho vivo se apresentar nos processos de produção do cuidado. Nessa dimensão cabe analisar os modelos de cuidado que estão implicados aí e que só poderão ser revelados pelo deslocar do olhar para o outro território, o do trabalho vivo.

Como já dito, é este território que acaba definindo o modelo de cuidado que vai se conformar na produção de cuidado, pois é nele que operam ao menos duas grandes dimensões a serem destacadas e compreendidas.

Uma, a que se refere ao trabalho morto que atua a partir dos saberes tecnológicos, que operam como lugares estruturados a priori que visam governar o trabalho vivo em ato no momento dos processos de construção do cuidado. Outra, a que se refere ao próprio trabalho vivo em ato, no encontro com o outro, e que existe só nesse momento, no ato, sem o qual deixa de existir. O que não acontece com os saberes tecnológicos e com as tecnologias duras.

Essa tensão interna ao território do trabalho vivo e a forma como se resolverá como ato produtivo é que dá o tom dos modos de cuidar e se mostra inseparável do mundo da gestão no campo da política e da organização. E, é nesse lugar que se abre a possibilidade de se construir estratégias de ação do campo da educação permanente, por entendermos que é no mundo do trabalho que a formação efetivamente se concretiza apesar das várias outras modalidades de capacitação que a força de trabalho é submetida.

Trazer o mundo do trabalho como o “meio” do processo pedagógico e de aprendizagem do trabalhador com o seu próprio agir produtivo, constitui, do nosso ponto de vista, o caminho que a gestão - enquanto espaço institucional habitado pelos atores reais que constituem

a organização no dia a dia - pede como possibilidade de colocar, por meio da educação permanente, o fazer sob análise e intervenção. E, assim, põe em foco a compreensão e problematização do próprio agir individual e coletivo dos trabalhadores, ali no seu mundo produtivo, os implicado política e organizacionalmente com a conformação de certo campo de práticas de saúde e não outros.

Aqui interessa-nos apontar as bases conceituais sobre o campo da educação permanente em saúde como base para a construção de práticas inovadoras e mais democráticas na própria gestão das práticas de saúde.

O primeiro ponto é a compreensão sobre o trabalho em saúde que reconhece o fato de que a saúde se produz em ato, como já vimos, e suas implicações de que o produto do trabalho em saúde só existe durante o próprio ato de sua produção e para aqueles que estão diretamente envolvidos no processo, como os trabalhadores e os usuários.

Como já mencionado, é no espaço do trabalho vivo em ato que os trabalhadores reinventam, dia a dia, sua autonomia na produção dos atos de saúde. É nesse espaço, privado por excelência, que ocorre a relação intersubjetiva entre trabalhador e usuário, que se constrói e se reconstrói a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido pelo menos para o trabalhador.

A partir disso, a condição indispensável para que um trabalhador ou organização decida sobre mudanças ou incorporar novos elementos na sua prática e a seus conceitos é o incomodo, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do seu trabalho. Esse incômodo ou percepção de insuficiência tem que ser intenso, vivido e percebido. Não se produz a partir do discurso ou de análises externas. A vivência e a reflexão sobre as práticas são as

que podem produzir incômodos e a disposição para se produzir alternativas de práticas e conceitos, para enfrentar os desafios das transformações.

Esse incômodo também é o mobilizador para a aprendizagem dos adultos, segundo a pedagogia crítica e construtivista: um problema concreto que não se pode enfrentar com os recursos disponíveis ou vigentes. Essa é a chave para que os adultos se disponham a explorar o universo na busca de alternativas para problemas que lhes parecem importantes, relevantes. Uma informação ou experiência pedagógica somente produz sentido quando dialoga com toda a acumulação anterior que os trabalhadores trazem. Partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir sentido: essas são as chaves para a aprendizagem significativa.

Na educação permanente em saúde, o processo de trabalho é tomado como objeto da reflexão participativa e ativa pelos trabalhadores. É a partir da realidade, de suas práticas, das concepções que portam e de suas relações de trabalho que se constroem os processos educativos. Há que se reconhecer a complexidade aí inscrita: disputas de poder, lógicas corporativas, problemas pouco estruturados, escassa governabilidade para enfrentar problemas críticos, e por aí em diante. Há que se abrir para um processo de análise institucional que nos coloca a todos, do mundo do trabalho, em interrogação.

A análise institucional, reconhecendo os processos de subjetivação para além das determinações sociais, tem por objeto a elucidação das práticas sociais em instituições. Com ela é possível visibilizar as relações com que os indivíduos e grupos se produzem nas instituições. A análise é definida como um processo coletivo, do qual cada um deve se apropriar em situação. O analisador é um dispositivo natural

ou construído que possibilita essa apropriação. Autogestão, institucionalização, implicação, analisador, análise, coletivo das demandas sociais e intervenção são conceitos com que a análise institucional tem que se ver.

Explicitar e colocar em análise as implicações - de todos os planos - psicológico (afetivas e do desejo), lógico e político (institucionais, reconhecimento, posições de onde se fala, interesses de classe, transversalidades, molaridades, entre outras), possibilita aos comportamentos individuais e coletivos significações e dimensões ignoradas pelas formas de análises psicológicas e organizacionais. (ARDOINO & LOURAU, 2003).

Esse processo é fundamental para que o trabalhador possa se converter em produtor de sua própria história - de sujeito assujeitado a protagonista. Tornar-se produtor/autor é a capacidade conquistada de ser seu próprio inventor, de se situar explicitamente na origem dos próprios atos, na origem de si mesmo como sujeito. Uma das finalidades da educação permanente em saúde seria contribuir para que cada coletivo pudesse conquistar a capacidade de ser seu próprio produtor/inventor por meio de um processo de reinvenção das instituições de saúde e do seu mundo do trabalho em especial.

Assim, tomando a formulação EPS como estratégia educativa como um dos pontos de partida e reconhecendo a micropolítica do trabalho em saúde (MERHY, 2002), consideramos a proposta da educação permanente em saúde como uma estratégia de gestão.

Há que se reconhecer que para além de saberes estruturados, há projetos políticos de atenção à saúde em disputa nos estabelecimentos de saúde, que essa disputa ocorre cotidianamente, que ela geralmente é velada e atravessada por diferentes planos (histórico-sociais,

corporativos, afetivos, culturais). Reconhecer também que o projeto político do gestor é um a mais (que mobiliza muitos recursos de poder institucionalizado, é certo) a entrar nessa disputa.

Em busca da implementação de seu projeto político, o gestor aposta na captura do trabalho vivo dos trabalhadores, utilizando intensivamente normas, programação e outros mecanismos de controle. Essa seria a aposta na captura do trabalho vivo pelo trabalho morto. Alternativa seria a posta do gestor na produção de coletivos, nos agenciamentos que os encontros - entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários - podem propiciar, possibilitando que novos pactos de organização do trabalho sejam produzidos. A educação permanente em saúde, desse modo, seria uma das estratégias para concretizar essa aposta no trabalho vivo e na construção de pactos ético políticos que colocassem os usuários e suas necessidades como foco da organização do trabalho em saúde. (BRASIL, 2005b, MERHY *et al*, 2006)

Dá para ir além? Educação Permanente em Saúde e os múltiplos platôs de constituição dos estabelecimentos de saúde, da gestão e da produção do cuidado

Aqui vai um esforço de ampliar o diálogo da formulação de EPS com os conceitos já apresentados de Gilles Deleuze. Embora esse pensador / co-autor de sua própria vida não tenha trabalhado especificamente o tema da educação e da produção da saúde, é possível, como ele gostava de fazer, produzir nele um filho a partir de suas ideias a respeito da produção do saber e das sociedades de controle (GALLO, 2003) e trazer isso para o campo da produção da saúde e da EPS.

Começemos retomando a ideia dos diversos planos que constituem as unidades de saúde. São múltiplos e atuando na produção das perspectivas da gestão, dos trabalhadores e dos usuários. Cada qual entra no cenário com conceitos, intencionalidades e projetos, abrindo um campo de produção que pode se configurar de maneira mais ou menos rígida - como aparelho, como roda e como praça (MERHY, 2006).

Estamos retomando a ideia de que a constituição organizacional de uma unidade de saúde é produzida em vários planos, em que se configuram de diferentes modos a relação público-privado e os encontros e atravessamentos entre as diferentes lógicas que mobilizam os distintos atores sociais que compõem essa cena.

Assim, há um plano de constituição mais formal, explicitado pelo organograma, pelos fluxos definidos, pelas normas, pela construção mesma do espaço com seus consultórios, equipamentos. Há aí um instituído mais amplo, produzido pelo simples fato de que socialmente se imagina que certas coisas devam acontecer num lugar denominado unidade de saúde. Trazemos, então, a ideia de um lugar público constituído como um aparelho com funcionalidade bem definida: ser uma unidade de saúde. Esse é o aparelho, em que a funcionalidade definida é imperativa do lugar, é instituinte. Dá a cara do instituído, que dialoga fortemente com as molaridades relativas ao modo hegemônico de produzir saúde com todas as suas consequências. Desde certa perspectiva, basta mesmo inaugurar o espaço físico, instalar nele equipamentos e insumos e povoá-los com trabalhadores para que uma unidade de saúde funcione e cumpra “o seu papel”.

Mas dentro das unidades de saúde também há “rodas” operando. A roda que os trabalhadores e a gestão podem

instituir, fabricando suas equipes, seus modos de trabalhar e invadindo o aparelho unidade de saúde. Reúnem-se, fazem ofertas uns para os outros, constroem entre si acordos e regras. Organizam-se para atuar como um coletivo, mas em que cada um possa atuar do seu jeito. Atuam tanto para produzir o acordo, quanto para participar da produção de atos de saúde, que, por exemplo, consideram cuidadores. Enfim, o modo de construir a funcionalidade do espaço que está sendo produzido é muito mais elástico e muito mais disponível ao grupo constituído e em ação. Entretanto, todo este processo tem um objetivo final imposto a ser atingido: organizar a ação do coletivo para produzir atos de saúde.

O instituir-se como roda não independe do coletivo que está aí atuando: os projetos de cada qual, as referências que orientam as proposições e os encontros mudam a cara dos acordos e dos agires, inclusive dos usuários, que também têm uma expectativa de uso em relação às unidades de saúde. A tensão na dobra pública e privada é mais à superfície, não há uma interdição tão forte como no caso do aparelho, em que a regra é única e gera punição imediata na sua violação, segundo quem o sustenta. Nas rodas os processos estão mais abertos aos acontecimentos.

A terceira imagem é a de uma praça, na qual o espaço público é ocupado por vários diferentes instituindo seus usos sem o compromisso funcional de ter que realizar uma função única e específica, pois várias estão em produção. São vários os coletivos se intercedendo. Há até aqueles que vão lá apenas para ver os outros. Há outros que vão só por ir. E, há outros que vão para fazer alguma atividade própria, como a de produzir atos de saúde. Em uma praça o acontecimento é a regra e os encontros são a sua constitutividade. Nela há muitos “entres”. Não há regra a ser imposta, não há funcionalidade a priori a ser obedecida. Os coletivos que aí estão constituindo-os estão

em pleno ato do acontecer, podendo ou não se expressar para o outro, ou ir em busca do outro, como forma de ampliar as muitas possibilidades de encontros, mas deixando os sentidos dos fazeres acontecerem em suas muitas multiplicidades. A possibilidade de compreender esta convivência contaminante produtiva e criadora, do diferente em nós, nos aparelhos e rodas, pode permitir a instituição da dobra público - privado como um lugar profundamente democrático e em produção.

Claro que numa unidade de saúde há certos limites para a produção da praça, já que a intencionalidade relativa à produção dos atos de saúde é muito forte para todos os envolvidos. Mas no que diz respeito ao encontro entre trabalhadores e usuários, essa é uma imagem bem poderosa. A agenda do encontro pode ser mais ou menos instrumental, mais ou menos aberta para a vida, inclusive, acontecendo nos mais diferentes espaços (que não somente os das unidades), todos reconhecidos como possíveis lugares de encontro.

Mas todo o lugar no qual se produzem as práticas de saúde opera no campo dos processos de subjetivação, expressando-se na construção de territórios de subjetividades comprometidos com a produção de certos sentidos para aquelas práticas. Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido também segundo pelos afetos entre os sujeitos. Ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade. É como em um efeito pororoca, num vai e vem de produção, essa última, por sua vez, produz esse mesmo mundo, agora, já de um outro modo, porque já sob influência da ação de uma nova subjetividade, que foi construída pelo mesmo

sujeito da ação na sua alteridade (MERHY, 2005).

No mundo do cuidado, como já comentado, essa afetação mútua acontece quando trabalhadores e usuários se abrem para o encontro, reconhecendo mutuamente como legítimos seus respectivos saberes e expectativas, negociando e construindo de modo compartilhado os projetos de cuidado, que estão sempre em disputa.

Para gestores e trabalhadores em produção coletiva do trabalho em saúde, dar-se conta de tudo isso é fundamental. Sem essa referência, pensar o trabalho é quase mover-se cegamente, atado um patamar fixo que pouco explica. É preciso problematizar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa. É importante desmanchar a ideia de um ambiente de trabalho harmônico em si mesmo. Reconhecer a diversidade, os processos de formação das subjetividades, a forma singular de produção do cuidado, trabalho vivo dependente, que revela os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis.

Cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana. E o processo autoanalítico pode criar esse efeito na equipe.

Essa é uma condição indispensável para que os trabalhadores produzam o cuidado de si mesmos, no cuidar dos outros e coloquem em análise as suas implicações com a produção da vida, nessa situação. E isso diz respeito a um “olhar para si”, mas mais do que isso, significa montar e desmontar mundos, conseguir operar movimentos de desterritorialização e reterritorialização em relação à práxis de produção do cuidado. O trabalhador da saúde que não faz esses movimentos, não consegue “cuidar de si”, tende a

permanecer aprisionado na plataforma organizacional que conduz a produção do cuidado em uma Unidade de Saúde pelas linhas do instituído, capturado intensamente pelas lógicas hegemônicas capitaneadas pelos modos de agir das profissões de saúde encasteladas cada uma em si mesma.

