

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

Emerson Elias Merhy¹
Laura Camargo Macruz Feuerwerker²

1. Breve introdução a partir da vida

A constituição dos espaços democráticos e dos atores necessários à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) não está plenamente contida na institucionalidade já produzida e consolidada no sistema, hoje, e novos arranjos políticos de gestão e de participação, para além do investimento na construção de novos coletivos de ação, são indispensáveis para sua consolidação (Merhy, 2005), (Feuerwerker, 2005). Essas questões 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 trataremos aqui nesse texto.

Recente pesquisa nacional financiada pelo CNPQ, de que fizemos parte, investigou práticas decorrentes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Vamos tomar para efeito de provocação inicial alguns elementos produzidos por essa investigação, que revelou a existência, hoje, da convivência e conformação de múltiplas formulações e arranjos para efetivar o que se chama de EPS no SUS (Feuerwerker, Capozzolo, 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

¹ Professor Livre-Docente em Saúde Coletiva, aposentado da Unicamp, professor visitante da pós-graduação em Clínica Médica do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ, coordenador da Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Textos disponíveis no www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy

² Professor Doutor em Saúde Pública, professor colaborador da Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, da pós-graduação de Clínica Médica do CCS da UFRJ.

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 re-significação 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 tensões nesse processo: problematização sobre o processo de trabalho produz mobilização e questionamentos de várias ordens. Incômodo para gestão que não deseja democratizar processos de decisão ou que não dá conta de enfrentar os problemas identificados. Incômodo para os trabalhadores que usam 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 que

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 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.

2. 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.

2.1. Educação Permanente no campo da educação

A ideia da educação permanente surgiu 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, também 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).

2.2. Educação Permanente em Saúde – as várias formulações

2.2.1.A OPS – Organização Pan-americana da Saúde

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).

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

Um outro de lócus de formulação em torno da Educação Permanente em Saúde no Brasil é possível de 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 de um campo que se pode nominar de Defesa da Vida.

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

O cotidiano do mundo do trabalho em saúde é habitado por vetores que se encontram e se tensionam 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, como: equipamentos, espaços arquitetônicos, insumos, entre outros; que 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.

Este território é que acaba definindo o modelo de cuidado que vai se conformar na produção de cuidado, pois é nele que há pelo 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 seu 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 que 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 através da educação permanente o fazer sob análise e campo de intervenção, expondo os seus próprios fazedores da ótica ético-política. E, assim, põe em foco a compreensão e problematização do próprio agir individual e coletivo dos trabalhadores, ali no seu mundo produtivo, implicado-os política e organizacionalmente com a conformação de um certo campo de práticas de saúde e não outro.

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 em parágrafos anteriores, 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.

Para a concretização de um ato de saúde, os trabalhadores se utilizam de valises tecnológicas, compostas por 3 modalidades tecnológicas: as duras, que correspondem aos equipamentos e medicamentos; as leve-duras, que correspondem aos conhecimentos estruturados como da clínica e da epidemiologia e as leves, que correspondem as tecnologias relacionais, que possibilitam ao trabalhador escutar, comunicar-se, compreender, estabelecer vínculos e cuidar dos usuários (Merhy, 1997).

O que confere vida em ato ao trabalho em saúde são as tecnologias leves, que permitem ao trabalhador ações sobre as realidades singulares de cada usuário em cada contexto, dando sentido para o uso das duras e leve-duras.

É nesse 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 constroem e se reconstruem a liberdade de fazer as coisas de maneira que produzam sentido pelo menos para o trabalhador. E, por isso, o trabalho em saúde não é completamente controlável,

pois está centrado nas relações entre pessoas em todas as fases de sua realização e sempre sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de realização da prática.

Os serviços de saúde, então, são palcos da ação de um conjunto de atores, que têm intenções diferentes e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo misturas, nem sempre evidentes, entre seus territórios privados de ação e os processos públicos e coletivos de trabalho. O cotidiano, portanto, tem pelo menos duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (Merhy, 2002).

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 incômodo, 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 mediante aproximações discursivas 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 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.

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: disputa 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 tem por objeto a elucidação das práticas sociais em instituições. Com ela é possível revelar as relações que os indivíduos e grupos estabelecem com as instituições. Para além das racionalizações ideológicas, jurídicas, econômicas, políticas esse esclarecimento mostra que os laços sociais é, antes de tudo, um efeito do não-saber dos atores sobre a organização social. É necessário convocar o sentido, coloca-lo em questão, obriga-lo a falar (Ardoino & Lourau, 2003).

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 – as de sentido psicológico (afetivas e libidinais), lógico e político (institucionais, reconhecimento, posições de onde se fala, interesses de classe, transversalidades, opções ideológicas, 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 co-autor de sua própria história. Tornar-se autor é a capacidade conquistada de ser seu próprio co-autor, 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 co-autor através de um processo de re-invenção 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. Ou apostar 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)

3. 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 a filosofia da diferença, que encontra em Giles Deleuze uma expressividade chave. 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.

Começamos pensando numa unidade de saúde e no trabalho que acontece em seu interior: é possível identificar vários importantes planos em sua constituição. Tomando o ponto de vista da produção da organização, há ao menos a perspectiva da gestão, a dos trabalhadores e a 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 trazendo aqui a ideia de que a constituição organizacional de uma unidade de saúde é produzida em vários planos, em que se configuram de diferentes modos as relações 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 conseqüências. 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 um para o outro, 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 público e privado é mais à superfície, não há uma interdição tão forte como no caso do aparelho, 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 e 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 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.

Quando essa abertura existe, os encontros entre trabalhadores e usuários 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 um 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 anti-produtivos 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.

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 desmistificar a idéia de que o ambiente de trabalho é 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 auto-analítico 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 auto-analítico 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 tornar estas intencionalidades e implicações elementos explícitos, afim de constituí-los em matéria-prima para a produção de redes de conversas coletivas entre os vários trabalhadores, 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. Para além da saúde, num olhar mais amplo

Olhando e se inspirando nas conversas de um Peter Pal Pelbart e Antonio Negri, Deleuze e Foucault, trazemos aqui algumas ideias que ajudam a pensar que uma formulação como a da EPS não está fora dos processos semióticos da produção da vida em nosso tempo.

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 (Pelbart, 2003).

No entanto, a invenção é potência do homem comum. Todos inventam na densidade social da cidade, na conversa, nos costumes, no lazer – novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. Nessa economia afetiva, a subjetividade não é efeito ou superestrutura etérea, mas força viva, quantidade social, potência psíquica e política. As forças vivas em vez de serem apenas objeto de vampirização por parte do Império, são positividade imanente e expansiva, que o Império se esforça em regular, modular, controlar. Mas que escapam. 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 e na produção do cuidado, trabalhadas como território de produção de encontros e de mútuas afetações na defesa da vida.

Bibliografia

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

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.

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

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., Capozzolo, A., Mishima, S. 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.

Franco, TB e Merhy, EE. O Uso das Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP). São Paulo: Hucitec, 2003.

Franco, T.B., Merhy E.E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho in **Curso sobre avaliação e monitoramento de processos de trabalho.** Rio de Janeiro, 2007. Mimeo.

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.

Haddad, J, Roschke, MA., Davini, MC. **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.

Merhy, EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy e Onocko (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. Pág. 71-112.

Merhy, E. E. Saúde. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

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 ; Feuerwerker, L.C.M.; Ceccim, R.B.. Educación Permanente en Salud. **Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006.

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

Pelbart, P.P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

.