

# EPS EM MOVIMENTO - TEXTOS

## SUMÁRIO

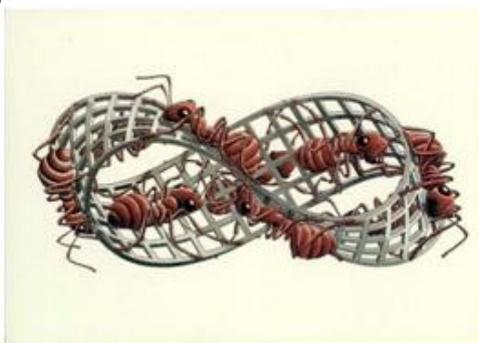
<b>1</b>	<b>Relação entre arte, saúde e educação</b> .....	<b>02</b>
<b>2</b>	<b>Refletindo sobre ferramentas analisadoras</b> .....	<b>05</b>
<b>3</b>	<b>Uma conversa sobre fontes narrativas</b> .....	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>A regulação e o seu papel na rede de atenção</b> .....	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Trabalho e os diversos formatos da produção do cuidado</b> .....	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>Educação e Trabalho em saúde: a importância do saber da experiência</b> .....	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>Músicas que me fazem sentido</b> .....	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>A EPS, aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar</b> .....	<b>30</b>
<b>9</b>	<b>Uma possibilidade de fazer diferente</b> .....	<b>32</b>
<b>10</b>	<b>Dispositivos de Redes</b> .....	<b>34</b>
<b>11</b>	<b>De um ponto ao outro - Ponto de Cultura e a Educação Permanente em Saúde</b> .....	<b>41</b>

## Relação entre arte, saúde e educação

*Não cobiço e nem disputo os teus olhos  
Não estou sequer à espera que me deixe ver através dos teus olhos  
Nem sei tampouco se quero ver o que veem e do modo como veem os teus olhos  
Nada do que possas ver me levará a ver e a pensar contigo  
Se eu não for capaz de aprender a ver pelos meus olhos e a pensar comigo  
Não me digas como se caminha e por onde é o caminho  
deixa-me simplesmente acompanhar-te quando eu quiser  
Se o caminho dos teus passos estiver iluminado  
pelas mais cintilantes das estrelas que espreitam as noites e os dias  
mesmo que tu me percas e eu te perca  
algures na minha caminhada certamente nos reencontraremos  
Não me expliques como deverei ser  
quando um dia as circunstâncias quiserem que eu me encontre  
no espaço e no tempo de condições que tu entendes e dominas  
Semeia-te como és e oferece-te simplesmente à colheita de todas as horas  
Não me prendas as mãos  
não faças delas instrumento dócil de inspirações que ainda não vivi  
Deixa-me arriscar o molde talvez incorreto  
deixa-me arriscar o barro talvez impróprio  
na oficina onde ganham forma e paixão todos os sonhos que antecipam o futuro  
E não me obrigues a ler os livros que eu ainda não adivinhei  
nem queiras que eu saiba o que ainda não sou capaz de interrogar  
Protege-me das incursões obrigatórias que sufocam o prazer da descoberta e com o silêncio (intimamente  
sábio) das tuas palavras e dos teus gestos  
ajuda-me serenamente a ler e a escrever a minha própria vida.  
(Rubem Alves)*

Não há separabilidade entre educação e práticas de cuidado em saúde. O processo educativo ocorre ao mesmo tempo em que se produzem atos de cuidado. Penso em uma dobra entre as práticas de saúde e de educação, deixando de haver relação dicotômica entre o dentro e o fora.

O que é uma dobra? Veja esta imagem ....



A Fita de Moebius II - Maurits Cornelis Escher (1963)

Esta é uma obra do artista plástico holandês Maurits Cornelis Escher que buscou representar a Fita de Moebius. A partir da fita de Moebius, ele investigou a temática do dentro e do fora em várias obras: *Cavaleiros* (1946), *Fita de Moebius I* (1961), *Fita de Moebius II* (1963), e *Nós* (1965). Essas produções demonstram o paradoxo do exterior/interior, do dentro/fora, nos fazendo indagar como se define o dentro e o fora. Como se separa a figura e o espaço, o sujeito e o social? No nosso tema em questão, como separar a educação e o serviço/cuidado? Imagens sem início nem fim mostram a impossibilidade de construir o dentro e o fora separadamente, uma vez que, quando se pensa que se está dentro, já se está fora e vice-versa. (Oliveira e Fonseca, 2006)

Afetados pelo paradigma estético das artes, a imagem da fita de Moebius nos mobiliza a pensar que precisamos produzir dobras na nossa relação educação e serviços de saúde, operando em linhas de cuidado centradas na necessidade dos usuários, que são ofertadas pela produção do trabalho vivo em ato dos profissionais de saúde, na conformação do cuidado.

As imagens abaixo representam a operação da dobra:



A artista plástica Lygia Clark (1963) inventa a obra “Caminhando” a partir da fita de Moebius, rompendo paradigmas no campo das artes ao estabelecer uma arte propositiva. A obra “Caminhando” é caracterizada pela artista como um objeto relacional, ou seja, o sentido do objeto depende inteiramente da experimentação do outro como participante da obra de arte e não mais espectador.



[R1]

Nesse novo paradigma estético da produção artística, Suely Rolnik, ao se debruçar sobre o estudo da subjetividade na obra de Lygia Clark, revela que o artista moderno desloca-se da tradição da arte como representação e se aproxima da arte como experimentação das sensações. Diferente da memória, inteligência, percepção, sentimentos, a autora define a sensação como ‘algo a mais’ que acontece na nossa relação com o mundo, que se passa em outra dimensão da subjetividade, entendendo ser esta bastante desestimulada no tipo de sociedade capitalística em que vivemos na contemporaneidade.

Essa dimensão das sensações a autora denomina de **corpo vibrátil**.

---

É um algo mais que captamos para além da percepção (pois essa só alcança o visível) e o captamos porque somos por ele tocados, um algo mais que nos afeta para além dos sentimentos (pois esses só dizem respeito ao eu). ‘Sensação’ é precisamente isso que se engendra em nossa relação com o mundo para além da percepção e do sentimento. Quando uma sensação se produz, ela não é situável no mapa de sentidos de que dispomos e, por isso, nos estranha. Para nos livrarmos do mal-estar causado por esse estranhamento nos vemos forçados a ‘decifrar’ a sensação desconhecida, o que faz dela um signo. Ora, a decifração que tal signo exige não tem nada a ver com ‘explicar’ ou ‘interpretar’, mas com ‘inventar’ um sentido que o torne visível e o integre ao mapa da existência vigente, operando nele uma transmutação. Podemos dizer que o trabalho do artista (a obra de arte) consiste exatamente nessa decifração das sensações. (Rolnik, 2002, p.03).

---

### **Na intensidade dos corpos vibráteis...**

Convidamos você a potencializar seus radares de sensibilidade, ampliando a visibilidade das coisas que acontecem ao seu redor. Vá ao encontro do mundo e depois produza novas narrativas para as afetações produzidas por esse encontro em seu diário cartográfico.

---

ROLNIK, Suely. In: BEZERRA, Benilton (org.). *Corpo, afeto e linguagem*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

Oliveira, A.M. & Fonseca, T.M.G. Conversas entre Escher e Deleuze: tecendo percursos para se pensar a subjetivação. *Psicologia & Sociedade*; 18 (3): 34-38; set/dez. 2006

---

[R1]Exposição itinerante montada num caminhão que mostra 46 réplicas das obras da brasileira Lygia Clark, autora que construiu objectos sensoriais para serem utilizados pelo público

## Refletindo sobre ferramentas analisadoras

Muitas são as ferramentas que os profissionais de saúde têm à disposição para serem utilizadas no trabalho em saúde. O que se pretende aqui é fazer uma reflexão sobre o que são e quais as ferramentas utilizadas para se analisar o trabalho em saúde. Sendo assim, uma das primeiras questões sobre a qual precisamos refletir trata da compreensão que temos a respeito de ferramentas.

**Você acha que no seu trabalho cotidiano utiliza ferramentas? Quais? Em que situação?**

**Você já parou para pensar sobre o significado de ferramenta?**

Para desencadear a reflexão, trazemos o sentido literal do termo. A palavra **ferramenta** deriva do [latim](#), plural de *ferramentum*. É um [utensílio](#), dispositivo, ou mecanismo físico ou intelectual utilizado por trabalhadores das mais diversas áreas para realizar alguma tarefa (Disponível em Wikipédia, acessado em 20 de julho de 2013).

Em geral, o termo “ferramenta” remete a pensar em instrumentais que são meios de objetivação, ou seja, meios que possibilitam produzir concretude e materialidade em determinadas situações e ou instituições em análise, com a intencionalidade de projetar e operar mudanças e transformações. Em um trabalho que visa a tomar como seu foco o próprio modo como os coletivos trabalham nas organizações, as ferramentas são algo que ajudam os trabalhadores a compreenderem e intervirem sobre seus próprios modos de trabalharem.

Podemos colocar em análise, por meio do uso de ferramentas, o encontro do usuário-trabalhador, encontro do trabalhador-equipe, encontro entre equipes e também o encontro com a gestão. Podemos colocar em discussão para que servem esses encontros, para que se trabalha, por que se trabalha, o que se produz com esses encontros, e por aí vai.

Segundo Franco e Mehry (1997), uma análise deve reunir em torno de si elementos que dizem respeito às relações intra e inter institucionais e outros relacionados à micropolítica da organização dos serviços, bem como as firmadas no processo de trabalho. E assim, é possível inclusive mergulhar nos processos decisórios nos serviços e na gestão de saúde. Em função disso, apresentamos algumas contribuições para a análise dos processos de trabalho, tais como: fluxograma analisador, rede de petição e compromissos, mapas analíticos e redes vivas construídas pelo usuário-guia. É importante chamar a atenção de que existem outras “ferramentas-tecnológicas”, que fazem parte dos processos de trabalho em saúde (como conhecimento, conceitos, teorias, modos de estabelecer relações, e outros), que não são objeto de análise neste momento.

Convidamos você a pensar sobre a situação vivenciada por MC com a finalidade de exercitar o uso das ferramentas.

### **Cena : Caso MC**

MC, 56 anos de idade, dona de casa, viúva, com uma filha, buscou ajuda na Unidade Básica de Saúde (UBS) Círculo Operário porque se sentia desconfortável e desejava realizar coleta de material para citologia oncológica do colo uterino (exame papanicolau). Procurou a enfermeira da UBS por ter vergonha de fazer o exame com o médico. Referiu sentir-se constrangida em despir-se, uma vez que ficara viúva muito cedo. Ao relatar à enfermeira como se sentia, solicitou que a mesma realizasse o procedimento. A enfermeira alegou não poder atendê-la na ocasião e orientou para que retornasse em 15 dias.

MC retornou à UBS 30 dias após. Nesta ocasião, foi atendida por outra enfermeira e repetiu o relato anterior. Esta enfermeira decidiu atender MC e a conduziu à sala de atendimento. MC relatou que a sua última avaliação ginecológica havia ocorrido por ocasião do nascimento da sua única filha, há 30 anos.

No exame físico, a enfermeira identificou nódulo na mama direita e lesão no colo uterino. Após coleta, o material foi encaminhado para o laboratório.

A enfermeira discutiu a situação com o médico ginecologista e este se negou a solicitar os exames, determinando que fosse agendada consulta médica. A consulta foi realizada 20 dias após, quando foram solicitadas mamografia, ecografia mamária e ecografia transvaginal de urgência. A Unidade Básica agendou os exames, que foram realizados em um período de 30 dias.

Ao regressar à UBS com os exames, MC relata à enfermeira que sentia muitas dores no baixo-ventre, estava febril e apresentava sangramento vaginal sanguinolento há mais de 48 horas. Os exames de colo uterino demonstraram alterações para malignidade e possível presença de metástases. A mamografia e ecografia mamária apresentaram-se normais. MC foi encaminhada para consulta com o cirurgião e este a encaminhou ao setor de avaliação, controle, regulação e auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de conseguir a autorização para realizar procedimento cirúrgico e iniciar tratamento antineoplásico.

## 1. FLUXOGRAMA ANALISADOR DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Segundo Franco e Merhy (2003), o Fluxograma é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. É uma forma de olhar a organização das práticas assistenciais em saúde no trabalho cotidiano da equipe. O itinerário/percurso do usuário produzido nos encontros entre trabalhadores e usuários é o elemento norteador/guia para construção do fluxograma.

Como se dá isso? Se pudéssemos seguir um usuário no seu percurso em busca de uma resposta para sua necessidade de saúde, anotando todos os lugares por onde ele passou e as ações realizadas pelos trabalhadores de saúde, dentro da unidade ou na rede de saúde, tais como perguntas, orientações, procedimentos, cadastros etc. com o objetivo de atendê-lo, poderemos ter ao final uma descrição do seu percurso assistencial e terapêutico.

O Fluxograma é uma forma de dar representação gráfica a esse percurso que, ao descrever parte do processo de trabalho, abre a possibilidade para que seus próprios construtores conversem sobre seus modos de fazerem os encontros que a ferramenta explicita e as maneiras como o trabalho está organizado no serviço de saúde. Assim, é possível que o construtores, de maneira coletiva, nomeiem inclusive os problemas que vêm no processo de cuidado gerado.

São utilizados para a representação gráfica três símbolos:

A elipse, que representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços.

O losango, que indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho.

O retângulo, que diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo.

Conhecendo esta ferramenta, construa e discuta em grupo o fluxograma analisador do caso de MC descrito anteriormente.

Muitas vezes, ao construir e analisar um fluxograma pela primeira vez, os trabalhadores ficam muito presos à utilização do losango, do retângulo etc. Será que se trata de uma decisão? Será que se trata de uma ação?? O que você faria para fugir desta armadilha?

Para pensar e sentir a partir da construção do fluxograma:

- Análise a abordagem das enfermeiras e depois procure responder a essas questões:
- Que aspectos foram priorizados pelas profissionais?
- Você apontaria alguma semelhança deste atendimento com outros que acontecem no cotidiano do seu trabalho?
- O que o processo de atenção ofertado a MC provocou em você? Como você se afetou?
- Reflita sobre os incômodos que afetaram você como ruídos?
- O que consegue pensar de possibilidades para agir em uma situação como essa?

## 2. REDE DE PEDIDOS E COMPROMISSOS

A rede de petição e compromissos, segundo Merhy (1997), faz parte do modo de se construir redes de conversações nas organizações e pode permitir identificar, no seu mapeamento, tipos efetivos de contratualizações e relações que os vários atores de uma organização estabelecem entre si em um processo organizacional específico. Com isso, pode permitir que coletivos problematizem esses tipos de compromissos que são construídos, por eles próprios, e interrogar como seus encontros são constituídos, seguindo na reflexão sobre o tipo de finalidades e o tipo de relações entre trabalhadores.