Endereçando esse processo autoanalítico é que vem a Educação Permanente em Saúde. Olhar para o dia a dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se produzem sentidos, se engravidam palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da própria curiosidade, vendo-se como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva.

Fazer do mundo do trabalho, na sua micropolítica, um lugar para explicitar estas intencionalidades e implicações, a fim de constituí-los em matéria-prima para a produção de redes de conversas coletivas entre os vários trabalhadores e usuários, que habitam o cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, é explorar esta potência inscrita nos fazeres produtivos, como atos pedagógicos. Por isso, o mundo do trabalho é uma escola. É lugar de se debruçar sobre objetos das ações, de fazeres, saberes e agenciamentos de sujeitos. O mundo do trabalho, nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades e desejos, condenando-nos também à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações.

A EPS traz diversas possibilidades metodológicas para os coletivos se colocarem em análise e se produzirem de outros modos. Mapas analíticos (FRANCO e MERHY, 2007), Fluxograma Analisador e a Rede de Petição e Compromissos

(MERHY, 1997; FRANCO e MERHY, 2003) são algumas das ferramentas que permitem perceber a micropolítica do trabalho vivo e morto em ato, operando as tecnologias e a construção dos produtos e os resultados dos atos produtivos, e a composição tensa dos CAMPOS onde opera: *a política, a organização e a produção da saúde*. A EPS, então, propicia um modo de operar a gestão tomando como centro a produção coletiva dos modos de organizar micropoliticamente o trabalho e o cuidado em saúde. Possibilita à gestão trabalhar com a alma dos serviços de saúde. Nesse sentido, a EPS não é uma estratégia de gestão. Vai muito além. É a alma da gestão.

4.3 A construção de redes de atenção à saúde numa perspectiva cuidadora e com a integralidade como referência

Aqui trago fundamentalmente minha produção para um capítulo de livro “A cadeia do cuidado em saúde”.

Atualmente no SUS estão em pauta as redes de atenção com o objetivo de produzir arranjos que articulem o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado, de acordo com as diferentes situações clínicas.

Assim, apresentarei um desenho geral do que seria a produção de redes de atenção que levassem em conta produção micropolítica de subjetividades. São ideias construídas não apenas a partir da teoria, mas também da experimentação em diversas redes municipais do SUS. Experiências que mostram ser possível produzir mudanças, mas a partir de um intenso e permanente processo de reflexão e desconstrução, como comentado no subcapítulo anterior, sobre Educação Permanente em Saúde.

O tema das redes de atenção com vínculo, continuidade e resolubilidade remete imediatamente à ideia de integralidade. Dos muitos sentidos com que se pode formular a integralidade, o mais apropriado para esta discussão é o produzido por Luiz Cecilio (1997), que articula a integralidade com as necessidades de saúde.

Necessidades de saúde que são amplas - vão desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente, assim como ter acesso a todos os serviços e tecnologias necessários. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a cadeia de cuidados.

Pensar e produzir uma rede de atenção à saúde ou mesmo uma unidade de atenção à saúde exige gestão. Não somente gestão dos serviços, mas gestão da produção do cuidado. Um item - novo, por incrível que pareça - mas indispensável, na agenda dos gestores de saúde. E também dos formadores.

Tomar as necessidades de saúde do usuário como referência traz muitas implicações, como já discutimos anteriormente. A começar pelo lugar do usuário na produção do cuidado. Apesar de já há algum tempo se reconhecer que o usuário é o gestor de sua própria vida, que ele faz suas escolhas (com a nossa autorização ou não); de se reconhecer também que ampliação de sua autonomia para configurar os modos de conduzir sua própria vida, enfrentando seus (velhos e novos) agravos, deve ser um dos produtos desejáveis do processo de cuidado - desde Canguilhem e Foucault - de modos distintos - passando por Merhy (2006), (2005),(2010), Campos (2006), Ayres (2001), (2002), Teixeira (2003), Caponi (2003), Ceccim (2004), Ferla (2004), Feuerwerker (2008) - a prática predominante nos

serviços de saúde é a inversa.

Do ponto de vista da produção do cuidado, então, abre-se toda uma agenda para olhar os modos como se organizam os serviços e os encontros que precisam ser produzidos entre trabalhadores e usuários. E esse é o primeiro ponto para construir uma cadeia de cuidados. Onde quer que se dê a entrada do usuário no sistema, dependendo de seu problema e de suas possibilidades.

Uns cenários oferecem mais tempo e várias possibilidades de encontro (nem sempre aproveitadas); outros cenários são mais duros, proporcionam encontros pontuais e muito mais tensionados. De todo modo, sempre há intensidades e há que se produzir estratégias para que, direta ou indiretamente, “a vida” que sempre vem junto com o usuário possa ser percebida e levada em consideração e para que o usuário (e suas razões, desejos, possibilidades, apostas) sejam parte fundamental da agenda que deve ser construída de modo cooperativo. Relações mais horizontalizadas, mais mobilizadas pelos encontros e agenciamentos mútuos do que por uma relação sujeito-objeto orientada a priori por um certo recorte do saber técnico-científico. Aliás, é na vida (na produção de vida e na vida concreta do usuário) que deve desembocar o processo de cuidado. Ou melhor, é no plano da vida e da produção de vida que o cuidado se efetiva.

Um princípio fundamental, que baseia todos os dispositivos e estratégias propostos para a gestão do cuidado é o reconhecimento das peculiaridades do trabalho em saúde, considerando a variabilidade das situações de saúde (individuais e coletivas), a volatilidade do trabalho (produzido e consumido em ato), os importantes graus de autonomia dos trabalhadores, a multiplicidade de planos que constituem as organizações de saúde (histórias de

vida, cultura, religião, projetos corporativos, projetos políticos, estilos de gestão etc.) e que interferem no modo como os encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários acontecem, a multiplicidade de projetos em disputa. Desse modo, praticamente nada pode ser considerado “dado”, tudo precisa ser construído e pactuado, tudo precisa ser “significado” no cotidiano, ativamente, envolvendo todos e cada um dos trabalhadores dos diferentes serviços. Do contrário, deixados às normas e ao automático, já sabemos que os (trabalhadores dentro dos) serviços tendem a reproduzir o hegemônico, tendem a produzir descuidado (MERHY, 2002; MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Agenda e dispositivos para gestão do cuidado dentro das unidades

Em geral é preciso reorganizar o processo de trabalho e repensar as ofertas. Além do modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, há outras lógicas que precisam ser superadas ou relativizadas. O olhar epidemiológico sobre a população revela riscos e permite eleger problemas prioritários. O mesmo em relação a certas políticas – como a de saúde mental e a agenda prioritária de desmanicomialização. No entanto prioridades não deveriam definir agendas exclusivas ou excludentes, nem desresponsabilização e despreparo e/ ou má vontade para enfrentar outros tipos de problemas e questões. A demanda espontânea precisa não somente ser gerenciada, mas analisada por ser reveladora de necessidades não percebidas ou valorizadas pelos serviços. Ao invés de rejeitada, por não prioritária.

Para ampliar a escuta, favorecer a responsabilização e

as relações cooperativas dentro das unidades é necessário mobilizar dispositivos para análise do trabalho – mapear e problematizar as lógicas que orientam a organização do processo em si, as relações que se produzem, analisar os resultados do trabalho feito e assim produzir novos sentidos e pactos. Não há mágica. Há dispositivos para serem trabalhados em espaços coletivos, tais como fluxograma analisador, mapas analíticos, eventos sentinela, redes de petição e compromisso, dramatizações etc. (MERHY e FRANCO, 2008).

A discussão coletiva de casos tem sido um dispositivo potente para identificar a complexidade dos problemas, tornando evidentemente necessário articular diferentes saberes e recursos na produção de projetos terapêuticos em defesa da vida. Quando provocados e desafiados pela complexidade das situações ampliam-se as possibilidades de os trabalhadores se mobilizarem a produzir equipe, pois nessas situações é que vale a pena o esforço da articulação e da interdisciplinaridade. Casos traçadores e projeto terapêutico singular têm sido bons dispositivos para disparar esse tipo de conversa com as equipes (MERHY e FEUERWERKER, 2007); (CAMPOS, 2006) .

Para esse tipo de trabalho geralmente tem sido necessária mediação e também aportes. Apoio institucional, apoio matricial ou uma combinação dos dois tem sido experimentados, com sucesso, em diversos municípios. Há que investir, responsabilizar, criar as figuras para dar conta da gestão da produção do cuidado nos vários âmbitos (BADUY, 2010); (BERTUSSI, 2010).

Agenda e dispositivos para gestão do cuidado no território

No território, para começar é importante produzir um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações. Há um investimento a ser feito no reconhecimento dos modos de viver, dos contextos, arranjos, saberes, crenças e valores com que os diferentes grupos populacionais e indivíduos produzem suas conexões e sua vida e, por extensão, sua saúde.

O mergulho no contexto e nas vidas dos usuários é fundamental e a vivência no território é indispensável. Todos os tipos de profissionais se beneficiam de um convívio mais intenso com o cotidiano das pessoas, das famílias, dos grupos. Principalmente quando esse encontro se faz com um olhar mais desarmado, mais interessado, menos preconceituoso e menos prescritivo. Não somente os agentes comunitários, não somente para verificações pontuais, não somente os acamados, não somente para ações educativas. Os casos complexos pedem uma aproximação mais intensa e cuidadosa e intervenções mais coordenadas.

Mas também é preciso criar modalidades de cuidado que correspondam às necessidades dos usuários. Um olhar mais cuidadoso sobre o território revela uma infinidade de situações que demandam um cuidado mais intensivo do que as equipes de saúde da família conseguem propiciar. A atenção domiciliar tem-se mostrado um dispositivo potente para responder a algumas dessas necessidades. Sua intervenção é necessária durante períodos - às vezes prolongados - até que o usuário ou os cuidadores adquiram a autonomia necessária para levar adiante aquele novo contexto de produção da vida sem uma ajuda tão próxima.

Como já mencionado, a atenção domiciliar também tem oferecido interessantes oportunidades de reflexão sobre as possibilidades de inovar a produção do cuidado. A desinstitucionalização do cuidado aí produzido, o compartilhamento indispensável com o cuidador, o maior protagonismo da família e do cuidador na gestão do cuidado que é produzido em seu próprio território (o domicílio) parecem ser elementos que favorecem a produção de relações mais horizontalizadas, em que efetivamente existe uma produção compartilhada (com o usuário, com o cuidador e entre os trabalhadores) dos projetos terapêuticos e a produção de uma profusão de arranjos cuidadores que favorecem inclusive a ressignificação das tecnologias leve duras.

No entanto a atenção domiciliar não tem sido uma aposta ampla dos gestores de saúde no âmbito do SUS. Mesmo com a instituição do cofinanciamento federal, ainda são relativamente poucos os municípios, com um número limitado de equipes, que investe nessa modalidade - muitas vezes focada prioritariamente na desospitalização, não aberta a todas as situações que se beneficiariam desse tipo de cuidado. A recém-lançada política nacional de atenção domiciliar, apesar de estar sob gestão do Departamento de Atenção Básica, situa a atenção domiciliar como uma das estações de cuidado da urgência-emergência - voltada, portanto, à desospitalização. Vejamos - no futuro - que produção os municípios farão a partir dessas diretrizes ministeriais.

Aliás, a disposição para produzir arranjos diversificados de produção do cuidado de acordo com diferentes necessidades é outra novidade a ser encarada no âmbito da gestão do cuidado. O arranjo UBS- Ambulatório de Especialidades-Hospital é pobre para assegurar essa oferta e as inúmeras situações (idosos, hipertensos e diabéticos

de difícil controle, portadores de HIV que não aderem ao tratamento, pessoas com restrição para os deslocamentos e que precisam acessar cuidados, acamados por sequelas de AVC e de diferentes tipos trauma etc.) - que ficam de fora ou que recebem atenção insuficiente - são evidência importante dessa limitação.

Não há rede de cuidado sem ampliar e diversificar as ofertas, sem produzir articulação com outros setores que não os da saúde. Assim, além da atenção domiciliar, outros dispositivos importantes têm sido: o trabalho de Acompanhantes Terapêuticos, programas de Redução de Danos, projetos Cuidadores de Idosos, Oficinas de Criação/Criatividade e Arte-terapia (com dança, música e teatro), diversificadas atividades de Educação Popular em Saúde, Casas de Parto, Centros de Parto Normal, Academia da Cidade, Centros de Atenção Psicossocial, Clínicas de Quimioterapia e Radioterapia, Centros de Especialidades Odontológicas, Pensões Protegidas, Moradias Terapêuticas, Centros ou Abrigos de Convivência, Casa da Gestante, Centros de Orientação, Testagem e Aconselhamento e diversos Centros de Atenção Integral à Saúde (CECCIM, 1998/1999).

Na relação com outros equipamentos e secretarias, é importante reconhecer que também neste caso é preciso produzir sentidos e valores compartilhados. Não basta fazer circular papéis e encaminhamentos. A linguagem, os modos de operar e às vezes as prioridades são distintas, então é preciso produzir conversa e agenda comum. A disposição política de articular é importante para mobilizar recursos, mas é indispensável operar micropoliticamente, favorecendo os encontros, as agendas comuns e a potencialização das ações.

Agenda e dispositivos para gestão do cuidado entre os serviços

Assim como junto aos equipamentos de outros setores, também na relação entre equipamentos da saúde é preciso sair da formalidade, reconhecer que eles também são produzidos por trabalhadores e que toda aquela Babel existe no interior de cada um e na relação entre eles: expectativas não comunicadas, valores e lógicas distintos, preconceitos de parte a parte etc. Então para superar a falência da referência e da contrarreferência é preciso criar espaços de conversa para reconhecimento mútuo entre profissionais e equipes, identificação de potencialidades e possibilidades de cooperação e produção de novos pactos em relação às responsabilidades de cada parte, aos critérios de encaminhamento, de regresso dos usuários para as unidades (construindo estratégias para seu acompanhamento, mecanismos para tirar dúvidas, combinação de abordagens, reavaliação de decisões, combinação de iniciativas e responsabilidades etc.)

Linhas de cuidado – construídas coletivamente, levando em conta diversos pontos de vista e não somente as normas técnicas, inclusive ouvindo os usuários - podem servir como guias para ampliar responsabilização e as garantias de acesso. Produção compartilhada de protocolos, produção de mecanismos e responsabilidades para construir a gestão dos casos são outras estratégias indispensáveis para a continuidade, vínculo, enfim de integralidade (BADUY, FEUERWERKER *et al*, 2011).

É exatamente neste espaço – da relação entre serviços – que o tema da centralidade da atenção básica precisa ser trabalhado. Como? Por um lado, na preparação dos casos a serem discutidos em conjunto – trazendo o contexto, as singularidades, a escuta dos usuários, além do quadro

clínico - para a mesa de conversação com os especialistas (claro que essa é uma produção, pois não é assim que as equipes geralmente trabalham); no acompanhamento conjunto da evolução com a manutenção das visitas domiciliares para alimentar vínculos e comunicação entre as partes. Essa é uma estratégia para evidenciar – para todos - a contribuição da atenção básica para a qualificação do cuidado, já que a contribuição das especialidades parece óbvia (hegemonicamente e ao senso comum). Mas todas essas atividades, envolvendo as diferentes equipes, também necessitam de mediação e de pessoas que se responsabilizem por acompanhar os processos. E todos os que acompanham e facilitam precisam de espaços coletivos para colocar-se em análise, trocar, compartilhar estratégias etc. - ou seja, precisam de espaços de educação permanente.

Colocar a produção do cuidado em um lugar nobre da agenda do gestor da saúde (e da formação)

É claro que só é possível desencadear todos esses processos e arranjos se houver um reconhecimento por parte da gestão de que a produção do cuidado requer ser construída, cuidada, ativada e que deve haver pessoas da gestão (várias, em diferentes papéis) que se ocupem desse trabalho. Aliás, é preciso reconhecer que esse é um trabalho, um papel fundamental, que necessita ser viabilizado - com pessoas, com carga horária, com prioridade.

Quanto mais presente na agenda, maior a possibilidade de mobilizar todas as estruturas das secretarias a favor da produção do cuidado: removendo barreiras, produzindo encontros, apoiando, compartilhando saberes, mobilizando recursos. Incessantemente porque esse movimento de

desterritorialização e reterritorialização não tem fim (BERTUSSI, 2010).

A partir da compreensão da multiplicidade de planos e atores constitutivos das organizações e da gestão em saúde, é fundamental reconhecer que a “força” de todos esses processos é micropolítica e que para a instauração de uma micropolítica a favor da autonomia é necessário operar nos diversos planos em que gestores, trabalhadores e usuários transitam para produzir-se e encontrar-se em mútua afetação - na vida e no sistema de saúde. Aprender o movimento que surge da tensão, seus fluxos de intensidades, escapando do plano de organização de territórios, desestabilizando as representações, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido.

A partir de várias experiências e estudos, é possível perceber que há vários modos de construção das relações entre apoiadores e equipes, de gestores e de trabalhadores de saúde e de trabalhadores e usuários na produção do cuidado. Mais permeáveis aos encontros e aos agenciamentos por eles mobilizados, menos permeáveis, mais provocadores de invenção, mais normativos. Essas diferentes possibilidades aparecem não nas figuras individuais, mas circulam entre elas, pois são fabricadas nos encontros e agenciamentos que se produzem (BADUY, 2010). Uns disparam o que cada um tem de melhor, outros, o que cada um tem de pior e isso varia no tempo, espaço e encontros.

Experimentar esses vários arranjos de apoio e agenciamentos na gestão da produção do cuidado abre perspectiva para entender a porosidade na produção dos encontros, na criação incessante e efervescente nos movimentos instituintes e instituídos, possibilitando pensar e (re)inventar fora das regras, protocolos e das certezas,

abrindo espaços para os momentos imprevisíveis, para o inusitado. Trata-se de agenciar modos de fazer a gestão e o cuidado em saúde, dar espaços à diferença.

Os dispositivos disparados pela “equipe de gestão” só “viram alguma coisa” se alguém provocar e cuidar - esse o papel dos diferentes tipos de apoiador, produzir conexão, problematizar em ambos os sentidos. O gerente de unidade de saúde pode ser um partícipe fundamental desse processo, mas precisa de companhia, de respaldo, de espelho e de coletivo. E quando não existe a figura do gerente, como acontece em várias cidades, o processo ganha complexidade ainda maior. O apoio se fabrica na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, apoiador e equipe de gestão, entre profissões, saberes e desejos, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado.

E como cuidar dos afetamentos provocados por apoiadores transversalizados na rede de serviços de saúde em seus movimentos intensos e densos? A experimentação e o ensaio não significam repetir, mas criar, ir a fundo no campo das intensidades. A repetição não pode ser vista como um *déjà vu*, como uma generalização. É importante criar zonas de visibilidade para as linhas de fuga em permanente construção no campo da gestão. É necessário, ensaiar, experimentar, até que algo novo se constitua. Para se desfazer em seguida... (MERHY, FEUERWERKER *et al*, 2010)

E os formadores precisam compreender esse novo mundo que vem sendo produzido, tanto para ajudar a produzi-lo, como para inserir esses temas e vivências nos processos de formação. Equipes, apoio, matriciamento são novos dispositivos que podem ser muito potentes para

trabalhar a educação permanente, a integralidade e para produzir novos sentidos para o cuidado, para a clínica e para a formação geral dentro da graduação em saúde. Mas ainda não pertencem efetivamente à agenda de gestores e de formadores.

E agora, vamos ao debate sobre a formação.

5. Micropolítica e a formação de profissionais de saúde

A formação dos profissionais de saúde foi meu primeiro campo de interesse e de produção acadêmica. Primeiro, no mestrado (1998), analisando a residência médica e seu papel na formação médica, já que ela se desenvolvia (e ainda se desenvolve) em total desconexão com os movimentos de mudança na graduação que já existiam na época e com o SUS e suas políticas.

Depois, participando ativamente da mobilização e da formulação de propostas e estratégias para efetivar a mudança na graduação em consonância com os princípios do SUS - apoiando o desenvolvimento de iniciativas inovadoras e participando ativamente da organização de movimentos sociais nesse sentido, inclusive em relação à formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais e à plataforma básica para uma política de educação para o SUS.

Minha tese de doutorado (2002) consistiu na análise de duas experiências brasileiras de mudança na graduação de medicina e foi desenvolvida com o objetivo de contribuir

para a construção de uma base conceitual para pensar as mudanças na formação.

Foi exatamente na área da gestão da educação na saúde minha mais recente (e marcante) experiência de gestão - quando fui coordenadora de ações estratégicas de educação na saúde no Ministério da Saúde de fevereiro de 2003 a julho de 2005. Período esse em que participei de modo decisivo da formulação da política de educação permanente em saúde (já apresentei algo dessa produção na discussão sobre micropolítica e gestão, sobretudo em relação à educação permanente em saúde).

5.1. A complexidade de mudar a formação - algumas lições aprendidas

Este texto foi produzido a partir de trecho extraído de minha tese de doutorado (publicada como livro - Além do discurso de mudança na educação médica - processos e resultados), em que analisei as experiências de mudança nos cursos de medicina da UEL e da FAMEMA e de um artigo, *O papel dos mecanismos de indução para a transformação da formação médica* - (escrito como texto de apoio a um seminário sobre ensino de medicina na atenção básica, realizado pelo Ministério da Saúde em 2008).

Os muitos ensaios e experiências de mudança produzidos no contexto brasileiro nos últimos anos revelam a complexidade do desafio imposto para mudar a formação de profissionais de saúde.

As escolas médicas/de enfermagem/odontologia/fisioterapia/etc. são instituições complexas, fabricadas a partir de múltiplos planos, articulam uma multiplicidade

de sujeitos, processos e disputas. Lógicas e interesses e dinâmica de conformação das corporações atuam fortemente na disputa pelos processos de subjetivação de professores e estudantes. Interferem, por exemplo, no ideal de prática, lugar da medicina/enfermagem/odontologia/fisioterapia/etc. na produção da saúde, relação com as demais profissões, modos de produzir sucesso, relação com o complexo médico-industrial, entre outros.

A universidade é também o lugar mais legitimado de produção da Ciência Oficial, que também disputa processos de subjetivação, interferindo, por exemplo, nos modos de produzir saber, na pretensão de verdade, na deslegitimação de outros saberes, na sujeição e subordinação como tônica na produção da relação com o outro, na relação com o complexo médico-industrial.

As escolas são também lugar da produção de uma certa forma de olhar o corpo adoecido, como lugar físico de existência de lesões orgânicas (corporais em qualquer nível: tecidual, celular, nos receptores proteicos, por exemplo), que podem ser identificadas nesse nível e que abrem a compreensão dos processos patológicos como lesões no corpo que o disfuncionalizam em relação ao seu modo normal de ser e existir.

Apesar de todas essas molaridades operando para ativamente produzir subjetividades sujeitadas ao instituído, há disputa com as máquinas conceituais que os movimentos de mudança e as políticas de saúde conseguiram fabricar. Entre outras máquinas, também operantes, tais como: religiosas, bioéticas, histórias de vida, conceitos de mundo etc.

Fabrica-se assim um cenário complexo de intensas disputas. Do ponto de vista do sistema de saúde, há o SUS e também um setor privado, com existências e inter-relações

previstas constitucionalmente, mas que se imbricam na fabricação do modelo médico hegemônico, como já discutido anteriormente. Olhando melhor, existem vários SUS e vários setores privados completamente imbricados em sua configuração.

Existe um SUS produzido pelas forças da reforma sanitária, público, universal, perseguindo - como pode e como concebe - a integralidade da atenção e novos modos de produzir saúde com a participação ativa dos cidadãos. Existe um SUS produzido pelas forças das indústrias produtoras de equipamentos e medicamentos, marcado pela produção ativa do modelo médico-hegemônico, pela incorporação de tecnologias a partir da lógica do mercado. Existe um SUS nas pequenas cidades de regiões remotas e empobrecidas e outro SUS nas pequenas cidades de regiões de forte circulação de capital, com capacidades diferentes de atração e contratação de profissionais, com capacidades diferentes de mobilização da população para satisfazer suas necessidades e com perfis diferenciados de necessidades de saúde. Existem outros SUS ainda nas cidades médias, grandes e nas metrópoles, com convivências distintas entre o público e o privado, graus diferentes de “dependência” da população ao SUS, disponibilidades distintas de inversão de recursos públicos na saúde, possibilidades distintas de inserção dos profissionais no(s) mercado(s) de trabalho. Existe um SUS produzido pelo Ministério da Saúde, outros produzidos pelas secretarias estaduais, muitos outros produzidos pelas secretarias municipais e um outro ainda produzido pela pactuação entre os gestores das três esferas de gestão. Existe um SUS produzido pelos agentes comunitários de saúde. Outro, pelas Santas Casas. Outro ainda, pelos HUs. Há vários SUS produzidos pelos médicos - uns pelos especialistas, outros pelos médicos de família que querem construir o SUS universal e a integralidade, outros pelos médicos que enxergam o SUS como uma

possibilidade a mais entre múltiplas inserções preferenciais no mercado de trabalho. E esses são apenas “alguns dos SUS” ativamente produzidos por distintos atores sociais e que compõem, em tensão, a configuração do SUS real (FEUERWERKER, 2005).

Há também múltiplas produções de setor privado. Há uma multiplicidade de prestadores de serviços - individuais e institucionais. Há um grupo que depende quase inteiramente da prestação de serviços ao SUS para sobreviver. Outro, que presta serviços ao SUS, mas também é prestador da saúde suplementar. E há outro, ainda, que atua exclusivamente na saúde suplementar. E os prestadores de diferentes tipos se relacionam com diferentes tipos de operadoras. Há um compromisso comum das operadoras com a produção de sua própria saúde financeira, mas diferentes potencialidades e lógicas de produzi-la. Há diferentes tipos de compromisso de diferentes tipos de operadoras com a produção da saúde, pois há produção ativa do modelo médico-hegemônico por umas, mas também há inovações, novos arranjos para produzir mais saúde e menos gastos, sendo produzidos por outras. Há um setor privado nas pequenas cidades, outro nas grandes. Um na região sudeste, outro inteiramente distinto na região norte. Assim, há um setor privado intimamente comprometido com a produção do SUS e outro setor privado remotamente implicado, embora ambos atuando sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Ministério da Saúde, 2005).

Os médicos, entre todos os profissionais de saúde, são os mais ativos participantes desses diferentes planos de configuração da atenção à saúde. Estão ampla e diversamente inseridos na produção dos diferentes SUS e dos diferentes setores privados. De modo geral, dá para afirmar que, enquanto corporação, os médicos olham para o SUS e para o setor privado como mercados de trabalho,

que podem oferecer-lhes melhores ou piores possibilidades para a construção de seu sucesso profissional (SCHRAIBER, 2000).

Existe um ideal de prática médica, existe um desejo em relação ao patamar de rendimentos considerado compatível com o esforço e os investimentos com formação. E os médicos organizam-se, articulam-se, movimentam-se em busca desses desejos. Com menores graus de liberdade do que nos tempos da prática privada autônoma, mas ainda com capacidade significativa de negociação e de produção de diferentes arranjos - capacidade essa variável de acordo com a especialidade e a região do país.