Considerando que o trabalho em saúde tem características relacionais e se dá no encontro; há possibilidade de se mapear como são estabelecidas as redes de petição e compromissos no encontro do usuário/trabalhador, trabalhador/equipe, entre equipes, no encontro com os espaços formais da gestão e entre diferentes instituições e serviços. Os acordos, os compromissos, as pactuações firmadas nos diferentes encontros que acontecem no cotidiano do trabalho nem sempre estão formalmente documentados, mesmo que ocorram. Aliás, vale destacar que estas redes de petição e compromissos (formais ou informais) que se estabelecem são inerentes aos processos de trabalho, em geral.

As redes de pedidos (ou petição) e compromissos podem ser representadas de diferentes formas – como figuras, quadros, gráficos, protocolos. Para melhor compreensão, encontra-se a seguir a representação de uma.

Para construção da rede de pedidos e compromissos, é utilizado como centro o Usuário MC. Identificam-se os serviços de saúde acionados com o objetivo de se realizarem o diagnóstico e tratamento de MC, bem como as diferentes categorias profissionais envolvidas no cuidado.

Convidamos você a retomar o caso MC e a representar no quadro a seguir a rede de pedidos e compromissos que se deu no encontro entre usuário-trabalhador, trabalhador-trabalhador e UBS-outros serviços.

**Quadro de Petição e Compromissos**

<b>Encontros</b>	<b>Pedidos</b>	<b>Compromissos</b>
Usuário-trabalhador		
Trabalhador-trabalhador		
Ubs-outros serviços		

**Mas a rede de petição e compromisso também pode ser construída para colocar em análise as relações entre os trabalhadores de uma mesma unidade. Muitas vezes, há acordos e desacordos implícitos na relação entre trabalhadores, pois há poucos espaços criados para que acordos e negociações sejam feitos abertamente. Outras vezes, os trabalhadores de uma unidade conhecem muito pouco do trabalho uns dos outros (que dirá na rede de atenção em geral!).**

**Em uma roda, pode-se pedir que cada trabalhador construa duas listas: uma do que ele precisa (dentro da unidade) para trabalhar e outra listando os impactos/consequências de seu trabalho sobre os demais trabalhadores da unidade. Todos colam suas listas na parede e procedem à análise coletivamente. Você não gostaria de experimentar fazer esse exercício e compartilhar reflexões com o nosso coletivo?**

## 3. MAPAS ANALÍTICOS

Os Mapas Analíticos foram propostos originalmente por Franco e Merhy (2009) e são considerados ferramentas cartográficas que, quando utilizadas para desenhar os processos de trabalho, são capazes de captar

os movimentos contínuos e descontínuos na dinâmica do trabalho em saúde, possibilitando identificar e analisar o processo de trabalho e a produção do cuidado na sua micropolítica. Chamamos a atenção para a importância de colocar os trabalhadores, sujeitos e atores desse processo em cena, visando a produzir uma reflexão acerca dos seus saberes e fazeres. A construção de mapas analíticos implica sua produção pelos próprios atores envolvidos no mundo cotidiano do trabalho em uma certa organização, por exemplo. É a partir dessa construção é que os “núcleos” analisadores emergem. Não há como definir a priori quais serão eles e impô-los para os que estão mapeando seu cotidiano. Muitas das experiências realizadas em coletivos de trabalhadores de redes municipais de saúde têm destacado alguns núcleos, ao quais vale a pena observarmos.

Em suas experiências, Franco e Merhy (2009) encontraram pelo menos três tipos de núcleos analisadores na produção do mapa analítico, quais sejam: mapas dos conflitos, mapas dos atos inusitados e mapas dos atos inúteis.

- a) Os “mapas dos conflitos” emergiram quando os trabalhadores, através de suas narrativas, descreviam situações do cotidiano do trabalho vivenciados por eles, que caracterizavam momentos de grandes disputas e brigas pelos modos de agir na organização, em diferentes níveis institucionais.
- b) Os “mapas dos atos inusitados” expressavam ações e atos inesperados e incomuns que afetam a equipe no seu cotidiano de trabalho.
- c) Os “mapas dos atos inúteis” revelavam como os próprios trabalhadores identificavam que o seu trabalho não conduzia a produção de nada que fosse útil para a finalidade da organização, segundo eles próprios. Isso inclusive abria a possibilidade de uma longa conversa sobre em que rede de petição e compromisso essa produção estava inserida, resultando em “inutilidades”.

Nas experiências de utilização de mapas analíticos, várias outras possibilidades foram inventadas, dependendo da questão que parecia importante colocar em análise. Por exemplo, quando se quis problematizar o exercício da gestão (porque havia uma queixa de sobrecarga por parte dos gestores locais), a partir de uma lista do que havia sido trabalhado no dia anterior, analisou-se o que daquela lista somente o gestor poderia ter feito e o que outras pessoas poderiam ter feito. Outro exemplo: quando se desejou colocar em pauta o processo de cuidado, foi pedido às equipes que identificassem casos em que acharam que haviam cuidado bem e casos que foram difíceis. O debate produziu-se por meio da análise de como as equipes haviam se movimentado em umas situações e nas outras, por que agiram de determinada forma, etc. E por aí afora.

Portanto, você pode não apenas elaborar uma análise a partir dos mapas sugeridos anteriormente, mas também pode propor outros tipos de mapas analíticos, pois a formulação inicialmente proposta por Franco e Merhy é aberta, permitindo dialogar com outras possibilidades de agregação de mapas. Um exemplo de outro mapa é o que foi feito por Mirian Suzana no texto do [Dia Zero na Gestão](#), que propôs para sua equipe as seguintes questões:

- a) as coisas mais legais que haviam feito;
- b) as coisas mais difíceis;
- c) situações em que se sentiram muito sozinhos;
- d) situações em que sentiram fazer parte de uma equipe e contaram com a colaboração de outros companheiros de trabalho.

O mais importante é que você realize o processo de forma participativa, integrando diversos atores envolvidos nos processos que estão sendo analisados. Este movimento permite não só que se promova uma reflexão mais ampla e potente, bem como desencadeia um reconhecimento dos aspectos relevantes do trabalho por parte das pessoas que as produzem. Isto vale, também, para as demais ferramentas apontadas neste texto.

#### **4. MAPAS CONCEITUAIS**

Além dos mapas analíticos propostos anteriormente, os “mapas conceituais” são ferramentas úteis para dar visibilidade a conceitos e saberes que estão presentes nas equipes no seu cotidiano do trabalho. As autoras Rossi e Depresbiteris (2009) ajudam a compreender o seu significado quando afirmam que esse mapa é uma representação visual e denota a maneira de um indivíduo compreender os conceitos e as suas relações.

Para a construção de mapas conceituais, devemos observar que:

- há várias formas de traçar o mapa conceitual, portanto não há uma maneira certa ou errada de construí-lo;
- é importante que o mapa retrate conceitos chaves do objeto/situação em análise;
- o mapa deve representar as relações entre os conceitos;
- a apresentação dos conceitos deve ser por ordem de importância, segundo quem o produz;
- os conceitos mais importantes devem estar em destaque.

Para melhor compreensão, segue a representação de um mapa conceitual.

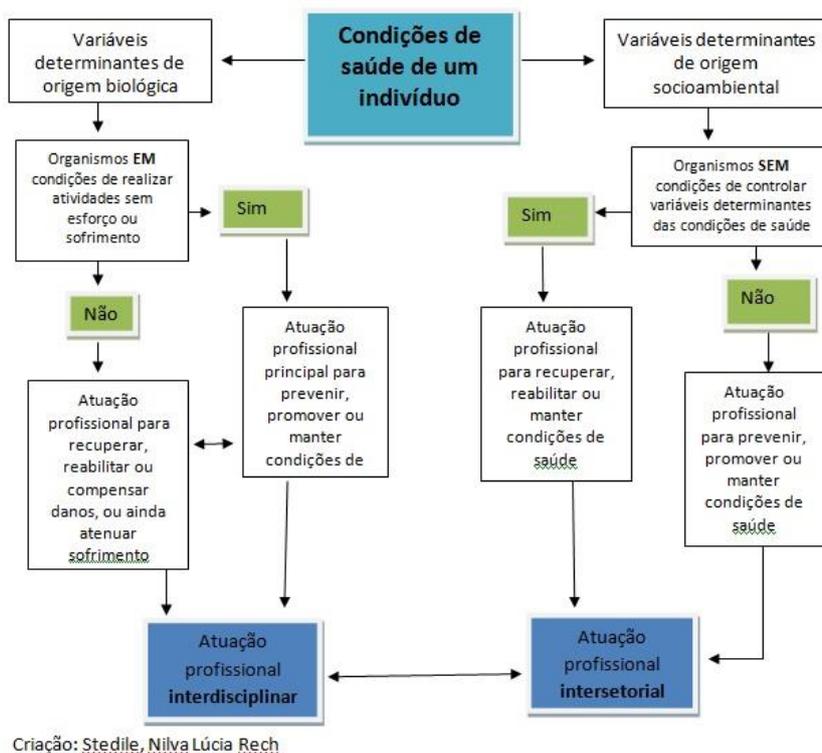


Figura XX – Mapa conceitual sobre Atuação Profissional

Parece ser importante destacar que os mapas cartográficos têm como foco a observação e apreciação dos processos de trabalho, ao passo que os mapas conceituais têm a intencionalidade de produzir reflexão sobre os conceitos presentes em dada situação, inclusive de diferenças marcantes de perspectiva entre os vários atores evidenciada nos modos como se colocam no mundo do trabalho.

Pensando nesta perspectiva, retome o mapa do conflito elaborado por você a partir de alguma cena ou caso que você escolheu e procure identificar/representar os conceitos chaves das pessoas envolvidas no conflito.

## **5. USUÁRIO-GUIA (ou de que modo o usuário é uma rede viva em produção de existências e que não se reduz aos percursos dos itinerários assistenciais e terapêuticos que são colocados para eles)**

A ferramenta denominada usuário-guia tem como intencionalidade colocar em evidência/trazer para a cena de estudo cuidados produzidos que habitualmente acontecem fora das redes formais de saúde, disparados pelos modos de produzir as conexões existenciais dos usuários em seus modos de produzir e caminhar na vida. Este tipo de metodologia permite avaliar processos de trabalho de uma equipe de saúde, além de identificar pessoas, outros territórios (lugares, instituições, práticas e saberes) e (re)construir memórias que de alguma forma estão envolvidas com o cuidado do usuário. Só que aqui, ao invés de a equipe e seus movimentos serem o disparador da análise, o usuário é que é. São os movimentos dos usuários que possibilitam interrogar seus encontros e desencontros com as equipes e com outros que cumprem papel importante em sua produção de vida.

Sugere-se, assim, que o elemento norteador para a coleta de dados seja a rede de relações/vínculos que o usuário guia estabelece.

Veja em detalhe como na pesquisa sobre Acesso e Barreira em uma complexa rede de cuidado em saúde mental, os pesquisadores utilizaram essa noção de usuário-guia para construir com os trabalhadores dessa rede a produção de conhecimento sobre a produção do cuidado em saúde mental, para muito além dos territórios organizacionais dessa rede. Fizeram isso abrindo o estudo dos modos de produção das existências pelos próprios usuários, tomados como elemento vital para se entender o que poderiam ser a relação cuidadora, a assistência e a construção de processos terapêuticos.

Link: relatório final da pesquisa (2011)

### **Lembrete!!**

**As ferramentas não são um fim em si mesmas e, portanto, não podemos nos deixar capturar por elas. Elas destinam-se a um propósito maior que é o de colocar em observação e apreciação os processos de trabalho e os conceitos presentes em determinada situação que nos possibilitará construir aproximações analíticas em relação aos serviços, cujo melhor produto deve ser a criação / invenção de possibilidade de melhorias.**

**As ferramentas não necessitam ser utilizadas conjuntamente e ou para as mesmas situações. Cada situação pede coisas diferentes. Com o tempo, experimentando, vamos construindo modos de utilizá-las de forma que todos possam tirar melhor proveito do exercício!**

### **Referências:**

Depresbiteres, L.; Tavares, M. R. *Diversificar é Preciso: instrumentos e técnicas de avaliação de aprendizagem*. São Paulo: SENAC, 2009.

Franco, T.B.; Merhy, E.E. *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.

Merhy, E.E. et al. *Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

Merhy, E.E.; Franco, T.B. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: Carvalho, S. *Conexões*. São Paulo: Hucitec, 2009.

Merhy, E.E.; Feuerwerker, L.M.; Silva, E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Revista de Salud Colectiva*, volume 8, 2012, pp 25-34. Argentina.

Pessôa, L.R. et al. *Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde*. Rio de Janeiro: Ensp, 2011.



## UMA CONVERSA SOBRE FONTES NARRATIVAS

[1] Quando pensamos em fontes, pensamos em determinados lugares, documentos, pessoas, entre muitos outros espaços, que nos permitem “beber” informação para, dessa forma, conhecer um determinado fato e até poder narrar posteriormente. Uma história é composta por muitas fontes, sejam elas escritas ou orais, ou seja, desde documentos oficiais, livros, rascunhos, até as mais diferentes versões que são contadas sobre um determinado acontecimento. Mas esta história também é composta por aquilo que não é **visível**. Por milhares de outras histórias e pessoas que atravessam a construção desta narrativa, mas que não foram visibilizados.

**A construção de visibilidade não é uma prática de simplesmente abrir os olhos, pois depende da construção do olhar e não do olho como “órgão” e essa construção do olhar passa pela construção de um campo de visibilidade discursiva, que permite ver e dizer. Assim, só no século XVIII para o XIX passamos a olhar alguém, na Europa Ocidental, e a ver um corpo biológico e esse passa a ser fonte, os sinais e sintomas que vem dele fazem sentido, quando antes nem existiam. Por isso, a questão da fonte é a produção do que é significante em nós e isso se produz em certos regimes de signos e de veridicações, ou seja, em certas produções do que são “coisas” para nós e do que são as suas verdades. A ciência de bancada tenta nos convencer que as coisas ao existirem em si bastam para que sejam fontes, mas a existência em si é uma produção de regimes de visibilidades (FOUCAULT, 2008; DELEUZE, 2006)**

Conforme nos conta o relatório da Pesquisa “Acessibilidade na Atenção a Crise nas Redes Substitutivas de Cuidado em Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro” (2012), o operador fonte, amplamente empregado nas pesquisas em História, se refere a uma multiplicidade de documentos, sejam eles formais e institucionais como os prontuários, certidões, declarações, discursos, pronunciamento ou de natureza cotidiana como diários, fotografias, cartas, filmes, relatos orais e testemunhos que apontam para alguns instrumentos na construção do conhecimento de determinado objeto, contexto ou mesmo como patrimônio cultural.