Os médicos compõem, sim, um conjunto diverso em função do fracionamento do trabalho médico e do intenso processo de especialização. Como os médicos inserem-se no mercado de trabalho por meio da especialidade e há práticas ligadas diretamente à prestação da atenção à saúde (profundamente diferenciadas segundo o grau de especialização, entre outros elementos) e outras de caráter mais gerencial. Há, então, cargas de trabalho, valorização e remuneração diferenciadas para as distintas modalidades de prática, levando a uma estratificação técnica e social no interior do trabalho médico (SCHRAIBER, 1993).

Há médicos assalariados, autônomos individuais, organizados em cooperativas de diferentes tipos e médicos empresários atuando como prestadores de serviços tanto no âmbito do SUS como do setor privado. 70% dos médicos trabalham no setor público, mas boa parte destes também está inserida no setor privado (somente 28% trabalham exclusivamente no setor privado) e 75% dos médicos associam até três atividades de trabalho (MACHADO, 1997; MACHADO & BELIZARIO, 2000).

Enfermeiros são a outra categoria profissional

presente em todos os lugares da atenção, tanto no SUS como na saúde suplementar. Mas sua presença, fora dos hospitais, não tem sido estruturante do modo de operar o setor privado - que é mais fortemente médico-centrado do que o SUS. Enfermeiros atualmente também têm mais de um vínculo empregatício - mas geralmente dois.

As outras profissões da saúde têm um espaço muito menor no SUS, principalmente nas cidades de pequeno e médio porte, especialmente por ter sido adotada a política de “equipe mínima” para estruturar a atenção básica. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os serviços de atenção domiciliar e outros tipos de arranjo matricial que ampliam a presença das outras profissões da saúde ainda são incipientes.

A especialização tem sido um dos meios significativos de diferenciação dos médicos no mercado. E a corporação médica por meio de suas diferentes entidades tem poder de decisão direta sobre a residência médica, que ainda é a mais reconhecida modalidade de especialização e também controlam, via sociedades de especialistas, todas as outras alternativas de especialização. Depois dos médicos, só os odontólogos têm um processo de especialização exuberante e determinante da inserção no mercado de trabalho.

Os diferentes SUS, os diferentes setores privados e a corporação médica relacionam-se com as escolas médicas de distintas maneiras e ativamente interferem e atuam por diferentes perfis de formação, fabricam máquinas para disputar os processos de subjetivação. Do mesmo modo, para as demais profissões e escolas da área da saúde.

As escolas médicas, por seu lado, também estão longe de compor um conjunto homogêneo. Atualmente há aproximadamente 180 escolas médicas. A maior parte são escolas privadas (60% aproximadamente), mas há um

equilíbrio na oferta de vagas entre públicas e privadas (praticamente meio a meio, graças à expansão de vagas propiciada pelo REUNE, que compensou o movimento de privatização da época do governo Fernando Henrique). Com poucas exceções, as escolas estão localizadas em cidades com mais de 100 mil habitantes, mais concentradas na região sudeste do país. Há escolas isoladas, participantes de centros universitários e de universidades (BRASIL, 2005b). Para as demais profissões da saúde, um elemento que torna a situação mais complexa é o predomínio absoluto de instituições privadas - odontologia tem 80% de vagas privadas e as demais profissões em média 90%. E a maior parte dessas instituições é do tipo indústria de formação, com baixo interesse em comprometer-se voluntariamente com algum tipo de investimento que não se reverta em lucro.

O corpo docente é heterogêneo: há os que se dedicam principalmente à prática docente, há os que se dedicam principalmente à pesquisa, há os que se dedicam principalmente à prática clínica. Há professores tempo integral e parcial, com diferentes inserções no mercado de trabalho (desde empresários até plantonistas) (FEUERWERKER, 2002). Nas escolas privadas, há ainda o agravante das relações de trabalho: muitos professores horistas, sem tempo destinado sequer para participar de reuniões.

O trabalho docente nas escolas também é influenciado pelas diretrizes da política educacional, que repercute de maneira distinta segundo escola isolada, centro universitário ou universidade, pública ou privada, pois o peso da avaliação e também da pós-graduação e da pesquisa incidem de maneira diferenciada de acordo com esse perfil (FEUERWERKER, 2006).

A avaliação institucional e dos cursos de graduação passou a ter um peso importante para os cursos, particularmente os de medicina, que apresentam fragilidades significativas, principalmente nas instituições privadas: tem havido controle bem próximo do MEC, vagas foram fechadas e houve até suspensão de vestibulares. Para quem vai bem, a avaliação tem praticamente um valor simbólico, relacionado à imagem das instituições, já que ser bem qualificado não implica acesso a recursos adicionais ou a outras oportunidades de aprimoramento. Já no âmbito da pós-graduação e da pesquisa, a possibilidade de captar recursos existe e varia com a qualificação obtida na avaliação e os critérios de excelência adotados por CAPES e CNPq, que estabelecem uma forte pressão de produtividade acadêmico-científica sobre o corpo docente. O balanço desse jogo é a valorização da atuação na pós-graduação nas instituições públicas e certo desespero das escolas privadas que dependem da graduação médica para se sustentar no mercado.

Então, todos esses tipos de interesse (entre outros) fabricam os diferentes planos que compõem as escolas e seus atores. Indústria farmacêutica e de equipamentos, entidades da corporação, entidades de fomento, diferentes tipos de SUS, diferentes tipos de setor privado na saúde etc. Atores sociais comprometidos com a fabricação de diferentes tipos de propostas de formação. Inclusive movimentos de docentes e de estudantes por transformar a formação.

No balanço geral, as escolas tem sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas. São inúmeros os estudos que mostram que do ponto de vista ético-político os estudantes saem dos cursos mais empobrecidos do que entram. Perdem porosidade para o mundo e para os encontros. A defesa da vida deixa de ser uma aposta importante em sua produção no mundo.

São muitos os territórios em que se expressa a disputa em uma aposta para transformar o processo de formação: noção de corpo individual e coletivo, concepção de saúde, construção do saber, práticas de cuidado, relações entre profissionais de saúde e usuários, entre as diferentes profissões da saúde, concepção de educação e de produção do conhecimento, práticas docentes, relações entre professores e estudantes, relações das escolas/cursos com o mundo, seus atores, seus problemas e possibilidades, relações das escolas/cursos com o sistema de saúde, entre outros.

São, portanto, disputas intensas para a transformação de concepções e práticas, dos modos de produzir relações, dos modos de subjetivação. Nesse processo - que os movimentos de mudança pretendem relativamente organizado e sistemático - é importante abrir espaço para que outros projetos de mundo possam incidir na configuração das escolas.

É esse o sentido de ampliar as relações e a porosidade da universidade (e dos serviços de saúde) ao mundo das necessidades de saúde, das produções de vida em outros territórios: trazer para a cena novos objetos, novos problemas, novas relações que ajudem a produzir experiências e reflexões que contribuam para desafiar o modo dominante de compreensão, intervenção e produção de encontros.

Como são muitos os sujeitos que compõem uma escola/curso e diferentes suas possibilidades de afetação, são muitos e variados os encontros e provocações a serem produzidos. O sentido aqui é não restringir o espaço da disputa aos temas habituais, que não ajudam a desmontar os aparelhos e a produzir rodas e praças nas universidades.

Os processos inovadores mais interessantes/

arrojados têm tido em sua dinâmica um investimento na produção de relações mais democráticas, de espaços coletivos de encontro e de modos de decisão mais compartilhada. Outros modos de estar no mundo. Claro que essa possibilidade é totalmente diferente de instituição para instituição. Mas, mesmo em instituições duríssimas, é possível fabricar múltiplos e pequenos espaços de produção de relações autopoieticas. Afrontando molecularmente os modos de fabricar processos e territórios existenciais, produzindo novas agendas. Em muitas secretarias de saúde - em função das mudanças de governo, seguidas de fechamento de processos e espaços, essa também é uma estratégia frequentemente utilizada: movimentos de guerrilha, múltiplos, flexíveis, imprevistos, dentro de uma guerra de posição....

Considerando que atualmente, em função das Diretrizes Curriculares Nacionais e de várias iniciativas políticas do Ministério da Saúde, existem vários convites à instalação institucional de inovações, é importante considerar que as possibilidades de produzir maior ou menor efeito dependem, de saída, dos modos como se inaugura o processo. Dos modos como se constrói a agenda de discussão e as possíveis propostas de inovação. Quanto mais coletivo, inclusivo e convidativo, maiores as possibilidades de produzir efeitos - também surpreendentes e inesperados. É importante possibilitar a participação do maior número possível de professores e alunos, do maior número possível de áreas e departamentos nessa movimentação.

Estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários podem ser sujeitos protagonistas da produção de novos modos de aprender, cuidar e produzir conhecimento. Como nos serviços de saúde essa possibilidade se fabrica por meio da instalação de múltiplos processos coletivos de

reflexão crítica sobre as práticas, da produção de desconforto e desassossego, da produção de acontecimentos - em diferentes territórios, de diferentes modos, a partir de diferentes referências. É a partir dos diferentes processos concretos de vivência que se fabricam novos problemas e se produzem novos conhecimentos e relações.

Importante reconhecer que as transformações são construídas no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel; na prática clínica concreta e não somente “em laboratório” ou “ambientes especiais”, em todos os cenários onde se dá a prática profissional e enfrentando os problemas que se apresentam na realidade. É na micropolítica do aprender, cuidar e produzir conhecimentos que podem ser produzidos movimentos de territorialização e desterritorialização também neste âmbito.

Mas a fabricação de um processo de mudança também depende de um agir deliberado: ativa disputa de processos de subjetivação em movimentos que não são estáticos - por tudo o que já foi dito - e também porque os atores se movimentam de modos diferentes dependendo da situação, dos tensionamentos, das questões em pauta. Não há a priori, de modo fixo, os que se movimentarão em favor ou contra dos processos. Quem está de um lado hoje pode estar do outro amanhã, dependendo, inclusive, da condução do processo. A cartografia dos movimentos institucionais, o planejamento estratégico e a educação permanente são alguns dos instrumentos utilizados nos processos de mudança já estudados. Lembrando sempre que todos formulam, planejam e disputam.

Outra aprendizagem importante das experiências de mudança: a transformação do modelo de atenção e da formação profissional fabrica-se de maneira articulada,

imbricada - uma potencializa a outra; uma não acontece sem a outra. Por isso não dá para pensar em mudanças na formação sem a produção concomitante de muitos processos de ação nos territórios e nas unidades construídos de modo compartilhado. E tudo o que acontece num campo interfere e movimenta o outro. E nada do que diz respeito à produção da vida deveria ser estranho aos dois campos...

Muitas experiências de mudança construídas isoladamente dentro das instituições sofreram com a dificuldade de produzir porosidade e de mobilizar novos recursos para alimentar os processos. Foi a partir da identificação dessa dificuldade que iniciativas de articulação como a da Rede Unida foram fabricadas. Com o objetivo de criar espaços de compartilhamento e reflexão e fabricar movimentos que alimentassem a movimentação nas escolas. A alternativa “articulação em rede” é interessante e coerente com um “jeito mutante” de fazer política, pois possibilita articulação flexível, participação variável, movimentos de produção do comum: são heterogeneidades organizadas, que ganham potência de ação ao se associarem.

Além de fabricar apoio mútuo, horizontalmente entre as experiências, houve movimentos ativos de conectar diferentes atores e territórios que pudessem enriquecer o processo. Havia uma assim chamada “agenda estratégica” utilizada para orientar conexões e movimentos, numa tentativa de produzir um comum - tendo como foco o tema da formação - entre uma heterogeneidade de atores que se movimentavam em relação à saúde.

Configuraram-se assim movimentos de mudança. Movimentos ativamente constituídos, articulados internamente - regional e nacionalmente - e com outros movimentos; movimentos que se posicionam na esfera política buscando construir cenários mais favoráveis às

mudanças almeçadas. Movimentos que foram os primeiros a indicar a necessidade de políticas de apoio às iniciativas de transformação surgidas nas escolas, considerando a complexidade e as resistências à mudança. Movimentos que cumpriram papel fundamental na formulação das diretrizes curriculares nacionais para as profissões da saúde. Movimentos que já acumularam experiências, com alguma capacidade de formulação própria, embora com limitada capacidade de socializar de maneira ampla as lições aprendidas ao longo dos anos (FEUERWERKER, 2002).

Movimentos que vêm sendo construídos ao longo de mais de quarenta anos. Intensificaram-se, sem dúvida, com o movimento pela reforma sanitária e, depois, com o esforço de construção do SUS. Ou seja, movimentos de mudança na formação fabricados em forte conexão com as formulações inovadoras em relação à reorganização das práticas de saúde. Na medicina, merecem destaque a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), a ABEM (Associação brasileira de Educação Médica), a DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina). Na enfermagem, a Associação brasileira de Enfermagem e a Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem. Na odontologia, a Associação brasileira de Ensino Odontológico, o movimento da saúde bucal coletiva. Vale destacar a significativa mobilização interprofissional, que articula instituições de ensino superior, trabalhadores de saúde e as organizações populares, de que o movimento da Rede Unida é um exemplo significativo. E assim por diante.

A partir das diretrizes curriculares e das políticas de gestão da educação do início do governo Lula, praticamente todas as profissões criaram sua própria Associação de Ensino (às vezes mais de uma, em intensa disputa) e várias delas se articulam no Fórum Nacional de Educação das Profissões

da Saúde (FNEPAS). Do mesmo modo, os estudantes de praticamente todas as profissões da saúde organizaram-se em suas Executivas Nacionais, com capacidade heterogênea de atuação no tempo e nas diferentes conjunturas.

Um dos objetivos dessa articulação dos movimentos foi uma ativa atuação em favor de colocar o tema da mudança na formação na agenda das políticas de saúde (nacionais, estaduais, municipais), de modo a ampliar situações e recursos que apoiassem, provocassem, fortalecessem as possibilidades de inovação.