Supomos que vamos contar a história de um determinado usuário e sua relação com os trabalhadores de um equipamento de saúde do município X. Temos uma série de informações que já foram consideradas nesta primeira descrição: quem é este usuário e o que faz no centro de saúde, quem são os trabalhadores que em geral se conectam com ele, qual é esse município, ou seja, se é grande, pequeno, pobre ou rico. Alguns dados são possíveis, ainda, serem imediatamente recolhidos no prontuário dessa pessoa. Mas essa é a única fonte sobre esta história? Ainda, vamos falar de todos os trabalhadores? Vamos conversar com eles? Daremos visibilidade para outras pessoas que se relacionam com este usuário fora do centro de saúde?

Muitas vezes não nos damos conta, mas essas são as nossas escolhas cotidianas ao fazer um **relato**. E fazemos isso cotidianamente em todos os territórios pelos quais andamos, inclusive no mundo do trabalho, e não precisamos necessariamente de um livro para contar uma história. Fazemos diariamente nas diversas redes de conexões que atualizamos a cada instante.

**Relatar nessa circunstância é narrar do seu lugar de narrador o que e quem é o outro, aí acontece que quando vamos construir a “história” de alguém pelas narrativas dos muitos que podem falar sobre ele, o que vemos é a construção de muitos ele. Isso implica na necessidade de reconhecer que estamos diante de um ele-multidão o que nos impede de simplesmente considera-lo um caso, pois esse é uma representação sobre o outro e isso não se confirma na construção do outro como multiplicidade, que os outros produzem dele e ele de si, pois esse também tem muitas narrativas sobre si mesmo. (Pesquisa SM – Acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, 2011).**

Por isso, é muito importante estabelecer um diálogo com todas as pessoas que vamos nos conectar, posicionando-os como rastreadores e rastreados. Neste sentido, todos são fontes, mas não só isso. São eles também rastreadores dos territórios das existências que buscamos visibilizar.

Assim, o encontro dos trabalhadores e usuários, trabalhadores e gestão, trabalhadores e ensino, e, trabalhadores entre si é fundamental para esta importante tarefa de reconhecimento das fontes. Por isso a importância de potencializar este encontro. Neste sentido, estes trabalhadores não são somente fontes ou

informantes de uma cena que interessa ser contada, pois são também **autores e narradores**. Não interessa somente a narrativa do outro, como um prontuário, uma descrição de doença, ou uma situação alheia à equipe. Interessa a potência de narratividade na qual esta narrativa seja de fato um processo construído entre todas as fontes possíveis e acessíveis. Interessa buscar a ação e a narratividade como ferramentas para encontrar essas vidas.

**Quando somos instados a ser autor, e não ator, somos instados a sermos produtores de conceitos em ato. E isso não tem fórmula ou metodologia predeterminada. É um processo subjetivo de potência narrativa. Como nos oferta Erminia Silva (2009, p.31), “não é o caso de afirmar que os relatos reproduzem uma homogeneidade e que eles são a “pura” manifestação da verdade. Possuem contradições, não porque são baseados na memória, mas sim porque são fontes, e como qualquer fonte serão analisados à luz de sua historicidade e produção”. Ou seja, podemos afirmar que a memória se produz em acontecimento.**

Podemos pensar que, como ponto de partida do encontro a partir do pedido para que coloquem uma cena do seu cotidiano de trabalho, seja feito um mapeamento das diversas histórias que atravessam essa cena, para desta forma emergir as vidas que andam dentro deste mapeamento. Desta maneira, adentramos o caminho de convidar para a cena outras fontes que vão integrar o nosso processo, considerando que a fonte zero é a memória dos próprios trabalhadores sendo conectada em ato pelo acontecimento do encontro.

Com certeza, muitas cenas serão sugeridas e disputadas para serem narradas neste processo. Podemos considerar um trabalho, então, como um critério para a definição da cena, aquela com o maior número de fontes possível e passível de analisar. Essa quantidade e qualidade de fontes, inclusive, é em si um potente **analisador**.

**Podemos pensar que os analisadores são aquilo que nos permite ver, aquilo que faz aparecer coisas que não estão visíveis em um primeiro correr de olhos. Analisador, desta maneira, não nos serve somente para submeter alguma circunstância a uma determinada análise, mas muda o foco do nosso olhar para viabilizar outras percepções. Como nos oferta Lourau, um analisador é aquele que faz falar: faz um grupo de coisas, como uma instituição de saúde, por exemplo, dizer coisas que não são conversadas, mesmo estando ali, ainda que ocultas, mas em acontecimento (FRANCO E MERHY, 2007).**

Muitas vezes, a pobreza de fontes é intencionalmente produzida, e o próprio local de trabalho produz essa escassez de narrativas. O prontuário, por exemplo, não é uma boa memória, ao contrário daquela memória que é vivida pelos trabalhadores no seu cotidiano. Esse processo traz à cena que os próprios trabalhadores são fontes dos casos, são eles rastreadores e são construtores das **redes de conexões existenciais**.

**As redes de conexões existenciais são vivas, estão a todo o momento sendo produzidas de maneira rizomática, tal como nos propõem Deleuze e Guattari (1995), de maneira múltipla e heterogênea, sem um centro definido, nem mesmo um ordenamento preestabelecido. Cada ponto do rizoma se conecta a partir dos afetos e potencialidades. Sendo viva e múltipla, como critérios constitutivos de sua existência, ela se produz no caminhar das existências das pessoas. Assim, essas conexões são fragmentárias e em acontecimento, ou seja, são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes se tornam permanentes, por exemplo, como acumulação de um grupo de trabalho em saúde.**

Consideramos, assim, que a primeira e mais importante fonte de dados é o trabalhador no cuidado, porque foi ele quem vivenciou e compôs as situações complexas em relação ao trabalho e ao cuidado em saúde. E são somente estes trabalhadores que podem identificar e conectar outros atores/autores para essa história, dando pistas dos invisíveis e indizíveis que permeiam essa narrativa. Ao partir de uma cena real daqueles trabalhadores, trazemos para o debate a complexidade uma vivência relacionada a esse caso, as situações que existem, as possibilidades, as relações que ali se produzem. São fontes do próprio encontro dos trabalhadores

com seu mundo do trabalho, que vai em busca do fazer e da narrativa da própria vivência do cuidado tal e como ele é produzido. Esses acontecimentos são os analisadores que demonstram a **Educação Permanente em Saúde** como constitutiva do fazer cotidiano dos trabalhadores nos serviços de saúde.

**A educação permanente em saúde parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM e FEURWERKER, 2004, p.49).**

Essa conversa nos mostra que as fontes são um ponto fundamental no processo de Educação Permanente em Saúde em Movimento, e que elas têm diversos atravessamentos que precisam ser trabalhados. Cada fonte carrega em si uma série de informações que precisam ser problematizadas. Assim, é importante pensar em como ler uma fonte ou como explorar diversos sentidos de uma fonte, considerando que todas as fontes disponíveis são múltiplas em si mesmas. É fácil pensar: se são muitas verdades, é preciso contemplar todas as visões que estão neste emaranhado de narrativas, sejam elas orais ou escritas.

Assim, podemos afirmar que existem dois elementos-chaves para disparar o processo com os trabalhadores: o primeiro deles é o mundo do trabalho no qual estes trabalhadores estão inseridos. O segundo ponto importante é a discussão sobre fontes. O que são fontes? Do ponto de vista do mundo do trabalho, muitos regimes de verdade são operados. O saber clínico da equipe é um regime de verdade importante, mas o trabalhador maneja muitos outros regimes de verdade no cotidiano para além dessa clínica oficial. Porém, quando se entrevista este trabalhador, muitas vezes ele fala da clínica médica e joga fora os demais. Porém, no cotidiano do trabalho este trabalhador exercita intensamente os outros regimes de verdade. Muitas equipes conseguem ter efeitos terapêuticos pelo que se opera fora dos regimes de verdade produzidos pelos conhecimentos científicos.

---

#### **Textos de apoio:**

CECCIM, Ricardo Burg; FEURWERKER, Laura CM. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. Continuum International Publishing Group, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs. v. 1**. Rio de Janeiro: Editora V. 34, 1995.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Forense Universitária, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson. **Acessibilidade na atenção à crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no estado do Rio de Janeiro**. Relatório final da pesquisa, Rio de Janeiro, outubro 2012.

MERHY, Emerson et al. **Pesquisa SM – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas**. Relatório final da pesquisa, Campinas, fevereiro 2011.

SILVA, Erminia. *O circo: Sua arte e seus saberes*. In SILVA, Erminia; DE ABREU, Luís Alberto. **Respeitável público... O circo em cena**. Funarte, Ministério da Cultura, 2009. Disponível online no site da Funarte.

---

[1] Link com o a Entrada EXPERIMENTAÇÕES: [UM CONVITE À NARRATIVIDADE: TORNADO-SE ANFÍBIOS VOADORES](#)

## A regulação e o seu papel na rede de atenção

A intensificação da incorporação tecnológica para diagnóstico e terapêutica e a lógica de racionalização dos gastos levaram à ideia de concentrar os equipamentos e especialistas num único espaço, geralmente regionalizado. Assim foram criados os ambulatórios de especialidades. E com eles, cada vez mais, as filas de acesso.

As centrais de regulação foram criadas para receber e dar fluxo às solicitações de procedimentos como exames, consultas com especialistas e internações. Na vida como ela é, vale olhar para estes arranjos. Eles podem produzir efeitos diferentes a depender de quem está envolvido, tanto o profissional como o usuário.

Por acaso você se deparou com situações em que o trabalhador da Unidade Básica de Saúde entende que sua responsabilidade é encaminhar a solicitação e feito isso, a questão do acesso está entregue à central de regulação? Você já se deparou com situações em que o usuário ficou com a sensação de abandono e o que resta a ele é esperar pacientemente, ou procurar a partir de seus contatos e recursos interferir no andamento do processo?

Pare um pouco e pense porque isto acontece....

**Como está organizada a rede de serviços de saúde do seu município? O que você vê e o que você não vê?**

Muitas vezes, a gestão de um município pactua nas devidas instâncias quais devem ser os tipos de serviços ofertados no município ou região de saúde. Define os fluxos assistenciais formais, isto é, os critérios técnicos e caminhos que os usuários devem percorrer para terem acesso aos serviços de referência. Estas definições de fluxos são organizadas a partir de protocolos técnicos, também pactuados em instâncias pertinentes.

Essa lógica “ensigna” como cada um deve se comportar. Dizemos “ensigna” fazendo referência ao modo com as organizações atuam, trazendo em si orientações prescritivas de como compreender o mundo e o papel de cada qual nele.

Essas orientações, quando construídas sem debate e sem aproveitar as potencialidades de diferentes trabalhadores e serviços, acabam muitas vezes aprisionando o trabalho e o trabalhador uma vez que, ao invés de ele tomar iniciativas sob seu alcance, acaba por esperar a iniciativa do outro, mesmo que isso implique em prejudicar o usuário. Quando não colocam em primeiro lugar as necessidades dos usuários, os sistemas regulatórios podem produzir fragmentação e ter como efeito a desresponsabilização do trabalhador com o resultado total do trabalho. Construídos de modo duro, esses sistemas podem produzir **a não rede**, a descontinuidade, a desconexão e o descuidado.

Para evitar esse efeito – do tipo “*depois que entreguei o papel do encaminhamento, já fiz a minha parte e o problema não é mais meu*”; “*depois que o usuário entrou na engrenagem, ninguém mais se responsabiliza ou se interessa por verificar em que pé estão as coisas, se a consulta ou o exame solicitados efetivamente vão ocorrer em tempo hábil*” – é necessário pensarmos a regulação e a rede como uma estratégia de produção de encontro, interações entre trabalhadores dos diversos serviços na busca da produção do cuidado. Se todos se ocupam ou buscam operar a máquina administrativa a serviço do cuidado, tudo pode ficar menos pesado, menos burocrático e mais resolutivo [R1] .

Então, todos tem algo a contribuir na produção mais cuidadora desses arranjos... E, como fazer isto acontecer?

Em todos os serviços, é preciso criar um espaço de discussão compartilhando necessidades, prioridades, alternativas, colocando em diálogo vivo os trabalhadores dos diferentes serviços e criando modos para acompanhar os caminhos dos usuários pela rede. A regulação tem o papel de estabelecer critérios de acesso a

determinados exames e consultas, com o objetivo de assegurar a equidade, ou seja, para que aquele que mais necessita possa ter acesso primeiro e de forma mais urgente do que outro usuário que pode esperar um pouco pelo seu atendimento.

Outra função da regulação é avaliar as solicitações médicas de acordo com as necessidades dos usuários. Considerando que os recursos são finitos e que algumas necessidades são fabricadas pelos meios de comunicação, pela indústria farmacêutica, existe uma cultura de “fast-food” de procedimentos em virtude do modelo procedimento-centrado [R2] que ainda existente no sistema de saúde. Isto gera pressão por todos os lados para esse consumo.

Há uma visão hegemônica de quanto mais procedimento eu faço, mais eu asseguro cuidado [R3] ao usuário. E isto não é verdade.

Podemos então dizer que temos uma dimensão mais normatizada dos fluxos assistenciais da rede, com muitas regras que definem antecipadamente muitas coisas – do que pode e o que não pode, do que tem e onde tem, de quem deve e quem não deve usar determinado serviço, quem pode ofertar e quem deve consumir os serviços. No entanto, há vários pontos deste fluxo que podem sofrer a interferência do trabalhador (com seu trabalho vivo), e que podem mudar completamente o desfecho ou o resultado final da operação, pois, afinal de contas, todo este sistema é operado por profissionais, pois como já comentamos anteriormente, quem se comunica são pessoas – os trabalhadores e usuários – e não os prédios!

Então, para garantir que o usuário tenha acesso às tecnologias alocadas nos diferentes serviços, no tempo de sua necessidade, os vários serviços que compõem a rede devem “conversar”, ou seja, deve haver fluxos previamente definidos e combinados de assistência do usuário. Só por meio de um processo de negociação das regras que essas podem se tornar mais efetivas. Óbvio que esse caminho dá mais trabalho e que ao longo dele você também pode se deparar com diversos atores que disputam outros interesses que não os do cuidado. Não temos como controlar tudo e dimensionar o tamanho da encrenca que cada um enfrenta em seu município ou Estado. O que sabemos é que quando abrimos espaços de diálogo na gestão, temos mais envolvimento e implicação do que reação.

#### **Atividade em grupo:**

O que você considera importante para um funcionamento de uma rede de atenção à saúde?

- **O que ela tem que ter, na sua visão?**

- **Qual o papel dos profissionais, da gestão e dos usuários na rede?**

- **Você pode discutir com seu o grupo:**

- Quando a regulação pode se tornar facilitadora do acesso, da integralidade e da continuidade do cuidado? Quando a regulação é produtora de barreiras ao acesso?