E esse, o tema das políticas, será tratado a seguir.

5.2 As políticas para mudar a formação

Este texto foi produzido a partir de ampliação das formulações contidas em trechos da tese de doutorado e de alguns artigos: *“O papel dos mecanismos de indução para a transformação da formação médica”* (escrito como um dos textos de apoio de um seminário sobre ensino de medicina na atenção básica, realizado pelo Ministério da Saúde em 2008); *“Estratégias de mudança na graduação das profissões da Saúde”* publicado no Cadernos da ABEM em 2006; *“Formação de ativadores de processos de mudança – uma estratégia do APRENDERSUS”* de 2005, que é um texto para apresentação do curso de formação de ativadores de mudança, organizado em parceria pelo Ministério da Saúde, a área de educação a distância da ENSP e a Rede Unida.

Desde o movimento da reforma sanitária brasileira, a necessidade de disputar o projeto ético-político da saúde também no âmbito da formação de profissionais já havia sido apresentada. A Constituição de 1988 incorporou o tema, ao indicar que ao SUS “*compet*e ordenar a formação

de recursos humanos em saúde”.

Como inúmeros outros aspectos da construção do SUS indicados pelo texto constitucional e pelas Leis Orgânicas da Saúde, o da gestão do trabalho e da educação na saúde ficou sem regulamentação. E assim continua.

No processo de implementação do sistema, de algum modo, ainda que na esfera infralegal, com base em acordos intergestores, vários vazios da legislação foram tratados. Não foi assim em relação à formação em saúde. Aliás, como já discutido em relação às práticas de saúde e ao modelo de atenção, as escolhas políticas feitas no processo de construção do SUS não tomaram como prioritária a disputa de projetos políticos e de processos de subjetivação. Não é de estranhar, então, que investimentos na mudança da formação dos profissionais não fossem prioritários. Coube principalmente aos movimentos de mudança o trabalho político de inserir esse tema na agenda política do SUS.

As demandas dos movimentos de mudança foram atendidas pontual e parcialmente no governo FHC (com o Promed⁵) e tornaram-se item da agenda política do Ministério da Saúde no governo Lula, muito embora com estratégias bastante diferentes de acordo com os distintos momentos de composição ministerial.

Os movimentos haviam construído uma agenda política, que foi incorporada, no início do governo Lula, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E a explicação para tanto tem a ver com a composição específica da direção do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - todos os seus componentes eram oriundos de movimentos de mudança e tomaram

5 Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas, lançado pelos Ministérios da Saúde e da Educação em dezembro de 2001, efetivado em dezembro de 2002 com o apoio a 19 de projetos.

a presença no governo federal como oportunidade para efetuar movimentos considerados estruturantes.

Nesse período - de janeiro de 2003 a julho de 2005 - as políticas de gestão da educação na saúde buscaram contribuir para trazer a disputa do projeto ético-político e o convite a que amplos segmentos - usuários, trabalhadores, estudantes, professores (individualmente ou como movimentos) - se incorporassem ativamente à construção de um SUS radicalmente democrático e transformador.

Especificamente em relação à mudança na graduação, a política propôs encontros e apresentou desafios, procurando tornar possível, de diversas maneiras, a aproximação da formação às necessidades sociais de saúde. Nesse percurso considerava-se necessário superar históricas dicotomias, tais como entre cuidados individuais/coletivos; atividades curativas/preventivas; especialistas/generalistas; unidades básicas/hospitais, abrindo caminho para a produção de uma nova formulação, que propiciasse a integralidade das práticas de saúde e o compromisso com a defesa da vida.

As diferentes estratégias propostas cumpriam o objetivo de apoiar e fomentar o engajamento de diferentes atores em diferentes possibilidades de articulação, conhecimento recíproco e experimentação de práticas inovadoras:

- Cooperação entre MS e Fórum de Pró-Reitores de Extensão: apoio para o desenvolvimento do internato regional, com o objetivo de ampliar o compromisso de estudantes, docentes e instituições de ensino superior da área da saúde - durante o processo de formação - com a realidade local, seus problemas e soluções.

- Cooperação entre MS e as diferentes Associações

de Ensino, agora organizadas num Fórum das Profissões da Saúde (FNEPAS), para favorecer a ação conjunta das Associações pela adoção da integralidade como eixo da formação em saúde, assim como o trabalho de cada uma delas pela implementação das diretrizes curriculares e pelo fortalecimento dos processos de mudança.

- Cooperação direta entre MS e instituições de ensino superior da área da saúde por meio do apoio técnico e financeiro a projetos e/ou a estratégias inovadoras que aproximassem os cursos da área da saúde das necessárias mudanças.

- Cooperação entre o MS e o movimento estudantil com o objetivo de proporcionar aos estudantes momentos de vivência e aproximação com o sistema de saúde desde a ótica de sua gestão, consubstanciada nas vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS).

- Constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde como um dispositivo de agregação e orientação das diferentes instituições para construção de responsabilidade compartilhada por promover a integralidade da atenção à saúde em uma determinada localidade. Implicavam uma ampliação substantiva dos atores envolvidos na produção de iniciativas locais, pois reuniam gestores do SUS, instituições formadoras, estruturas de controle social, movimentos sociais, hospitais de ensino, serviços de saúde e representação estudantil.

- Formação de Ativadores de Processos de Mudança na graduação das profissões da saúde. Esse foi um curso de especialização para docentes e profissionais de saúde vinculados à formação de graduação em saúde. Combinando as experiências acumuladas nas áreas de educação e saúde e considerando que os processos de mudança institucional são dinâmicos, complexos,

intersectoriais e exigem o envolvimento e o apoio dos diversos segmentos internos e externos às instituições de ensino superior, o curso pretendeu valorizar e utilizar as experiências e contextos locais, possibilitando a mobilização das capacidades e competências individuais e coletivas necessárias ao desencadeamento dos processos de mudança desejados. O curso foi construído com base na sistematização das experiências de diferentes movimentos de mudança. Foi construído com a perspectiva de que o ativador estimularia a transformação, mas necessariamente se transformaria; favoreceria processos coletivos de produção e, por isso, também se fabricaria como agente / sujeito na ação (BRASIL, 2005b).

Trago para o debate esse repertório de iniciativas porque elas partiam do reconhecimento de que a produção de mudanças só se realizaria a partir da disputa dos processos de subjetivação no máximo de espaços possíveis e de diferentes modos. Por isso investiam no apoio ao protagonismo de diferentes tipos de atores sociais - individuais e coletivos e esse era o fundamento da maior parte das estratégias. Pretendia-se assim apoiar a disputa dos projetos ético-políticos em diferentes espaços, construída sempre com base na problematização do cotidiano a partir dos impasses e desconfortos. Essa era a base proposta para o desenvolvimento de construções coletivas, colaborativas e negociadas de novas práticas políticas, pedagógicas e assistenciais.

Foi um período de intensa mobilização – de muitos e diferentes protagonistas, incluindo o movimento estudantil e os movimentos sociais. Algumas iniciativas foram melhor conduzidas, outras enfrentaram mais problemas, mas o efeito de provocar, colocar coletivos em movimento e de intensificar as disputas ético-políticas foi bastante significativo.

A formação de facilitadores de educação permanente, a formação de ativadores de mudança, o VER-SUS e as Residências Multiprofissionais em Saúde foram potentes dispositivos para fabricar/ativar protagonismo político, ou seja, produzir atores necessários à disputa ético-política vital para a efetivação do SUS. Até hoje, oito anos passados, nos mais diferentes cenários, os efeitos dessa fabricação ainda podem ser percebidos - novos gestores, novos professores nas graduações da área da saúde, uma leva de profissionais que disputa a produção do cuidado no cotidiano das unidades de saúde. E uma importante mobilização dos movimentos populares que se materializa na Tenda Paulo Freire em diferentes encontros e congressos da saúde coletiva, pautando temas decisivos para a produção de territórios existenciais mais ricos, com mais conexões e menos capturas.

Do final de 2005 para cá, assim como outras políticas da saúde, as políticas na área da formação são todas pautadas pelo incentivo financeiro a projetos a partir da adesão às agendas definidas pelo governo federal - sobretudo. As duas mais importantes ações programáticas em favor da mudança na graduação são o Pró-Saúde e o PET-Saúde. Ambas, até este ano, estavam voltadas para a aproximação da formação à saúde da família. Agora incorporaram a ideia das redes e podem se aproximar novamente do tema da integralidade - mas isso é preciso conferir daqui a algum tempo.

O Pró-Saúde é programa que se estrutura a partir de um edital a que as instituições de ensino superior (em articulação com as secretarias municipais de saúde) concorrem por meio da apresentação de projetos de mudança nos cursos, que necessariamente devem envolver a criação/ampliação das atividades dos estudantes juntos às equipes de saúde da família, de preferência ao longo

de todo o curso. São propostos três eixos orientadores para a mudança: orientação teórica, cenários de prática e orientação (BRASIL, 2005c)

Cada um desses itens dos eixos se desdobra em três níveis de desenvolvimento. Os cursos precisam avaliar em grau de desenvolvimento estão e propor um caminho para atingir os níveis subsequentes. Recebem mais recursos os projetos que evidenciam maiores possibilidades de avanço (pelo acúmulo institucional e estratégias propostas).

Estão previstos recursos para contratar apoio técnico, realizar seminários, organizar publicações, de acordo com plano de trabalho apresentado em cada projeto. Há também um componente para adequação do espaço físico de algumas das unidades envolvidas no ensino da graduação (BRASIL, 2005c). São 265 cursos envolvidos.

O PET (programa de educação pelo trabalho) apoia - por meio de bolsas - estudantes e profissionais de saúde que se envolvam no desenvolvimento de projetos específicos de promoção à saúde, educação em saúde, vigilância sanitária, saúde mental e fortalecimento da saúde da família. São 250 cursos envolvidos.

Praticamente todos os cursos que participam do Pró-Saúde também participam do PET. Mas há quem tenha PET e não tenha Pró-Saúde. Digamos, então que haja aproximadamente 300 cursos envolvidos nas duas estratégias, a maior parte dos quais pertence a instituições públicas de saúde. Há restrições a incluir nesse tipo de estratégia, que envolve transferência de recursos, as instituições privadas que não sejam reconhecidas por seu compromisso com a construção do SUS. Preocupação justificada, mas que fabrica um impasse.

Atualmente no Brasil, há mais de três mil cursos da área

da saúde. Somente os cursos de medicina e biomedicina têm a maioria (pouco mais de 50%) das vagas no setor público; nas demais profissões, como já comentado, predominam as vagas em instituições privadas (80% na odontologia e 90% em média para as demais profissões da saúde).

Então, mesmo antes de analisar as estratégias de mudança propostas pelo Pró-Saúde, dá para afirmar que seu impacto é limitado - do ponto de vista de contribuir para uma significativa mudança no perfil dos profissionais que se formam no Brasil, já que, em função de sua lógica de articulação, tem uma capacidade limitada de envolver instituições de ensino no processo.

Ao pensar políticas para favorecer as mudanças na formação, é importante ter claro que há interlocutores nas escolas interessados e com experiência acumulada na produção de movimentos, que trabalham num cenário complexo, atravessado por múltiplos interesses, em que a governabilidade de iniciativas de mudança tem que ser ativa e delicadamente construída. Há que olhar e dialogar com a agenda real das mudanças para efetivamente colaborar para fortalecê-la.

As diretrizes curriculares nacionais transformaram-se na bandeira geral do movimento de mudanças. É em torno delas que se constroem os cuidadosos arranjos de inovação em direção a uma formação geral, humanista e orientada à integralidade – formação necessária à atuação qualificada dos futuros médicos em qualquer cenário de prática. Mas essa operação não se dá sem conflitos. Ao contrário, ela é disputada palmo a palmo.

Ninguém mais pode negar a importância de diversificar cenários de aprendizagem, mas continua sendo muito difícil levar os professores da área clínica para os cenários extra-hospitalares. É difícil rechaçar a importância

da aprendizagem ativa, mas tem cabido às escolas encontrar os meios para promover a formação pedagógica dos professores. Ninguém nega a importância do cuidado integral, mas a invenção das tecnologias para produzi-lo fica por conta de quem quer mudar.

A construção das transformações, portanto, implica na formulação e utilização de um conjunto de estratégias para reflexão e produção de desconfortos, mobilização e construção de tecnologias para responder às novas situações. Não há um elemento isolado que, “incentivado” dê conta de desencadear as mudanças.

Como a agenda de mudanças está construída (em torno da implementação das diretrizes curriculares), como há agentes mobilizados em torno dela, ao invés de “induzir” mudanças, caberia ao Ministério da Saúde apoiar e incentivar iniciativas de mudança; buscar criar cenários políticos favoráveis à sua implementação; ampliar a massa de sujeitos com capacidade de implementá-la a partir dos movimentos existentes; ampliar as interfaces com a educação no sentido de apoiar as mudanças. Fazendo tudo isso de maneira a levar o maior número possível de escolas a participar da transformação, pois mudanças localizadas serão de pouca valia na atual conjuntura de construção do SUS.

Vale destacar como uma ação estratégica indispensável do Ministério da Saúde o apoio à ampliação dos contatos e das possibilidades de cooperação entre as instituições de ensino e o SUS. Quanto maior a porosidade produzida nesse movimento, mais afetações das instituições de ensino pelos problemas concretos da realidade. Esse movimento favorece as mudanças na graduação e também o desenvolvimento e educação permanente dos profissionais que já estão trabalhando. Mas na versão atual da política nacional de

educação permanente em saúde, esse esforço de conexão, antes produzido pelos Pólos de Educação Permanente, foi abandonado. As Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) - criadas para substituir os Pólos - encontram-se esvaziadas e parcamente frequentadas pelas instituições de ensino. No máximo funcionam como instâncias burocráticas para “autorizar” os movimentos dos diferentes cursos no território - sem contribuir para enriquecer, problematizar e ampliar suas conexões com os problemas percebidos pelos diferentes atores locais (FERRAZ, 2011) (GRUPO, 2010).

Cada um dos campos interrogados pelo Pró-Saúde necessitariam mobilização, articulação, produção de agendas, etc. Por exemplo, apesar de formalmente interrogar as atividades de pós-graduação e educação permanente oferecidas pelas instituições participantes do Pró-Saúde, não existe apoio para que elas aconteçam localmente - pois somente os cursos a distância tem sido apoiados.

Além de apoiar projetos de mudança (como o Pró-Saúde), seria fundamental que o Ministério da Saúde investisse na fabricação e fortalecimento os atores precisarão construir, sustentar e ampliar as iniciativas de transformação. Nesse sentido, a cooperação com os movimentos de mudança é muito importante - eles poderiam cumprir o papel de acompanhar os processos, sistematizar estratégias, ampliar o debate. Novas edições ampliadas da formação de ativadores de mudança e novas edições do VER-SUS iriam também nesse sentido.

A inclusão de todas as profissões da saúde nos programas de incentivo tem sido conquistada à custa de muita pressão. Não deveria ser assim. A mudança da formação dos médicos certamente se fortalecerá se inserida numa movimento mais amplo de mudança da formação

em saúde – mais vetores atuando em outros sentidos, produzindo novas possibilidades. Caberia assim a ampliação dos apoios e incentivos ao conjunto das profissões da saúde. A viabilidade de um investimento desse tipo se constrói mudando o foco do apoio: ao invés de priorizar o apoio direto a projetos individualizados, priorizar a produção de capacidade de mudança - com múltiplas estratégias.

Assim, parece-me necessário priorizar a mobilização, a inter-relação e o diálogo entre atores, a criação de espaços coletivos de problematização e de formulação de políticas, a ampliação de ferramentas para o pensamento crítico e para a invenção nos campos da saúde e educação, ativando ao mesmo tempo uma luta cultural e ético-política referenciada na defesa da vida.

Os coletivos agenciadores da mudança (e ela sempre tem que ser conduzida coletivamente) tem que ser negociadores, tem que ser legitimados institucionalmente e operar a construção de pactos e contratos entre os distintos atores e segmentos envolvido nos processos de mudança da educação e das práticas no campo da saúde. Esses coletivos/grupos/atores têm quatro tipos de atributos fundamentais: serem sujeitos políticos assumidos; serem cartógrafos do campo da saúde; serem portadores de futuro de políticas públicas e sociais e, finalmente, pedagogos (MERHY, 2004).

Sujeitos políticos porque operam com intencionalidade, com a fabricação de imaginários coletivos e organização de atores sociais, tendo como núcleo fundamental a capacidade de negociar. Negociar, pactuar, construir novas possibilidades de agir individual e institucionalmente.

Cartógrafos operam com ferramentas e conceitos que permitem acoplar autoanálise e autogestão entre os coletivos constituidores de um campo de práticas. Os grupos condutores constituem-se em núcleos disparadores

de análises com o seu agir inquieto, interrogador, produzindo processos instituintes e analíticos. Análise de contexto, avaliação, cartografia - são todas ferramentas indispensáveis para cumprir esse papel.

Portadores de futuro porque disputam os sentidos dos fazeres sociais no campo em foco, tendo como núcleo a capacidade de ser formulador de políticas. Não se supõem detentores de todas as respostas, mas são capazes de provocar, de formular alternativas, de reunir elementos conceituais necessários para novas formulações.

Pedagogos porque operam na interseção dos saberes e, com o seu trabalho vivo em ato no campo das práticas de ensino/aprendizagem, disparam novos processos de subjetivações constituidores de novos territórios de subjetividades, tendo como núcleo serem convocadores, convidadores, produtores de oportunidades e convites a todos os demais atores sociais envolvidos (MERHY, 2004).

Outra estratégia que poderia ser fundamental seria o apoio à produção das redes-escola, entendidas como mecanismos de cooperação e de normas de convivência entre gestores municipais e instituições de ensino superior, como um passo para a generalização do suporte à mudança (atingir mais cursos em todo o país). Assim, ao invés de financiar o projeto de cooperação de um curso com uma secretaria municipal, poderiam ser criados mecanismos de transferência de recursos fundo-a-fundo para apoiar o gestor municipal que estivesse empenhado em propiciar a participação ativa da rede de serviços nos diferentes processos de formação.

5.3 Qual é e como tem sido fabricada a agenda das mudanças na formação

Muito já se escreveu acerca dos processos envolvidos na conformação das práticas em saúde. Interessa resgatar como ponto de partida as reflexões que trazem as práticas de saúde como práticas sociais constitutivas da ordem capitalista no mundo ocidental e, portanto, atravessadas pela lógica biopolítica e pela lógica excludente da ciência oficial, que implicaram biologicismo, tecnicismo, fortalecimento da especialização e da fragmentação do conhecimento e das práticas. Parcialmente e de diferentes modos, a agenda de mudanças na formação tem dialogado com essas considerações.

Desde o início da década dos 1960 já estava instalado no Brasil o debate crítico em relação ao processo de formação de profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros - as profissões até então mais consolidadas. O descompasso entre o que se aprendia e “as reais necessidades” da população, além da dissociação teoria-prática e básico-clínico estavam entre as principais questões debatidas.

A partir da Conferência de Alma Ata, o tema da atenção primária à saúde passou a integrar a perspectiva das mudanças necessárias à formação, particularmente nos países chamados “em desenvolvimento”. Nos fóruns de debate sobre formação em saúde no Brasil incorporou-se a perspectiva de construir durante a graduação uma sólida e contextualizada formação geral que permitisse a imediata incorporação dos futuros profissionais ao trabalho, devendo estes ser capazes de responder às principais necessidades de saúde da maioria da população. Para tanto seria fundamental diversificar os cenários de aprendizagem e prática para além dos hospitais, incluindo a inserção no

primeiro nível de atenção durante a graduação.

Nas décadas de 1960 e 70, registram-se algumas iniciativas inovadoras na formação médica, como as do curso experimental na USP, do curso da UnB com práticas na área rural ao longo de toda a formação e da graduação de medicina da UFMG, com a invenção do internato rural.

Foram, entretanto, experiências isoladas, sem capacidade de ativar processos mais amplos de mudança. Por isso mesmo desde o início do movimento pela reforma sanitária no Brasil, setores do movimento identificavam a necessidade de sintonizar amplamente a formação dos profissionais com os princípios do sistema de saúde que se pretendia construir.

Pode-se dizer que a partir desse período entra na agenda de modo mais incisivo a necessidade de trabalhar com um conceito ampliado de saúde. Isso implicava incluir na formação outros elementos além do biológico na compreensão do processo saúde-doença, bem como propiciar o conhecimento das diferentes realidades sócio-epidemiológicas do país e a capacidade de analisá-las criticamente. Também estava colocada a perspectiva de trabalho em equipe multiprofissional buscando respostas mais amplas e potentes aos problemas de saúde, que deveriam ser abordados em sua complexidade e em uma perspectiva não medicalizante.

Nos anos 1970/80, a partir dessas ideias foram desenvolvidas várias experiências de integração docente-assistencial, que inclusive se articulam em um movimento que envolve as diferentes graduações em saúde e conta com a participação de vários personagens que cumpriram papel ativo no movimento reformista da saúde. Essas experiências caracterizavam-se principalmente como projetos de extensão universitária e acumularam saberes

importantes em relação às conexões universidade - serviços e universidade - movimentos sociais, mas também tiveram limitada capacidade de influir no desenho e dinâmica das graduações em saúde - principalmente em função da relativa des-importância das atividades de extensão dentro da universidade e pelo fato de serem desenvolvidas em sua maioria por pequenos grupos de docentes oriundos de departamentos historicamente pouco poderosos dentro das escolas. Ou seja, havia baixa capacidade de produzir visibilidade e legitimidade institucional para as experiências desenvolvidas.

A constituição de 1988 foi incisiva na afirmação da necessidade de articulação entre a formação dos profissionais e o sistema de saúde. Trouxe a ideia de que caberia ao SUS orientar o perfil da formação dos profissionais de saúde.

Apesar dessa definição formal explícita, durante mais de uma década de construção do SUS, não foram produzidas políticas para ativamente reorientar a formação dos profissionais de saúde. Assim, coube principalmente às associações de ensino - medicina, enfermagem e odontologia, entre outras - e à articulação entre as chamadas iniciativas de integração ensino-serviço-comunidade (Rede IDA e depois Rede Unida) a movimentação e o debate para produzir as mudanças identificadas como necessárias à formação.

Nessa década de 90, além da ampliação do conceito de saúde e da diversificação dos cenários de prática e de aprendizagem - num processo de aproximação ao nascente SUS - a agenda de mudanças passou a incluir também aspectos pedagógicos da formação.

A maior aproximação aos aspectos pedagógicos foi justificada, nos movimentos, pela persistência de alguns

graves problemas, já identificados desde os anos 60: a fragmentação dos currículos (básico-clínico, teoria-prática, atravessamento produzido pelas especialidades), a ênfase conteudista e também o papel passivo dos estudantes na perspectiva tradicional de organização e efetivação dos cursos. Essa aproximação aos aspectos pedagógicos também esteve em consonância com movimentos internacionais como o das Conferências de Edinburgo, o da Unesco (que apontou aprender a aprender; aprender a fazer; aprender a ser; aprender a conviver como os pilares da educação no século XXI) e incorporou a perspectiva da complexidade no campo da educação (sete saberes necessários à educação do futuro propostos por Morin).

Desse modo, ganharam evidência os debates acerca dos currículos integrados (organizados modularmente e não por disciplinas) e das metodologias ativas de aprendizagem, que incorporavam a ideia da aprendizagem significativa e do desenvolvimento de capacidade analítica e crítico-reflexiva dos estudantes. Inicialmente - como em relação às outras temáticas - esse debate foi mais forte nos cursos de medicina e de enfermagem.

Um pouco mais sobre a diversificação dos cenários de aprendizagem

Desde os projetos de integração docente-assistencial e as experiências com projetos de extensão universitária, ganhou força a ideia da importância de propiciar aos estudantes o reconhecimento de diferentes realidades sociais e de efetivar a atenção à saúde em outros tipos de equipamentos que não os hospitais.

Fortemente influenciados pelos programas de

incentivo, para a maior parte dos cursos na área da saúde, diversificar cenários de aprendizagem tem significado inserir os estudantes em diferentes aspectos do trabalho das equipes de saúde da família. O reconhecimento dos problemas do território, as visitas domiciliares, a realização de ações programáticas e a promoção à saúde, principalmente por meio das ações de educação em saúde, tem sido as principais agendas das atividades realizadas pelos estudantes nas unidades de saúde.

Esse investimento prioritário na atenção básica como local privilegiado para produzir as necessárias mudanças nas práticas de atenção à saúde - tanto em relação ao modelo de atenção, como em relação às mudanças na formação - produz efeitos bastante limitados. Essa escolha tem a ver com um debate relacionado às tecnologias mais adequadas para organizar as práticas de saúde e às possibilidades de inovação das práticas de saúde no âmbito concreto da atuação das equipes e dos trabalhadores da saúde.

Segundo a lógica da Programação em Saúde, adotada como referencial pela Saúde da Família, haveria uma polarização entre epidemiologia e clínica: uma centrada na saúde e a outra na doença, uma operando com a determinação social do processo saúde-doença e a outra com a concepção biológica da saúde (MERHY *et al*, 2003). A programação em saúde levaria os trabalhadores a adotarem práticas de saúde orientadas pela epidemiologia e pelo referencial da saúde e, portanto, mais potentes que as ensejadas pela clínica e pelo referencial das doenças (SCHRAIBER, 1990). Os condicionamentos políticos, materiais e ideológicos tornariam escassas as possibilidades de renovação da clínica, levando a que os profissionais, atuando livremente, estivessem condenados a reproduzir as práticas hegemônicas de saúde (SCHRAIBER & MACHADO, 1997).

Segundo outro conjunto de propostas que se originou do que se pode chamar de movimento em Defesa da Vida (CAMPOS, 1992; CECILIO, 1993; MERHY, 1997), a epidemiologia seria uma ferramenta útil para dimensionar e priorizar problemas, pode orientar certas ações coletivas, mas não elimina a necessidade de tecnologias para o cuidado individual e de ampliar as referências para o cuidado em geral. A produção do cuidado implica uma ampliação da clínica, enriquecida por novos referenciais e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidar com as necessidades de saúde e a produção de vida dos usuários. Ao invés de restringir a liberdade e a autonomia dos trabalhadores da saúde por meio da programação, a aposta seria investir ao máximo nesse espaço, ampliando os mecanismos e oportunidades para comprometê-lo com a atenção às necessidades dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (MERHY, 2003).

Os programas efetivamente produzem certo ordenamento das práticas de saúde. Ou seja, as necessidades de saúde definidas tecnicamente por meio da epidemiologia e as práticas estabelecidas por meio da Programação em Saúde fabricam e ao mesmo tempo limitam o repertório de ação dos trabalhadores. Por uma lado, definem abordagens, mas também criam tensão acerca do que seria o trabalho legítimo e nobre (as ações programáticas), por supostamente produzirem efeito sobre certos indicadores de saúde, e o trabalho sobre outras demandas trazidas pela população. Desse modo, o saber técnico desqualifica a demanda dos usuários e vai conformando um determinado modo de produzir a relação trabalhadores-usuários, que, como a clínica hegemônica, desconsidera as singularidades e oferece poucas tecnologias para lidar com a complexidade envolvida no processo de viver e adoecer. Sem novas tecnologias, sem colocar as tecnologias leves na presidência

das conexões com os usuários, o cuidado ou fica restrito, ou reproduz o hegemônico (FEUERWERKER, 2006).