**Pode ser uma tempestade de ideias, liste todas elas e discuta-as.**

[R1] Se você quiser entender melhor esta afirmação, pode acessar na entrada texto em cena [O TEXTO TODO MUNDO FAZ GESTÃO](#)

[R2] Para entender melhor essa lógica, sugerimos que você acesse o **na entrada TEXTOS** [“O TRABALHO E OS DIVERSOS FORMATOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO”](#)

[R3] Texto da entrada - OUTRAS OFERTAS [“O ATO DE CUIDAR, A ALMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE”](#)

# Trabalho e os diversos formatos da produção do cuidado

## A crítica ao modo hegemônico centrado em procedimentos

Vamos ler o relato do caso a seguir e refletir juntos sobre a pergunta que fizemos.

**H.R., 54 anos, homem, relojoeiro. O paciente queixa-se de dor lombossacral que há muitos anos o importuna. Como se intensifica ao longo do dia e torna-se mais branda nos fins de semana, não hesita em culpar a posição imposta pelo trabalho. "Fico o dia todo em minha bancada, mexendo com relógios. Agachado em cima do banquinho, curvado para a frente, senão não enxergo o que estou fazendo. Chega o fim do dia, mal consigo me levantar; chegar em casa é um sacrifício." Diz ainda que já tomou remédio por conta própria, mas não adiantou, e uma vez até fez fisioterapia, mas não gostou muito, pois chegava à clínica e o fisioterapeuta o colocava em alguns aparelhos e ia embora. O médico fê-lo ficar em pé, apalpou-lhe a musculatura paravertebral, depois tirou da gaveta o seu esfigmomanômetro (aparelho de medir pressão arterial – PA), constatou uma PA de 166 por 100 mmHg. Sentou-se, começou a escrever: um diurético, seguido por um betabloqueador. Solicitou exames para avaliação do risco cardiovascular, acrescentou algumas recomendações com respeito ao peso, o regime alimentar, a necessidade de exercício e deu por encerrada a consulta.**

A partir da adaptação desse relato de Kurt Kloetzel (1999) algumas questões chamam a atenção: Você acha que a abordagem do médico foi adequada? Haveria outra forma de conduzir essa consulta? Por que não se abordou, na conduta proposta, a queixa de dor lombossacral do Sr. H.R.? O que motivou o médico a, mesmo diante de uma queixa de dor, desviar o foco na consulta para a pressão arterial elevada? E quanto à possibilidade do sintoma impedir a realização do trabalho? E a sensação de que não foi bem atendido pelo fisioterapeuta?

No relato da consulta anteriormente citado, vemos desenvolver-se uma forma de atuação profissional que parece reproduzir-se tanto no atendimento médico do Sr. H.R., como no atendimento passado do fisioterapeuta. Nessa nossa reflexão, mobilizados pelo relatado no caso apresentado, abordamos o atendimento médico; entretanto, muitas das reflexões aplicam-se ao modo de atuação dos trabalhadores da saúde em geral.

Identificamos um dado importante em pesquisa desenvolvida por Caprara e Rodrigues (2004): segundo as autoras, 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são tomados em consideração pelos médicos durante as consultas, e são desconsiderados na abordagem mais de 50% dos problemas psiquiátricos e psicossociais. Além disso, as autoras relatam que em em torno de 50% das consultas, os médicos e os pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal.

É muito frequente, portanto, as pessoas saírem de uma consulta relatando que não conseguiram falar sobre tudo o que precisavam, que não conseguiram expor suas preocupações, dúvidas e medos. Queixam-se que o atendimento foi muito rápido, que quase não foram tocadas nem examinadas, e sentem-se inseguras, desinformadas e desprotegidas em relação à atenção recebida (BRASIL, 2005).

Ao se deparar com o valor da pressão arterial aferida, o médico desviou a atenção da necessidade apresentada pelo usuário para o valor expresso pelo esfigmomanômetro, ou seja, afastou o olhar do Sr. H.R. e aproximou do número medido no aparelho. Para compreendermos melhor o motivo do profissional ter feito esse movimento de "desvio do olhar", precisamos discutir sobre como a constituição da prática profissional vem se dando ao longo da história, que fatores influenciam o trabalho e a relação profissional-usuário. Podemos dizer que há um modo de organizar os serviços de saúde e de atender os usuários que proporcionou a predominância da preocupação no dado do aparelho (esfigmomanômetro) nesta consulta que relatamos, e também na exclusiva utilização de aparelhos quando H.R. fez fisioterapia. É um modo de trabalhar centrado em procedimentos.

A esse modo, chamaremos de modelo hegemônico de organização de serviços de saúde e prestação de assistência, pela forma como determina predominantemente as práticas profissionais e a relação destes com os usuários. Tesser e Luz (2008) chamam esse modelo de racionalidade biomédica dominante que, no mundo ocidental, tem sua gênese nos séculos XVIII e XIX, com as contribuições de Pasteur, Koch e outros no campo da biologia e da microbiologia.

A descoberta de microorganismos e sua associação a doenças veio contrapor-se à teoria miasmática e à corrente da determinação social das doenças, liderada por Virchow e Neuman, na Alemanha no início do século XIX.

Os laboratórios passaram, então, a ter um caráter estratégico no conhecimento da etiologia das doenças e nas propostas de intervenção. E os hospitais, até o século XVIII considerados morredouros, se tornaram locais de trabalho da chamada Medicina Científica. (SILVA JÚNIOR, 1996)

Em finais do século XIX e início do XX, os avanços na Medicina Científica proporcionaram o aumento da indústria de equipamentos médicos, de medicamentos e do ensino e pesquisa médicos. Camargo Jr. (2005) diz que a Medicina Científica ou Biomedicina vincula-se a um "imaginário científico" correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus "mecanismos" originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais "peças".

Resumindo, essa racionalidade pode ser delineada em três proposições:

- dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais: *caráter generalizante*;
- os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o "Universo" a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos: *caráter mecanicista*;
- a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das "leis gerais" do funcionamento da "máquina universal" pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes: *caráter analítico* (CAMARGO JR, 2005, p. 178)

Nesse sentido, a prática médica foi identificada com a prática científica e os médicos tornaram-se os detentores de um saber que pode ser verificado "cientificamente". Assim, esses profissionais tiveram seu poder fortalecido na sociedade, ocorrendo uma desqualificação dos outros saberes e práticas curadoras tradicionais, como a medicina chinesa, a homeopatia, o saber popular, entre outros, ao identificá-los como "não-científicos" e, por isso, ineficazes (LUZ, 1988, apud BRASIL, 2005, p. 54). Apesar de serem importantes para a constituição da medicina moderna e para o conhecimento aprofundado das doenças, essas características favorecem o olhar reducionista do médico (com foco biológico) e dificultam uma abordagem ampliada - cuidadora, promotora de vida e de saúde (SASSI, 2012).

Remetendo-nos à situação do Sr. H.R., podemos pensar que a dimensão mecânica de um problema de funcionamento no sistema cardiovascular, traduzido pelo aumento da pressão arterial elevada, assumiu predominância para a ação profissional, em detrimento da sensação de dor lombar. Além disso, o desenvolvimento da medicina científica contou com grande apoio econômico. Sua capacidade de recuperar e manter o funcionamento do corpo dos trabalhadores – independentemente das causas do adoecimento estarem relacionadas às condições de vida e de trabalho – contribuiu para diminuir as tensões sociais e para a reprodução das relações capitalistas. Os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde baseado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar. O que queremos destacar neste momento é que todo esse processo levou a uma crescente "medicalização" da sociedade, isto é, o saber científico da medicina passou a exercer o poder de influenciar e regular a vida em sociedade. (BRASIL, 2005, p. 54)

Temos, então, uma melhor ideia do que pode ter contribuído para as práticas profissionais no caso que vimos no começo do texto. Práticas relacionadas a um saber científico que é tido como superior às demais formas de saber, e o aporte econômico que capitalizou a medicina e a saúde no sentido da produção de ações e serviços de saúde sobre os corpos doentes.

### Para refletir:

Quando passamos a observar o dia-a-dia nos nossos locais de trabalho, ou nos serviços de saúde onde somos usuários em atendimento, essa realidade vivenciada pelo Sr. H.R. apresenta-se como algo isolado? Será que outros usuários já tiveram experiência semelhante? A reflexão sobre essas questões exige que considerarmos como, na prática do trabalho em saúde, se consegue promover encontros efetivos de produção de cuidado.

Diante disso, o cuidado vai adquirindo outros significados. Ocorre um progressivo distanciamento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais das pessoas que traduzem possibilidades distintas de adoecer e de manter a saúde. Os atendimentos tendem a ficar restritos a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames, à prescrição de medicamentos (BRASIL, 2005). Essa lógica de atenção, estruturada nos procedimentos técnicos, materializa no encontro entre profissional e usuário a prática do trabalho voltada para a utilização de tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2002), e não para as tecnologias leves. Se você quiser entender melhor, acesse o artigo do Emerson Merhy: [“Um Ensaio sobre o Médico e suas Valises Tecnológicas”](#).<sup>[1]</sup> O que percebemos, então, no atendimento ao Sr. H.R. foi a predominância do uso de tecnologias duras (esfigmomanômetro e aparelhos fisioterapêuticos) e leve-duras (saber fazer o diagnóstico e a prescrição para a hipertensão arterial e quais aparelhos são mais adequados para fisioterapia para lombalgia) em detrimento das tecnologias leves (acolher a preocupação do usuário quanto à dificuldade de realizar o trabalho, elaborar propostas para executar o trabalho sem provocar dor, discutir conjuntamente estratégias para o alívio da dor lombar).

Para promover encontros efetivos de produção do cuidado, portanto, o profissional, durante seu processo de trabalho, precisa explorar além da doença. É fundamental compreender a experiência que o usuário tem da doença, o que ele entende, quais as experiências já vividas, que saberes ele traz para o encontro, ou seja, é preciso explorar a doença e a experiência da doença.

Além disso, é necessário conhecer bem o usuário, sua família, o local onde vive e trabalha, para ser possível elaborar estratégias terapêuticas de acordo com a realidade e singulares. Essas estratégias devem ser compartilhadas entre profissional e usuário, a partir da elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas (STEWART et al. 2010).

A atuação no território das tecnologias leves requer a ampliação da "escuta", do "olhar" e da percepção dos profissionais, sendo importante a aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos que podem ser obtidos a partir das contribuições de campos do conhecimento como sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, educação, saúde pública, saber popular entre outros.

Por fim, consideramos que estas reflexões que apresentamos no presente texto apresentam apenas uma possível oferta diante de outras leituras que poderiam ser desenvolvidas. Sendo assim, acreditamos que seria possível dialogar sobre a mesma situação a partir de outras perspectivas teóricas. Dessa forma, reforçamos a indicação de que vocês façam, com as ferramentas conceituais aqui apresentadas, os usos mais adequados às necessidades apontadas pela realidade em que vocês estão inseridos. Podemos também enriquecer o debate em torno do atendimento do Sr. H.R a partir da análise de contextos semelhantes que vivenciamos nos serviços em que atuamos profissionalmente, ou que acessamos na condição de usuários.

---

### Referências

BRASIL. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente*. Ministério da Saúde. Brasília: 2005.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. V. “A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

KLOETZEL K. *Medicina Ambulatorial – Princípios Básicos*. São Paulo: E.P.U., 1999.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

SASSI, André Petraglia. *Formação Identitária dos Estudantes de Medicina: Novo Currículo, Novas Identidades?*. Dissertação: (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2012.

STEWART, M; BROWN, J.B.; WESTON, W.W.; McWHINNEY, I.R.; McWILLIAM, C.L.; FREEMAN, T.R. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o método clínico*. 2 ed. Porto Alegre: ARTMED. 2010.

---

[1] Link para o artigo - [Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas](#).

## **Educação e Trabalho em saúde: a importância do saber da experiência**

Estamos acostumados a entender os processos de educação como simples repasse de informações e de conhecimento. Alguém que supostamente sabe mais do que eu, passa para mim seu conhecimento. O conhecimento que cada um traz consigo não é importante, pois só é valorizado aquele conhecimento que foi escrito, discutido e formalizado na universidade.

No caso das práticas de formação específicas para o trabalho, nos deparamos com a tradição taylorista. Frederick Taylor foi um engenheiro americano que pensou sobre o que era necessário para realizar o que ele considerava ser um bom trabalho, ou seja, eficiente e rápido. Entre outras coisas, ele achou que os administradores tinham que observar quem fazia aquele trabalho da melhor forma e descrever minuciosamente como aquela pessoa trabalhava. Assim, todos os outros trabalhadores poderiam aprender o mesmo jeito de trabalhar. Foi dessa forma que surgiram os manuais e protocolos, que falavam sobre como cada trabalho deveria ser realizado.

Seguindo esta lógica, mas por outros caminhos de ordenamento, que tem muito mais a ver com as disputas pela organização social das práticas de saúde pelos vários que se implicam no campo do cuidado e por forte presença dos processos de medicalização da vida e pela luta da própria corporação médica na sua relação com a prática de saúde e o mercado, o ensino para o trabalho em saúde tende a enfatizar o treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, seguindo determinados protocolos. O trabalhador aprende a aplicar uma injeção, por exemplo, como um procedimento que pode ser realizado sempre da mesma forma, independente da pessoa que leva a injeção (se é uma criança ou um adulto, se tem medo ou não de injeção, etc.).

No entanto, logo se percebeu que esses manuais e protocolos ajudam, mas não são suficientes para garantir a realização de um bom trabalho. Isso porque o cotidiano de trabalho sempre apresenta imprevistos, coisas que não estão previstas nos manuais, como, por exemplo, se o protocolo diz que o usuário, com um determinado quadro clínico, deve fazer uso de tal medicação. Como devo proceder quando não há aquela medicação? O que devo fazer se o usuário não quiser tomar a medicação? O que sei do usuário para entender o que está acontecendo? Sabemos que estas não são situações difíceis de acontecer nos serviços de saúde. Ao contrário, elas acontecem o tempo todo!

Assim, quando pensamos no processo de educação em saúde, temos que considerar essa imprevisibilidade do trabalho. A forma como lidamos com todas as dificuldades e surpresas que acontecem no trabalho produz um saber tão importante quanto aqueles saberes dos manuais. É o que chamamos de saberes da experiência, que vão compondo nossa caixa de ferramentas especiais, que fabricamos pelos nossos encontros e fazeres, partindo do que estamos vivenciando e aprendendo, ali no cotidiano com os outros e comigo mesmo. A seguir, vemos como e por que, no trabalho em saúde, essa característica enigmática e imprevisível do trabalho é ainda mais evidente, tornando impossível um processo de educação baseado apenas em protocolos e treinamento em procedimentos.

### **O trabalho em saúde: um trabalho relacional, vivo em ato e coletivo**

Para compreendermos algumas características importantes do trabalho em saúde, primeiro temos que pensar sobre qual é o objetivo desse trabalho. Para que trabalhamos?

Discuta isto com sua equipe.

Relate uma situação no seu trabalho que você viveu e considerou como produtora de saúde e de cuidado. O que mais lhe afetou nesta experiência?

Nesse sentido, qual a sua visão sobre o que é saúde? E cuidado?

Para conhecer: o médico e filósofo francês Georges Canguilhem afirmou que a pessoa que tem saúde não é aquela que melhor se *adapta ao meio*, mas, ao contrário, a pessoa que *inventa meios* de vida.

Viver sem um braço, por exemplo, só vai se tornar uma limitação ou doença se eu não puder inventar um modo de bem viver sem o braço. Nesse sentido, o cuidado em saúde é estar junto com o usuário na invenção desses modos de vida, e não apenas limpar os ferimentos da amputação, por exemplo.

Saúde então não é apenas ausência de doença, mas a possibilidade de inventar modos de vida conforme as dificuldades e mudanças pelas quais passamos. Sendo assim, será que os manuais dão conta da realidade viva do trabalho? Será que o treinamento dos trabalhadores em procedimentos na área da saúde garante o cuidado?

O cuidado em saúde vai muito além da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. O cuidado em saúde envolve a criação de uma relação, de um vínculo entre o usuário e o trabalhador, sem o qual fica muito difícil produzir saúde. E é por isso que dizemos que o trabalho em saúde é um trabalho *relacional*, já que ele está baseado na relação com o outro. Isto é, eu não tenho como decidir ou prever tudo o que farei, pois tudo vai depender do encontro com o usuário.

Isto nos leva a identificar também no trabalho em saúde a predominância daquilo que entendemos como *trabalho vivo em ato* [1]. Quando falamos em trabalho vivo, nos baseamos em uma distinção feita por Merhy (1997), a partir de estudos de autores como Karl Marx entre trabalho vivo e trabalho morto.

O trabalho morto são as máquinas, instrumentos e saberes existentes. Toda máquina ou instrumento tecnológico é resultado de um trabalho anterior. Eles corporificam um trabalho que já foi realizado (no conhecimento para a sua elaboração, na ação para a sua construção, etc.). Já o trabalho vivo é aquele realizado no momento, em ato. Assim, podemos dizer que, com o avanço da tecnologia, o trabalho morto foi substituindo o trabalho vivo. As máquinas foram tomando o lugar dos homens e mulheres no processo produtivo. No entanto, no caso do trabalho em saúde, por mais que se tente substituir o trabalho humano, isto é impossível. Isso quer dizer que as tecnologias produzidas no ato do cuidado são preponderantes em relação às tecnologias produzidas pelo saber científico estruturado. Ou seja, é na relação com o usuário, em ato, que se pode produzir o cuidado. Se por um lado isso é um desafio para o trabalho, por não existir fórmulas prontas, por outro lado, proporciona um alto grau de liberdade para o trabalhador da saúde (MERHY, 2009).

E aqui nos parece importante ter em vista outro ponto: o trabalho sempre é *coletivo*. Mesmo quando realizo sozinho um procedimento, eu não estou só, pois estou embasado em um conhecimento acumulado e coletivo, que não é de ninguém em especial, mas se constrói no coletivo. Sendo assim, cremos que é no cotidiano do trabalho em saúde que o saber técnico e já estruturado é (re)elaborado, a partir de um saber experiencial dos profissionais, que é produzido em ato, a partir da relação com o usuário e/ou com outros profissionais de saúde.

Por exemplo, o que aprendemos tecnicamente sobre o tratamento da diabetes poderia ser aplicado de acordo com o usuário que estamos atendendo, com o lugar onde ele mora, com os diferentes profissionais da equipe em que trabalho, etc.

**Você já viu na sua prática cotidiana que duas pessoas diferentes portadoras de diabetes têm necessidades diferentes? Por que isso acontece? Discuta isso em equipe.**

A partir dessas considerações sobre o trabalho em saúde, já podemos apontar algumas questões importantes do processo de formação em saúde. Vivemos ainda a situação em que o processo de formação na área da saúde é centrado em conhecimentos acadêmicos e em procedimentos diagnósticos e terapêuticos [2]. Isso tem repercutido no trabalho em saúde.

Vimos também que a formação é coletiva, e deve incluir tanto usuários como equipes de trabalho, considerando-se o trabalho vivo em ato. Como afirma Emerson Merhy, o trabalho e a educação em saúde são como uma *dobra*, os dois lados da mesma moeda: eles se produzem e acontecem mutuamente.

E como fazer isso? Como não separar trabalho e educação em saúde, compreendendo que não existe educação PARA o trabalho, mas somente educação NO trabalho? Também nos fizemos essa pergunta quando começamos a pensar a proposta EPS em movimento.

### **Os Trabalhadores como Protagonistas do Processo de Educação Permanente**

Na EPS, o trabalhador não é um sujeito passivo. Ele não vai “receber” o conhecimento de algum ser iluminado. Ele vai participar do processo de construção desse conhecimento, sendo também autor e produtor do conhecimento na medida em que se depara com a realidade e esta o desafia a produzir respostas, soluções a problemas do cotidiano do seu trabalho.

Da mesma forma, não é apenas aquele conhecimento produzido na universidade que é valorizado. O conhecimento produzido na experiência do trabalho também é muito importante! É o que chamamos de saber-fazer, um tipo de saber que não se aprende em nenhuma escola, um saber produzido pela experiência adquirida no dia-a-dia do trabalho.

Infelizmente ainda não valorizamos muito esse saber. Pouco falamos dos “improvisos”, das “gambiarras”, do “jeitinho”, de tudo aquilo que fazemos para que nosso trabalho aconteça. Ao contrário, muitas vezes não queremos falar disso. Podemos até mesmo achar que fazemos errado, na medida em que não seguimos exatamente o que está nos manuais. Na verdade, os manuais e protocolos, embora também nos ajudem a realizar um bom trabalho, estão sempre desatualizados frente à rapidez com que os modos de trabalhar se transformam.

A dificuldade em se lidar com o conhecimento produzido na experiência vem do fato de que ele, muitas vezes, não está sistematizado. Ele não é falado. Não é escrito. Isso torna esse conhecimento, tão importante, quase invisível. Como podemos fazer, então, para esse conhecimento aparecer? Tomar corpo?

#### **Dizer para ver: a importância de falar sobre o trabalho**

Uma das maneiras de dar visibilidade às experiências vividas no trabalho, produtoras de conhecimento, é exatamente falar sobre ele, e, mais ainda, se possível, escrever sobre ele. Tanto a necessidade de formalizar o conhecimento da experiência, quanto o caráter coletivo do trabalho nos levam a destacar a importância da construção de um ambiente *dialógico* de aprendizagem. Temos que conversar sobre o nosso trabalho. Falar sobre o que pensamos, o que sentimos e como fazemos. Escutar, da mesma forma, os colegas de equipe. É por meio desse processo de reflexão sobre o trabalho que poderemos melhorar nosso modo de trabalhar, nos sentindo mais fortes e potentes para conduzir situações de trabalho complexas.

Mas isso não é tudo. Se também compreendemos que o cuidado em saúde deve estar centrado no usuário, devemos partir do usuário para refletir sobre o nosso trabalho. É a partir dessa compreensão – da importância das experiências concretas e centradas no usuário – que fazemos um convite para você perceber que todos nós fazemos Educação Permanente, mas muitas vezes não conseguimos parar para pensar e ver como aprendemos na vida.

#### **Atividade em grupo:**

Pense um pouco sobre isso: você acha que já aprendeu algo em seu dia-a-dia no trabalho? Algo que não aprendeu em nenhum curso, em nenhum manual? Que lugar você acha que o conhecimento produzido no cotidiano de trabalho deve ter nos processos de formação?

Vamos conversar sobre isto no grupo? Depois podemos relatar no diário cartográfico. Registre o que mais lhe marcou nessa discussão.

---

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: ANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Aracaju: Editora da UFS, 2009.

---

[1] Link para a Entrada OUTRAS OFERTAS texto [Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea](#) de MERHY e FEUERWERKER.

[2] Link para a entrada TEXTOS [TRABALHO E OS DIVERSOS FORMATOS DA PRODUÇÃO DO CUIDADO](#)

## Músicas que me fazem sentido

Ontem fui para um show de rock. Lá havia várias pessoas diferentes, vestidas com cores e cabelos diferentes... Encontrei mulheres coloridas com saltos altos e homens de meia idade cobertos com farrapos.

Até que em certo momento, uma música me chamou a atenção sobremaneira. Era a música “**Another Brick In The Wall**” de Pink Floyd, não muito bem cantada, por sinal, mas que tomou conta dos corpos e da sonoridade local. EM um coro quase uníssono, cantamos refrãos que me fizeram muito sentido, quando me penso como educadora.

Ao chegar em casa, fui num buscador da internet e encontrei o vídeo clip do clássico musical que tanto havia me capturado na noite anterior.

---

Para que possa ficar mais clara minha afetação, convido você, leitor dessa minha narrativa-depoimento, a viajar nessa produção imagética acessando o link: <<http://www.youtube.com/watch?v=vrC8i7qyZ2w>>.

---

O que provoca este vídeo e sua música em cada sujeito é algo que não tenho como sequer prever, mas posso apenas buscar sentidos para a minha própria afetação. Vi neste vídeo uma denúncia a uma máquina de produzir pessoas iguais, com as mesmas cores e formas, que reproduzem um determinado modo de existência que atenda a determinados interesses e domínios. No seu som, Pink Floyd denuncia esta máquina e convida-nos à liberdade dos sujeitos se auto produzirem como quiserem ou puderem.

### Nós cantávamos (Pink Floyd e todos nós ontem à noite) em coro:

*Não precisamos de educação  
Não precisamos que nos controlem  
Nem sarcasmos na sala de aula  
Professores, deixem as crianças em paz  
Ei! Professores! Deixem essas crianças em paz!  
No final, tudo é apenas outro tijolo no muro*

Naquele frenesi de um show de rock, comecei a pensar porque aquela música nos afetava tanto e percebi que dela emanava um clamor de liberdade, liberdade de poder produzir novas e diferentes formas de viver e existir consigo e com os outros. Declarávamos assim querermos uma educação que amplie nossas potencialidades de produzir autenticidades, e não processos de formatação dos mesmos, que vemos nos modelos reproduzidos por uma mídia economicamente comprometida. Reivindicávamos a pluralidade que havia naquele palco de sujeitos tão distantes, mas capazes de dividir um mesmo espaço sociocultural. Havia ali a permissão à diferença que se imprimia no estilo da “piriguete” e da “hiponga”.

Pensei então na escola de meu filho, considerada na cidade onde moro como “alternativa”. Nela, as crianças podem andar descalças... Porque andar descalço é algo alternativo e não natural? Como chegamos ao ponto de acharmos que crianças de cinco anos precisam estar sempre limpas e organizadas?

Essa forma de pensar me parece muito coerente com o uso frequente de ritalina para crianças diagnosticadas com TDAH (Transtorno de Déficit da Atenção e Hiperatividade)... Chegamos ao ponto de patologizarmos crianças de sete anos que não aceitam ficar sentadas numa cadeira por todo um turno escolar? Crianças que querem brincar, que querem fazer bagunça. Sempre pensei que seria essa a grande prerrogativa de ser criança. Como bem canta uma banda infantil chamada Palavra Cantada: "Criança não trabalha, criança dá trabalho".

---

Para os mais curiosos, um videoclipe desta musica pode ser acessado pelo link:  
<<http://www.youtube.com/watch?v=u9aa7FqMcRU>>.

Chegamos a uma forma de disciplinamento dos corpos que, mesmo em "tribos" diferentes, somos todos convocados a sermos tão iguais (mesmo que não o sejamos, jamais).

Certa vez, lendo um livro de Goffman sobre instituições totais, pude me dar conta de como a sociedade moderna produziu instituições que modelam nossos corpos, comportamentos, afetos e pensamentos. Prisões, conventos, exército, hospitais e escolas produzem um complexo conjunto de dispositivos de controle das pessoas, que se submetem a partir desse controle. Neste momento, tomei um grande susto, pois me dei conta que construímos formas de normatização dos modos de viver, como denunciávamos com a música de Pink Floyd no show de ontem, na produção de tijolos postos numa grande parede inerte.

Depois me encontrei com um outro autor, Michel Foucault, e novamente me dei conta que a produção desses dispositivos foi de tal forma se aperfeiçoando que chegamos a um ponto de não mais precisarmos que um agente externo (como o professor da escola de Pink Floyd) com o uso da força coercitiva que nos diga o que podemos ou não ser, sentir e fazer. Produzimos um aparato discursivo, que especifica modos naturalizados de ser, que quase nos obrigam a sermos "como devemos ser". Nos achamos bonitos se vestimos o que está na moda, nos sentimos sadios se comemos o que foi prescrito pelas últimas pesquisas sobre saúde, nos sentimos mais felizes se nos adequamos aos modelos socialmente valorizados.

E por falarmos em saúde e felicidade, pensei em meu papel como educadora desta área. Pensei em quantas vezes nós, "detentores do saber" sobre a saúde, ditamos modos de viver. E por vezes respondemos à resistência dos "pacientes", ainda bem nem sempre tão pacientes, de formas tão ferozes quanto os professores com suas palmatórias. Quando não reconhecemos que o outro ali em nossa frente tem suas vivências, suas verdades e sabedorias. Quando, enfim, desqualificamos o saber do outro porque este não é igual ao nosso. Mas podemos pensar: Nós sabemos cientificamente que tal coisa é boa ou não. Os professores denunciados pelo Pink Floyd também achavam saber.

E de que saberes estamos falando? Será que valorizamos todo e qualquer saber? Queremos saber dos saberes que nos são diferentes? Ou apenas enxergamos como Narciso, nossa imagem e semelhança?

---

Caetano nos fala bem da tensão do querer o que é tensão em nós:

<http://www.youtube.com/watch?v=BJAkeUvCL1s>.

---

Assim como canta Caetano, "onde queres o ato, eu sou o espírito", quantas vezes não nos defrontamos com pessoas que desejam coisas que para nós são tão incompreensíveis? Porém, se elas nos são estranhas em seus querereres, possivelmente nós assim também o somos para elas com os nossos saberes.

Mas se o nosso objetivo não seria levar nosso saber sobre saúde para os outros (que para nós, parecem dele precisar), o que queremos ou podemos fazer com as ações de educação em saúde? O que pretendemos quando falamos da importância da educação?