No âmbito da formação, esse tipo de orientação - tratar a saúde da família como única fonte de novidades para a formação - produz vários problemas. Primeiro, convoca principalmente a saúde coletiva para responsabilizar-se pelo trabalho nos novos cenários de prática. É como se as demais áreas da formação não estivessem sendo convocadas à mudança - a não ser do ponto de vista das metodologias de ensino. E isso tem consequências.

A partir das práticas predominantes nos serviços, em muitos casos, a ampliação do conceito de saúde, então, é traduzida principalmente como a inclusão da promoção e prevenção (fundamentalmente por meio de ações educativas). Então, ações programáticas e ações de educação em saúde convertem-se nas principais diretrizes para reorientar práticas de formação e de trabalho.

Talvez haja modos mais interessantes de compreender os limites do conceito ampliado de saúde - adotado pelo SUS e pelas Diretrizes Curriculares - para favorecer mudanças nas práticas de saúde e na formação.

Houve uma ampliação do conceito de saúde no sentido de reconhecer a determinação social do processo saúde-doença. Hoje esse reconhecimento faz parte do senso comum, mas tem tido baixa potência na produção do diálogo com as várias profissões da saúde e em seu modo de pensar a clínica e o cuidado. As condições de vida e trabalho são consideradas, mas reduzidas a uma paisagem - pois os elementos envolvidos em sua produção escapam à governabilidade dos trabalhadores da saúde e até do setor saúde de modo mais amplo.

Para dialogar com a construção do raciocínio clínico e

com o cuidado das várias profissões da saúde, é necessária uma outra ampliação do conceito de saúde. É necessário reconhecer os vários planos de produção da saúde, inclusive o subjetivo, levando a que diferentes sujeitos submetidos às mesmas condições materiais reajam de modos distintos: maior resiliência num caso, maior fragilidade em outro, diferentes redes de apoio, diferentes possibilidades de produzir alternativas, de processar situações. Essa multiplicidade de planos permite deslocar o biológico do centro do processo.

Essa multiplicidade de planos e o papel ativo que os usuários têm na produção de sua saúde podem ser acessados pelos trabalhadores em seus encontros. Para isso não dependem de outros setores ou de recursos materiais. Basta a porosidade para o encontro e o reconhecimento do usuário como um produtor ativo do processo.

Essa mudança de lugar do usuário permite interrogar a clínica e o cuidado das profissões - tanto nos serviços de saúde como na formação, tanto na atenção básica como no hospital, outro elemento fundamental para transformar a formação.

Foi por não possibilitar esse deslocamento, que a ideia da determinação social do processo saúde-doença não foi potente para produzir transformações.

Assim, os modos de cuidar (em qualquer cenário de cuidado), a composição tecnológica do trabalho em saúde (e a necessidade de superar o trabalho centrado nos procedimentos), as referências que se utiliza para compreender o que são as necessidades de saúde (em qualquer cenário de cuidado) e, sobretudo, o lugar em que se coloca o usuário nas práticas em saúde pouco entraram em questão na reorientação da formação em saúde.

E, para piorar, as práticas adotadas como inovadoras muitas vezes são organizadas conversando pouco ou quase nada com as aspirações e desejos dos estudantes em relação ao que gostariam de aprender e fazer no território. Desse modo, há várias situações em que essas atividades não são apreciadas ou não fazem sentido para a maioria dos estudantes. Não têm potência para fabricar uma alternativa ao modo de cuidar hegemônico que vão aprender depois, nas disciplinas clínicas e principalmente no internato. Aliás, fica parecendo que só não são solicitados todos os exames e utilizado todo o arsenal terapêutico - supostamente necessários - porque o SUS é precário e não consegue garantir o acesso ao que os usuários necessitariam.

Então, ao não operar micropoliticamente, ao não enfrentar a disputa de projetos de vida em todos os campos da saúde, ao não investir na produção de atores portadores de futuro e ao não buscar inovar as práticas de cuidado em saúde, o SUS vem propiciando a reafirmação dos conceitos e práticas hegemônicos e isso incide diretamente na possibilidade de produzir mudanças na formação.

Algumas experiências inovadoras têm criado outras estratégias mais potentes para produzir mudanças. Uma⁶, para tornar mais interessante o trabalho nas unidades básicas e no território, invertem a fórmula: ao invés de ir do coletivo para o individual, vão do individual para o coletivo. Definem como objetivo da primeira aproximação dos estudantes aos usuários aprender a identificar necessidades de saúde e a propor - com os elementos de que dispõem a cada período - um projeto terapêutico. Explorando o universo de um usuário, reconhecendo seu modo de vida para identificar suas necessidades de saúde, chegam também a problemas que dizem respeito à saúde

6 Os cursos de medicina e enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília e o curso de medicina da UFSCar, entre outros.

do coletivo, mas significadas de outro modo. E conversam melhor com as expectativas e desejos dos estudantes.

Em outro caso⁷, a partir do terceiro semestre de um curso de enfermagem - em que os semestres são temáticos - a partir de um processo inicial de interação (na UBS, no território, no ambulatório, no hospital, depende de onde as atividades práticas estejam se desenvolvendo), estudantes (em pequenos grupos) e usuários se “escolhem” para um acompanhamento especial. Isso implica muitas visitas domiciliares (inclusive fora do horário das atividades letivas) para conhecer a pessoa, sua família, a dinâmica de sua vida. São identificadas necessidades e, com o respaldo dos professores, os estudantes desenvolvem, eles mesmos, algumas ações e também acompanham (e facilitam) o caminhar do usuário pelos equipamentos (de saúde ou não) necessários para produzir a resposta à situação vivida. Interessante que apesar de durar um semestre, a intensidade da relação entre os grupos de estudantes e os usuários - em cada temática - é muito intensa e oferece a possibilidade de aprenderem a vincular-se, escutar, interessar-se pelo outro, fazer ofertas, inventar soluções, mas sem paternalismo e por aí afora. Experiência muito prazerosa, que conversa com o desejo de cuidar, de fazer diferença na vida das pessoas, possibilita aprender e inventar no campo das tecnologias leves. Em um dos semestres, com resultados muito interessantes, várias novas atividades foram incluídas no curso para responder às necessidades sentidas pelos estudantes no processo de cuidar.

A terceira experiência é a de um campus⁸, em que o currículo de todas as profissões da saúde tem um eixo comum, que atravessa toda a formação e coloca em questão

7 Curso de Enfermagem da Centro Universitário Serra dos Órgãos - Unifeso.

8 Campus da Unifesp Baixada Santista.

exatamente o tema do Trabalho em Saúde. Esse encontro entre as profissões, ao longo do processo de formação, tem como foco a produção do cuidado, permitindo que se explore, com maior potência, as possibilidades de interação entre as diferentes profissões em momentos do curso em que as competências específicas já estão sendo desenvolvidas. Além disso, há um investimento significativo na produção de inovações no encontro entre estudantes/futuros profissionais de saúde e usuários. Inovações que procuram ativar nos estudantes a sensibilidade e outros elementos importantes para que as tecnologias leves possam ser mobilizadas efetivamente na construção de relações mais horizontais com os usuários. Inovações que possibilitam aos estudantes desenvolver um olhar para o usuário que vai mais além de seu corpo biológico e dos procedimentos que cada profissão da saúde pode mobilizar.

Assim, aprender em diferentes cenários, tomando a integralidade como eixo orientador e partindo de um conceito ampliado de saúde, pode tomar vários outros sentidos e adquirir outra potência.

Há diferentes tipos de complexidade envolvidos nos problemas de saúde, que exigem a mobilização de diferentes áreas de saber e de diferentes tecnologias e todos eles precisam ser endereçados durante a formação. Em todas elas, como já discutido anteriormente, existe uma tensão entre trabalhador de saúde e usuários - em relação às expectativas, às disponibilidades, às prioridades e ao modo como um toma o outro no processo. É o que nominamos como disputa de projeto terapêutico. Essa disputa também se configura diferentemente nos diferentes cenários de cuidado.

Há situações críticas, com risco de vida, em que os aspectos biológicos do adoecimento estão em evidência,

que exigem uma maior mobilização de tecnologias duras (equipamentos para diagnóstico e para intervenções terapêuticas, medicamentos) e leve-duras (clínica, epidemiologia) e em que a autonomia do usuário está muito reduzida (pacientes acamados, dependentes de cuidado para a própria manutenção da vida). Essas situações são mais frequentes nos hospitais. Neste caso, as disputas são mais veladas. Os usuários abrem mão de graus de sua autonomia em função do intenso sofrimento, do risco de morte e, ao mesmo tempo, em função da dinâmica institucional, os trabalhadores de saúde são detentores de muitas possibilidades de controle e efetivamente procuram governar todos os aspectos da vida dos usuários. Mas isso não impede que existam movimentos para considerar o usuário e seus territórios existenciais (e não somente seu corpo, seus órgãos ou a doença instalada em um deles) na produção do cuidado.

Há outras situações, como na atenção básica, em que o usuário, apesar de procurar ajuda em unidade de saúde, está totalmente imerso no cotidiano de sua vida e no comando de sua vida (claro que esse comando é disputado a cada segundo pela máquina rizomática do capitalismo mundial). Em todo caso, o usuário tem grande autonomia (em relação a todos os aspectos de sua vida) e tem suas prioridades. Nesta situação, torna-se ainda mais relevante a capacidade dos profissionais de dialogar com sua compreensão de mundo, de saúde e de doença, suas expectativas, seus desejos. Sem ao menos compreender o universo de conexões de vida dos usuários e dialogar com sua maneira de organizar a vida, no mais das vezes são infrutíferas as tentativas de efetivar as intervenções baseadas nas tecnologias duras e leve-duras na atenção à saúde.

São diferentes cenários, diferentes contextos,

diferentes processos de produção de relações, que exigem diferentes estratégias e invenções para desconstruir o modo hegemônico de produzir saúde. O mais importante de aprender em diferentes tipos de serviços e espaços é aproveitar essa oportunidade para colocar em análise os modos de cuidar e para fabricar outras noções acerca da saúde, para além das que nos impõe o intenso processo de medicalização.

Assim, torna-se fundamental ir ao encontro do usuário, reconhecendo-o como alguém portador de desejos, concepções, expectativas, história de vida - muito além do corpo biológico adoecido. Porque estas são desconstruções fundamentais: a do usuário-objeto, reduzido a seu corpo biológico ou aos riscos de adoecer definidos por suas condições de vida, a idéia da doença como resultado particular de um fenômeno mais geral, a noção da medicalização profunda da sociedade e sua radical interferência nos modos de compreender o sofrimento humano. O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa. Podemos e devemos olhar para ele de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). A vivência nos territórios, nos domicílios, pode ser aproveitada para fazer esse movimento de ampliação do olhar, da escuta, da perspectiva - para também desenvolvê-la em todos os outros lugares onde se cuida em saúde.

Então, a “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

Somente num breve período - de janeiro de 2003 a julho de 2005 - a política de gestão da educação propôs

que a integralidade fosse tomada como eixo orientador das mudanças na formação. Isso implicava buscar reorientar as práticas de cuidado em todos os lugares da atenção à saúde (atenção básica, especializada, hospitalar, domiciliar, levando em conta as necessidades de saúde dos usuários), enfatizando a escuta qualificada, a produção do vínculo, a continuidade da atenção, a compreensão contextualizada e ampla do processo saúde-doença, o trabalho em equipe, a construção dos projetos terapêuticos compartilhada com os usuários e famílias etc. Implicava envolver nas mudanças professores de todas as áreas clínicas, além da saúde coletiva e familiar. Implicava construir relações de cooperação entre as profissões da saúde. Implicava reconhecer o usuário como sujeito na produção de sua saúde. Implicava ampliar o olhar para outros espaços de produção da vida. Ou seja, agenda ampla e complexa, mas com maiores possibilidades de entrar em diálogo com o fazer clínico das diferentes profissões da saúde e com maiores possibilidades de produzir desterritorializações.

Um pouco mais sobre o tema das metodologias de aprendizagem

As escolas médicas são instituições muito tradicionais. No processo de formação dos médicos historicamente são estabelecidas relações hierárquicas bastante estruturadas em que o mestre (o profissional mais experiente) orienta a prática e o aprendizado dos discípulos, (que, para garantirem o direito de receber tais conhecimentos, são encarregados de desempenhar todas as tarefas menos nobres). Os discípulos, por ordem de antiguidade, vão, progressivamente, conquistando o direito de participar da execução de tarefas de maior complexidade e responsabilidade (e prazer e poder) (FEUERWERKER, 1998).

Essa ainda é a base fundamental da organização e aprendizagem dos estudantes de medicina no internato e dos jovens médicos na residência. A hierarquia e os rituais do poder são, portanto, parte da máquina de fabricação de subjetividades da corporação e operam fortemente dentro das escolas e hospitais de ensino.

Talvez essa seja uma das explicações para o fascínio que a adoção das metodologias ativas exerceu sobre os movimentos de mudança, particularmente nas escolas médicas. Virar essas relações do avesso produz uma desestabilização que abre espaço para outras produções.

Entretanto, como há muito tempo já dizia Bordenave (1998), os métodos fascinam, mas as mudanças metodológicas não garantem por si mesmas nenhuma transformação. É preciso tratar especificamente da questão da mudança dos conceitos, dos conteúdos, das práticas, da produção das relações porque elas é que são o centro da mudança da formação.

Nas metodologias ativas, destacam-se entre os princípios pedagógicos os conceitos da aprendizagem significativa (que reconhece como muito mais efetiva a aprendizagem a partir de questões relevantes para o estudante - porque provocam um “desconforto mobilizador”, indispensável para estimular a busca de novos conhecimentos, e porque possibilitam dialogar com os conhecimentos prévios - adquiridos pela vivência e experiências anteriores de aprendizagem) e da aprendizagem ativa (papel ativo do aprendiz na busca e produção do conhecimento e de novos sentidos; professor com papel de facilitador) (COLL, 2003).