Assim, fui visitar um outro cara que mexeu com minha cabeça. Na verdade, um cara de cabeça branca que teve muito o que me ensinar. Mas segundo ele, que se chama Paulo Freire, "ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo". No encontro com esse cara, mais uma vez pensei na música cantada em coro no show de rock que fui ontem à noite: "não precisamos de educação!", repetíamos.

Estávamos dizendo que não queríamos ter escolas e processos educativos? Penso que não. Penso que fazíamos uma denúncia como esta frase de Paulo Freire, que parece reivindicar o direito das pessoas, em comunhão e mediatizadas pelo mundo, de produzir seus próprios saberes e querereres.

**Mas o que seria uma educação mediatizada (e não mediada) pelo mundo? Bem, acho que pode ser muita coisa, mas penso que ele queria dizer, ou melhor, ele me fez pensar com essa frase que**

**produzimos saberes que tenham sentido para nosso mundo. Produzimos saberes que nos sejam úteis para resolvermos nossas questões com nossos mundos e nossas vidas. Alguns compreendem isso como aprendizagem significativa, ou seja, aprendemos o que tem sentido e utilidade em nossos mundos existenciais.**

*Paulo Freire nos mostra que o momento fundamental da formação permanente dos professores ocorre a partir da reflexão crítica sobre a prática. Para ele, ensinar exige reflexão crítica sobre o seu cotidiano de trabalho com os educandos. O que importa na formação não é repetição mecânica do gesto, mas a compreensão do valor dos sentimentos, das emoções, do desejo. Sem o reconhecimento do valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da intuição, não há formação verdadeira (FREIRE, 1996).*

Ok, mas então o que seria aprender?

Talvez, aprender seria pensar sobre algo e poder se posicionar sobre o mesmo de forma crítica e reflexiva. E isso não necessariamente tem a ver com ter conhecimentos científicos sobre algo. Dizendo isso, ou melhor, escrevendo isso, lembrei de outra autora: Terezinha Carraher, que escreveu o livro: “Na vida dez, na escola zero”. Ela me fez pensar como crianças que vendem laranja na rua, muitas vezes não alfabetizadas, que desconhecem as funções básicas da matemática, conseguem comercializar suas frutas sem levar “calotes”. Elas parecem desenvolver um tipo de raciocínio matemático, útil a suas atividades cotidianas, que as permite, mesmo sem saber a matemática formal, acadêmica, operarem matematicamente.

Essa experiência me fez lembrar da minha própria história escolar e uma relação singular que construí com a matemática. Sempre tive dificuldades em decorar a tabela de multiplicação. Então, precisando me sair bem na escola e não passar vergonha frente aos meus colegas de classe, desenvolvi uma estratégia de apenas decorar algumas multiplicações e assim resolver as questões matemáticas. Como foi isso? Bem, aprendi a tabela de multiplicação por 10, que sempre foi a mais fácil, claro, e quando queria saber a tabela de nove, eu multiplicava o número por dez e subtraía o mesmo número do total. Por exemplo, para saber quanto era 9 vezes 9 eu calculava  $90 - 9 = 81$ . Essa forma de operar pode parecer para muitos, demasiadamente complicada e mais difícil de fazer, mas para mim, era a solução frente para minha impossibilidade de decorar toda a tabela.

Mas o que tudo isso teria haver com a educação em saúde?

Estas reflexões me fazem pensar que as pessoas encontram formas diferentes de gerenciarem suas vidas e produzirem suas felicidades. Formas que, para nós, podem ser estranhas e muito complicadas, mas que para elas são as possíveis de serem produzidas.

Outra coisa que Terezinha Carraher parece nos dizer é que não aprendemos apenas na escola. Não precisamos necessariamente dos espaços formais para aprendermos as coisas. Como nos fala Paulo Freire, aprendemos com os outros, mediatizados, instigados, provocados, pelo mundo, que nos coloca problemas que precisam ser resolvidos.

Mas o que de fato fazemos em nossas ações de educação em saúde?

Permitimos a problematização da vida e a criação coletiva de estratégias para sua resolução? Ou com nossas certezas pré-estabelecidas, dizemos o que é bom para isso e ruim para aquilo?

Mas será que fazemos essa normatização o tempo todo? Ou será que às vezes, e por vezes sem querer, deixamos os sujeitos resolverem suas próprias questões e encontrarem suas próprias saídas para suas mazelas?

Pensem nisso!

Convido-os, leitores desse meu devaneio, disparado por um show de rock em uma praça qualquer, a ligarem seus radares, suas antenas sensitivas, suas capacidades de afetação pela realidade que muitas vezes nos parece

inerte, e perceberem quantas vezes aprendemos nos corredores, nas ruas, nas esquinas e nas praças coisas que jamais aprendemos nas salas de aula.

Com isso, não faço uma apologia ao fim das salas de aula, mas um convite para que elas possam ir às ruas e que nossas práticas educativas (seja como aprendizes ou facilitadores do aprendizado de outros) possam ir às praças e encontrar as pessoas comuns, vivendo suas vidas comuns, mas por vezes com mais brilho do que o mais forte cometa, produzindo saberes, querereres e seres de estar tão afim de ser fim tão desigual.

---

### **Bibliografia Consultada**

Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

## **A EPS, aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar**

Quando pensamos em Educação Permanente em Saúde (EPS), geralmente o primeiro pensamento que nos vem à cabeça são rodas planejadas de conversa no trabalho, ou ainda as ações de educação continuada em que os trabalhadores de saúde saem do serviço para ouvir sobre um tema, ou a atualização de alguma norma, ou técnica. Com a proposta de EPS em Movimento, estamos convidando você a identificar outros modos de aprender e cuidar no trabalho.

Consideramos que a experiência é aprendizagem e que aprender e experienciar são processos que não se fazem somente com a cabeça, mas com o corpo, com vibrações que nos afetam e afetam a outros. Assim, o cotidiano do trabalho em saúde é produzido por muitas vivências que vão compondo experiências. Elas deixam marcas em nós.

Ora, o que estamos chamando de marcas são exatamente estes estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo. Cada um destes estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo (ROLNIK, 1993, p. 2).

**Pensando nessas marcas, nas conexões que foram produzindo o trabalho em saúde em que você “se encontra” e também se desencontra, e que também produziram você, sua equipe e a população atendida em suas marcas, propomos uma experimentação:**

**Experimente algum tempo de seu trabalho (pode ser um minuto, uma hora, um dia uma semana, não importa o tempo cronológico, mas a intensidade), como ele modela seu pensamento, sua postura, o trabalho...**

**Escolha uma forma para expressar sua experiência em uma das entradas (entrada das Experimentações: colagem, poema, gravação de voz, música, etc.; entrada do diário cartográfico: texto).**

**A outra parte da experiência (pode vir antes da anterior) é a seguinte: experimente modificar os arranjos de atendimento à população e de trabalho com sua equipe. Fique desatento e apenas sinta os efeitos: se a experiência for com uma consulta individual, experimente fazer outras questões, use outra lógica; se for um grupo educativo, experimente algo que não realizou antes, mas que pensa ser interessante como uma ação artística da unidade de saúde, um espaço de dança. Experimente, proponha algo diferente e atente aos efeitos desse “entre”. Recolha efeitos, não tenha pressa em traduzir ou nominar, nem em localizar. Quando palavras ou definições brotarem, registre-as deformando-as, brincando com elas.**

As cenas narradas por você ou, se preferir, as da Entrada Cenas, possibilitam diversos questionamentos, incertezas, incômodos, afetações. Esses movimentos podem nos fazer refletir sobre o processo de trabalho e de existência que vivenciamos.

Ou melhor, às vezes precisamos desses efeitos inesperados, produzidos por algo inusitado, para nos permitirmos sentir a existência de aspectos que vão além do nome, número no prontuário, caso, número de leito, entre outros aspectos que não registramos porque estávamos capturados (“soterrados”) em alto grau pelo mundo das organizações, do trabalho, pelo mundo das ciências, esquecendo o mundo da vida. Estes movimentos de contínua e incessante mudança que ocorrem em nós e no mundo e estes fluxos “energéticos” podem ser vislumbrados por meio de uma brincadeira já muito conhecida de trocar de papéis, ou seja, mais do que “papéis” é necessário deixar-se “sentir ser o outro”.

Você pode fazer isso com coisas simples pensando como:

- Como sentem o motorista e o pedestre diante da faixa de segurança?
- Como se sentem o goleiro e o artilheiro cobrando pênalti?

Mas você também pode fazer isso em dimensões mais amplas, quando pensa, por exemplo, que o usuário, ao chegar ao serviço de saúde, encontra-se envolvido em um ambiente de diferenças e distanciamentos.

Diferenças entre a racionalidade com que o processo de trabalho, burocratizado e mecânico se apresenta diante da pulsão do usuário em se livrar da dor/incômodo; distanciamento entre a lógica organizacional e a emergência do sofrer, diferenças entre o saber técnico e o saber popular; distanciamento entre a “pretensa” informação de uns e desinformação de muitos; enfim as diferenças entre o poder técnico e a submissão dos “pacientes”.

E você também pode se aventurar imaginando ser “outros” a partir de três movimentos:

- 
- Eu e meu lugar no qual você se afirma e se reconhece;
  - eu e os outros na diversidade na qual as pessoas reconhecem a existência de outros;
  - eu e os outros em todos os lugares que permitem a viagem por identidades plurais.
- 

**Com esse pensamento, imagine agora que você precisa desenvolver a capacidade de detectar os fluxos e as vibrações das pessoas, das coisas e dos processos a fim de que tudo isso se encontre, se entrelace, se articule, se misture constituindo a potência para o devir que desejamos. Então a primeira tarefa é você tentar “fugir” da cabeça (racional) e deixar-se levar pela emoção. Faça uma atividade da Entrada [EXPERIMENTAÇÕES](#) e registre no DIÁRIO CARTOGRÁFICO tudo o que lhe tem passado despercebido, sensações, desejos, emoções, decisões, atitudes, enfim, tudo que até então parecia insignificante como uma música, um gesto, um poema, um grafite...No encontro, os corpos, em seu poder de afetar e serem afetados, se atraem ou se repelem. Dos movimentos de atração e repulsa geram-se efeitos: corpos são tomados por uma mistura de afetos. E estes afetos vão gerando um segundo movimento – intensidades buscam formar máscaras para se apresentarem, se simularem. Afetos só ganham espessura do real quando se efetuem. Esses dois movimentos só são apreensíveis pelo seu olho vibrátil, corpo sensível aos efeitos dos encontros e suas reações: atração, repulsa, afetos, simulação em matérias de expressão. (ROLNIK, 2007, p.31)**

Você próprio é que terá de encontrar algo que funcione como uma espécie de fator de afetivação e que desperte o seu corpo vibrátil. Pode ser um passeio solitário, um poema, uma música, um filme, um cheiro ou um gosto... pode ser uma escrita, a dança, um encontro amoroso ou um desencontro... que aguçará a sua sensibilidade para habitar o ilocalizável, o invisível. Encontre o seu próprio fator de afetivação. Esse exercício todo é um convite ao pensamento flutuante... ao encontro com sua sensibilidade!!

Mas veja que no cotidiano você não fica o tempo todo capturado... Há cenas em que algo em seu encontro com o usuário ou com seu colega trabalhador mobiliza você diferente, de forma que você fabrica outros caminhos que não os habituais. É interessante também saber, analisando essas cenas em que você foi agenciado de outro modo, o que o mobiliza para além das normas, das regras, do funcionamento habitual...

Já prestou atenção nisso? Quer experimentar?

---

### **Textos de apoio:**

ROLNIK, Suely. *Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico*. Cadernos de subjetividade, v. 1, n. 2, p. 241-251, 1993.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, 2007.

## Uma possibilidade de fazer diferente

Os apoiadores da região ficaram muito incomodados com a reunião na qual se discutiu o caso de **Seu Jorge** [1] e pensaram em uma maneira diferente de montar a próxima reunião. Assim, pediram a cada equipe de unidade que preparasse dois casos difíceis que exigissem uma ação em rede: um que tivesse dado certo, e outro que não.

Na reunião, começaram discutindo os casos que tinham dado certo, analisando como cada equipe reconheceu e enfrentou os ruídos, que conexões em rede haviam sido disparadas, que barreiras foram produzidas e como elas foram superadas ou não. Muitas surpresas para todos os participantes... Ninguém imaginava que o outro fosse capaz de tantas coisas, de tantas invenções, de tantos cuidados.

Quando foram discutir os casos difíceis que não deram certo, o clima foi outro. Foi possível discutir em cada estação de cuidado os “*enroscos*” e as dificuldades em superá-los. Por que nos outros casos sim, e nestes não?

Um encontro precisa ser preparado, pois não basta apenas juntar as pessoas. As tensões e ruídos (problemas) precisam ser trazidos para a cena com cuidado, deve-se procurar convidar o outro à cooperação, estimulando a paciência para se escutarem as colocações de todos, criando oportunidades que um se coloque no lugar do outro de forma que os incômodos sejam explorados.

É preciso tentar problematizar com delicadeza, procurando aproveitar o que cada um pode oferecer. [Tensionamentos](#) [2] e diferenças estarão presentes e podem ser manejados, desde que a disposição não seja “para a guerra” ou “para aniquilar o outro em sua incompetência”. A proposta de discussão deve ser construída sobre os pontos do fluxo que apresentam problemas, que expõe ruídos, desconexões, fragilidades e não na busca ou na caça da pessoa problema.

Na conversa entre equipes, é preciso construir um plano de encontros, de acordos. Há vários jeitos de se fazer isso. Uma rede de petição e compromissos pode ser uma boa ideia: cada um diz o que precisa para trabalhar (o que precisa do outro) e também o que pensa sobre os efeitos que seu trabalho, construído desse modo, produz sobre o outro. Daí abre-se a discussão. Experimente fazer para ver o que acontece. (Para entender melhor o que é uma rede de petição e compromissos, acesse a entrada textos – ferramentas).

Outro elemento importante é a construção de critérios compartilhados. Geralmente os protocolos de acesso são construídos a partir do olhar do especialista. É preciso que sejam construídos em diálogo com todos, generalistas e especialistas. São perspectivas muito diferentes e precisam ser colocadas para conversar. Outro ponto: os acordos, os protocolos devem ser reconhecidos como linhas de base, pontos de partida, pois alguns casos vão pedir outras ofertas que o protocolo não conseguiu incorporar. Para isso, é preciso haver abertura para a conversa, nova negociação e invenção de soluções que levem em conta as necessidades dos usuários, suas circunstâncias e possibilidades.

Uma outra questão a ser considerada é o encontro com o usuário que também é permeado de expectativas, frustrações e intensidades. Às vezes, optamos por colocar barreiras nesta relação seja por falta de tempo, seja por não nos sentirmos capazes de enfrentarmos certas questões e posições dos usuários ou ainda seja pelo fato de acharmos que o usuário tem o papel apenas de cumprir o plano terapêutico definido pelo profissional.