Na diferentes propostas de metodologias ativas de aprendizagem, há várias possibilidades de perguntas, situações ou problemas para provocar a aprendizagem.

São várias as possibilidades dependendo da concepção pedagógica adotada: de acordo com os objetivos educacionais, baseando-se nas necessidades de aprendizagem dos estudantes ou em problemas reais. Problemas reais costumam ser mais desafiadores - a estudantes e professores - pois possibilitam o estranhamento e a desconstrução.

Dependendo das estratégias pedagógicas adotadas, dos arranjos e da problematização que se faça do vivido, há maiores ou menores possibilidades de o estudante desenvolver a iniciativa, o espírito crítico, a criatividade, o conhecimento da realidade, o compromisso social. Sair do lugar de consumidor e fabricar seu lugar de protagonista na construção de seu processo de formação.

Assim, as metodologias ativas não são um fim em si mesmas, não garantem nada, mas podem agregar oportunidades de desterritorialização e invenção no processo de produção do conhecimento durante a formação. Sobretudo se incorporadas na perspectiva de mais uma ferramenta útil para produzir movimentos autoanalíticos entre professores, estudantes e trabalhadores da saúde nos diferentes lugares em que eles se encontram.

6. Para seguir adiante

Inspirando-me na produção de Deleuze, Guattari e Foucault, entre outros, trouxe aqui alguns elementos que nos autorizam a pensar que o olhar micropolítico sobre a produção da saúde não está fora dos processos semióticos da produção da vida em nosso tempo. Ao contrário, é parte fundamental da possibilidade de um agir intencional com uma perspectiva transformadora.

Como diz Pelbart (2003), o nosso é um tempo em que a defesa da vida tornou-se um lugar comum. Todos a invocam, desde os que se ocupam da manipulação genética até os que empreendem guerras planetárias. A vida tornou-se ela mesma um campo de batalha. Na velocidade da digitalização generalizada, a economia semiotiza todos os âmbitos da vida, colonizando amplamente as esferas da cultura, da inteligência, da atenção da emoção, do tempo, do espaço e do próprio corpo.

Como diz Orlandi (2002), nunca se presenciou entre os humanos uma tão acentuada potência capaz de articular e de levar a cabo conjunções praticamente ilimitadas

entre forças presentes ou atuantes no homem e os mais variados mini conjuntos do seu universo ambiente; ao mesmo tempo, nunca se viveu tão sistemático, cotidiano e envolvente sucateamento da humanidade.

O capitalismo libertou a força de criação do espaço exclusivo da arte para fazer da capacidade de invenção sua principal fonte de produção de valor. Ao fazer isso, abriu a possibilidade de que política e arte revelem-se em sua condição de potências da vida humana - potências de resistência e de invenção.

As forças vivas, em vez de serem apenas objeto de vampirização são positividade imanente e expansiva. Escapam sempre. Ao mesmo tempo em que estamos “presos numa ratoeira”, como diz Guattari, somos destinados às mais insólitas e exaltantes aventuras. Certas práticas estéticas, urbanas, sociais e políticas podem ser pensadas como acontecimentos que reinauguram processos subjetivos e sensíveis (PELBART, 2003).

Assim pode ser na saúde, na fabricação das políticas, na produção do cuidado, nos processos de formação, trabalhados como território de produção de encontros e de mútuas afetações em defesa da vida.

É nesse sentido que penso a possibilidade de abrir diálogos e produções na docência na graduação e na pós-graduação, nas pesquisas sobre problemas relevantes identificados a partir de porosidades e compromissos com os homens e mulheres na fabricação de territórios existenciais ricos em conexões e em potência de vida.

7. Bibliografia

ARDOINO, J., Lourau, R. **As pedagogias institucionais**. São Carlos: RiMa, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges, **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

BADUY, R. S. **A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, junho de 2010.

BADUY, R.S., FEUERWERKER, L.C.M. ZUCOLI, M., BORIAN, J.T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, Rio de Janeiro, Feb.2011

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**.

Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, setembro de 2010.

BRASIL. Grupo Técnico Bipartite para Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo. **Avaliação da política de EP no Estado de São Paulo 2008/2009/2010**. Mimeo. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo quer formação em saúde de acordo com as necessidades do país** - Publicação: 20/06/2007 Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias>>. Acesso em: 02 jul 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - 77 p. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 85-334-1014-X Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf>. Acesso em: 10 fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: Unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: BRASIL. Ministério da saúde/Fiocruz, 2005a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do departamento de Gestão da Educação

na Saúde, período de janeiro de 2004 a junho de 2005. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Mimeo.

CAMARGO Jr., K. R. . Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepsc/Uerj: Abrasco, 2005, p. 91-101.

CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública em defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: Passos, Eduardo (org.) **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2006. 2 v.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 176 p. (55-77).

CECCIM, R. B. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. **Saúde: revista do Nipesc**, Porto Alegre, v. 03/v. 04, n. 3 e 4, 1998/1999.

CECCIM, R. B. e CAPOZZOLO, A A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARIN, J. J. N. *et al.* (Orgs.).

Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

CECILIO L.C.O, MENDES T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde Soc** 2004; 13:39-55.

CECILIO, L.C.O e Matumoto, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro, R., FERLA, A.A., Mattos, R.A. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio de Janeiro : EDUCS: IMS/ UERJ, Porto Alegre: Editora UFRGS, 2006.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CECILIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, 2007.

COLL, César. **Psicologia e Currículo:** uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar . São Paulo, Editora Atica, 2003.

DELEUZE, G e GUATTARI, F. **Mil Platôs:** Capitalismo e Esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 2002, volumes 1, 3 e 5.

DELEUZE, G. **FOUCAULT.** São Paulo: Editora BRASiLiense, 2005.

DELEUZE, G. **Conversações.** São Paulo: Editora 34, 2000.

DELEUZE, G. **Espinosa:** filosofia prática. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

DELEUZE, G., PARNET, C. **Diálogos.** São Paulo: Editora

Escuta, 1998.

DEWEY, J. **A experiência da educação**. São Paulo: Nacional, 1971.

Donnangelo, M.C.F. e PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FERLA, A.A. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004, p. 171-186.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço** [tese]: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Paulo FREIRE. Florianópolis: UFSC, 2011.

FEUERWERKER, L. Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, 2005, 9(18): 489-506.

FEUERWERKER, L.C.M, **O movimento mundial de educação médica: As Conferências de Edinburgo**. ABEM. Volume 2, junho 2006, pág 30-40.

FEUERWERKER, L.C.M. e MERHY, E.E. Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2008; 24(3):180–8. ISSN1020-4989.

FEUERWERKER, L.C.M. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: MARINS, J.J.N; REGO, S. *et al*. **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec,

Rio de Janeiro: ABEM, 2004, 17-39.

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARTINS, J.J.N e REGO, S. **Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABEM. 99-113.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação BRASILEIRA de Educação Médica, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. e MERHY, E.E. **Como temos armado e efetivado nossos estudos que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde**. Disponível no sítio Análise de Políticas na Saúde. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=578>>. Acesso em 10 fev 2012.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECILIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Ago 2007, vol.12, no.4, p.965-971.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E.(org). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. Salvador: Editora da UFBA, v. 1, p. 5-21, no prelo.

FEUERWERKER, L.C.M; PEREIRA, L.A **O papel dos mecanismos de indução para a transformação da formação médica**. Texto produzido para Seminário, organizado e realizado em 2008, pelo Ministério da Saúde para discutir o ensino da medicina na atenção básica. Cadernos de textos ☐ pág 41-57. Disponível em <http://www.fcmupe.com.br/~upload/FCM/Documentos/textos_-seminario_internacional.pdf>. Acesso em: 10 fev 2012.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S (org) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p 26-42.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Coleção Ditos e escritos, volume VII. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2011.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade, volume 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade, volume 3: O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. **Resumo dos Cursos do COLLEge de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

FRANCO, T.B. e MERHY, E.E.; **O uso de Ferramentas Analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP)**. Artigo de tese defendida junto ao DMPS/FCM/UNICAMP para obtenção de título de mestre em saúde coletiva; Unicamp - Campinas (SP); 1999.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M.. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e**

experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p.125-134.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1973.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FURTER, P. **Educação e Vida**. Petrópolis: Vozes, 1992.

FURTER, P. **Educação Permanente e desenvolvimento Cultural**. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 1975.

GALLO, S. **DELEUZE e a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

HADDAD, J., ROSCHKE, M. A., DAVINI, M. C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organización Pan-americana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 100, 1994.

LARROSA, J. **Pedagogia profana**: danças, piruetas e mascaradas. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

LOUZÃ NETO, M.R. **Esquizofrenia**: doença silenciosa que ataca no final da adolescência, 2006. Disponível em: <<http://gambare.uol.com.br/2006/01/15/esquizofrenia-doenca-silenciosa-que-ataca-no-final-da-adolescencia/>>. Acesso em: 10 fev 2012.

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social**: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Os médicos no BRASIL: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

MACHADO, M. H.; BELISARIO, S. A. Os médicos e o mercado de trabalho. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Ciências sociais no ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MACHADO, R. **FOUCAULT: a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: Ed Ed UFMG, 2006.

MATUS, C. **Política, Planificação e Governo**. Brasília: IPEA, 1996.

MERHY, E E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 67-92.

MERHY, E. E. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R (org). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco, 2005.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In MANDARINO, A.C.S e GOMBERG, E.(org) **Novas tecnologias e saúde**. Salvador: EdUFBa, 2009.

MERHY, E. E., FRANCO, T.B. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/mapas_analíticos.pdf>. Acesso em: 10 fev 2012.

MERHY, E., FEUERWERKER, L.C.M. *et al.* Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T.B, RAMOS, V.C., **Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: 2010. 60-75.

MERHY, E.E ; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B.. Educación Permanente en Salud. **Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Mehry, E.E. *et al* (Orgs). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

MERHY, E.E. e FEUERWERKER, L.C.M. **Atenção Domiciliar**: medicalização e substitutividade. Disponível no sítio da Linha de Pesquisa Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. Disponível em: <http://www.medicina.uff.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 10 fev 2012

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 71-114.

MERHY, E.E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/MERHY/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 10 fev 2012.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.). *Acolher Chapecó*. Uma experiência

de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. In: FLEURY, S. (org) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MERHY, E.E. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças (prefácio) in Aciole, G.G. **A saúde no BRASIL: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, Campinas-Sindmed, 2006

MISHIMA, S., FEUERWERKER, L.C.M., CAPOZZOLO, A. *et al.* Relatório de Pesquisa ao CNPQ: **Educação Permanente em Saúde pede passagem**: ecos de uma política nacional. Ribeirão Preto, São Paulo, Campinas, 2009. Mimeo.

NEGRI, A. e HARDT, M. **Multidão - guerra e democracia na era do Império**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

ORLANDI, L.B.L. Que estamos ajudando a fazer de nós mesmos? In: ORLANDI, L.B.L., VEIGA-NETO, A (Orgs.), **Imagens de FOUCAULT e DELEUZE - ressonâncias nietzscheanas**, RJ, DP&A Ed., 2002.

PELBART, P.P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Editora Iluminuras, 2003.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

ROLNIK, S. Despachos no museu: sabe-se lá o que vai acontecer... In: **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzscheanas**. Rio de Janeiro: DPA, 2002, 309-324.

ROLNIK, S. **Mal-estar na diferença**. Texto disponível no sítio do Núcleo de Estudos sobre Subjetividade

da PUC-SP. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf>>. Acesso em: 10 fev 2012

ROLNIK, S. **Ninguém é deleuziano**. Entrevista a Lira Neto e Silvio Gadelha, publicada com este título in *O Povo*, Caderno Sábado: 06. Fortaleza, 18/11/95; com o título “A inteligência vem sempre depois” in *Zero Hora*, Caderno de Cultura. Porto Alegre, 09/12/95; p.8; e com o título “O filósofo inclassificável” in *A Tarde*, Caderno Cultural: 02-03. Salvador, 09/12/95. Texto disponível no sítio do Núcleo de Estudos sobre Subjetividade da PUC-SP. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/ninguem.pdf>>. Acesso em: 10 fev 2012

ROLNIK, S. **Resistência e criação**: um triste divórcio. Texto disponível no sítio do Núcleo de Estudos sobre Subjetividade da PUC-SP. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Divorcio.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012

SANTOS, N.R. **Ética social e os rumos do SUS**. Publicado na coluna Opinião do sítio do Conasems em julho de 2004 (www.conasems.org.br).

SCHRAIBER, L. B. A profissão de ser médico. In: CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: FAPESP/Hucitec, 2000.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo, Hucitec, 1993.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, Fev 2010, vol.44, no.1, p.166-176. ISSN 0034-8910.

SZTUTMAN, R (org) **Eduardo Viveiros de Castro. Encontros**: a arte da entrevista. Rio de Janeiro: Beco do Azogue, 2008.

TEIXEIRA. R.R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111].



Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

- * **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação** - Laura Camargo Macruz Feuerwerker.
- * **O cuidado e a educação popular em saúde** - Org. Luciano Bezerra Gomes.
- * **O trágico na produção do cuidado - Uma estética da saúde mental** - Ricardo Moebus.
- * **O cuidado em saúde aprendendo com a morte** - Orgs. Ana Lúcia Abrahão e Emerson Elias Merhy
- * **Pesquisadores IN-MUNDO - Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental** - Orgs. Paula Cerqueira e Emerson Elias Merhy
- * **Lavoro della salute: micropolíticas e cartografias** - Orgs. Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy.
- * **Corpos, gêneros e sexualidades – dispositivos de subjetivação** - Fátima Lima.
- * **Cartografias do apoio na gestão em saúde** - Org. Laura Feuerwerker

editora



rede unida

www.redeunida.org.br