A rede também é composta pelos usuários que circulam entre os diversos serviços na busca de saúde e nem sempre se subordinam às regras impostas pelos profissionais.

**Vamos tecer redes?**

**Como vem sendo construída a rede que opera em seu território?**

**E como você acha que deveria ser?**

## Como a educação permanente pode ajudar?

---

[1] Se você quiser entender um pouco mais sobre a situação de S. Jorge, acesse os links [“Como vamos fazer”](#), [“Sobra pra nós”](#) e [“Insatisfação Generalizada”](#).

[2] Você pode ler mais sobre isso na Entrada TEXTOS EM CENA O TEXTO [TENSÕES CONSTITUTIVAS DO TRABALHO EM SAÚDE](#)

## Dispositivos de Redes

Vamos conversar sobre as redes de saúde e os modos como elas podem ser produzidas para cuidar das pessoas (ou não).

### **Mas o que é uma rede de saúde?**

Ao pensar em rede de saúde, não é raro pensarmos em serviços, como a rede hospitalar que reúne um conjunto de hospitais, a rede de atenção básica que reúne as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e assim por diante.

Ao pensar na produção de uma rede é comum nos lembrarmos de suas estruturas, dos profissionais e equipamentos disponíveis, dos serviços ofertados, etc. Podemos ainda pensar que a rede SUS (Sistema Único de Saúde) é o conjunto de todos os tipos de equipamentos, como hospitais, Centro de Atenção Psicossocial(CAPS), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Especialidades, etc.; e acreditamos que para que um usuário tenha suas necessidades de saúde atendidas pelo SUS, todos estes serviços devem estar disponíveis quando ele precisa.

### **Pois bem, você já parou para pensar como é que isso tudo funciona junto? Como garantir que os serviços funcionem organizada e articuladamente quando alguém deles precisar? O que acontece quando os usuários precisam percorrer essas redes?**

Por exemplo, se uma pessoa está com dor ao urinar, ela pode ser atendida na UPA ou na UBS; se for uma infecção urinária sem outros problemas, já pode sair com sua situação resolvida em um só serviço. No entanto, poderá precisar de outros, se o que provocou a infecção foi um cálculo em vias urinárias ou um aumento da próstata – problema que necessitará de investigação e de outros tratamentos.

Nessa segunda possibilidade, é comum que nem sempre a pessoa seja orientada ou encaminhada para a investigação de que necessita. Aliás, colecionamos histórias de pessoas que só conseguem acessar atendimentos pontuais, nas emergências, por exemplo, e não conseguem ter acesso garantido à continuidade do tratamento ou à investigação necessária, e assim a situação vai se complicando.

### **Você conhece histórias de situações como essa? Já parou para pensar por que isso acontece?**

## **Dispositivos de Redes**

Na saúde, não existe um caminho único que sirva para todas as pessoas, pois uma mesma queixa pode corresponder a problemas distintos e pode produzir necessidades diferentes, como vimos no exemplo acima. Isso vale para situações como essas, em que o problema clínico está no centro, e também em outras, nas quais pessoas diferentes reagem de modo diferente a situações de estresse e sofrimento de qualquer origem. Então, poderíamos precipitadamente concluir que não haveria como garantir a continuidade já que não podemos prever qual seria o caminho de cada um e que o papel de cada profissional é sempre pontual? Bom, não é bem assim! Apesar de não ser possível saber o caminho de cada um, podemos prever para cada situação uma gama de possibilidades, incluindo o acesso a diferentes tipos de tecnologias que poderão ser necessárias e devem estar disponíveis. Contudo, isso ainda não garante que as pessoas terão o acesso no momento que precisam.

### **Mas então, como garantir isso?**

#### **Deu nó?**

### **Que arranjos de rede de atenção você já conheceu?**

**Você pode ter ainda mais questões que ajudam a abrir esta conversa! Inclua-as em sua análise e não se esqueça de registrar no seu livro branco.**

São muito comuns os conflitos e desentendimentos entre trabalhadores de diferentes serviços de saúde: desconfianças de parte a parte, desresponsabilização generalizada etc. Em situações difíceis, por exemplo quando o acesso é tardio, comprometendo as possibilidades terapêuticas, é comum que a reação imediata seja identificar um culpado – geralmente é quem está em outro serviço, que não faz a sua parte! Também é comum nestas situações, o julgamento ser mais genérico, “é culpa do sistema”, isto é, “da secretaria”, a culpa é do outro!

**Você já parou para pensar que o “sistema” não existe em abstrato? De que ele é produzido por todos os que estão operando dentro de um ponto de trabalho deste mesmo sistema?**

Estamos falando do trabalho em saúde e não de um campo de trabalho qualquer: um campo que não existe se o profissional não estiver presente no momento em que o usuário também está, isto é, o trabalho só acontece quando há o encontro entre ambos. Neste caso, a vida do serviço de saúde depende dos encontros, do trabalho vivo em ato produzido entre trabalhadores e usuários. Ampliando esta reflexão para as redes de serviços em saúde, poderíamos dizer que não existe rede de saúde se só considerarmos que existe um conjunto de prédios, ou um agrupamento de serviços, nem se estiverem conectados por meio de telefones, internet etc. É preciso mais ...

**Mas o que é essa “conversa” entre os serviços?**

Quando foi construída a ideia de organizar diferentes tipos de serviços de saúde, com arranjos tecnológicos [distintos\[LM1\]](#), imediatamente vieram os desafios sobre as relações ou as intermediações entre eles. A primeira ideia foi a de criar mecanismos de referência e contrarreferência. Desde que imaginados, esses mecanismos enfrentaram problemas. Funcionam mais em um sentido (referência) que em outro e não contribuem para a continuidade do cuidado, entre outros problemas.

**Você já viu sistemas de referência e contrarreferência funcionarem?**

**Por que você acha que uma ideia tão lógica enfrenta tantas dificuldades em sua operação?**

A especialização do trabalho médico (que ocorreu por inúmeras razões, inclusive por razões de mercado), a intensificação da incorporação tecnológica para diagnóstico e terapêutica e a lógica de racionalização dos gastos levaram à ideia de se concentrarem os equipamentos e especialistas em um único espaço. Assim, foram criados os ambulatórios de especialidades. Apesar de terem sido idealizados como uma solução racionalizadora, eles tem-se configurado como uma barreira de acesso com cada vez mais filas de acesso. Para tentar colocar alguma ordem na confusão que produziu – com encaminhamentos generalizados e sem critérios, filas por ordem de chegada sem levar em conta as necessidades, etc. – foram criadas as centrais de regulação. Na vida como ela é, vale olhar para estes arranjos, que podem produzir efeitos diferentes a depender de quem está envolvido, tanto profissionais como usuários.

Por exemplo:

- o trabalhador da UBS pode entender que sua responsabilidade é encaminhar a solicitação e feito isso, a questão do acesso está entregue a quem considera ser responsável, ou seja, a central de regulação;
- o usuário pode ficar com a sensação de que seu caso está entregue a um lugar indefinido, impessoal, sem cara, sem CPF, sem identidade, sem referência, sendo que o que ele tem de fazer é esperar pacientemente, ou procurar a partir de seus contatos e recursos interferir no andamento do processo.

A gestão de um município pactua nas devidas instâncias que determinam quais devem ser os tipos de serviços ofertados no município ou região de saúde. Define os fluxos assistenciais formais, isto é, os critérios técnicos

e os caminhos que os usuários devem percorrer para ter acesso aos serviços de referência. Estas definições de fluxos são organizadas a partir de protocolos técnicos, também pactuados em instâncias pertinentes.

Um desenho possível, e bem frequente, pode ser o seguinte:

- às centrais de regulação é dado o papel de programar e distribuir a oferta dentro de critérios técnicos, modulados pela capacidade instalada – do município ou região – de produzir os procedimentos necessários.
- Aos profissionais de saúde, é dado o papel de serem os solicitantes dos procedimentos ou de serem os executores destes serviços ofertados de forma regulada pela central.
- Aos profissionais prescritores ou chamados solicitantes (que trabalham em serviços ambulatoriais como atenção básica ou centro de especialidades) define-se que, para seus pacientes acessarem determinados procedimentos, é preciso identificar se os mesmos estão dentro dos critérios propostos.
- Aos usuários do sistema, é dado o papel de “expectador” que deve ficar atento ao dia e horário que seu procedimento será autorizado, para que não perca sua vaga, o que acarretaria desperdício do recurso.

Esta lógica “ensigna” como cada um deve se comportar. Dizemos “ensigna” em referência a organizações ou modos de operar que trazem embutidos em si fortes indicativos de como compreender o mundo e o papel de cada qual nele. Por exemplo, a professora, ao mesmo tempo que ensina, ensina, já que oferece às crianças sentidos únicos para vivenciar e entender as situações, valores, etc.

Com esse esquema construído de modo aprisionador, o trabalhador, ao invés de tomar iniciativas sob seu alcance, pode esperar a iniciativa do outro, mesmo que isso implique em penalizar o usuário.

Quando construídos sem debate e sem aproveitar as potencialidades de diferentes trabalhadores e serviços, quando não se colocam em primeiro lugar as necessidades dos usuários, os sistemas regulatórios podem produzir fragmentação e ter como efeito a não implicação do trabalhador com o resultado do trabalho (ou seja, sem implicação com o que vai acontecer ao usuário). Construídos de modo duro, esses sistemas podem produzir **a não rede**, a descontinuidade.

Para evitar esse efeito – do tipo “*depois que entreguei o papel do encaminhamento, já fiz a minha parte e o problema não é mais meu*”; “*depois que o usuário entrou na engrenagem, ninguém mais se responsabiliza ou se interessa por verificar em que pé estão as coisas, se a consulta ou o exame solicitados efetivamente vão ocorrer em tempo hábil*” – é necessário fazer a gestão do processo em todos os âmbitos. E como já conversamos, todo mundo faz gestão! Então todos tem algo a contribuir na produção mais cuidadora desses arranjos...

Ou seja, em todos os serviços, é preciso criar espaço de discussão dos encaminhamentos, checando de modo compartilhado necessidades, prioridades, alternativas; colocando em diálogo vivo trabalhadores de diferentes equipamentos; criando modos para acompanhar os caminhos dos usuários pela rede. Em outras palavras, cabe ampliar a responsabilização compartilhada e a implicação com o usuário e não o inverso.

**Como está organizada a rede de serviços de saúde do seu município?**

**Você percebe algum ruído, algum problema?**

**No contexto de grande diversidade de serviços e de profissionais, como organizar a rede de serviços para garantir que o cuidado seja para todos?**

**Analise as cenas que você produziu nas narrativas e os fluxos ou arranjos formais de assistência e discuta com seu o grupo:**

**Os arranjos existentes conseguem produzir integralidade e a continuidade do cuidado ao usuário?**

**Quando estes mecanismos podem se tornam facilitadores do acesso? Quando são produtores de barreiras ao acesso?**

Até o momento, discutimos que para garantir que o usuário tenha acesso às tecnologias alocadas nos diferentes serviços, no tempo de sua necessidade, os vários serviços que compõem a rede devem “conversar”, ou seja,

deve haver fluxos previamente definidos e combinados de assistência do usuário. Para isso, foram inventados vários mecanismos de controle do acesso, dentro desse pacote chamado “regulação” que pretende controlar os fluxos dos usuários dentro do sistema.

Podemos então dizer que há uma dimensão mais normatizada dos fluxos assistenciais da rede, com muitas regras que definem antecipadamente muitas coisas – o que pode e o que não pode, o que tem e onde tem, quem deve e quem não deve usar determinado serviço, quem pode ofertar e quem deve consumir os serviços. O resultado: um fluxo assistencial hierarquizado.

No entanto, há vários pontos deste fluxo que podem sofrer a interferência do trabalhador (com seu trabalho vivo) e dos usuários, os quais, desse modo, podem mudar completamente o desfecho ou o resultado final da operação, pois, afinal de contas, todo este sistema é operado por profissionais. Isso é esperado, pois como já comentamos anteriormente, quem se comunica são pessoas – os trabalhadores e usuários – e não os prédios! Para melhorar essas relações, uma das alternativas é reunir trabalhadores ou gestores dos diferentes equipamentos. Assim, mesmo com a melhor das boas intenções, uma reunião que reúne diferentes equipamentos para pensar melhores formas de cuidar das necessidades dos usuários pode ser transformada em um encontro pouco produtivo. Depende de como se prepara e conduz o encontro.

Sempre é possível trazer para a cena todos os erros e falhas que “o outro” cometeu, sem reconhecer todas as vezes em que ele operou corretamente. Essa atitude provoca no outro uma atitude reativa de defesa e de acusações. Ou seja, produz-se um encontro com baixa possibilidade de conversa e acordo.

O mesmo efeito é produzido quando são trazidos à tona todos os preconceitos que existem de uns serviços em relação aos outros. Todos das UBS são incompetentes; todos do ambulatório de especialidades são descomprometidos e insensíveis às necessidades e por aí afora.

### **Você já viveu uma cena assim? Os participantes encontraram alguma saída?**

Um encontro precisa ser preparado, não basta apenas juntar as pessoas. As tensões e ruídos (problemas) precisam ser trazidos para a cena com cuidado, procurando-se convidar os participantes à cooperação, estimulando a paciência para escutar as colocações de todos, criando oportunidades para um se colocar no lugar do outro e para que sejam explorados os incômodos. É preciso tentar problematizar com delicadeza, procurando aproveitar o que cada um pode oferecer. Tensionamentos e diferenças estarão presentes e podem ser manejados, desde que a disposição não seja “para a guerra” ou para “aniquilar o outro em sua incompetência”. A proposta de discussão deve ser construída sobre os pontos do fluxo que apresentam problemas, que expõem ruídos, desconexões, fragilidades, e não na busca, na caça da pessoa problema.

#### **Vamos tecer redes?**

#### **Como você conduziria uma reunião como essa?**

#### **No que a educação permanente pode ajudar?**

#### **E a rede que opera em seu território, como vem sendo construída? Alguma dificuldade?**

Na conversa entre equipes, é preciso construir um plano de encontros, de acordos. Há vários jeitos de se fazer isso. Uma rede de petição e compromissos pode ser uma boa ideia: cada um diz o que precisa para trabalhar (o que precisa do outro) e também pensa nos efeitos que seu trabalho, assim construído, produz sobre o outro. Daí abre-se a discussão. Experimente fazer para ver o que acontece.

Outro elemento importante é o de se construir critérios compartilhados. Geralmente os protocolos de acesso são construídos a partir do olhar do especialista. É preciso que sejam construídos em diálogo com os generalistas da atenção básica, uma vez que as perspectivas são muito diferentes e precisam ser colocadas para conversar. Outra coisa: os acordos, os protocolos devem ser reconhecidos como linhas de base, pontos de partida, pois os casos singulares vão pedir passagem e é preciso haver abertura para a conversa, nova

negociação e invenção de soluções que levem em conta as necessidades dos usuários e suas circunstâncias e as possibilidades.

### **Como você tentaria acionar a produção de uma rede viva? Vamos ver o caso da saúde mental.**

Hoje nos parece impossível pensar os cuidados em saúde mental sem contar com dispositivos se constituindo em rede, acionados pelas andanças que o usuário elege como pontos de conexão. Isso exige uma flexibilidade muito grande dessa rede, especialmente porque nos processos de trabalho cotidiano precisamos reconhecer como legítimas as escolhas que os usuários fazem e que não estão necessariamente de acordo com as regras ou com as decisões técnicas dos profissionais.

Então, neste caso e em outros, no encontro entre serviços, a pergunta principal não deve ser “de quem é o caso?”, pois a mesma traduz uma disputa de desresponsabilização.

O caso (todos os casos) é nosso! Hoje está um pouco mais comigo, amanhã com você. O que define essa circulação são as necessidades dos usuários. E por isso é preciso haver conversas frequentes entre trabalhadores dos diferentes serviços – para que os ajustes e combinações possam ser feitos. Um tem mais conexão com o usuário, outro com a família, um pode ver mais um aspecto, outro, um outro. É possível combinar ações. O matriciamento em saúde mental pode ser um espaço para essa construção. Ter profissionais (do CAPS) como referência para as unidades básicas também é uma boa ideia; assim, em situações de tensão, há espaço para os trabalhadores da UBS tirarem suas dúvidas, construírem outras possibilidades de manejo sem ter de esperar o próximo matriciamento. É interessante também que os trabalhadores conheçam uns o espaço e os modos de trabalhar do outro. Será que não podemos pensar para outras especialidades arranjos assim mais flexíveis e cuidadores?

#### **Para pensar:**

#### **Você teria alguma cena para ilustrar essa busca de construção?**

Muitas vezes, no entanto, as equipes desdobram-se fabricando novas possibilidades. Porém, todo esforço não é muito visível de fora porque não há resultados diferentes dos anteriores – às vezes por conta do tempo necessário para as mudanças aparecerem, às vezes por conta dos novos problemas que nossas soluções produziram...

De todo modo, às vezes, quem está de fora não consegue perceber todo o esforço... e sua operação cotidiana, que não aparece para quem está de fora, não interessa muito a não ser para os diretamente envolvidos. O que de fato é usado para avaliar o trabalho é o que as pessoas sentem, é o que acontece lá onde o usuário acessa o serviço. Isso normalmente angustia a equipe de gestão, pois muitas vezes o trabalho é intenso de segunda-a-segunda, e o resultado nem sempre é o que se espera.

Às vezes, apesar da aposta em se trabalhar com o conceito de “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, as secretarias enfrentam situações difíceis, buscando implantar serviços próprios, contratar aquilo que não há, implantar regulação, ampliar a atenção básica. Mesmo assim, fica a sensação de que tantos esforços não surtem os efeitos imaginados para os usuários. Às vezes, essa contestação vem do próprio prefeito, quando pensa “Será que as equipes estão atacando o problema certo?”. Assim, permanece a questão: “Então qual é o problema?”

Diante da complexidade dos manejos das situações de saúde de vários usuários e da necessidade gritante de se enfrentarem os desafios de produzir o cuidado singular para cada um, algumas equipes de gestão mudaram sua forma de discutir os problemas da saúde. Isso aconteceu depois que se chegou à conclusão de que toda vez que eram chamados para conversar, tanto trabalhadores, como gestores, os mesmos criavam um muro de lamentações, com explicações as mais variadas sobre os problemas da saúde, provocando uma sensação de

impotência e irritação. Assim, pode-se propor outro exercício para as equipes: discutir o cotidiano, interrogar a própria prática de construir redes vivas e redes mortas.

Às vezes nos deparamos com equipes que, mobilizadas pela situação de um usuário, resolvem tomar atitudes “não previstas”. Aparentemente, isso não parece nada de extraordinário: uma situação grave diagnosticada e rapidamente os procedimentos adequados providenciados, mesmo que fora da regra.

Interessante essa situação. Pode-se perceber uma movimentação de vários atores para produzir um fluxo de cuidado. Por exemplo, um médico geralmente de difícil trato fica mobilizado e ativamente ajuda a produzir encaminhamento para o caso, inclusive fazendo coisas que “não seriam da sua alçada”. Por que será que isso acontece? Será que se abrem brechas para novos acordos de trabalho? E os outros atores, por que eles se envolveram? O que os mobilizou?

Pois, então, acontece que uma unidade de saúde na verdade é muitas. Ela é produzida por múltiplos planos. Um é o plano formal, produzido pelas definições oficiais a respeito do que seja uma UBS, seu papel na rede, o papel previsto para cada trabalhador, etc. Mas esse é só um dos planos que configura a unidade. Porque a história do bairro, o passado de relações entre a saúde e a comunidade, o perfil da gestão, sua capacidade de convidar ou não os trabalhadores para a cooperação, a história de vida de cada trabalhador, as lógicas (e disputas) corporativas, as religiões dos trabalhadores e dos usuários, seus valores morais, suas opiniões políticas, os encontros e desencontros entre os trabalhadores, os encontros e desencontros dos trabalhadores com os usuários, tudo isso fabrica várias unidades por dia!

Há usuários que convocam nos trabalhadores o que eles têm de melhor; mas também há usuários que convocam nos trabalhadores o que eles têm de pior (acontece, muito frequentemente, com os usuários que fazem uso abusivo de álcool: ninguém acredita, nem aposta neles).

**É muito importante reconhecer e pensar sobre isso com os trabalhadores, aprendendo dessa vivência coletivamente:**

- **Por que aqui eu cuidei bem?**
- **O que me mobilizou?**
- **O que me incomodou no outro caso?**
- **Posso fazer diferente?**
- **Porque este caso convocou uma ação solidária entre toda a equipe e outros não convocam?**

Os trabalhadores das unidades de saúde são muito mais do que simplesmente a sua profissão. É claro que a formação profissional deixa marcas importantes, mas, como dissemos, a história de cada um, as relações que constrói dentro da unidade, coisas de que gosta e não gosta, os valores etc. interferem fortemente no modo como cada um se produz na unidade. Caso contrário, todos os médicos seriam iguais, todos os ACSs seriam iguais, todos os enfermeiros seriam iguais ... E não são!

Esse “modo de ser” produz uma “linha de base”, um ponto de partida para o modo de cada um se construir na unidade. Outras partes são produzidas ou ativadas a partir dos diferentes encontros e diferentes convites que se fazem aos trabalhadores – entre eles, pela gestão e pelos usuários.

Às vezes, aquilo que os trabalhadores gostam e fazem bem não tem relação direta com seu fazer profissional, mas abre brechas para “convocar o que cada um tem de melhor”. Por exemplo, o oficial administrativo e a zeladora são ótimos para inventar teatrinhos; o porteiro desenha muito bem; a técnica de enfermagem adora cantar. Em diferentes cenas, um convite a essas potências pode abrir muitas portas e produzir movimentos muito legais de encontro e de trabalho compartilhado. Ou seja, de muitos modos diferentes, a gestão de uma unidade pode convidar os trabalhadores à invenção, à cooperação. Mas para isso é muito importante prestar atenção nas pessoas, conversar com elas, não ficar preso aos estereótipos e aos preconceitos!

Aí vem outra pergunta: por que não deixar as unidades (e os trabalhadores) fazerem mais, se eles podem, e em outras situações exigir que façam coisas para as quais encontram muita dificuldade de fazer? Escutar as unidades é fundamental, reconhecer potencialidades e limites e trabalhar com eles é papel fundamental da gestão!

Isso pode ser feito pelos gerentes, por apoiadores, por todos em espaços coletivos que reúnam diferentes unidades e lugares da secretaria. Mas é preciso tomar as cenas do cotidiano, pensar sobre elas, não deixar escapar as oportunidades de todos se conhecerem e reconhecerem melhor. E passar a aproveitar melhor as potências e a lidar melhor com as dificuldades!

Sem espaços assim de encontro e conversa, é muito difícil mudar a opinião raivosa que os trabalhadores das UBS, do SAMU, dos Centros de Especialidades, das UPAs têm uns em relação aos outros. E se não há respeito nem confiança, nunca haverá rede!

Então, rede viva se constrói assim: produzindo conexões, criando oportunidades para os trabalhadores dos diferentes serviços se encontrarem, conversarem, construírem compromissos e arranjos comuns.

Em alguns momentos, isso acontece por meio da discussão de casos – em uma reunião organizada especialmente para isso, convidando todos os serviços que podem contribuir para o enfrentamento do caso. Também pode acontecer em um matriciamento (pode haver diferentes tipos de arranjos matriciais), criando oportunidade para que as questões de cada qual venham para o debate. Pode haver atendimento conjunto, visitas de trabalhadores de entre serviços, reconhecendo-se os diferentes lugares de trabalho e suas dinâmicas.

A regulação pode criar espaços que propiciem conversa e negociação; a partir disso, ela vira instrumento de construção de rede viva. A coordenação do ambulatório de especialidades também pode ajudar nisso. Apoiadores podem ser bons costuradores de encontros desse tipo. Os mais variados lugares da rede de atenção podem ser mobilizados para estar juntos, conversando sobre situações reais e sobre elas fabricando novos arranjos.

Muito importante: é preciso conversar e reconversar, pois as coisas fazem sentido em momentos diferentes para diferentes trabalhadores. Nenhum arranjo é definitivo: é sempre importante conferir como vão andando as coisas, se o combinado funcionou, se não, é preciso descobrir a razão. Quase nada se resolve transmitindo informações, “passando adiante novos acordos ou regras”: os combinados precisam ser produzidos, novos arranjos precisam ser construídos com a participação de todos. E por isso é importante trabalhar a partir das potências e desconfortos de trabalhadores e equipes, aprendendo do cotidiano de sua produção.

---

[LM1] Isso foi lá pelos anos 1920 e o documento mais representativo dessa proposição é o Informe Dawson, disponível no link: <https://docs.google.com/file/d/0B02QoSh1D3k9ay03Z3IxUkFaemc/edit> .

## **De um ponto ao outro**

### **Ponto de Cultura e a Educação Permanente em Saúde**

O Ponto de Cultura é uma iniciativa do Governo Federal que teve seu início no governo Lula, no ano de 2004, na gestão de Gilberto Gil no Ministério da Cultura (MinC). O trunfo dos pontos de cultura foi o reconhecimento das iniciativas e produções culturais que estavam embrenhadas nos territórios. Tal rastreamento das iniciativas possibilitou a descentralização orçamentária da área da cultura e o investimento na cultura por quem já a produzia/praticava nas comunidades. Essa mudança de lógica de investimento só foi possível por meio de outra mudança, de ordem conceitual: o reconhecimento de cultura como uma prática inerente ao homem e de que todos a produzimos. Foi necessária a ruptura com o conceito de que cultura é somente o que se produz dentro das salas de espetáculo ou por artistas reconhecidos pelos meios de comunicação de massa.

Com a política do ponto de cultura, procurava-se um redirecionamento orçamentário, retirando o poder centralizado das mãos dos empresários privados que decidiam como pagar os impostos ao Governo por meios das leis de incentivo e voltando ao Governo a gestão do fomento, da criação e do acesso à cultura. Mas de um governo que entendia o Estado não de forma verticalizada, de cima para baixo, mas de baixo para cima, a partir das comunidades.

Esse movimento não foi plenamente um sucesso, pois encontrou obstáculos para se viabilizar no entendimento de que repassar dinheiro público para qualquer grupo exigiria um grupo que pudesse prestar contas do dinheiro recebido de um modo bem formal. E essa exigência não correspondia à capacidade da maioria dos grupos que se inscreveram para ser ponto de cultura (e o eram!). Por interferência de parte do Ministério Público, muitos grupos foram inviabilizados e o governo não encontrou soluções a bom termo. Porém, essas dificuldades não roubam dessa iniciativa o que ela tem de muito original e nem as coisas que ela produz nas quais vale a pena insistir.

Esse rastreamento e investimento cultural possibilitou o des-silenciamento de muitas produções culturais, até então restritas aos seus territórios. Por todos os cantos do Brasil, emergiram coletivos de cultura, o que teceu uma rede de cultura ampliada, ponto por ponto. As narrativas produzidas nestes pontos puderam estabelecer diálogos a partir da voz de quem faz a própria cultura. As conexões advindas desse processo foram infinitas, possibilitando as comunidades a investirem nas produções e na formação das pessoas envolvidas. O reconhecimento por meio do espelho da cultura é fundamental para a formação de uma sociedade que reconheça sua própria produção, que reconheça a diversidade e a polifonia do emaranhado das culturas, em uma prática de educação para a diversidade que possibilite mudanças do ponto de vista ético, estético e político.

A produção cultural advinda dos Pontos de Cultura, segundo Célio Turino (2010), não se enquadra em fôrmas, pois não é erudito e nem popular; também não se reduz a conceitos como cultura e cidadania ou inclusão social. O Ponto de Cultura é um conceito de autonomia e protagonismo sociocultural, tendo a cultura como fator de transformação social.

Da mesma forma, a educação e a aprendizagem não são propriedades de universidades, gestores, pesquisadores, trabalhadores, usuários, produzidas exclusivamente por meio de técnicas pedagógicas e conteúdos operados em espaços formais de treinamento, capacitação, curso, grupo educativo. Educação e aprendizagem são também invenção de novas possibilidades de viver e vir-a-ser.

Esta concepção de ponto de cultura apoiou a produção da Educação Permanente em Movimento como o reconhecimento de que no trabalho em saúde aprendemos e ensinamos em nossos atos de cuidado e de descuidado. Da mesma forma que com os pontos de cultura espera-se possibilitar com a educação permanente em movimento a expressão e o reconhecimento de que todos sabem, aprendem e ensinam e que há possibilidades de conexões entre as comunidades, entre trabalhadores, usuários e gestores. Uma rede de conexões de apoio mútuo e autopoiese, um espaço vibrátil, de trocas de experiências, de criação de

tecnologias, dando visibilidade às práticas produzidas pelos diferentes atores em seus territórios. Um ponto de encontro das diferentes produções. Uma construção de um novo visível: a inteligência coletiva que há nos coletivos de atores que estão implicados com o mundo do trabalho no campo da saúde em suas diversas produções, gostemos delas ou não...

### **Bibliografia Consultada**

TURINO, Celio. *Ponto de cultura: o Brasil de baixo para cima*. 2.ed. São Paulo: Anita Garibaldi, 2010.